



# 12 POLICY PAPERS

ON THE CONNECTION  
OF MENTAL HEALTH  
WITH SPORT & PHYSICAL EXERCISE

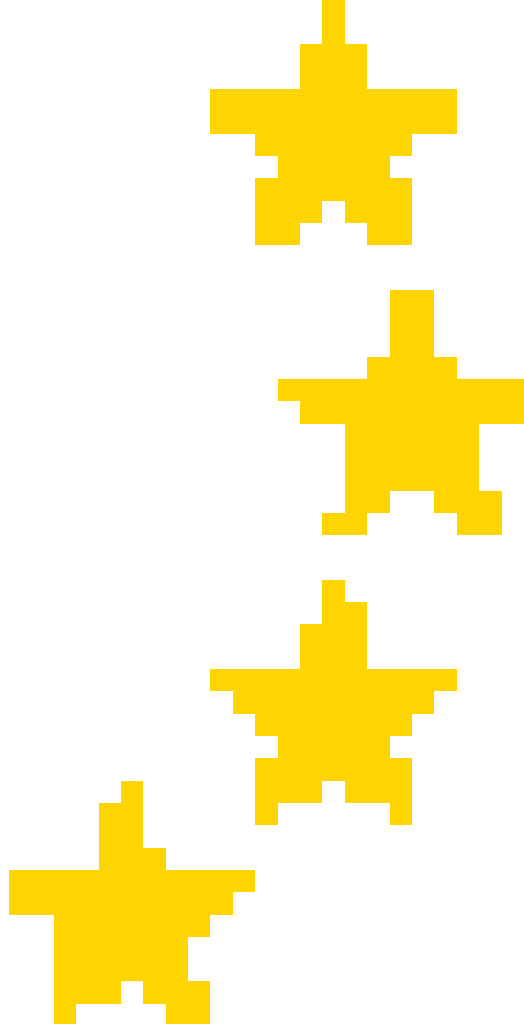
TO PROMOTE ACTIVE LIVING  
FOR MENTAL HEALTH

**M.E.N.S. Project**  
Mental European Network of Sports

**June 2018**

*Supported by the*





#### COORDINATOR



#### PARTNERS



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# “Mens Sana in Corpore Sano”

## **Através do nosso trabalho**

redescobrimos o impacto preventivo da Vida Ativa no campo da Saúde Mental e os benefícios terapêuticos que oferecem a todos os seres humanos que sofrem de uma doença do foro mental. esperamos que a leitura deste manual ajude alguém na sua busca, ou seja lá o que for que os levou aqui em primeiro lugar.

O apoio da Comissão Europeia para a produção desta publicação não constitui aval do conteúdo que reflete apenas as opiniões dos autores, e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer uso que possa ser feito para qualquer uso das informações nele contidas.

# ÍNDICE

<b>Prefácio</b>	<b>p.5</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>p.7</b>
<b>Introdução</b>	<b>p.9</b>
<b>O projeto</b>	<b>p.9</b>
<b>A parceria</b>	<b>p. 11</b>
<b>A rede</b>	<b>p. 12</b>
<b>As directizes</b>	<b>p. 13</b>
<b>Relação entre desporto, exercício/atividade física e saúde mental: Políticas e práticas existentes na União Europeia</b>	<b>p. 15</b>
<b>Desenvolvimento de modelos de atividades físicas, eventos desportivos e programas de exercício</b>	<b>p. 45</b>
<b>Indicadores mentais e atividade física</b>	<b>p. 60</b>
<b>O papel preventivo da atividade física na saúde mental</b>	<b>p. 68</b>
<b>Inclusão de pessoas com problemas de saúde mental através do desporto</b>	<b>p. 78</b>
<b>Saúde mental e estigma na Europa</b>	<b>p. 85</b>
<b>Abordar o estigma nas autoridades locais através do desporto</b>	<b>p. 98</b>
<b>Vida ativa e saúde mental :</b>	
<b>Parceria social entre os setores público e privado</b>	<b>p. 108</b>
<b>Desporto como meio de tratamento não-farmacológico para a doença mental</b>	<b>p. 121</b>
<b>Atividade física para o tratamento de pacientes com doença mental :</b>	
<b>Necessidades de formação de profissionais</b>	<b>p. 134</b>
<b>Desporto e saúde mental no sistema de ensino normal</b>	<b>p. 140</b>
<b>Abordagem comparativa sobre desporto para saúde mental e para incapacidades físicas ou intelectuais</b>	<b>p. 154</b>



# PREFÁCIO

A inspiração para a sigla “M.E.N.S.” surgiu da famosa citação latina: “Mens Sana in Corpore Sano”, em que não só a palavra em si, mas também o seu conteúdo se refere diretamente ao núcleo da iniciativa.

Este núcleo não é outro senão o elo entre o Desporto e o Exercício Físico com o Bem-Estar Mental.

Se a conexão em si parece ser comum ou autoevidente, infelizmente a revisão da evolução das políticas e ações relevantes prova que estamos longe de integrar essa verdade fundamental na nossa vida diária, bem como nas abordagens terapêuticas mais amplas.

É bastante característico que, até o momento desta iniciativa, qualquer esforço desse tipo, se e quando fosse manifestado, fosse enquadrado em contextos pouco relacionados ou não relacionados com a Saúde Mental (eventos desportivos, documentação científica, direitos de defesa etc.).

Esta crença inicial foi o desencadeador do planeamento de uma estratégia, de modo a desenvolver todos os componentes necessários para a realização desta abordagem a nível europeu.

Assim, os principais pilares do projeto, co-financiado pela Comissão Europeia no âmbito do programa ERASMUS + / Sport, são:

1. O desenvolvimento de uma política estrutural que vise conectar efetivamente a atividade física e o desporto à saúde mental.
2. O aumento da consciencialização das partes interessadas, profissionais e público em geral para provar o valor dessa conexão.
3. A fundação de uma ferramenta institucional para atingir o objetivo principal.

O volume que está a segurar agora é a nossa resposta ao primeiro pilar. É o resultado do trabalho dos dezassete parceiros do projeto, funcionalmente distribuídos em tópicos individuais que foram considerados como os primeiros aspetos que precisam de ser explorados em torno da relação entre o exercício físico e o desporto com a saúde mental. Consequentemente, não são os únicos que devem ser revisados e, para além disso, o conteúdo não atende aos resultados de pesquisas científicas totalmente completas. São, essencialmente, documentos de posição com forte documentação que apoiam urgentemente não só a necessidade de mais investigação científica, mas também a procura do desenvolvimento de políticas específicas a nível europeu e também de práticas eficazes a nível nacional e local.

No entanto, temos de sublinhar a extensa lista de referências bibliográficas, a apresentação abrangente das políticas europeias e a recolha de um grande número de práticas relevantes que são mapeadas pela primeira vez, todas elas fatores que podem apoiar investigadores e profissionais da área de uma maneira importante.

É claro que a mudança como um facto não pode ser apenas o resultado da expansão do conhecimento científico. Esse conhecimento precisa de estar disponível para o público em geral e especialmente para todos que estão funcionalmente envolvidos nesse processo. Isto é o que a campanha europeia “Life is like a bike” significa, visando atingir o objetivo do segundo dos pilares acima mencionados deste projeto.

É inegável que um projeto tem duração e alcance espacial limitados. Se não houver ferramentas para garantir que esses limites sejam excedidos, nem mesmo o melhor esforço poderá atender às

expectativas. Assim, o planeamento estratégico do projeto completa-se com a criação da European Network of Active Leaving for Mental Health (ENALMH), que desempenha um papel institucional na promoção contínua dos objetivos desta iniciativa a nível europeu.

No entanto, nenhum processamento teórico, intervenção de comunicação ou reforço institucional pode ser comparado ao poder interno e valor da experiência direta, a única capaz de conferir a autoridade requerida e revelar a dinâmica dessa nova abordagem. O resultado mais indicativo é a organização da 1ª Organização Atlética Europeia para a Saúde Mental, que terá lugar em Atenas, em setembro de 2018, no âmbito do projeto "EVENTS", irmão gémeo do "MENS", visando, entre outros, realizar as suas conquistas.

A partir desses primeiros passos, fica claro que nasce um movimento mais amplo de vida ativa para a saúde mental ([www.activelivingmentalhealth.eu](http://www.activelivingmentalhealth.eu)), para o qual todos os grupos respetivos são convidados a participar e contribuir da maneira que puderem: recetores e prestadores de serviços de saúde mental, políticos, instituições de ensino e pesquisa, atletas amadores e jogadores profissionais, setor privado do desporto, atividade física ou saúde/bem-estar e, finalmente, a sociedade como um todo, individual ou coletivamente.

O pior quadro estatístico do número crescente de doenças mentais e, por outro lado, a contribuição dada da atividade física para a sua prevenção, bem como para combater o estigma, é algo que deve preocupar toda a gente e deve procurar o apoio das respetivas instituições da União Europeia.

Esperamos sinceramente que estejamos prontos para começar.

O gestor do projeto MENS

Nicos Andreopoulos

Secretário-Geral Interino da ENALMHNetwork



# AGRADECIMENTOS

Todos os autores que trabalharam arduamente para a redação desses trabalhos estão listados no início de cada documento. No entanto, existem algumas pessoas cuja contribuição neste trabalho merece ser mencionada. Antes de tudo, gostaríamos de expressar os nossos sinceros agradecimentos a Emmnanouil Skordilis, Professor Associado em Atividade Física Adaptada na Universidade de Atenas, pelo apoio científico sistemático e contínuo, análise e avaliação de todos os doze documentos.

Além disso, gostaríamos de expressar a nossa gratidão a Antonis Zannikos, a pessoa que definiu a formatação deste trabalho, prestando atenção a cada pequeno detalhe e demonstrando enorme paciência ao longo de todo este processo.

Além disso, gostaríamos de agradecer:

- Evaldas Kancelkis, Especialista em Desporto na Šiauliai Municipality Care Home.
- Dr. Gilberto Maiolatesi, Psicólogo no COOSS Marche, Itália
- Laimonas Milinavicius, Presidente da Associação Olimpikas, Lituânia
- Michalis Papachatzis, Psicólogo na K.S.D.E.O. “EDRA”, Grécia
- Dr. Marzia Pennisi, Psicóloga no COOSS Marche, Itália
- Claudia Erco, Tradutora

Os nossos sinceros agradecimentos a todos.

The MENS Project team

The MENS Project team



# INTRODUÇÃO

## O PROJETO

Mental European Network of Sport events - “MENS”, que em latim é “mentis” e significa: Mente, pensamento, intenção e intelecto.

O projeto “MENS” visa desenvolver procedimentos institucionais sólidos para a contribuição específica do desporto e exercício físico para a prevenção, terapia e reabilitação do doente mental a nível europeu.

Devido a quatro razões principais, esses procedimentos estão atualmente entre zero e baixo:

- O estigma ainda está associado aos procedimentos atuais e aos cursos de intervenção terapêutica e aos próprios pacientes.
- A falta de documentação generalizada da importância e efeitos do desporto na reabilitação de doentes mentais.
- A falta de experiência dos profissionais de saúde para a integração das atividades desportivas nos conceitos atuais de tratamento.
- Ausência de políticas intersectoriais específicas para incentivar a integração das atividades desportivas nos processos de reabilitação dos portadores de perturbações mentais

### Objetivo Geral

Uma nova abordagem sobre a relação entre exercício físico / desporto e saúde mental

O objetivo do projeto é promover atividades voluntárias no desporto, em conjunto com a inclusão, igualdade de oportunidades e consciencialização sobre a importância de aumentar a atividade física através de uma maior participação e igualdade de acesso ao desporto para todos.

### Ações

- Revisão documental para registo de políticas nacionais e boas práticas conjugando o desporto e a saúde mental.
- Criação de modelos para eventos desportivos que envolvam doentes mentais a nível local/nacional como partes do movimento “Desporto para todos” e avanços para um Evento Europeu de Desporto de Saúde Mental.
- Elaboração de documentos políticos para questões científicas críticas sobre o uso do desporto na reabilitação da saúde mental, conforme especificado abaixo.
- Implementação de uma Campanha de Sensibilização a nível europeu visando construir um sistema definido para a relação do Desporto com a Saúde Mental.
- Publicidade e divulgação de atividades de alta eficácia.

O objetivo central do projeto tem sido o estabelecimento de uma Rede Europeia que vise a conjugação da Saúde Mental e Desporto/Exercício Físico.



## A parceria

Parceiros	Organização	País	Website
PP1 Coordinator	K.S.D.E.O. “EDRA”	Greece	<a href="http://www.edra-coop.gr">www.edra-coop.gr</a>
PP2	National and Kapodistrian University of Athens School of Physical Education and Sport Science (PESS)	Greece	<a href="http://old.phed.uoa.gr/index_en.php">http://old.phed.uoa.gr/index_en.php</a>
PP3	University of Kent School of Physical Sciences	UK	<a href="https://www.kent.ac.uk/">https://www.kent.ac.uk/</a>
PP4	COOS Sociale Onlus	Italy	<a href="http://www.cooss.it/">http://www.cooss.it/</a>
PP5	Foundation INTRAS	Spain	<a href="http://www.intras.es/">http://www.intras.es/</a>
PP6	E.U.F.A.M.I. European Network	Belgium	<a href="http://www.eufami.org/">http://www.eufami.org/</a>
PP7	Golbasi Sporium Spor Kulübü ve Dernegi	Turkey	<a href="http://www.ankaragolbasi.gov.tr">http://www.ankaragolbasi.gov.tr</a>
PP8	Asociacija Olimpikas	Lithuania	<a href="https://www.facebook.com/Olimpikas/">https://www.facebook.com/Olimpikas/</a>
PP9	OZARA Zavod Maribor	Slovenia	<a href="http://www.ozara.si/ozara-zavod-maribor/">http://www.ozara.si/ozara-zavod-maribor/</a>
PP10	SSOI – Rijeka, Disability sports Association	Croatia	<a href="http://www.ssoi-rijeka.hr/">http://www.ssoi-rijeka.hr/</a>
PP11	Centro Studi Di Villa Montesca	Italy	<a href="http://www.montesca.eu/">http://www.montesca.eu/</a>
PP12	ANARP Organization	Portugal	<a href="http://www.anarp.org.pt/">http://www.anarp.org.pt/</a>
PP13	First Fortnight	Ireland	<a href="http://firstfortnight.ie/">http://firstfortnight.ie/</a>
PP14	Merseyside Expanding Horizons	UK	<a href="http://www.expandinghorizons.co.uk/">http://www.expandinghorizons.co.uk/</a>
PP15	Municipality of Galatsi	Greece	<a href="http://www.galatsi.gov.gr/">http://www.galatsi.gov.gr/</a>
PP16	CESIE	Italy	<a href="http://cesie.org/">http://cesie.org/</a>
PP17	Fokus Praha	Czech Republic	<a href="http://www.fokus-praha.cz/">http://www.fokus-praha.cz/</a>

## A Rede



A Rede tem a forma legal de uma Associação Internacional Sem Fins Lucrativos (AISBL), está legalmente estabelecida em Bruxelas, na Bélgica, e sob a lei belga e o âmbito geográfico das suas atividades inclui os países que são membros do Conselho da Europa.

Os principais objetivos da Rede são:

- Enriquecimento dos procedimentos terapêuticos dos serviços de saúde mental com o uso do desporto e exercício físico para os usuários.
- Fortalecimento da coesão social através do combate ao estigma das pessoas com doenças mentais.
- Emergir o Desporto e Exercício Físico como um parâmetro fundamental para a prevenção de problemas de saúde mental.
- Apoio e realização de eventos desportivos e atividades físicas para a saúde mental dos seus membros, contribuição em pesquisas e processos educativos que visam esclarecer e ampliar as relações entre os campos do Desporto e Exercício Físico e Saúde Mental.
- Apoiar os direitos dos usuários de serviços de saúde mental com meios que derivam de sua missão
- Promoção de políticas relacionadas com a relação entre os campos do Desporto e Exercício Físico e Saúde Mental nos Níveis Europeu e Nacional.
- Cooperação com outras organizações especializadas que atuam nos campos mencionados, dados que somente uma abordagem holística multidisciplinar integrada pode fornecer os resultados necessários no campo da Saúde Mental.

## Os documentos políticos

Nr.	Documentos Políticos	Parceiros Responsáveis
1	<b>Association of sports, physical activity and exercise with mental health: Existing policies and practices in the European Union</b>	KSDEO EDRA Greece
2	<b>Development of models of physical activities, sport events &amp; exercise programs</b>	UNIVERSITY OF ATHENS SCHOOL OF PHYSICAL SCIENCES Greece
3	<b>Mental Indicators and physical activity</b>	UNIVERSITY of KENT SCHOOL OF PHYSICAL SCIENCES United Kingdom
4	<b>The preventive role of physical activity in mental health</b>	COOS Marche Cooperativa Sociale Onlus Italy
5	<b>Inclusion of people with mental health problems through sport</b>	FOKUS Czech Republic
6	<b>Mental health and stigma in Europe</b>	FIRST FORTNIGHT Ireland
7	<b>Addressing stigma in local authorities through sports</b>	MUNICIPALITY OF GALATSI Greece
8	<b>Active living and mental health: Social partnership between the public and private sectors</b>	MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS United Kingdom
9	<b>Sports as a means of non-pharmaceutical treatment for mental illness</b>	INTRAS FOUNDATIONS Spain
10	<b>Physical activity for the treatment of patients with mental illness: Training needs of professionals</b>	CENTRO STUDI E INIZIATIVE EUROPEO Italy
11	<b>Sport and mental health within the typical education systems</b>	CENTRO STUDI VILLA MONTESCA Italy
12	<b>Comparative approach on sports for mental health and sports for physical or intellectual disabilities</b>	SSOI - RIJECA DISABILITY SPORTS ASSOCIATION, Croatia / GOLBASI SPORIUM SPOR KULÜBÜ VE DERNEGI, Turkey / OZARA ZAVOD MARIBOR, Slovenia / ASOCIACIJAS OLIMPIKAS, Lithuania





## 01

# RELAÇÃO ENTRE DESPORTO, EXERCÍCIO/ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL: POLÍTICAS E PRÁTICAS EXISTENTES NA UNIÃO EUROPEIA

## AUTORES:

**Eleonora Markou**, Msc, Psychologist, Mental Health Expert

**Pantelis Sarakiniotis**, Msc, Social Scientist



SOCIAL COOPERATIVE ACTIVITIES  
FOR VULNERABLE GROUPS

## INTRODUÇÃO

### Objectivo

A relação entre saúde mental e atividade física tem recebido um interesse crescente nos últimos anos, derivado principalmente do aumento do número de pessoas que sofrem de problemas de saúde mental. Este posicionou a saúde mental entre as primeiras prioridades da agenda pública na Europa. Estudos recentes estimaram que 38,2% da população da UE sofre de uma perturbação mental, em comparação com 27,4% relatados em 2005 (Wittchen et al., 2011). Mais especificamente, Wittchen et al. (2011) afirmaram que um terço da população total da UE sofre de perturbações mentais. Além disso, de acordo com o Relatório de Saúde Mental e Bem-Estar (2016), as perturbações mentais são responsáveis por 22% da taxa de

incapacidade da União Europeia (UE), medida em anos vividos com incapacidade (YLD). Além disso, o custo social e económico dos serviços de saúde de mental está a aumentar e a sobrecarregar a economia dos países Europeus (Liopis & Anderson, 2005). Gabriel e Liimatainen (2000) sugeriram que o custo estimado para os serviços de saúde mental entre os países europeus representava cerca de 3% a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) sem incluir os custos relacionados de outros setores, como por exemplo o absentismo a curto ou longo prazo do trabalho devido a problemas de saúde mental. Especificamente, a saúde mental não afeta apenas o estado emocional, mas também financeiro e social de uma pessoa e sua família. Em 2016, o Relatório de Saúde Mental e Bem-Estar estimou que cerca de 450 biliões de euros são gastos todos os anos na EU com perturbações de foro mental, entre custos diretos e indiretos, colocando em questão a sustentabilidade do sistema de

saúde nos estados membros da UE no âmbito da saúde mental. Além disso, o Banco Mundial, num relatório de 2002, sugeriu, entre outros, que uma economia desfavorecida pode ser melhorada através do aperfeiçoamento do plano de saúde mental, e considerou-o uma parte estratégica para melhorar a eficiência global.

Estes relatórios alarmantes e o aumento da problemática da doença mental na Europa levou a UE e os Estados-Membros a colaborarem com organizações internacionais, a título de exemplo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a fim de encontrar formas de melhorar a saúde mental dos cidadãos Europeus. Contudo, apesar de todos os esforços, muito há ainda por fazer a fim de ser capaz de superar as lacunas ao nível do tratamento, melhorar a qualidade dos serviços, apoiar, fortalecer e disseminar a prevenção de doenças mentais e ainda promover a saudável (Joint Action for Mental Health and Wellbeing, 2016).

A necessidade de terapias alternativas que vão potenciar a vida e o bem-estar das pessoas que lidam com problemas de saúde mental é urgente, bem como a necessidade de focar no desenvolvimento de oportunidades de tratamento adicionais. Muitos relacionaram a atividade física com a melhoria da qualidade de vida de pessoas que sofrem de problemas de saúde mental (Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014; European Week of Sport, 2015), no entanto, é necessário muito mais para estabelecer uma relação entre os dois e conectar políticas na União Europeia e nos Estados membros.

O objetivo deste documento é examinar e registar as políticas e práticas existentes no que diz respeito à relação entre Saúde Mental e Desporto ou Atividades Físicas em toda a União Europeia. Os dados serão recolhidos pelas respetivas instituições Europeias, pelos Estados-Membros e pelas organizações que operam no terreno. Além disso, este documento visa facultar uma visão mais aprofundada das práticas atuais de Saúde Mental, Desporto e Atividade Física nos membros do estado da UE, tirar conclusões das respetivas práticas e apresentar sugestões e recomendações futuras.

## Abordagem Geral

A relação entre o desporto e as incapacidades físicas ou deficiência mental está bem definida e documentada. No entanto, isto não é verdade para a relação entre o desporto e incapacidade por via de problemas de saúde mental. A razão é que a perturbação mental não é necessariamente considerada uma deficiência, devido ao facto de alguns pacientes com problemas de saúde mental serem totalmente funcionais no contexto mais amplo da vida social. Além disso, a perturbação mental muitas vezes pode ser temporária ou até evitada, ao contrário da deficiência física ou intelectual. Outra diferença essencial é o facto de doentes mentais serem frequentemente vítimas de estigma e discriminação, o que naturalmente leva à retirada da sociedade e exclusão da vida social. Pelo contrário, as pessoas que sofrem de outras incapacidades geralmente são capazes de contribuir para a sociedade, apesar de sua deficiência. A Convenção Nacional das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNUDPD) (2006) e respetivas leis asseguram que o envolvimento de pessoas com incapacidade na sociedade e nos ambientes de trabalho melhora consequentemente a sua aceitação e inclusão social. Uma das tendências mais fortes da psiquiatria comunitária são os constructos sociais que geralmente estão envolvidos no tratamento de pessoas com problemas de saúde mental. O desenvolvimento destes constructos conduzem à adoção de um papéis institucionais positivos e informais que vão para além das abordagens humanitárias de solidariedade.

A informação exposta anteriormente desencadeou o desenvolvimento do movimento “Active living for mental health” (<http://www.activelivingmentalhealth.eu>), que não visa a criação de um evento, como as Olimpíadas Especiais ou nas Paraolimpíadas, mas sim o reconhecimento do desporto, exercícios e atividade física para a prevenção, reabilitação, fundação do desenvolvimento pessoal e inclusão social de pessoas com doença mental. Esse movimento de “Vida Ativa” em saúde mental é parte de uma intervenção holística que parece tornar-se um modelo dominante em política do desenvolvimento em toda a União Europeia.

Esta abordagem holística considera a saúde mental como um todo indivisível que está diretamente relacionado com a evolução da nossa espécie, o ambiente social e económico

existente, bem como com fatores ambientais que condicionam as condições psicológicas, mentais e fisiológicas de uma pessoa. Além disso, inclui tratamentos abrangentes e preventivos, métodos de reabilitação e integração social. A principal característica dessa abordagem é que ela é interdisciplinar, o que significa que artes, desporto, emprego, proteção de direitos e desenvolvimento regional contribuem para o sucesso do plano. Além disso, essa abordagem produz e facilita sinergias entre os sistemas nacionais, a comunidade, a comunidade científica, o setor privado, as organizações da sociedade civil e, principalmente, os próprios pacientes e suas famílias.

Assim, a aplicação da abordagem acima para a criação de um contexto científico de atividades desportivas diretamente relacionadas com a Saúde Mental pode levar à criação de um movimento de “Vida Ativa” no qual não haverá distinção entre aqueles que experienciam a doença mental e os que não a experienciam, focando o estigma e potenciando a inclusão social de pessoas com doença mental. Além disso, este enquadramento irá beneficiar e contribuirá para o custo financeiro da saúde mental, ao reforçar a dimensão da prevenção e ao integrar parâmetros de baixo custo.

## **Definições Básicas**

### **Política**

A definição de política não é uma tarefa fácil, pois envolve muitos componentes e pode ser usada em muitas ocasiões diferentes. De acordo com o dicionário de direito (<https://thelawdictionary.org/policy/>), as políticas são “Os princípios gerais pelos quais um governo é guiado na gestão de assuntos públicos, ou as medidas do legislador. Este termo, quando aplicado a uma lei, portaria ou regra de direito, denota a finalidade geral ou tendência direcionada à política”.

Além disso, o dicionário Merriam-Webster facilita inúmeras definições relacionadas com a política como: a) “Um curso definido ou método de acção selecionado (por governo, instituição, grupo ou indivíduo) entre alternativas e à luz de condições dadas para orientar e, geralmente, determinar as decisões presentes e futuras”, b) “Uma decisão específica ou conjunto de decisões destinadas a cuidar de tal curso de acção” ou c) “Tal decisão específica ou conjunto de decisões juntamente com acções

relacionadas projetadas para implementá-las”.

Acima percebemos a complexidade do termo “política” e o seu uso em diferentes contextos. No entanto, como afirma a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, o objetivo de uma política é gerar impacto no mundo real e as respetivas realidades políticas devem ser levadas em consideração na formulação de políticas (ILRI, 1995). Na tentativa atual, adotamos a declaração da Política e Prática de Saúde Mental na Europa (2007), que afirmava “A política depende, em primeiro lugar, da identificação das necessidades da população, da compreensão das estruturas e serviços atuais e, finalmente, da determinação de como aumentar ou alterar o atual conjunto de serviços” (p. 108).

### **Política de saúde mental**

Segundo a OMS (2007), uma política de saúde mental passa pela criação de diretrizes oficiais promovidas pela autoridade de saúde como intuito de definir visão, valores, princípios e objetivos, e estabelecer um modelo amplo de ação para alcançar essa visão. O presente documento visa coordenar, através de uma visão comum, todos os programas e serviços relacionados à saúde mental. O artigo tem como objetivo constituir-se num documento oficial com diretrizes governamentais para áreas de ação interrelacionadas com a saúde mental ou mesmo orientações requeridas no sentido de as melhorar.

### **Saúde Mental / Doença Mental**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde mental em 2001 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (p. 1). Mais tarde, a definição foi enriquecida da seguinte forma: “Um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as próprias capacidades, consegue lidar com as pressões normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e prazerosa e é capaz de contribuir para a comunidade” (WHO, 2004, p. 10).

Além disso, a CID-10 (1992) definiu a doença mental como “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, ao sofrimento e à interferência na sua funcionalidade” (p. 11). A classificação do DSM-IV (1994), por outro lado, atribui uma definição

de doença mental: um síndrome clinicamente significativo a nível comportamental ou psicológico ou um padrão que ocorre no indivíduo que é associado a uma angústia presente (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (i.e. dificuldade numa ou mais áreas de funcionamento) ou com um forte risco morte, dor, incapacidade ou perda importante de liberdade. Além disso, esse síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta esperada e culturalmente sancionada a um evento específico, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que sejam as causas originais, ela atualmente deve ser considerada, uma manifestação de uma disfunção comportamental ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) nem os conflitos que são principalmente entre o indivíduo e a sociedade são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito acima (p.xxi).

### **Atividade Física e Exercício**

A OMS define atividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que exijam gasto de energia - inclui atividades realizadas durante o trabalho, brincar, realização de tarefas domésticas, viagens e envolvimento em atividades recreativas”. Além disso, a OMS sugeriu que a atividade física não deve ser confundida com o “exercício”, que é uma subcategoria de atividade física planeada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo principal de melhorar a aptidão física. (WHO, 2018).

### **Bem-estar mental**

A OMS define bem-estar mental como “um estado de bem-estar em que o indivíduo consciencializa as próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e prazerosa e é capaz de contribuir para a comunidade” (WHO, 2001, p. 1).

### **Prática**

De acordo com o dicionário de Oxford (2018), uma prática é “a aplicação concreta ou uso de uma ideia, crença ou método, em oposição à teoria associada à mesma; procedimento usual, habitual, esperado ou outra maneira de fazer alguma coisa”.

## **METODOLOGIA DE MAPEAMENTO**

O objetivo era localizar e apresentar as políticas e práticas gerais dos países do Estado da União Europeia (UE) sobre saúde mental e a associação entre esta e atividade física. Para alcançar esse objetivo, foi realizado um planeamento geral das políticas existentes na UE e pelos Estados-Membro. Foi definida uma estratégia de pesquisa, incluindo uma combinação de palavras-chave (por exemplo, “política de saúde mental”, “saúde mental e atividade física”, “saúde mental e bem-estar”, “política desportiva”, “atividade física”, “exercício”, “saúde”, “saúde mental”, “bem-estar”, etc.) em bases de dados académicas (Web of Science, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, Sport Discus) e bases de dados da Comissão Europeia, para localizar e identificar políticas de saúde mental, exercício, desporto e atividade física.

Além disso, foram estabelecidos quatro critérios para a inclusão de práticas nesta revisão: a) Desporto, atividade física, evento ou Festival de Saúde Mental, b) Estratégias/ Processos terapêuticos que utilizam Desporto e Atividade Física (que ocorrem em estruturas de saúde mental, hospitais, etc.), c) Campanhas de sensibilização sobre a questão - que ligue os dois campos e d) Programas educativos que ligam Saúde Mental, Desporto e Atividade Física. Além disso, o processo de mapeamento que decorreu de Fevereiro até Setembro de 2017, com todos os 28 Estados-Membro da UE e a Turquia, procurou informações e dados de diversas organizações que integram desporto e prática de atividade física dentro das unidades de saúde mental, foi usado como um ponto de partida para a pesquisa de práticas existentes. Os grupos-alvo deste mapeamento foram: 1) Entidades Públicas ou Privadas que operam no campo da Saúde Mental, 2) Organização e entidades que atuam no setor de Atividade Física / Desporto, 3) Instituições de Ensino e Investigação, 4) Autoridades Locais, 5) Instituições políticas e de tomada de decisão e, finalmente, 6) Autoridades do Estado. Todas as organizações integradas neste artigo foram avaliadas e aquelas com práticas relacionadas com os objetivos do projeto foram documentadas. Podemos encontrar uma breve síntese acerca do mapeamento no seguinte link: <http://mensproject.eu/wpcontent/uploads/2018/03/MAPPING-FINAL-RESULTS.pdf>. Finalmente, foi realizada uma vasta pesquisa por palavras-chave relevantes (por

exemplo, ‘práticas mentais saúde e desporto e actividade’, ‘Desporto e Exercício em doenças mentais’, ‘desporto como um tratamento para a saúde mental’, etc.), em bases de dados fidedignas e fontes da internet (banco de dados do comité da UE etc.).

Políticas e Sugestões Políticas das Instituições da UE e Estados-Membro

O debate acerca da saúde mental tem aumentado durante as últimas décadas, a par com o interesse das organizações europeias e internacionais e decisores políticos no desenvolvimento de políticas que afetam diretamente indivíduos com doença mental. Este documento foca a apresentação das Políticas de Saúde Mental na União Europeia e os estados membros da UE. A importância da saúde mental para o público em geral bem como o desenvolvimento saudável dos cidadãos da EU foi pela primeira vez reconhecido em 2001 pela Organização Mundial de Saúde, que dedicou a Saúde Mundial e o Relatório Mundial de Saúde inteiramente à saúde mental. O Dia Mundial da Saúde (2001), com o título “Pare a Exclusão - Atreva-se a Cuidar”, abordou a necessidade de parar de ignorar o problema e de excluir pessoas que sofrem de problemas de saúde mental da comunidade. O Relatório de Saúde Mundial “Saúde Mental: Novo Entendimento, Nova Esperança” (2001) teve como principal objetivo ajudar todos os atores a entender a relação inseparável entre saúde mental e física e a influência que exercem entre si. Ressaltar que o relatório sugeriu que em 2001 mais de 40% dos países não tinham política de saúde mental e ainda mais marcante foi o facto de mais de 90% dos países não terem política de saúde mental que incluía crianças e adolescentes (p. 3). No entanto, o relatório afirmou que o desenvolvimento de políticas de saúde mental deve ser feito em relação à nova resolução relativa à Assembleia Geral das Nações Unidas para a proteção de pessoas que vivem com problemas de saúde mental em 1991. Também menciona que, neste relatório, pela primeira vez, uma conexão entre bem-estar mental e saúde física foi estabelecida (p. 115). Além disso, a fim de certificar-se de que esta iniciativa iria continuar a exercer influência, a OMS criou o Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), com o objetivo principal de implementar as recomendações do Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2003).

Após as duas declarações anteriores, que foram as primeiras a trazer o foco para a saúde

mental, a OMS continuou a publicar relatórios e documentos para manter a atenção na saúde mental e levou à formulação de uma política oficial de saúde mental pela Comissão Europeia em 2005 na forma de uma publicação “Green Paper”.

Em 2002, a OMS publicou um relatório sobre “Prevenção e Promoção da Saúde Mental”, seguido de um relatório em 2003 (“Investir na saúde mental”) e em 2004 (“Promoção da Saúde Mental”). Esses relatórios enfatizam a importância de concentrar-se na saúde mental, na prevenção de doenças mentais e na promoção da saúde mental na população em geral. Também ressalva que nesses artigos a saúde mental é definida como uma base para o bem-estar e o funcionamento efetivo na comunidade, destacando, assim, a sua importância. Seguindo a tendência acima e numa tentativa de ajudar os decisores políticos a desenvolver políticas de saúde mental e planos de ação, a OMS (2004) divulgou a “política, planos e programas de Saúde Mental”.

Como mencionado acima, 2005 foi um ano importante para a formulação de políticas de saúde mental. Em Janeiro, a OMS realizou uma conferência sobre saúde mental, “Declaração de Saúde Mental para a Europa”, juntamente com a aprovação do “Plano de Ação de Saúde Mental para a Europa”. O objetivo principal era preparar o terreno para o desenvolvimento de políticas de saúde mental na Europa e propor as ações necessárias para estabelecer políticas que respeitassem os interesses dos indivíduos com problemas de saúde mental. Como resposta imediata a esta iniciativa e pedido de ação, a Comissão Europeia publicou o “Green Paper” intitulado “Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, a fim de contribuir para a implementação do programa quadro estabelecido na conferência. Na política, salienta-se que, quando se trata de saúde mental, é necessária uma abordagem abrangente no plano de intervenção, apelando assim a uma colaboração entre campos para estabelecer o plano de tratamento mais adequado e inovador (p. 5). Como um derivado, a Comissão Europeia propôs o lançamento de uma plataforma da UE para a Saúde Mental, que promoveria a colaboração intersetorial entre diferentes atores (p. 13). Além disso, a OMS formou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, para abordar fatores sociais que levam a problemas de saúde, possíveis desigualdades de saúde e saúde mental e bem-



estar de crianças de sexo feminino e mulheres (CSDH, 2008).

Em 2007, o Observatório Europeu dos Serviços de Sistemas e Políticas de Saúde, em colaboração com a OMS, publicou um relatório sobre políticas e práticas de saúde mental em toda a Europa. Uma das principais descobertas foi que, embora o efeito prejudicial da saúde mental precária seja evidente e se pensasse que os decisores políticos se concentrariam no desenvolvimento de políticas de saúde mental para evitar o efeito prejudicial, os investigadores descobriram que o desenvolvimento dessas políticas era pobre. Também vale a pena mencionar que, naquela altura (2007), 37% dos países europeus não tinham política de saúde mental (p. 241). Além disso, a OMS publicou uma ficha informativa em 2007 para fortalecer a promoção da saúde mental e afirmar que a saúde mental é a base do bem-estar. O objetivo era promover a atuação de todos os países e envolver todos os atores para apoiar e endossar a saúde mental. Além disso, a Saúde Mental Europa também chamou os países europeus e formuladores de políticas a investirem no desenvolvimento e fornecimento de mecanismos de apoio que promovam a saúde mental e o bem-estar de todos e que evitem transtornos mentais. Ao mesmo tempo, os países europeus foram obrigados a garantir todos os direitos e acesso a oportunidades para aqueles que sofrem de doenças mentais (p. 1).

Em 2008, realizou-se em Bruxelas uma conferência de alto nível da UE e emitiu a) um pacto europeu para a saúde mental e o bem-estar, no qual foram delineadas as cinco áreas prioritárias da saúde mental, b) o facto de ter sido dado um passo político decisivo e necessário para tornar a saúde mental e o bem-estar as principais prioridades (p. 3). Além disso, durante o mesmo ano (2008) foram emitidas as diretrizes da UE para a atividade física. Estas diretrizes enfatizavam que a atividade física era de fundamental importância para manter a função cognitiva, reduzir o risco de depressão e ansiedade, melhorar a autoimagem e a autoestima, e apoiar não apenas a qualidade física, mas também a qualidade de vida mental (p. 3). Além disso, a OMS e a Comissão Europeia publicaram um relatório sobre políticas e práticas de Saúde Mental na Europa, a fim de avaliar o progresso nos Estados-Membro desde a declaração e plano de ação de 2005. Os resultados mostraram que há diversidade entre os estados europeus que estão na fase

de desenvolvimento e na implementação das ações declaradas pelo plano de ação para a saúde mental. Mais especificamente, os resultados mostraram que 21 dos 42 países que participaram da pesquisa produziram uma política de saúde mental separada, mais de metade dos 42 países adotaram novas políticas de saúde mental desde 2005, e apenas 4 países relataram não ter política de saúde mental (p. 11-15).

Em 2009, a OMS Europa divulgou um relatório sobre Saúde Mental, Resiliência e Desigualdades, no qual a saúde mental é apresentada como um elemento central na construção de cidadãos e comunidades resilientes. Além disso, o relatório sugeriu que a ênfase nas atividades de saúde mental que focam o bem-estar das populações “é uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção e prevenção, além de melhorar o tratamento dos distúrbios existentes” (p. 6). A OMS sugeriu que o aumento da saúde mental pode melhorar significativamente a qualidade da vida pessoal e social. Ligada à importância dada no contexto social da saúde mental, a OMS Europa em 2011 publicou um relatório sobre o efeito da crise económica na saúde mental, salientando a importância que a saúde mental desempenha na recuperação bem-sucedida da economia europeia (p. 2).

Em 2011, a OMS publicou a política Promover o desporto e melhorar a saúde nos países da União Europeia, na qual foi dada ênfase às atividades de melhoria da saúde e à importância do desporto no bem-estar da população em geral. A política também se referia à inclusão de pessoas com deficiência no desporto, mas tratava principalmente de deficiências físicas.

Em 2013, o volume de relatórios representou um aumento do interesse pela saúde mental e pelo bem-estar entre os legisladores. Em primeiro lugar, a OMS publicou um plano de ação para a saúde mental reconhecendo o importante papel que desempenha na saúde geral da população, juntamente com o objetivo de alcançar a igualdade através da disseminação universal de saúde e enfatizou a importância da prevenção. Em segundo lugar, o relatório que investe na saúde mental “Evidências de ação” foi publicado pela OMS. Através do relatório, a promoção, proteção e restauração da saúde mental retomou um papel vital não apenas para o indivíduo, mas também

para as comunidades e sociedades (p. 5). Além disso, o relatório sugeriu que o investimento em saúde mental pode melhorar a saúde e o bem-estar individual e da população, proteger os direitos humanos e melhorar a eficiência económica. Importante ressaltar que os autores afirmam que as legislações de saúde mental dos países europeus estão ausentes ou desatualizadas, o que, segundo eles, violava os direitos das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental (p. 16). Em terceiro lugar, realizou-se uma conferência na Lituânia em 2013, na qual a importância da saúde mental para o bem-estar da população em geral foi novamente reconhecida. Durante a conferência, foi reconhecido que houve ausência de ações efetivas para melhorar o bem-estar da população e prevenir problemas de saúde mental entre os países europeus e incentivar uma colaboração multisetorial para alcançar este objetivo (p. 2). Além disso, a importância da atividade física na sustentabilidade de uma boa saúde mental e na promoção do bem-estar foi promovida por meio da recomendação do Conselho sobre a promoção de atividades físicas relacionadas à saúde em todos os setores.

A Comissão Europeia publicou uma revisão dos sistemas de saúde mental nos Estados-Membro da União Europeia, na qual se observou um ênfase crescente nas políticas que promovem a saúde mental da população em geral. Além disso, a pesquisa que foi realizada para o relatório mostrou algumas informações muito interessantes sobre o desenvolvimento de políticas de saúde mental na Europa. Mais especificamente, todos os 29 países relataram ter alguma forma de legislação de saúde mental. No entanto, a Estónia referiu não ter uma política de saúde mental, apesar de o seu programa geral de saúde incluir algumas referências à saúde mental, e a Suécia e a Estónia não têm políticas de saúde mental autónomas. Alguns países tinham acabado de começar a desenvolver políticas de saúde mental, como a Eslovénia, enquanto outros relataram não ter incluído a saúde mental como prioridade (Bulgária e República Checa). No entanto, vale a pena mencionar que, no momento do relatório, a saúde mental e o bem-estar foram definidos como prioritários para dois terços dos países participantes (p. 456).

Por último, em resposta ao aumento do interesse e da atenção em matéria de saúde mental, os países da UE lançaram em 2013 a Ação Conjunta sobre Saúde Mental e Bem-

Estar, com a colaboração de 25 Estados-Membro, a Islândia e a Noruega. O objetivo da ação conjunta foi contribuir para a promoção da saúde mental e do bem-estar, para a prevenção de perturbações mentais, para a melhoria dos cuidados e para a promoção da inclusão social de pessoas com perturbações mentais ([https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/jamhwb\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en)).

No relatório de avaliação de 2015, após a semana europeia do desporto, a importância da atividade física e do exercício no bem-estar dos cidadãos europeus foi observada numa tentativa de promover a participação de todos os cidadãos no desporto. Além disso, a OMS publicou o relatório sobre o plano de ação em saúde mental, no qual a saúde mental era considerada um dos maiores desafios para a saúde pública entre os países europeus. Além disso, após estabelecer a Ação Conjunta sobre saúde mental e bem-estar, foi criada uma plataforma on-line chamada “Compass” da UE para ação sobre Saúde Mental e Bem-Estar, a fim de coletar, trocar, analisar, monitorizar o desenvolvimento de políticas, atividades e boas práticas saúde mental e bem-estar entre os estados membros ([https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_en)).

Em 2016, o Quadro Europeu de Ação em Saúde Mental e Bem-Estar foi publicado, apoiando o acesso e participação em atividades culturais e sociais, bem como atividades recreativas ao ar livre e espaços verdes, promovendo saúde mental e bem-estar (p. 7). O quadro europeu propunha que a saúde mental deveria ser “incorporada em todas as políticas a todos os níveis, ou seja, internacional, nacional, regional e local” (p. 16).

Por fim, o relatório anual “Compass” para a Ação Saúde Mental e Saúde Mental da UE (2016), abordou como uma das questões mais importantes nos Estados-Membro da UE a resposta inadequada às necessidades das pessoas com perturbações mentais (p. 5). Além disso, os autores sugeriram que serviços baseados na comunidade estavam associados a “maior satisfação do usuário, melhor participação na vida social, maior necessidade de atendimento e adesão ao tratamento” (p. 5). Importante ressaltar que, nas análises das atividades desenvolvidas pelos Estados membros no último ano (2015-2016), foram registados avanços significativos para o objetivo estabelecido pelo “European Pact and the Framework for Action”. Vários países

desenvolveram ou atualizaram as legislações de saúde mental, mas os autores reconheceram que os desafios legislativos ainda permaneciam no terreno (p. 6). Mais especificamente, em alguns países, a avaliação centrou-se na reforma da legislação em vigor em matéria de saúde mental (por exemplo, Finlândia, Dinamarca, Eslovénia, Itália, Países Baixos), noutros na preparação da nova legislação (por exemplo na Eslováquia) e noutros novos conceitos na legislação existente (por exemplo, Lituânia, Estónia, Portugal, Espanha e Turquia).

Uma representação gráfica do desenvolvimento da política na União Europeia pode ser encontrada abaixo no Gráfico 1.

O foco na apresentação acima foi o desenvolvimento de políticas nas instituições europeias. Apresentar o desenvolvimento de políticas de saúde mental e bem-estar nos Estados membros é uma tarefa muito mais complicada e exigente que se estende ao longo deste artigo. No entanto, no Anexo1 encontra-se uma lista de políticas de saúde mental dos Estados-Membro. Além disso, também é evidente a partir da apresentação acima que, embora tenha sido colocado muito interesse na relação do desporto ou atividade/exercícios físicos com a saúde mental e o bem-estar da população em geral, pouco se fez a nível político. No entanto, alguns países europeus desenvolveram novas diretrizes e alguns incorporaram a atividade física como parte do plano de tratamento para pessoas que sofrem de doença mental.

## **POLÍTICAS E SUGESTÕES POLÍTICAS DAS INSTITUIÇÕES DA UE E ESTADOS-MEMBRO**

O debate acerca da saúde mental tem aumentado durante as últimas décadas, a par com o interesse das organizações europeias e internacionais e decisores políticos no desenvolvimento de políticas que afetam diretamente indivíduos com doença mental. Este documento foca a apresentação das Políticas de Saúde Mental na União Europeia e os estados membros da UE. A importância da saúde mental para o público em geral bem como o desenvolvimento saudável dos cidadãos da EU foi pela primeira vez reconhecido em 2001 pela Organização Mundial de Saúde, que dedicou a Saúde Mundial e o Relatório Mundial de Saúde inteiramente à saúde mental. O Dia Mundial da

Saúde (2001), com o título “Pare a Exclusão - Atreva-se a Cuidar”, abordou a necessidade de parar de ignorar o problema e de excluir pessoas que sofrem de problemas de saúde mental da comunidade. O Relatório de Saúde Mundial “Saúde Mental: Novo Entendimento, Nova Esperança” (2001) teve como principal objetivo ajudar todos os atores a entender a relação inseparável entre saúde mental e física e a influência que exercem entre si. Ressaltar que o relatório sugeriu que em 2001 mais de 40% dos países não tinham política de saúde mental e ainda mais marcante foi o facto de mais de 90% dos países não terem política de saúde mental que incluía crianças e adolescentes (p. 3). No entanto, o relatório afirmou que o desenvolvimento de políticas de saúde mental deve ser feito em relação à nova resolução relativa à Assembleia Geral das Nações Unidas para a proteção de pessoas que vivem com problemas de saúde mental em 1991. Também menciona que, neste relatório, pela primeira vez, uma conexão entre bem-estar mental e saúde física foi estabelecida (p. 115). Além disso, a fim de certificar-se de que esta iniciativa iria continuar a exercer influência, a OMS criou o Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), com o objetivo principal de implementar as recomendações do Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2003).

Após as duas declarações anteriores, que foram as primeiras a trazer o foco para a saúde mental, a OMS continuou a publicar relatórios e documentos para manter a atenção na saúde mental e levou à formulação de uma política oficial de saúde mental pela Comissão Europeia em 2005 na forma de uma publicação “Green Paper”.

Em 2002, a OMS publicou um relatório sobre “Prevenção e Promoção da Saúde Mental”, seguido de um relatório em 2003 (“Investir na saúde mental”) e em 2004 (“Promoção da Saúde Mental”). Esses relatórios enfatizam a importância de concentrar-se na saúde mental, na prevenção de doenças mentais e na promoção da saúde mental na população em geral. Também ressalva que nesses artigos a saúde mental é definida como uma base para o bem-estar e o funcionamento efetivo na comunidade, destacando, assim, a sua importância. Seguindo a tendência acima e numa tentativa de ajudar os decisores políticos a desenvolver políticas de saúde mental e planos de ação, a OMS (2004) divulgou a “política, planos e programas de Saúde Mental”.

Como mencionado acima, 2005 foi um ano



importante para a formulação de políticas de saúde mental. Em Janeiro, a OMS realizou uma conferência sobre saúde mental, “Declaração de Saúde Mental para a Europa”, juntamente com a aprovação do “Plano de Ação de Saúde Mental para a Europa”. O objetivo principal era preparar o terreno para o desenvolvimento de políticas de saúde mental na Europa e propor as ações necessárias para estabelecer políticas que respeitassem os interesses dos indivíduos com problemas de saúde mental. Como resposta imediata a esta iniciativa e pedido de ação, a Comissão Europeia publicou o “Green Paper” intitulado “Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, a fim de contribuir para a implementação do programa quadro estabelecido na conferência. Na política, salienta-se que, quando se trata de saúde mental, é necessária uma abordagem abrangente no plano de intervenção, apelando assim a uma colaboração entre campos para estabelecer o plano de tratamento mais adequado e inovador (p. 5). Como um derivado, a Comissão Europeia propôs o lançamento de uma plataforma da UE para a Saúde Mental, que promoveria a colaboração intersectorial entre diferentes atores (p. 13). Além disso, a OMS formou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, para abordar fatores sociais que levam a problemas de saúde, possíveis desigualdades de saúde e saúde mental e bem-estar de crianças de sexo feminino e mulheres (CSDH, 2008).

Em 2007, o Observatório Europeu dos Serviços de Sistemas e Políticas de Saúde, em colaboração com a OMS, publicou um relatório sobre políticas e práticas de saúde mental em toda a Europa. Uma das principais descobertas foi que, embora o efeito prejudicial da saúde mental precária seja evidente e se pensasse que os decisores políticos se concentrariam no desenvolvimento de políticas de saúde mental para evitar o efeito prejudicial, os investigadores descobriram que o desenvolvimento dessas políticas era pobre. Também vale a pena mencionar que, naquela altura (2007), 37% dos países europeus não tinham política de saúde mental (p. 241). Além disso, a OMS publicou uma ficha informativa em 2007 para fortalecer a promoção da saúde mental e afirmar que a saúde mental é a base do bem-estar. O objetivo era promover a atuação de todos os países e envolver todos os atores para apoiar e endossar a saúde mental. Além disso, a Saúde Mental Europa também chamou os países europeus e formuladores de políticas a

investirem no desenvolvimento e fornecimento de mecanismos de apoio que promovam a saúde mental e o bem-estar de todos e que evitem transtornos mentais. Ao mesmo tempo, os países europeus foram obrigados a garantir todos os direitos e acesso a oportunidades para aqueles que sofrem de doenças mentais (p. 1).

Em 2008, realizou-se em Bruxelas uma conferência de alto nível da UE e emitiu a) um pacto europeu para a saúde mental e o bem-estar, no qual foram delineadas as cinco áreas prioritárias da saúde mental, b) o facto de ter sido dado um passo político decisivo e necessário para tornar a saúde mental e o bem-estar as principais prioridades (p. 3). Além disso, durante o mesmo ano (2008) foram emitidas as diretrizes da UE para a atividade física. Estas diretrizes enfatizavam que a atividade física era de fundamental importância para manter a função cognitiva, reduzir o risco de depressão e ansiedade, melhorar a autoimagem e a autoestima, e apoiar não apenas a qualidade física, mas também a qualidade de vida mental (p. 3). Além disso, a OMS e a Comissão Europeia publicaram um relatório sobre políticas e práticas de Saúde Mental na Europa, a fim de avaliar o progresso nos Estados-Membro desde a declaração e plano de ação de 2005. Os resultados mostraram que há diversidade entre os estados europeus que estão na fase de desenvolvimento e na implementação das ações declaradas pelo plano de ação para a saúde mental. Mais especificamente, os resultados mostraram que 21 dos 42 países que participaram da pesquisa produziram uma política de saúde mental separada, mais de metade dos 42 países adotaram novas políticas de saúde mental desde 2005, e apenas 4 países relataram não ter política de saúde mental (p. 11-15).

Em 2009, a OMS Europa divulgou um relatório sobre Saúde Mental, Resiliência e Desigualdades, no qual a saúde mental é apresentada como um elemento central na construção de cidadãos e comunidades resilientes. Além disso, o relatório sugeriu que a ênfase nas atividades de saúde mental que focam o bem-estar das populações “é uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção e prevenção, além de melhorar o tratamento dos distúrbios existentes” (p. 6). A OMS sugeriu que o aumento da saúde mental pode melhorar significativamente a qualidade da vida pessoal e social. Ligada à importância dada no contexto social da saúde mental, a OMS Europa em 2011 publicou um relatório sobre o efeito da crise económica na

saúde mental, salientando a importância que a saúde mental desempenha na recuperação bem-sucedida da economia europeia (p. 2).

Em 2011, a OMS publicou a política Promover o desporto e melhorar a saúde nos países da União Europeia, na qual foi dada ênfase às atividades de melhoria da saúde e à importância do desporto no bem-estar da população em geral. A política também se referia à inclusão de pessoas com deficiência no desporto, mas tratava principalmente de deficiências físicas.

Em 2013, o volume de relatórios representou um aumento do interesse pela saúde mental e pelo bem-estar entre os legisladores. Em primeiro lugar, a OMS publicou um plano de ação para a saúde mental reconhecendo o importante papel que desempenha na saúde geral da população, juntamente com o objetivo de alcançar a igualdade através da disseminação universal de saúde e enfatizou a importância da prevenção. Em segundo lugar, o relatório que investe na saúde mental “Evidências de ação” foi publicado pela OMS. Através do relatório, a promoção, proteção e restauração da saúde mental retomou um papel vital não apenas para o indivíduo, mas também para as comunidades e sociedades (p. 5). Além disso, o relatório sugeriu que o investimento em saúde mental pode melhorar a saúde e o bem-estar individual e da população, proteger os direitos humanos e melhorar a eficiência econômica. Importante ressaltar que os autores afirmam que as legislações de saúde mental dos países europeus estão ausentes ou desatualizadas, o que, segundo eles, violava os direitos das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental (p. 16). Em terceiro lugar, realizou-se uma conferência na Lituânia em 2013, na qual a importância da saúde mental para o bem-estar da população em geral foi novamente reconhecida. Durante a conferência, foi reconhecido que houve ausência de ações efetivas para melhorar o bem-estar da população e prevenir problemas de saúde mental entre os países europeus e incentivar uma colaboração multissetorial para alcançar este objetivo (p. 2). Além disso, a importância da atividade física na sustentabilidade de uma boa saúde mental e na promoção do bem-estar foi promovida por meio da recomendação do Conselho sobre a promoção de atividades físicas relacionadas à saúde em todos os setores.

A Comissão Europeia publicou uma revisão dos sistemas de saúde mental nos Estados-Membro da União Europeia, na qual se observou um ênfase crescente nas políticas que

promovem a saúde mental da população em geral. Além disso, a pesquisa que foi realizada para o relatório mostrou algumas informações muito interessantes sobre o desenvolvimento de políticas de saúde mental na Europa. Mais especificamente, todos os 29 países relataram ter alguma forma de legislação de saúde mental. No entanto, a Estônia referiu não ter uma política de saúde mental, apesar de o seu programa geral de saúde incluir algumas referências à saúde mental, e a Suécia e a Estônia não têm políticas de saúde mental autônomas. Alguns países tinham acabado de começar a desenvolver políticas de saúde mental, como a Eslovênia, enquanto outros relataram não ter incluído a saúde mental como prioridade (Bulgária e República Checa). No entanto, vale a pena mencionar que, no momento do relatório, a saúde mental e o bem-estar foram definidos como prioritários para dois terços dos países participantes (p. 456).

Por último, em resposta ao aumento do interesse e da atenção em matéria de saúde mental, os países da UE lançaram em 2013 a Ação Conjunta sobre Saúde Mental e Bem-Estar, com a colaboração de 25 Estados-Membro, a Islândia e a Noruega. O objetivo da ação conjunta foi contribuir para a promoção da saúde mental e do bem-estar, para a prevenção de perturbações mentais, para a melhoria dos cuidados e para a promoção da inclusão social de pessoas com perturbações mentais ([https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/jamhwb\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en)).

No relatório de avaliação de 2015, após a semana europeia do desporto, a importância da atividade física e do exercício no bem-estar dos cidadãos europeus foi observada numa tentativa de promover a participação de todos os cidadãos no desporto. Além disso, a OMS publicou o relatório sobre o plano de ação em saúde mental, no qual a saúde mental era considerada um dos maiores desafios para a saúde pública entre os países europeus. Além disso, após estabelecer a Ação Conjunta sobre saúde mental e bem-estar, foi criada uma plataforma on-line chamada “Compass” da UE para ação sobre Saúde Mental e Bem-Estar, a fim de coletar, trocar, analisar, monitorizar o desenvolvimento de políticas, atividades e boas práticas saúde mental e bem-estar entre os estados membros ([https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_en)).

Em 2016, o Quadro Europeu de Ação em Saúde Mental e Bem-Estar foi publicado,

apoando o acesso e participação em atividades culturais e sociais, bem como atividades recreativas ao ar livre e espaços verdes, promovendo saúde mental e bem-estar (p. 7). O quadro europeu propunha que a saúde mental deveria ser “incorporada em todas as políticas a todos os níveis, ou seja, internacional, nacional, regional e local” (p. 16).

Por fim, o relatório anual “Compass” para a Ação Saúde Mental e Saúde Mental da UE (2016), abordou como uma das questões mais importantes nos Estados-Membro da UE a resposta inadequada às necessidades das pessoas com perturbações mentais (p. 5). Além disso, os autores sugeriram que serviços baseados na comunidade estavam associados a “maior satisfação do usuário, melhor participação na vida social, maior necessidade de atendimento e adesão ao tratamento” (p. 5). Importante ressaltar que, nas análises das atividades desenvolvidas pelos Estados membros no último ano (2015-2016), foram registados avanços significativos para o objetivo estabelecido pelo “European Pact and the Framework for Action”. Vários países desenvolveram ou atualizaram as legislações de saúde mental, mas os autores reconheceram que os desafios legislativos ainda permaneciam no terreno (p. 6). Mais especificamente, em alguns países, a avaliação centrou-se na reforma da legislação em vigor em matéria de saúde mental (por exemplo, Finlândia, Dinamarca, Eslovénia, Itália, Países Baixos), noutros na preparação da nova legislação (por exemplo na Eslováquia) e noutros novos conceitos na legislação existente (por exemplo, Lituânia, Estónia, Portugal, Espanha e Turquia).

Uma representação gráfica do desenvolvimento da política na União Europeia pode ser encontrada abaixo no Gráfico 1.

## **PRÁTICAS DAS INSTITUIÇÕES DA UE E DOS ESTADOS-MEMBRO DA UE**

O objetivo deste tópico é identificar e compilar práticas disponíveis na área de atividade física e saúde mental, abrangendo um ou mais dos critérios mencionados no capítulo da metodologia. Respetivamente, o objetivo deste capítulo não é analisar ou avaliar as práticas disponíveis, desenvolvidas e realizadas por instituições ou profissionais na Europa. O

objetivo deste capítulo é disponibilizar aos profissionais de ambos os campos, Educação Física e Saúde Mental, uma lista abrangente de práticas que ocorrem em diferentes Estados-Membro da União Europeia. A evolução, a avaliação ou o desenvolvimento das práticas existentes é uma tarefa muito mais desafiadora e ambiciosa e exige a união e a experiência de profissionais de diversas áreas científicas.

Além disso, dada a dificuldade de diferenciar, na maioria das políticas, a incapacidade física e mental, a identificação de práticas relacionadas à atividade física e ao exercício em unidades de saúde mental abrange os quatro critérios estabelecidos no capítulo de metodologia, que foi muito desafiadora. Ressaltar que em países fora da Europa, como a Austrália ou o Canadá, por exemplo, há uma clara distinção entre as práticas dos pacientes com doenças mentais. Na Europa esta distinção ainda está em desenvolvimento. Para efeitos desta análise documental, apenas as práticas realizadas nos Estados-Membro europeus foram pesquisadas e serão apresentadas no Anexo 2.

Como apresentado no quadro do Anexo 2, as práticas foram mapeadas com o Reino Unido (13), Espanha (9) e Irlanda (8) a assumirem o mérito no número máximo de práticas, seguidos da Itália (7), Países Baixos (7), Portugal (6), Alemanha (5) e Dinamarca (5). Não conseguimos encontrar práticas em 5 países (Chipre, Estónia, Luxemburgo, Malta e Suécia). Os demais países tiveram entre 4 e 1 prática publicada. Importante referir que não foi uma surpresa que muitas práticas estivessem lugar no Reino Unido, uma vez que é um dos poucos países que desenvolveu orientações para profissionais de saúde mental e médicos no sentido de incorporar atividade física no esquema de tratamento (por exemplo, Royal College of Psiquiatria, abril de 2018 “Atividade física e saúde mental; Ministério da Saúde (2018) Orientação Bem-Estar e Saúde Mental; Aplicando a nossa saúde”).

Outro elemento importante a ser observado é que os países do sul (Espanha, Itália, Portugal, Grécia) assumem, cada, um nível de moderado a alto nas práticas, uma vez que os países do sul parecem ser sociedades mais fechadas em questões de saúde mental.

Também é importante ressaltar neste momento que tais relações representam as conclusões de nossa pesquisa com as restrições de critérios e outras limitações. Isso significa que pode haver outras práticas em vigor que não foram mapeadas ou que não

se encaixam nos critérios que definimos no capítulo metodológico.

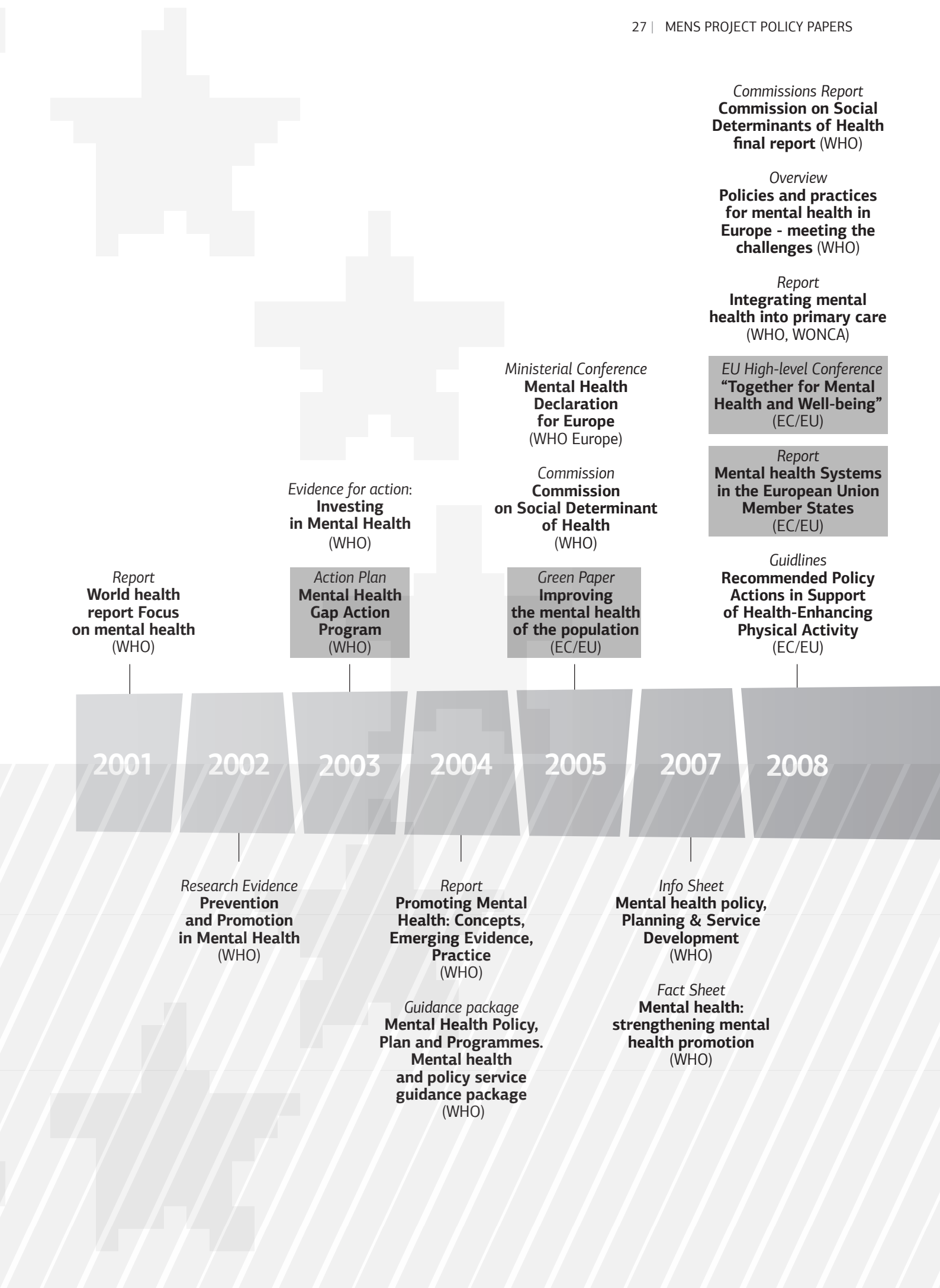
### **Conclusões / Sugestões**

Com base nos resultados acima, tanto em políticas e práticas, é evidente que há muito a ser feito em todos os campos para relacionar oficialmente a saúde mental com atividade física, exercícios e desportos. A ligação limitada entre os serviços de saúde mental e a atividade física nos Estados-Membro ficou evidente no capítulo de políticas, com apenas alguns Estados a apresentarem diretrizes ou programas que apoiam essa ligação. Assim, há uma necessidade, hoje em dia, de que todos os setores relevantes se concentrem em estabelecer e criar políticas que enfatizem a importância da atividade física para a promoção da saúde mental. Além disso, a condução das respetivas recomendações feitas pela União Europeia e a adaptação dessas políticas pelos Estados-Membro são essenciais para promover os

objetivos comuns.

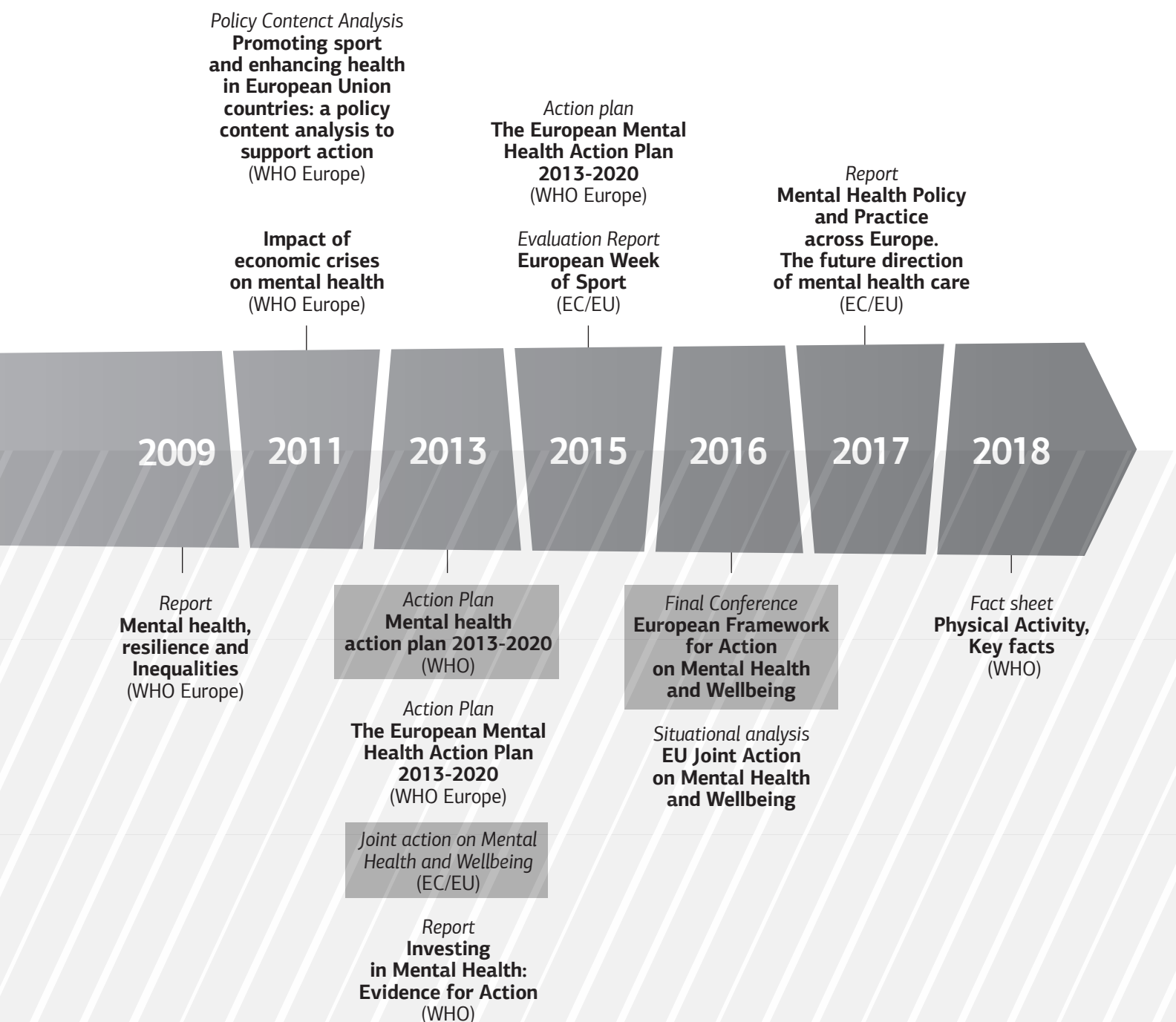
O segundo ponto da revisão foi que as práticas dos membros do estado europeu que conectam e promovem a saúde mental com a atividade física são limitadas. Assim, o foco deve ser baseado no desenvolvimento e comunicação de práticas no campo da saúde mental e da atividade física. O desenvolvimento de um banco de dados, por exemplo, um instrumento que possa apoiar os profissionais a acessar uma variedade de práticas, avaliar a eficácia e a comunicar com diferentes especialistas no campo, pode ser útil considerar.

No entanto, como observação final, vale a pena mencionar que a recente ênfase da OMS e da União Europeia na saúde mental gerou um ambiente muito frutífero. Este ambiente pode apoiar o desenvolvimento de novas colaborações e novas relações nesta questão tão importante para todos os cidadãos europeus e para a economia europeia.



GRAPH 1

## DEVELOPMENT OF EUROPEAN MENTAL HEALTH POLICIES





## ANEXO I. TABELA DE POLÍTICAS

O que	Quem	Link
Mental health: new understanding, new Hope. The World Health Report	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1">http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1</a>
Stop Exclusion - Dare to care.	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf">http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf</a>
Prevention and Promotion in Mental Health.	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf">http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf</a>
Investing in Mental Health	World Health Organization	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1</a>
Mental Health Gap Action Program	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/">http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/</a>
Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice.	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf</a>
Mental Health Policy, Plan and Programmes.	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf">http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf</a>
Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions	World Health Organization Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf</a>
Mental health: strengthening mental health promotion.	World Health Organization	<a href="https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-State-ment-on-Mental-Health-Promotion.pdf">https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-State-ment-on-Mental-Health-Promotion.pdf</a>
Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf">http://www.who.int/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf</a>
Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report	World Health Organization	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D9BA7894B79DCF68249D48E5D9F70944?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D9BA7894B79DCF68249D48E5D9F70944?sequence=1</a>
Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges.	World Health Organization Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf</a>
Integrating mental health into primary care: a global perspective	World Health Organization WONCA	<a href="http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf">http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf</a>
Mental health, resilience and Inequalities	World Health Organization Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf</a>
Impact of economic crises on mental health.	World Health Organization Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf</a>

Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action	World Health Organization-Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/data/asset s/pdf file/0006/147237/e95168.pdf">http://www.euro.who.int/data/asset s/pdf file/0006/147237/e95168.pdf</a>
Mental health action plan 2013-2020	World Health Organization	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1</a>
The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2013)	World Health Organization-Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf</a>
Investing in Mental Health: Evidence for Action	World Health Organization	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1</a>
The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2015)	World Health Organization-Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf</a>
Physical Activity, Key facts.	World Health Organization	<a href="http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity">http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity</a>
Physical activity and health in Europe: evidence for action	World Health Organization-Regional Office for Europe	<a href="http://www.euro.who.int/ data/asset s/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf">http://www.euro.who.int/ data/asset s/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf</a>
Recommendation on policies promoting health-enhancing physical activity across sectors	Council of Europe	<a href="http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ%3AC%3A2013%3A354%3A0001%3A0005%3AEN%3APDF">http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ%3AC%3A2013%3A354%3A0001%3A0005%3AEN%3APDF</a>
Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity	European Union Guidelines- EU Working Group “Sport & Health”	<a href="http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf">http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf</a>
European Pact for Mental health and Well-being	European Commission	<a href="http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf</a>
Joint action on Mental Health and Wellbeing	European Commission	<a href="https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en">https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en</a>
European Week of Sport- Evaluation Report	European Commission	<a href="http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf">http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf</a>
European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing	Join Action – Mental health and Wellbeing – European Union	<a href="https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf">https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf</a>
EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing	Join Action – Mental health and Wellbeing – European Union	<a href="https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf">https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf</a>



Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union	European Commission	<a href="https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf">https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf</a>
Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action	Council Of The European Union	<a href="https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf">https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf</a>
Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH).	European Commission	<a href="https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf">https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf</a>
White Paper on Sport	European Commission	<a href="http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&amp;from=EN">http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&amp;from=EN</a>
European Disability Strategy 2010- 2020: A Renewed Commitment to a Barrier- Free Europe	European Commission	<a href="http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Aen%3APDF">http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Aen%3APDF</a>
Developing the European Dimension in Sport	European Commission	<a href="http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF">http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF</a>
Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol	United Nations	<a href="http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf">http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf</a>
The role of sport as a source of and a driver for active social inclusion	Council of Europe	<a href="http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:326:0005:0008:EN:PDF%20">http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:326:0005:0008:EN:PDF%20</a>
Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care	European Observatory	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107811/E89814.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107811/E89814.pdf?sequence=1</a>
Health policy in Austria	Austria	
Health targets for Austria	OECD	<a href="https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Austria-March-2017.pdf">https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Austria-March-2017.pdf</a>
Public Health in Austria	Federal Ministry of Health Family and Youth	<a href="https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/health-targets-austria.pdf">https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/health-targets-austria.pdf</a>
	European Observatory	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf</a>
Health Policy in Belgium	Belgium	<a href="http://www.oecd.org/belgium/Health-Policy-in-Belgium-February-2016.pdf">http://www.oecd.org/belgium/Health-Policy-in-Belgium-February-2016.pdf</a>
The Belgian National Strategy for Wellbeing at Work 2016-2020		<a href="file:///C:/Users/user/Downloads/05_NatStrat_finaal_EN.pdf">file:///C:/Users/user/Downloads/05_NatStrat_finaal_EN.pdf</a>

Bulgaria Health 2020	Bulgaria	<a href="https://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/bulgaria/">https://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/bulgaria/</a>
	Croatia	
“Sports for all” program	Cyprus Cyprus Sports Organization	<a href="http://ago.org.cy/archiki-selida/ago/">http://ago.org.cy/archiki-selida/ago/</a>
National strategies for health protection and support and disease prevention	Czech Republic	<a href="http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf">http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf</a>
Healthcare In Denmark	Denmark	<a href="https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx">https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx</a>  <a href="file:///C:/Users/user/Downloads/DNK--Denmark_GR_Ministry_of_the_Interior_and_Health_2003-2003.pdf">file:///C:/Users/user/Downloads/DNK--Denmark_GR_Ministry_of_the_Interior_and_Health_2003-2003.pdf</a>
Estonian Mental Health and Well-Being Coalition (VATEK)	Estonia	<a href="http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/05/WHO_et-en_05689_Vaimse-tervise-strateegia_en_ED_C.pdf">http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/05/WHO_et-en_05689_Vaimse-tervise-strateegia_en_ED_C.pdf</a>
Sport Policy		<a href="http://www.kul.ee/en/activities/sport">http://www.kul.ee/en/activities/sport</a>
Sports Club for Health (ACforH) – updated guidelines for health-enhancing sports activities in a club setting.	Finland	<a href="https://www.scforh.info">https://www.scforh.info</a>
Policies and development.	Ministry of Education and Culture	<a href="http://minedu.fi/en/policies-and-development-sport">http://minedu.fi/en/policies-and-development-sport</a>

<p>Mental Health in France.</p> <p>State of Health in the EU France</p>	<p>France</p>	<p><a href="https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Argumentaire-sant---mentale-SK-EN.pdf">https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Argumentaire-sant---mentale-SK-EN.pdf</a></p> <p><a href="https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_fr_english.pdf">https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_fr_english.pdf</a></p>
<p>National Recommendations for Physical Activity and Physical Activity Promotion.</p> <p>Government Report on Wellbeing in Germany.</p> <p>Health in Germany – the most important developments.</p>	<p>Germany Federal Ministry of Health</p> <p>German Government</p>	<p><a href="https://www.sport.fau.de/files/2015/05/National-Recommendations-for-Physical-Activity-and-Physical-Activity-Promotion.pdf">https://www.sport.fau.de/files/2015/05/National-Recommendations-for-Physical-Activity-and-Physical-Activity-Promotion.pdf</a></p> <p><a href="https://buergerdialog.gut-leben-in-deutschland.de/SharedDocs/Downloads/EN/LB/Government-Report-on-Wellbeing-in-Germany.pdf?__blob=publicationFile">https://buergerdialog.gut-leben-in-deutschland.de/SharedDocs/Downloads/EN/LB/Government-Report-on-Wellbeing-in-Germany.pdf?__blob=publicationFile</a></p> <p><a href="https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_most_important_developments.pdf?__blob=publicationFile">https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_most_important_developments.pdf?__blob=publicationFile</a></p>
<p>“Sports for all”</p> <p>Ψυχική &amp; Δημόσια Υγεία Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία - 2008 - 2012</p>	<p>Greece University of Thessaly</p> <p>Ministry of Labor, Social Security and Welfare</p> <p>Ministry of Health and Social Solidarity</p>	<p><a href="http://www.athlisigiaolous.gr/uploads/Odigos%20diaxeirisis%20PAGO.pdf">http://www.athlisigiaolous.gr/uploads/Odigos%20diaxeirisis%20PAGO.pdf</a></p> <p><a href="http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&amp;">http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&amp;</a></p> <p><a href="file:///C:/Users/user/Downloads/ethniko%20drasis.pdf">file:///C:/Users/user/Downloads/ethniko%20drasis.pdf</a></p>
	Hungary	
<p>Get Ireland Walking – Strategy &amp; Action plan 2017-2020</p> <p>Mental Health in Ireland: Awareness and Attitudes</p> <p>“Hi Healthy Ireland” A framework for improves health and wellbeing.</p> <p>Get Ireland Active! National Physical Activity Plan for Ireland</p>	<p>Ireland</p> <p>Sport Ireland</p> <p>Health Service Executive</p> <p>Ministry of Health and Ministry of Transport, Tourism and Sport</p>	<p><a href="https://www.getirelandwalking.ie/_files/2017103145513_626b84f6.pdf">https://www.getirelandwalking.ie/_files/2017103145513_626b84f6.pdf</a></p> <p><a href="https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSP00612.pdf">https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSP00612.pdf</a></p> <p><a href="https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf">https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf</a></p> <p><a href="https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2016/01/Get-Ireland-Active-the-National-Physical-Activity-Plan.pdf">https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2016/01/Get-Ireland-Active-the-National-Physical-Activity-Plan.pdf</a></p>

	Italy	
Sports Policy Guidelines 2004-2009	Latvia Republic of Latvia	<a href="http://vvc.gov.lv/index.php?route=product/search&amp;search=Sports%20Policy%20Guidelines%20&amp;category_id=60&amp;sub_category=true&amp;description=true">http://vvc.gov.lv/index.php?route=product/search&amp;search=Sports%20Policy%20Guidelines%20&amp;category_id=60&amp;sub_category=true&amp;description=true</a>
	Lithuania	
	Luxemburg	
	Malta	
National policy document on health Health close to people	Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)	<a href="file:///C:/Users/user/Downloads/health-close-to-people.pdf">file:///C:/Users/user/Downloads/health-close-to-people.pdf</a>
Wellbeing and public mental health on local level Norwegian policy.  Working together for physical activity	Norway Norwegian Ministry of Health and Care Services  Ministries	<a href="http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/media/1471/w1-arne-marius-fosse.pdf">http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/media/1471/w1-arne-marius-fosse.pdf</a>  <a href="https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2006/0002/ddd/pdfv/269037-hod_kortversjon_engelsk.pdf">https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2006/0002/ddd/pdfv/269037-hod_kortversjon_engelsk.pdf</a>
	Poland	
	Portugal	
	Romania	
	Slovakia	
National Health Enhancing Physical Activity Programme 2007-2012  Physical activity for health	Slovenia Ministry of Health	<a href="http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska_verzija_MZ/HEPA-Slovenia-prevod_ang.pdf">http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska_verzija_MZ/HEPA-Slovenia-prevod_ang.pdf</a>  <a href="http://www.mz.gov.si/en/areas_of_work/public_health/healthy_lifestyle/physical_activity_for_health/">http://www.mz.gov.si/en/areas_of_work/public_health/healthy_lifestyle/physical_activity_for_health/</a>
Plan Integral para la Actividad Fisica Y El Deporte	Spain	<a href="http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/LIBRO-PLAN-AD.pdf">http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/LIBRO-PLAN-AD.pdf</a>

Public health and Sport objectives	Sweden  Government Offices of Sweden	<a href="http://www.government.se/government-policy/public-health-and-sport/public-health-and-sport-objectives/">http://www.government.se/government-policy/public-health-and-sport/public-health-and-sport-objectives/</a>
Health Guide to Switzerland	Switzerland  Federal Office of Public Health FOPH	<a href="http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/eng_GWW_web_1_.pdf">http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/eng_GWW_web_1_.pdf</a>
Health-Enhancing Physical Activity in Adults Recommendations for Switzerland	Federal office of Sports	<a href="file:///C:/Users/user/Downloads/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_EN.pdf">file:///C:/Users/user/Downloads/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_EN.pdf</a>
Non commutable disease and physical activity	Swiss Tropical and Public Health Institute	<a href="https://www.swisstph.ch/de/topics/non-communicable-diseases/physical-activity/">https://www.swisstph.ch/de/topics/non-communicable-diseases/physical-activity/</a>
A manifesto for better mental health	United Kingdom The Mental Health Policy Group	<a href="https://www.mind.org.uk/media/1113989/a-manifesto-for-better-mental-health.pdf">https://www.mind.org.uk/media/1113989/a-manifesto-for-better-mental-health.pdf</a>
Mental Health Charter for Sport and Recreation	United Kingdom U.K. Deputy Prime Minister's Office, U.K. Department for Culture, Media & Sport, U.K. Department of Health	<a href="https://www.gov.uk/government/news/deputy-prime-minister-launches-mental-health-in-sport-initiative">https://www.gov.uk/government/news/deputy-prime-minister-launches-mental-health-in-sport-initiative</a>  <a href="https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing">https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing</a>
Mental Wellbeing	U.K. National Health Service	<a href="https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing">https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing</a>  <a href="https://www.gov.uk/government/consultations/changes-to-mental-health-act-1983-code-of-practice">https://www.gov.uk/government/consultations/changes-to-mental-health-act-1983-code-of-practice</a>
Wellbeing and mental health: Applying All Our Health	U.K. Public Health	<a href="https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health">https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health</a>
Physical Activity and Mental Health	U.K. Royal college of Psychiatrists	<a href="https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx">https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx</a>
Five steps to mental wellbeing	U.K. NHS Scottish Government	<a href="https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing#get-active-for-mental-wellbeing">https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing#get-active-for-mental-wellbeing</a>

Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011	U.K. Scottish Government	<a href="http://www.gov.scot/Publications/2009/05/06154655/0">http://www.gov.scot/Publications/2009/05/06154655/0</a>
Mental Health in Scotland: Improving the Physical Health and Well Being of those Experiencing Mental Illness		<a href="http://www.gov.scot/Publications/2008/11/28152218/16">http://www.gov.scot/Publications/2008/11/28152218/16</a>
Introduction to the Mental Health Charter for Sport and Recreation	U.K. – Sport and Recreation Alliance	<a href="https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for">https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for</a>
Exercise for depression	U.K.- NHS	<a href="https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/exercise-for-depression/">https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/exercise-for-depression/</a>
Constitution Article 59 “Development of sports and arbitration”	Turkey The Turkish Constitution	<a href="https://global.tbmm.gov.tr/docs/constitution_en.pdf">https://global.tbmm.gov.tr/docs/constitution_en.pdf</a> <a href="http://www.turkishculture.org/lifestyles/sports-228.htm">http://www.turkishculture.org/lifestyles/sports-228.htm</a>

## ANEXO 2 :TABELA DE PRÁTICAS

Nota: Esta é uma versão resumida para impressão. A versão detalhada, com a descrição das práticas e as respetivas hiperligações, está disponível na página do projeto on-lin ([www.mensproject.eu](http://www.mensproject.eu)).

País	Organização /Entidade	Título da Prática - Categoria
Austria	Pro Mente	Charity Football Tournament – Sport Event
Belgium	Department of Movement and Sports Sciences, Ghent University, Ghent	Interrelation of Sport Participation, Physical Activity, Social Capital and Mental Health in Disadvantaged Communities: - Research
	Te Gek!	From prison to CARE campaign internment - Awareness Campaign
	Ups&Downs	Walks – Physical Activity
	Parantee- Psylos	Move it -Physical Activity
	Parantee- Psylos	Provincial Football competition – Sport Event Calendar & Other Practices
Bulgaria	My World	Sport Event for people with mental disabilities – Sport Event
Croatia	PK Forca	Therapy Swimming – Physical Activity
Cyprus	Cyprus Sports for all (AGO)	Sport Programme for People with Special Needs – Sport Activities

Czech R.	Bohnice Psychiatric Hospital.	Urban Challenge 2018 – Physical Activity
	Bohnice Psychiatric Hospital.	Color Run – Physical Activity
	Vida	“How to go with us” – Physical Exercise Workshop
	Czech Union of Sport	Come and Sport with Us – Sport Events
Denmark	Opus	Use the Body in Psychiatry – Physical Exercise program
	DAI-Sport	Several Practices- Sport activities & Physical Exercise program
	DAI-Sport in cooperation with Municipalities	Sport for the Mind-Awareness Project
	Sports Festival for the Mind	Sports Festival for the Mind – Sport & Physical Exercise program
	IFK98/Fighters Idrætsfestiva	Several practices - Sport & Physical Exercise program
Estonia		
Finland	Finnish Confederation of Mental Health	Mental Health Championship – Sport Event
France	UNAFAM	Psycyclette – Sport Event
	French Federation of Adapted Sport	Sport Calendar- Sport & Physical Exercise program
	Schizo Espoir	The Strides – Sport Event
	Bicycle	Bicycle in the region – Physical Exercise Program
Germany	Don Bosco Aschau am Inn	Sport Therapy Groups – Sport as complimentary treatment
	VGS	Coping with Stress – Physical Exercise workshops
	Disabled Rehabilitation Sports Club Lölrrach	Sports for mentally disabled people – Sport Activities
Greece	KSDEO EDRA	Panattica Sport Event for Mentally Ill– Sport Event
	EPAPSY	Three-point Shot against Stigma – Sport Event
	NGO “Regeneration & Progress,” with the exclusive support of the Stavros Niarchos Foundation	Sport Paths Program – Sport & Educative Awareness Activities
Hungary	A Revolution Hospital	Sport Therapy – Sport as complimentary treatment

Italy	Psychologists and Psychotherapeutes in Vicenza and Thiene.	Sport & Mental Training/EMDR Method – Sport activities
	Italian Sports Centre	Commission for Sport and Marginality – Sport Activities
	Francesco Pisco	Awareness in Motion – Physical Exercise program
	Psychiatric Users Association in Ferrara, in collaboration with public Mental Health Department, the Municipality of Ferrara and UISP, the Italian Union Promoting Sport for All	Sport: A Possible Road toward Social Inclusion and Quality of Life - Sport Activities as part of study and research
	Italian Union of Sport for All - UISP	Matti per il calcio – Sport Event
	Italian Union of Sport for All (UISP) – Volleyball, and UISP Valle d'Aosta	Palio di Sant'Orso – Sport Event
	Servizio Sanitario Regionale (Emilia-Romagna)	MÀT – Settimana della Salute Mentale – Sport Activities as part of Mental Health week
Ireland	Mental Health Ireland	Woodlands for Health – Physical Exercise program
	The Gaelic Athletic Association	Healthy Clubs Project (HCP) – Sport & Awareness Activities
	The Irish Sports Council	Sports Council Challenge – Physical Exercise program
	the National Centre for Youth Mental Health	“Think Big” – Awareness project
	The Irish Rugby Football Union, Rugby Players Ireland	Tackle Your Feelings– Awareness project
	State of Mind Ireland	State of Mind – Education & Awareness project
	Cycle Against Suicide	Cycle Against Suicide- Sport Event
	Ulster University, in partnership with leading charity State of Mind Ireland	Sport & Mental Health program - Sport Activities
	Several Authors	Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport - Peper
Latvia	Solvita Zemīte	Spiritual Growth or Meditation for the Movement – Physical Exercise Session
Lithuania	Zarasai Social Care Home	Sporting Activities – Sport as complimentary treatment
Luxemburg		
Malta		



Netherlands	SportGGZ	I am a Mindrunner- Physical Exercise program
	Stap Uit De Burnout	Get out of your Burn-Out- Physical Exercise program
	Bewegen voor je Brein	Moving for your brain – Communication and Awareness Platform
	Various Rotterdam Organizations	Move your fit, become visibly active - - Physical Exercise program
	Dennis Timp	Better in the saddle - Physical Exercise as complimentary therapy
	GGz Centraal	Limitless – Sport Activities
	Professional Association Running Therapy Netherlands	Running to feel better - Physical Exercise program
Poland	Foundation “Disabled and Awaiting Help”	IX Integrative Sports Competition – Sport Event
Portugal	ANARP	Project “Tackle Stigma” – Sport Event
	AFUA	Socio-Occupational Units – Sport as a Complimentary therapy
	National Federation of Mental Illness Rehabilitation Entities	Walk for Mental Health - Physical Exercise program
	Association for the Support of Depressive and Bipolar Patients	Activities Espaço d’Arte – Physical Exercise Sessions
	GIS – Irmãs Hospitaleiras	“Stigma out of play” – Sport Event
	Fundação S. João de Deus - Casa de Saúde do Telhal	Golf Activities – Sport Activities
Romania	National University of Physical Education and Sport	‘Design and planning of leisure activities’ – Education Course
Slovakia	ZPP Radost	Dance and movement elements – Physical Exercise as complimentary therapy
	ZPP Radost	Ping pong Tournament – Sport Event
Slovenia	Slovenian Association for Mental Health	Sport Activities – Sport as complimentary therapy
	ALTRA-Committee for Mental Health News	Sport Activities– Sport as complimentary therapy
	Society for Mental Health and Creative Spent Free Time “VEZI”	Sport-Recreational Activities– Sport as complimentary therapy

Spain	Fundacion INTRAS	CLUB DUERO – Sport Activities
	FAISEM	Andalusian Sports and Mental Health Championship – Sport Event
	Association of Mental Health-FEAFES-HUELVA	“Mental Health with Sports” Race – Sport Event
	AEDIR- Spanish Sports Association for Integration and Recovery	Sport & Mental Health Events – Sport and Physical Exercise as complimentary therapies
	FAISEM	Tiquitaca for Mental Health- Sport Event
	FEAFES- FAISEM	“Crazy for the Shot”- Sport Event
	Nueva Luz	“Walking” – Physical Exercise Program
	Clubojanco	Climbing - Physical Exercise Program
Sweden	The Swedish School of Sport and Health Science	The Swedish approach on physical activity on prescription
Turkey	Artvin Coruh University	Sport Activities
	Capoeira4Refugees	Capoeira program for refuge children – Physical Exercise Program
UK	Mental Health Foundation	How to look after your mental health using exercise - Guidelines
	Edge Hill University	MSc Sport, Physical Exercise program and Mental Health – Education Course
	Sport England	Mental Health and Physical Activity – Sport Activities and Physical Exercise programs
	UK Coaching (in alliance with MIND)	Sport and Recreational Alliance (SRA) Mental Health Charter for Sport and Recreation – Sport activities and Physical Exercise programs
	MIND- For Better Mental Health	Several Practices – Sport Events and Physical Exercise programs
	England Athletics (in cooperation with MIND)	17 Minutes for me – Awareness Campaign
	England Athletics (in cooperation with MIND)	Run and Talk - Physical Exercise programs and Awareness project
	Physical Exercise program and health alliance	Mental Health Football UK – Sport Event
	Heads Together Org.	Several Practices – Sport Activities and Physical Exercise programs
	Sport in Mind Org.	Several Practices – Sport Events and Educational workshops & seminars
	British University and College Sports	Student Minds – Guidelines & Planning
	MeUnited	MeUnited – Sport Activities
	Sport England	Case Studies – Exchange of Knowledge & Awareness

Indicative EU Practices	In sport Project	In Sport+ - Several Sport Events & Activities
	MENS Project	"Life is Like A Bike" – EU Awareness Campaign
	EVENTS Project	1 <sup>st</sup> European Sport & Physical Exercise Event for Mental Health in Athens, hosting patients from 15 countries
	1 <sup>st</sup> European Sports Festival	Sport Events & Physical Exercise Programs in five countries
	European Culture and Sport Organization	Dream World Cup 2018 – Sport Event

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association. p. xxi
- Caldas de Almeida, J.M., Mateus P., Frasilho, D. & Parkkonen, J. (2016). *EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing, Annual report 2016: Summary and Analysis of Key Developments in Member States and Stakeholders*. Funded by European Union [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20161006\\_co06\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co06_en.pdf).
- Council Of The European Union (2013). Council Recommendations on promoting health-enhancing physical activity across sectors. EU, Brussels
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social Determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.
- European Commission, (2005). Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels.
- European Commission, (2008). EU High-level Conference "Together for Mental Health and Well-being" - European pact for mental health and well-being. Brussels
- European Commission, (2008). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH). Brussels
- European Commission (2008). *EU Physical Activity Guidelines, Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*. Brussels.
- European Commission, (2013). Joint action on Mental Health and Wellbeing. Retrieved from: [https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/jamhwb\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en)
- European Commission (2015). European Week of Sport- Evaluation Report. Brussels, [http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf).
- European Commission (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016. Luxembourg. Retrieved from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>.
- European Observatory on Health Systems and Policies series (2017). Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Edited by Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos & Graham Thornicroft. Published by Open University Press.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.
- Gabriel, P. and Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Geneva: International Labour Organization.
- International Livestock Research Institute (ILRI) (1995). Livestock Policy Analysis.

- ILRI training manual 2*. ILRI, Nairobi, Kenya, pp.264.
- Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Lithuanian Presidency conference (2011). *Mental health: Challenges and Possibilities, Conclusions*. Vilnius, Lithuania, October 10-11, 2013.
- Merriam-Webster Dictionary (2018, April, 18). *Policy Definition*. merriam-webster.com. Retrieved April 18, 2018, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/policy>.
- Oxford Dictionary (2018, April, 18). *Practice Definition*. en.oxforddictionaries.com Retrieved April 18, 2018, from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/practice>.
- Public Health England (2018). *Wellbeing and mental health applying all our Health*. Retrieved from: <https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health>.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.
- Royal College of Psychiatrists (2018). *Physical Activity and Mental health*. Retrieved from: <https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx>.
- The law dictionary (2018, April, 18). *Policy Definition*. thelawdictionary.org. Retrieved April 18, 2018, from <https://thelawdictionary.org/policy/>.
- Withaker, R. (2017). *The door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open, A MIA Report: Norway's Health Ministry Orders Medication-Free Treatment*. Retrieved May 10 2018, from <https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/>
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- World Bank (2002). *World Development Report 2002: Building Institutions for Markets*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Clinical Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *Mental health: new understanding, new Hope. The World Health Report*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *Stop Exclusion - Dare to care*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, (2003). *Mental Health Gap Action Program*. Retrieved from: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/).
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004). *Mental Health Policy, Plan and Programmes. Mental health and policy service guidance package*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion. Fact Sheet 220*. WHO; 2007.
- World Health Organization (2007). *Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet*. Retrieved from: [http://www.portal.pmnch.org/mental\\_health/policy/services/1\\_MHPolicyPlan\\_Infosheet.pdf](http://www.portal.pmnch.org/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf).
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through*

- action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization & WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva.
- World Health Organization (2009). Mental health, resilience and Inequalities. World Health Organization. Denmark.
- World Health Organization (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011). Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action. Copenhagen: WHO
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Geneva.
- World Health Organization (2013). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization (2013). Investing in Mental Health: Evidence for Action. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization (2018). Physical Activity, Key facts. Access through: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- UN (2016) United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved from: [http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention\\_accessible\\_pdf.pdf](http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf)



## 02

# DESENVOLVIMENTO DE MODELOS DE ATIVIDADES FÍSICAS, EVENTOS DESPORTIVOS E PROGRAMAS DE EXERCÍCIO

## AUTORES:

**Konstantinos Karteroliotis**, *Professor in Research Methods in Physical Activity*

**Maria Psychountaki**, *Associate Professor of Psychology-Sport psychology*

**Nektarios Staurou**, *Assistant Professort of Sport Psychology and Motor Behavior*

**Emmanouil Skordilis**, *Associate Professor in Adapted Physical Activity*



HELLENIC REPUBLIC

National and Kapodistrian  
University of Athens

SCHOOL OF  
PHYSICAL SCIENCES  
Greece

## INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, a Europa enfrenta o desafio de um aumento da incidência de doenças mentais. Especificamente, problemas de saúde mental são responsáveis por quase 20% da sobrecarga da doença na Europa e problemas de saúde mental afetam um em cada quatro indivíduos em algum momento da vida. Além do mais, 6 de 20 países com as taxas de suicídio mais elevadas no mundo estão localizadas na região europeia (OMS, 2017).

Pessoas com problemas de saúde mental como a ansiedade, depressão, esquizofrenia, e perturbação bipolar estão a empenhar-se para melhorar a sua qualidade de vida ao seguirem um variado número de tratamentos. Apesar de um número de investigações recentes e evidências clínicas terem comprovado a utilidade da atividade física como uma estratégia de prevenção alternativa e ajustar

(suplementarmente ou complementarmente) o tratamento para a doença mental (e.g., Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014), a maioria dos profissionais médicos não apoiam a sua utilidade. Afirmam que o exercício físico, à exceção da depressão, não é considerado como um tratamento eficaz para doenças mentais.

Além do mais, investigações de intervenção recentes têm suportado fortemente que a atividade física/exercício tem o potencial para melhorar a saúde física e mental em indivíduos com uma depressão major e perturbações psicóticas (Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014). Do mesmo modo, a atividade física/exercício tem mostrado reduzir alucinações auditórias e melhorar os padrões de sono e níveis de autoestima em indivíduos que têm sido diagnosticados com esquizofrenia (Firth et al., 2015, Kimhy et al., 2015).

Assim, investigações com pessoas com problemas de saúde mental mostram que as atividades físicas e programas de exercício são importantes na melhoria da saúde física



destes indivíduos. A literatura sugere que estas pessoas morrem 16 a 20 anos antes do que a população geral com problemas relacionados com o acesso pobre a cuidados médicos, dieta pobre, peso induzido pela medicação, aumento de peso considerado, hábitos tabágicos e exercício reduzido ou ausente (Saha et al., 2007).

Por fim, as atividades físicas são consideradas ferramentas eficientes para o tratamento de doenças mentais por serem: a) alternativas custo-eficientes para os que preferem não tomar medicação ou não têm acesso a terapias; b) são associadas a efeitos secundários mínimos; c) podem ser mantidas indefinidamente pelo indivíduo, e d) capaz de melhorar a saúde física e mental em simultâneo, assim como abordar a doença mental (Taylor & Faulkner, 2010).

## DECLARAÇÃO DO PROBLEMA

O propósito da declaração passa por discutir o efeito benéfico da atividade física/exercício como o exercício aeróbico, caminhada, yoga etc., em indivíduos com problemas de saúde mental. Investigações mais específicas, assim como evidências clínicas têm indicado até então de que a atividade física e exercício físico têm um efeito positivo em vários domínios psicológicos como a autoestima, autoeficácia, ansiedade e depressão, assim como várias doenças mentais graves, como a esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações bipolares. Em acrescento, existe evidência de que pessoas com doença mental que são sistematicamente envolvidas em programas de atividade física/exercício melhoram os resultados a nível físico e da saúde, assim como a sua qualidade de vida.

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2001) foi utilizada como um enquadramento mais lato no presente documento (Khan & Pallant, 2011). A CIF foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para substituir a datada Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) através de colaborações com uma variedade de ilustres autores de diversos países e culturas (Jelsma, 2009). O conceito geral da CIF “combina” os aspetos médicos e sociais

num “modelo bio-psicossocial” e encara a incapacidade através da interação entre fatores biológicos, pessoais e sociais (Li et al., 2016). Incapacidade é experienciada como detrimento do funcionamento relacionado com a doença. (ex: saúde mental, lesão da medula espinal, etc), que pode interagir com fatores contextuais (ambientais e pessoais) e levam aos indivíduos a experienciar as limitações da atividade e restrições da participação nas suas vidas diárias.

## DEFINIÇÕES BÁSICAS

### Saúde Mental

Saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza o seu próprio potencial, pode lidar com o stress do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e com resultados, e é capaz de dar um contributo à sua comunidade (OMS, 2004)

A dimensão positiva de saúde mental é enfatizada na definição da OMS de saúde como contida na sua constituição: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Saúde mental é a fundamentação para o pensamento, comunicação, aprendizagem, resiliência e autoestima do indivíduo. Saúde mental é também fundamental para os relacionamentos, bem-estar pessoal e emocional e contribuição para a comunidade e sociedade.

Saúde mental envolve o funcionamento eficaz em atividades diárias resultando em atividades produtivas (trabalho, escola, prestação de cuidados), relações saudáveis e capacidade de adaptação à mudança e coping à adversidade.

### Atividade Física - Exercício Físico

A OMS define atividade física como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que requerem dispêndio de energia – incluindo atividades de trabalho, lúdicas, de gestão doméstica, viagens, e de cariz recreativo. A atividade física regular de intensidade moderada – tal como caminhar, ciclismo, ou participar em desporto – tem benefícios significantes para a saúde (OMS,



2017).

O termo “atividade física” não deve ser confundido com “exercício”, que é uma subcategoria da atividade física que é, estruturada, repetitiva, e tem como fim melhorar ou manter um ou mais componentes da condição física. Para além do exercício, qualquer outra atividade física feita durante tempos de lazer, como transporte para se ir e vir de lugares, ou como parte do trabalho de uma pessoa, tem benefícios para a saúde. Além do mais, tanto a atividade física de intensidade moderada como a vigorosa melhora a saúde (OMS, 2017).

Atividade física promove o bem-estar, saúde física e mental, previne doenças, melhora a conexão social e qualidade de vida, promove benefícios económicos e contribui para a sustentabilidade ambiental. Comunidades que apoiam a atividade física na promoção de saúde, numa variedade de formas acessíveis e económicas, pelos vários contextos e ao longo da vida, podem alcançar muitos desses benefícios. A Toronto Charter for Physical Activity (2010) define quatro ações baseadas em nove princípios e representa uma chamada de atenção para todos os países, regiões e comunidades, para tentar atingir um maior compromisso social e político para apoiar a atividade física promotora de saúde para todos (Bull, Gauven, Bauman, Shilton, Kohl, & Salmon, 2010).

## Desporto

Uma atividade envolvendo esforço físico e competência, em que uma pessoa ou equipa compete em oposição a outra ou outros, por entretenimento. Uma ocasião em que as pessoas competem em atividades atléticas variadas (Oxford Living Dictionary).

Desporto no Reino Unido ou desportos nos EUA são considerados modalidades de atividade física competitiva ou jogos em que, através da participação causal ou organizada, com o objetivo de utilizar, manter, ou melhorar capacidades físicas e competências enquanto proporcionam divertimento para os participantes, e nalguns casos, entretenimento para os espectadores (Wikipedia).

## MOTIVAÇÃO

O envolvimento regular em atividades físicas e programas de exercício podem ajudar os indivíduos com problemas ligeiros e severos de saúde mental a melhorar tanto a saúde física e mental como a sua qualidade de vida.

## MÉTODOS/ PROCEDIMENTOS/ ABORDAGEM

O objetivo desta secção foi estabelecer guidelines gerais, baseadas em evidência científica recente, corroborando o efeito da atividade física (AF) e exercício, em indivíduos com problemas de saúde mental (PSM). Por forma a atingir este objetivo, foi realizada uma revisão de literatura, de acordo com as guidelines de Ackley, Swan, Ladwig and Tucker (2008). De acordo com Ackley et al. (2008), diferentes tipos de questões científicas podem ser respondidas por diferentes tipos de pesquisa. O nível de evidência suportado (LOE), comumente designado de hierarquia de evidência, é fornecido por estudos de diferentes qualidades metodológicas. O nível mais elevado de evidência é fornecido por revisões sistemáticas ou meta-análises, seguidas de estudos de controlo randomizados (RCTs), estudos de controlo sem randomização (quasi experimental), etc. Baseando-se nos acima citados, revisões sistemáticas com intervenções que incorporam atividade física e exercício para tratar indivíduos com problemas de saúde mental foram consideradas. Uma estratégia de pesquisa mais alargada foi adotada, incluindo uma combinação de palavras-chave (e.g. ‘atividade física’, ‘exercício’, ‘saúde’, ‘recreação’, ‘saúde mental’, ‘pacientes com problemas de saúde mental’, ‘estudos de revisão’, ‘demência’, ‘perturbação bipolar’, ‘perturbação de ansiedade’, ‘depressão’), no Scopus, PubMed e Cochrane Library databases.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Relação entre Exercício e Depressão: Evidências de pesquisa

O efeito do exercício na depressão tem sido o tema de investigação por diversas décadas, e a literatura com base no tema tem-se desenvolvido durante os últimos anos.

Atividade física (AF) e exercício são recomendados nas guidelines de tratamento clínico como uma das opções potenciais que devem ser oferecidas a pacientes com risco de desenvolver sintomatologia depressiva ou níveis ligeiros a moderados de depressão (Cleare, Pariente, Young, Anderson, Christmas, Cowen et al., 2015; Ekkekakis, 2015). Esta recomendação é baseada na suposição de que o exercício pode servir como um factor psicoprofilático para o tratamento de pacientes que possui um misto de problemas a nível físico e mental. A terapia do exercício também melhora a imagem corporal, estratégias de coping perante emoções negativas, qualidade de vida na família e no trabalho, e independência nas atividades das suas vidas diárias (Knapen, Vancamfort, Morien, & Marchal, 2015). Utilizando uma abordagem diferente, Stubbs, Vancampfort, Firth, Schuch, Hallgren, Smith et al. (2018) examinaram a relação entre o comportamento sedentário e a depressão em 42,469 indivíduos utilizando dados transversais, que foram analisados pelo Estudo sobre Envelhecimento Global e Saúde Adulta providenciado pela Organização Mundial de Saúde. Os resultados indicaram que o sedentarismo auto-referido foi relacionado negativamente com a experiência de depressão do indivíduo. Mais especificamente, pessoas com depressão despendiam aproximadamente mais de 30 minutos todos os dias em sedentarismo do que participantes sem depressão, ao qual foi aumentado para 35 minutos em adultos com idade superior a 65 anos. A relação entre o sedentarismo e a depressão aumentou em níveis mais elevados de sedentarismo, e especificamente quando este excedia mais de oito horas por dia.

Tendo em conta os resultados anteriores, o Royal College da Austrália e da Nova Zelândia (Malhi, Bassett, Boyce, Bryant, Fitzgerald, Fritz et al., 2015) mencionam que a falta de exercício é reconhecida como um “agente que pode potencialmente reduzir a intensidade do humor.” Como tal, este é um fator que deve ser referido como “fase zero” do tratamento: “é de conhecimento comum que, tanto para o humor como para o bem-estar médico geral, pacientes sedentários devem ser incentivados ativamente a praticarem exercício regular”

(p. 1119). Tratamentos de fase um (terapia psicológica e farmacoterapia) devem ser iniciados apenas se os procedimentos da “fase zero” mostrarem-se insuficientes (Ekkekakis & Murri, 2017, p. A2).

Tendo por base o vasto conhecimento clínico e teórico sobre exercício e depressão, investigadores notaram que o exercício pode afetar de forma distinta os diferentes níveis de depressão. Os efeitos positivos do exercício têm sido evidenciados para sintomas subliminares de depressão ou depressão leve a moderada. Em acréscimo, estudos de metanálise e estudos de revisão recentes sugerem que o exercício pode reduzir a severidade da depressão em adultos com perturbação depressiva major (PDM) (Nasstasia, Baker, Halpin, Hides, Lewin, Kelly, & Callister, 2018). Dadas as limitações e acessibilidade das abordagens de tratamento psicológicas e farmacológicas recentes, existe uma necessidade urgente para estender as opções de tratamento para jovens com PDM. Dado que existe uma diferença substancial nalguns casos entre diferentes níveis de depressão, a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Ravindran, Balneaves, Faulkner, Ortiz, McIntosh, Morehouse et al., 2016) recomendou o exercício como “monoterapia de primeira linha para perturbação depressiva major leve a moderada e como tratamento de segunda linha adjuvante para a perturbação depressiva major moderada a severa” (p. 579).

Complementando a informação acima, estudos de metanálise e de revisão também suportam fortemente a afirmação de que o exercício é um tratamento baseado em evidência empírica para a perturbação depressiva major (PDM) de intensidade baixa a moderada (Schuch, Vancampfort, Richards, Rosenbaum, Ward, & Stubbs, 2016). Efeitos mais abrangentes foram verificados em intervenções de atividade física em PDM, utilizando exercício aeróbico, com intensidades moderada e vigorosas, num estabelecimento supervisionado ou não por profissionais da área. Baseado nisto, o exercício parece exercer um efeito antidepressivo significativo e importante em pessoas com depressão (incluindo PDM). Em alguns casos, investigações prévias não indicaram nenhum efeito do exercício na depressão, contudo, meta-análises recentes podem ter subestimado os benefícios do exercício devido ao viés de publicação (Ekkekakis, 2015). Finalmente, resultados de investigações recentes têm suportado que o

exercício regular em momentos de lazer foi associado a uma redução de incidência de depressão futura (Harvey, Øverland, Hatch, Wessely, Mykletun, & Hotopf, 2018). A maioria deste efeito protetor ocorre em níveis baixos de exercício e foi observada independentemente da intensidade da sintomatologia depressiva. Após o ajustamento de variáveis, a fração atributiva populacional sugere que, assumindo que a relação foi causal, 12% dos casos futuros de depressão poderiam ter sido prevenidos se todos os participantes tivessem tido pelo menos uma hora de atividade física por semana.

## **Relação entre exercício físico e ansiedade: Evidências de Pesquisa**

Apesar de apenas alguns inquéritos populacionais avaliarem perturbações de ansiedade, as mudanças no estilo de vida, como o aumento nos níveis de atividade física, podem ser um suplemento positivo para o tratamento. Uma meta-análise sobre exercício e redução da ansiedade realizada por Petruzzello et al. (1991), relata um efeito pequeno a moderado dos programas de atividade física no que respeita a ansiedade-traço. Outra meta-análise de Wipfli, Rethorst, e Landers (2008) examina os efeitos do exercício na ansiedade e reporta reduções elevadas na ansiedade em exercícios feitos em grupo do que em grupos de controlo sem tratamento. Além do mais, exercício em grupos exibiram maiores reduções na ansiedade em comparação com grupos que receberam formas alternativas de tratamento para a ansiedade.

Indivíduos ativos apresentaram menos sintomas de ansiedade comparativamente com os inativos, tal como Azevedo da Silva et al. (2012) reportou. Jayakody Gunadasa and Hosker (2014) constataram que o exercício podia reduzir os sintomas de perturbações de ansiedade tal como o pânico e a fobia social. No entanto, não foram capazes de tecer conclusões sobre o modo de intensidade ótimo do exercício.

No âmbito do Inquérito Nacional de Comorbilidade nos EUA, Goodwin (2003) avaliou uma variedade de perturbações de ansiedade e a sua relação com a atividade física. Os resultados demonstraram uma

relação significativa entre a atividade física regular e a baixa prevalência de depressão major corrente, ataques de pânico, fobia social, fobia específica e agorafobia. Além do mais, este estudo forneceu evidência de um efeito dose-resposta em que os que reportaram um nível maior de atividade física também indicaram a menor prevalência de perturbações mentais.

Herring, O'Connor, e Dishman (2010) realizaram uma revisão sistemática de estudos que utilizaram o treino de exercício como um tratamento para sintomas de ansiedade em pacientes com condições médicas crônicas. Encontraram uma linha de pesquisa promissora que pode ajudar vários pacientes a lidar com sintomas de ansiedade. Ademais, Herring, Jacob, Suveg, Dishman e O'Connor (2012) realizaram um estudo de intervenção com pacientes diagnosticados com uma perturbação de ansiedade generalizada. Os investigadores perceberam que os grupos que realizavam exercício (resistência e treino aeróbico) reduzia sintomas de preocupação em comparação ao grupo que não praticava exercício.

Finalmente, na literatura da psicologia do desporto, as reduções na ansiedade resultantes da atividade física parecem ter uma maior duração comparando com o aconselhamento exclusivo ou tratamento médico. O exercício pode tornar os indivíduos mais resistentes ao stress, enquanto indivíduos que participam em atividades físicas são mais capazes de lidar com dificuldades e situações stressantes.

## **Relação entre o Exercício e Perturbação Bipolar: Evidências de Pesquisa**

A atividade física (AF) e exercício é percecionada como um marco à prevenção de doenças cardiovasculares e taxas de mortalidade associadas devido a hábitos alimentares nocivos, estilo de vida sedentário, ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica, uso de álcool e tabaco, etc. A forma mais utilizada de AF é o envolvimento em exercício aeróbico, e existe um corpo substancial de literatura recente examinando os efeitos positivos de exercício aeróbico para indivíduos com esquizofrenia. A teoria por detrás das especulações acima assenta em descobertas de investigações prévias que afirmam que o exercício aeróbico tem impacto sobre a

atenção, memória e funcionamento executivo através da estimulação de neuroplastia. O exercício aumenta o volume hipocampal e integridade da matéria branca. Além do mais, investigações com pacientes com esquizofrenia têm demonstrado que a atividade física/exercício está associado com aumento das capacidades cognitivas, aumento do volume da massa branca e cinzenta, e o fator neurotrófico do volume hipocampal (BDNF) que promovem a plasticidade do cérebro.

Em concordância, meta-análises recentes, estudos de revisão e estudos de controlo randomizados (RCTs) para o tratamento de pacientes com esquizofrenia através do exercício e AF foram analisados. O objetivo passou por resumir a literatura recente e fornecer guidelines para os investigadores, clínicos e profissionais, abordando as necessidades dos indivíduos com esquizofrenia.

Firth et al. (2017) encontraram resultados positivos da aeróbica e afirmou que de modo a atingir os benefícios mais alargados do exercício, intervenções em doses mais elevadas (minutos por semana) em ambientes supervisionados com profissionais especializados são necessários. Resultados também foram evidentes a partir de uma variedade de estudos de controlo randomizados, com uma duração diferente (ex. 6 semanas, 8 semanas, 12 semanas, 6 meses), módulos de exercício (ex. caminhada de passadeira, treino de força através de exercícios aeróbicos e anaeróbicos, treino de resistência), frequência (ex. 2 a 3 vezes por semana) e nível de intensidade (ex. Heggelund et al., 2011; Scheewe et al., 2012; Strassing et al., 2012). Como tal, parece que qualquer forma de exercício pode ser benéfica, contudo, deve ser-se dada a devida atenção às guidelines apresentadas por Vancampfort et al. (2015) pelo desenvolvimento de programas de intervenção de AF para indivíduos com esquizofrenia. Estas guidelines referem que a empatia e incentivo são questões importantes ao longo da intervenção, visto que os pacientes estão muitas vezes a debater-se com ambivalência e dúvida das suas capacidades em continuar e manter-se com as demandas do programa. É essencial criar intervenções baseadas nas preferências dos pacientes, e desenvolver um plano individualizado, atendendo às barreiras que os pacientes enfrentam (físicas, cognitivas e emocionais). Os pacientes devem desenvolver objetivos individuais e atingíveis, sempre adaptáveis de e

acordo com o seu histórico de atividade física, efeitos secundários da medicação psicotrópica, esforço percebido, e tolerância geral ao exercício. Para além disso, fazer comparações entre pares não é adequado e os especialistas devem focar-se mais nos motivos pessoais para a pessoa participar e ser ativa permitindo que se desenvolva uma experiência positiva e não para um objetivo de longa duração e distante (e.g. redução de peso). Em vez disso, enfatizar os benefícios a longo-prazo é uma abordagem mais exequível, idealmente após cada sessão. O desenvolvimento de uma identidade de uma pessoa ativa e em forma é essencial e o incentivo à modificação dos objetivos é por vezes necessário. Especialistas podem igualmente precisar de pedir apoio (ex. família e amigos), e discutir com eles problemas relacionados com as barreiras à participação.

## **Exercise Relação entre perturbação bipolar e exercício físico: Evidências de Pesquisa**

Para além do tratamento farmacológico típico, o exercício e atividade física (AF) têm sido identificados como uma intervenção não-farmacológica devido aos seus efeitos anti-inflamatórios respetivos em pacientes com Perturbação Bipolar (PB). Investigadores na área concordam que pacientes com PB experienciam níveis baixos de atividade física (AF) diária, no que diz respeito às guidelines da ASCM. A reduzida AF tem sido relacionada com várias condições médicas secundárias, tais como diabetes tipo II, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares (DCV), aumento de peso, e AVC. As condições secundárias médicas e o risco acrescido de problemas de saúde física têm um impacto no curso da doença, com o risco acrescido de episódios recorrentes, hospitalizações frequentes, padrões de dieta nocivos, inatividade física, recorrência de sintomatologia depressiva, hábitos tabágicos, abuso de substâncias, baixa autoeficácia, e redução geral da eficiência de custo das intervenções terapêuticas.

Como tal, resultados de estudos de metanálise e revisões são apresentados para fornecer guidelines gerais para investigadores, clínicos e profissionais abordando as necessidades dos pacientes com PB. Bauer et al. (2016) descrevem



as intervenções terapêuticas direcionadas para a nutrição, AF e bem-estar para indivíduos com PB. As intervenções variam na sua duração (desde 12 semanas a 24 meses), medidas principais dos resultados (ex. IMC), estimativas do funcionamento autonómico (ex. pressão sanguínea), níveis de glicose, colesterol, qualidade de vida, qualidade do sono, exercício, pensamentos sobre a dieta e perda de peso, humor, inflamação (ex. proteína C-reativa), etc. Os investigadores identificaram que estas intervenções levam a uma diminuição no peso corporal, diminuição da pressão sanguínea diástole, diminuição da severidade de episódios maníacos, aumento de energia e níveis de exercício, melhores escolhas alimentares, etc. Estas descobertas incentivadoras incluem screening individualizado e coaching, adoção e manutenção de mudanças comportamentais, envolvimento sustentado e escolha dos objetivos primários (ex. Life Goals Collaborative Care - LGCC).

Resultados positivos foram referidos num estudo RCT focados no envolvimento de AF através de uma variedade de instrumentos de medição, tais como o IMC, peso corporal, colesterol, níveis de glucose, perímetro abdominal, melhorias significativas do humor, episódios maníacos, sintomas depressivos, qualidade de sono, envolvimento prolongado na AF, bem-estar, nutrição adequada, etc. (Gillhof et al., 2010; Goldstein et al., 2011; Kilbourne et al., 2013). Estes estudos utilizam uma variedade de intervenções, com respeito ao conteúdo (ex. intervenção motivacional, auto-gestão de objetivos de saúde física do paciente - Life Goals Collaborative Care, LGCC) e duração (3 a 24 meses).

## **Relação entre demência e exercício físico: evidências de pesquisa**

Investigadores têm argumentado que intervenções não-farmacológicas, tais como a atividade física (AF) e exercício apresentam-se como um tratamento alternativo para pacientes com demência. Os efeitos benéficos da AF nas funções cognitivas e físicas têm sido descritos através das mudanças neurológicas induzidas nas estruturas cerebrais. A melhoria dos níveis neurotróficos, neurogenese, vascularização, acréscimo do

volume do córtex prefrontal e hipocampo anterior do cérebro podem explicar os efeitos benéficos. Além do mais, a AF pode igualmente mediar a neuroinflamação, inibir a disfunção neuronal e até reduzir a agregação de proteínas patogénicas responsáveis pela doença.

Tentámos com esforço resumir a literatura presente e fornecer evidências para os efeitos benéficos da atividade física (AF) e exercício para o tratamento de indivíduos com demência e doenças mentais graves relacionadas (ex. Alzheimer, Doença Mental Severa, Parkinson). Resultados positivos das investigações foram evidentes, através da utilização de diferentes módulos de intervenção e de duração, fornecendo guidelines úteis para os investigadores e profissionais. Riemersma-van der Lek et al. (2008) examinaram o efeito de luz intensa num grupo de pacientes com demência e reportaram ganhos nas variáveis de desempenho avaliadas (atividade física e atividades de vida diária). Ancoli-Israel et al. (2002) avaliaram o efeito de sessões de duas horas com luz intensa à noite, conjugadas com sessões de duas horas à noite com uma luz mais fraca e regras de restrição de sono, e relataram ganhos significativos nos níveis de AF para pacientes de doença mental grave envolvidos. Holmes et al. (2006) utilizou uma sequência de música ao vivo, música gravada e períodos de silêncio (30 minutos cada), e examinaram o seu efeito na participação em AF de pacientes com demência. Os investigadores reportaram que a participação em AF foi maior com música ao vivo e menor com música gravada (Holmes et al., 2006). Sixsmith and Gibson (2007) referiram melhoria na participação de pacientes com demência em atividades que são pessoalmente estimulantes, individualizadas e significativas para estes. Cioffi et al (2007) avaliaram o efeito de um ambiente decorado, com áreas sem restrições, janelas amplas e quartos multissensoriais, aquando a participação de pacientes com demência em AF. Os investigadores descobriram uma melhoria na participação em AF e atividades de vida diária, e concluíram que a natureza não-restrita do ambiente confere liberdade para caminhar e envolver-se em atividades diárias (Cioffi et al., 2007).

Beebe and colleagues (2011) realizaram um programa de caminhada de 16 semanas, 3 vezes por semana, considerando a assiduidade, persistência e adesão de pacientes com

doença mental grave (DMG). Os investigadores relataram um aumento na persistência e adesão com as demandas do programa. Bodin e Martinsen (2004) examinaram um programa de artes marciais versus bicicleta estática na auto-eficácia percebida e sintomas depressivos. Os investigadores descobriram que a prática de artes marciais aumentava a auto-eficácia, o que, por seu lado, não associaram com sintomatologia depressiva dos pacientes. Ganhos similares não foram evidentes no grupo da bicicleta estática. Os investigadores afirmaram que os participantes no grupo de artes marciais motivavam-se uns aos outros para desempenhar as atividades e apreciaram o programa quando a sua participação (Bodin & Martinsen, 2004). Daumit et al. (2011) realizaram uma intervenção de 6 meses, com enfoque nas refeições saudáveis, AF organizada em grupos e aconselhamento de gestão de peso em pacientes com doença mental grave. Os investigadores afirmaram que houve sucesso no programa atribuído, estendendo-se ao suporte social e incentivo que os participantes experienciaram durante o período de 6 meses (Daumit et al., 2011). Van Citters et al. (2010) realizaram um programa de promoção de saúde individualizado de 9 meses. Os participantes encontraram-se com um profissional de saúde uma vez por semana e tinham acesso livre às instalações de fitness ao longo do estudo. Os investigadores descobriram que a prontidão para participarem no exercício aumentou durante a participação, enquanto ganhos significativos foram igualmente observados para o tempo dispendido no envolvimento em AF (Van Citters et al., 2010).

## **CONCLUSÕES/ IMPLICAÇÕES/ RECOMENDAÇÕES**

### **Atividade física/Exercício e Depressão**

Baseado em descobertas de investigações recentes e as guidelines de Institutos Nacionais pelo mundo, as seguintes recomendações podem ser seguidas para o uso de exercício para indivíduos com depressão:

Para a depressão leve a moderada, o efeito do exercício pode ser comparável com a

medicação antidepressiva e psicoterapia; para depressão grave, o exercício parece ser uma terapia complementar valiosa aos tratamentos tradicionais (Knapen et al., 2015). Tendo por base resultados de investigações, assim como recomendações de Netherlands Working Group on Multidisciplinary Guideline Development for Anxiety and Depression (2013), o exercício é recomendado para episódios de depressão leve, assim como para o primeiro episódio e episódios recorrentes de depressão major moderada.

Numa tentativa de haver maior especificidade, com base em descobertas de investigações e recomendações do Instituto Nacional de Excelência Clínica (2004) no Reino Unido, é proposto que pessoas com depressão leve de todas as idades devam seguir o programa de exercício estruturado (tipicamente) num mínimo de 3 sessões por semana, de duração moderada (45 minutos a 1 hora). O exercício pode durar mais de três meses, num ambiente supervisionado. A importância da supervisão por especialistas e a participação num programa de exercício organizado é recomendado pela Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) como uma opção de tratamento para pacientes com depressão. Além do mais, o National Collaborating Centre for Mental Health e National Institute for Health and Care Excellence (2010) no Reino Unido (Clinical Guideline 90) indicou que “para pessoas com sintomatologia de risco de depressão persistente ou de depressão leve a moderada” (p. 213), um “programa estruturado de grupo de atividade física” deve ser apresentado entre outras opções de tratamento de baixa intensidade. Tal programa deve (a) ser prestado em grupos com suporte de um profissional competente, e (b) consistir tipicamente de três sessões por semana de duração moderada (45 minutos a 1 hora) durante 10 a 14 semanas.

Fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, professores de educação física e outros profissionais de saúde devem estar conscientes de que vários sintomas de depressão (ex. a motivação, perda de apetite, interesse e energia, sentimento generalizado de fadiga física e mental, défice cognitivo, baixos níveis de autoconfiança e autoestima geral, assim como, queixas psicossomáticas) juntamente com problemas de saúde física podem interferir com a participação no exercício. Como tal, estratégias motivacionais são importantes e devem ser aplicadas e incorporadas em

programas de intervenção de exercício, de modo a melhorar a motivação e adesão dos pacientes, que são dois fatores muito importantes para a eficácia do exercício (Knapen et al., 2015). Como conclusão, o exercício e AF pode ser recomendado como um tratamento eficaz, se supervisionado, estruturado, e organizado, o paciente estar envolvido 3 vezes/semana, durante 45 a 60 minutos de intensidade moderada, por aproximadamente quatro meses.

## Atividade física/Exercício e Perturbações da Ansiedade

Considerando os resultados das investigações, as seguintes recomendações podem ser seguidas pela prescrição de exercício para pessoas com perturbações de ansiedade:

Qual o tipo de exercício adequado? Correr, caminhar, ciclismo, nadar, ou dança aeróbica são as atividades físicas comuns associadas com a redução da ansiedade.

Quão frequente deve alguém praticar exercício? O exercício deve ser realizado num mínimo de três vezes por semana para reduzir a ansiedade-traço. Para a ansiedade-estado, uma pequena intensidade de exercício pode gerar emoções positivas e redução da ansiedade. No entanto, esta redução no estado de ansiedade é temporária e normalmente dura apenas umas horas.

Quão intenso deve ser o exercício? Não é necessário praticar exercício numa intensidade elevada por forma a produzir uma influência positiva na ansiedade. Habitualmente, exercícios de intensidade leve a moderada parecem ser eficazes na redução da ansiedade.

Durante quanto tempo deve uma pessoa praticar exercício? Sessões de exercício devem durar pelo menos 15-20 minutos por forma a produzir reduções notáveis na ansiedade.

Quão cedo se deve esperar uma melhoria? Programas de exercício devem ser realizados por um mínimo de nove a doze semanas para se obter uma melhoria significativa na ansiedade-traço. Além do mais, o exercício deve-se tornar parte do estilo de vida se ele/ela quiser manter os efeitos positivos.

Para resumir, tome em consideração algumas direções:

- Escolha um exercício que pessoalmente goste,

- Selecione pensamentos relaxantes enquanto exercita,
- Aprenda a ouvir o seu corpo por sinais de stress,
- Não se deixe levar pelo seu programa de exercício – nem sempre mais é melhor,
- Seja flexível se não obter os benefícios desejados – faça ajustes se necessário,
- Exercite com a sua música favorita,
- Dê alguma variedade no seu exercício – no tipo, frequência, intensidade ou duração.

## Atividade física/Exercício e Esquizofrenia

Seguindo as sugestões de especialistas na área, aparentemente, os exercícios aeróbicos e combinação de exercícios aeróbicos/ anaeróbicos (ex. 30 min de ciclismo indoor, três vezes por semana durante 3 meses) melhoram os défices cognitivos de pacientes com esquizofrenia (Falkai, Malchow, & Schmitt, 2017) e devem ser prescritos com confiança. Intervenções aeróbicas devem alterar de “gordura a formosura”, dado que a saúde e mortalidade são resultados principais, porém o IMC e peso podem ser vistos como variáveis de resultados secundários (Vancampfort, Rosenbaum, Ward, & Stubbs, 2015). Objetivos atingíveis e realistas são elementos essenciais e todos os profissionais envolvidos podem necessitar de adotar, com antecedência, uma estratégia de comportamento para negociar a (possível) recaída dos pacientes ao longo do seu envolvimento em AF. Vancampfort et al. (2015) referiram que “é importante explicar às pessoas com esquizofrenia que as recaídas são parte do processo de mudança e que ao responderem com culpa, frustração e auto-crítica podem prejudicar a sua capacidade de manter a AF. As estratégias de prevenção da recaída como a ativação de objetivos realistas, atividades planeadas, expectativas realistas, identificar e modificar pensamentos negativos, e focar nos benefícios de sessões únicas de exercício parecem ser eficazes” (p. 10). A presença de profissionais qualificados (ex. fisiologistas do exercício, fisioterapeutas) e a respetiva supervisão irá minimizar as taxas de dropout e maximizar a eficiência dos programas de AF prescritos para indivíduos com esquizofrenia (Vancampfort et al., 2016).

## Atividade física/Exercício e Perturbação bipolar

Até então, os resultados de investigações justificam a necessidade de programas de intervenção bem-desenhados para melhorar a AF, reduzir comportamentos sedentários e diminuir o risco elevado para condições comórbidas em pacientes com perturbação bipolar (Janey et al., 2014; Vancampfort et al., 2016). Uma equipa multidisciplinar de psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, especialistas em AF e desportos (ex: fisiologistas do exercício), podem trabalhar em conjunto e facilitar o cumprimento e a adesão do paciente às exigências das intervenções (Bauer et al., 2016). Outro conselho prático é aumentar o tempo despendido de atividade física leve todos os dias (ex. levantar-se da cadeira e andar de um lado para o outro durante os anúncios da Tv, acrescido de caminhadas de cinco minutos) que pode “posicionar pessoas sedentárias com perturbação bipolar a transitar para períodos breves de atividade física de atividade moderada a vigorosa, assim como atividades de fortalecimento muscular, por forma a melhorar os resultados físicos a longo termo” (Vancampfort et al, 2016, p. 151). Além do mais, as complicações de AF e exercício devem ser tidas em consideração (Melo et al., 2016). A AF pode muito bem aliviar os sintomas de hipomania e prevenir mudanças de humor por um lado, mas por outro, pode agravar episódios maníacos ou hipomaníacos (Melo et al., 2016). Os clínicos, por isso mesmo, devem estar conscientes do subtipo, fase da PB e condições comórbidas que limitam a aderência e participação (Wright et al., 2016). As intervenções de AF podem tentar acomodar a multiplicidade dos estados afetivos experienciados por pacientes, tais como a mania, hipomania, depressão, eutimia e estados afetivos mistos. Como tal, a duração, frequência e intensidade dos programas de AF planeados devem ser ajustados constantemente, de acordo com as fases experienciadas pelos pacientes. Os programas de AF irão requerer decisões sobre se a intervenção será combinada com o tratamento farmacológico, incorporar inputs de outros profissionais de saúde (ex. nutricionistas), combinar terapias cognitivas ou comportamentais, etc. Os clínicos podem também usar a opinião do paciente e experiência prévia para melhorar a aceitação das demandas da intervenção (especialmente para novos exercícios com PB). Fatores como

experiências passadas, crenças, escolhas, capacidades, atitudes, opiniões de outros significativos, acessibilidade, autoconfiança, etc., podem ter um impacto fundamental para a participação e aderência para qualquer intervenção de AF prescrita (Wright et al., 2016).

## Atividade física/Exercício e Demência

A literatura sugere que exercícios aeróbicos, com a frequência de 3 - 4 vezes por semana parece benéfica para indivíduos com Doença Mental Grave (DMG), Alzheimer e Doença de Parkinson (Dustine & Moore, 2005). As sessões, contudo, não podem exceder os 30 minutos cada. A intensidade, por seu turno, não pode exceder 11 a 14 pontos de uma escala tipo Likert de 20. Exercícios de resistência são muito úteis, mas restritos a 2 sessões por semana, com um set único de 8-12 repetições na baseline, a 50-70% do seu 1RM. Profissionais podem aumentar a carga de trabalho de 2 sets de 8-12 repetições cada. Exercícios de flexibilidade são essenciais, 5 vezes por semana, com repetições que durem não mais do que 20-30 segundos, para assegurar a capacidade total de mobilidade. Estas guidelines devem ser seguidas de sessões de aquecimento e relaxamento, que durem não mais do que 5-10 minutos cada. No que concerne a pacientes com uma Doença de Alzheimer, Dustine and Moore (2005) afirmaram que caminhar é o método preferencial para reter níveis de AF, com objetivos individualizados e exequíveis. O objetivo principal é o prazer que os pacientes experienciam ao longo da atividade. A duração e frequência difere, dependendo das necessidades e preferências individuais. Exercícios do tônus muscular são úteis, habitualmente numa posição sentada. Novamente, o prazer sentido é o critério necessário para os pacientes de envolverem, com 10-12 repetições em cada exercício. Finalmente, no que concerne ao Parkinson, Dustine and Moore (2004) afirmaram que diferentes módulos de exercícios, para além de caminhadas, tais como a bicicleta elítica e máquinas de remo são úteis para manter e aumentar a capacidade de trabalho do paciente. A frequência para o exercício aeróbico (3 vezes por semana), intensidade de 60-80% HR e duração inferior a 60 minutos é preferível. Para aumentar a resistência, pacientes podem também participar por eles próprios em



caminhadas de curta distância no exterior (20-30 m), normalmente sob supervisão. As sessões curtas de caminhadas a acontecer 4-6 vezes por dia e a velocidade preferencial é selecionada pelos próprios pacientes. No que concerne à força, equipamento de ginásio é utilizado, com peso leve, 3 sessões por semana, com 1 set de 8-12 repetições dos grupos musculares maiores. Exercícios de flexibilidade são igualmente importantes, para reter e aumentar a variação do movimento, com uma frequência de 1-3 sessões por semana.

## REFERÊNCIAS

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Ancoli-Israel, Martin, J., Kripke, D., Marler, M., & Klauber, M. (2002). Effect of light treatment on sleep and cardiac rhythms in demented nursing home patients. *Journal of American Geriatric Society*, 50, 282-289.
- Azevedo Da Silva, M., Singh-Manoux, A., Brunner, E.J., Kaffashian, S., Shipley, M.J., Kivimaki, M., & Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *European Journal of Epidemiology*, 27, 537-546.
- Bauer, I., Galvez, J., Hamilton, J., Balanza-Martinez, V., Zunta-Soares, G., Soares, J., & Meyer, T. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatry Research*, 74, 1-7.
- Beebe, L., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A., Tennison, C., & Velligan, D. (2011). Effects of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorder. *Community Mental Health Journal*, 47, 628-636.
- Bodin, T., & Martinsen, E.W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 623-633.
- Bull, F.C., Gauvin, L., Bauman, A., Shilton, T., Kohl, H.W., & Salmon, A. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action. *Journal of Physical Active Health*, 7(4), 421-422.
- Cioffi, J., Fleming, A., Wilkes, L., Sinfield, M., & Miere, J. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia. The perceptions of relatives and staff. *Dementia*, 6, 215-231.
- Cleare, A., Pariante, C., Young, A., Anderson, I., Christmas, D., Cowen, P., et al., (2015) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525. doi: 10.1177/0269881115581093.
- Daumit, G., Dalcin, A., Jerome, G., et al (2011). A behavioral weight-loss intervention for persons with serious mental illness in psychiatric rehabilitation centers. *International Journal of Obesity*, 35, 1114-1123.
- Dustine, J., & Moore, G. (2005). *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ekkekakis, P. (2015). Honey, I shrunk the pooled SMD! Guide to critical appraisal of systematic reviews and meta-analysis using the Cochrane review on exercise for depression as example. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 21-36.
- Ekkekakis, P., & Murri, M.B. (2017). Exercise as antidepressant treatment: Time for the transition from trials to clinic? *General Hospital Psychiatry*, 49, A1-A5. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.11.004
- Falkai, P., Malchow, B., & Schmitt, A. (2017). Aerobic exercise and its effects on cognition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 171-175.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 2869-2881.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliot, R., Nuechterlein, K., & Yung, A. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in

- people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 546-556.
- Gillhof, K., Gaab, J., Emini, L., Maroni, C., Tholuck, J., & Greil, W. (2010). Effects of a multimodal lifestyle intervention on body mass index in patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 12, 1-10.
- Goldstein, T., Goldstein, B., Mantz, M., Bailey, B., & Douaihy, A. (2011). A brief motivational intervention for preventing medication-associated weight gain among youth with bipolar disorder: treatment, development and case report. *Journal of Children and Adolescence Psychopharmacology*, 21, 275-280.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the US. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
- Harvey, S.B., Øverland S., Hatch, S.L., Wessely, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 28-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223.
- Heggelund, J., Nilsberg G., Hoff, J., Morken, G., & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia. *Norwegian Journal of Psychiatry*, 65, 269-275.
- Herring, M.P., O'Connor, P.J., & Dishman, R.K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: A systematic review. *Archives of International Medicine*, 170(4), 321-331.
- Herring, M.P., Jacob, M.L., Suveg, C., Dishman, R.K., & O'Connor, P.J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 21-28.
- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodgkinson, S., & Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics*, 18, 623-630.
- Jayakody, K., Gunadasa, S., & Hosker, C. (2014). Exercise for anxiety disorders: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 187-196. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091287>
- Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 1-12.
- Kennedy, S.H. et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540-560.
- Khan, F., & Pallant, J. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to identify preliminary comprehensive and brief core sets for Guillain Barre Syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1306-1313.
- Kilbourne, A., Goodrich, D., Lai, Z., Post, E., Schumacher, K., Nord, K., et al (2013). Randomized controlled trial to reduce cardiovascular disease risk for patients with bipolar disorder: The self-management addressing heart risk trial (SMAHRT). *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 655-661.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M.N., Armstrong, H.F., Ballon, J.S., Khan, S., Chang, R.W., Hansen, M.C., Ayanruoh, L., & Lister, A. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: A single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 859-868.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 16, 1490-1495. doi: 10.3109/09638288.2014.972579
- Li, K., Yan, T., You, L., Xie, S., Li, Y., Tang, J., Wang, Y., & Gao, Y. (2016). The inter-rater reliability of the International Classification of Functioning, Disability and Health set for spinal cord injury nursing. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39, 240-248.
- Malhi, G.S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P.B., FritzK, et al. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206. doi: 10.1177/0004867415617657.
- Melo, M.C., Daher Eder, F., Albuquerque, S.G., & de Bruin, V.M. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *Journal of*

- Affective Disorders*, 198, 32-38.
- Nasstasia, Y., Baker, A.L., Halpin, S.A., Hides, L., Lewin, T.J., Kelly, J.B., Callister, R. (2018). Evaluating the efficacy of an integrated motivational interviewing and multi-modal exercise intervention for youth with major depression: Healthy Body, Healthy Mind randomised controlled trial protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 9, 13-22. doi: 10.1016/j.conctc.2017.11.007
- Petrusello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., et al. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: *Outcomes and mechanisms*. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Ravindran A.V., Balneaves, L.G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R.L., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 576-587. doi: 10.1177/0706743716660290.
- Riemersma-van der Lek, R., Swaab, D., Twisk, J., Hol, E., Hoogendijk, W., van Someren, E. (2008). Effects of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities. A randomized controlled trial. *JAMA*, 299, 2642-2655.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J.A. (2008). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123-1131.
- Schuch, F.B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P.B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.
- Scheewe, T., Takken, T., Kahn, R., Cahn, W., & Backx, F. (2012). Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 44, 1834-1842.
- Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Aging Society*, 27, 127-145.
- Strassing, M., Newcomer, J., & Harvey, P. (2012). Exercise improves physical capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141, 284-286.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F.B., Hallgren, M., Smith, L., ....., Koyanagi, A. (2018). Relationship between sedentary behavior and depression: A mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, 229, 231-238. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.10.
- Taylor, A.H., & Faulkner, G. (2010). A reflection on 3 years of MENPA from the editors: Are we achieving our aims? *Mental Health and Physical Activity*, 3, 47-50.
- The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action (2010). Paper retrieved from <http://www.interamericanheart.org/images/PHYSICALACTIVITY/TorontoCharterPhysicalActivityENG.pdf>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145-152.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Soundy, A., Mitchell, A., De Hert, M., & Stubbs, B. (2015). Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: A clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 131-143.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F., Ward, P., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: A meta analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P., & Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research*, 169, 453-457.
- Vancampfort, D., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Stubbs, B., & Probst, M. (2016). Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: An exploratory study.

- Psychiatry Research*, 242, 7-12.
- Van Citters, A., Pratt, S., Jue, K., Williams, G., Miller, P., Xie, H., & Bartels, S. (2010). A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 540-552.
- Wipfli, B.M., Rethorst, C.D., & Landers, D.M. (2008) The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(4), 392-410.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report) Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Prevalence of mental disorders: Data and statistics*. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- Wright, K., Everson-Hock, E., & Taylor, A. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 86-94.



## 03

# INDICADORES MENTAIS E ATIVIDADE FÍSICA

## AUTORES:

**Athanasios Pappous**, *Dr. of University of Granada, Reader of University of Kent*

**Antigoni Zafeiri**, *Data analyst, Research Assistant University of Kent*

University of  
**Kent**

SCHOOL OF  
PHYSICAL SCIENCES  
United Kingdom

## INTRODUÇÃO

Os benefícios fisiológicos da atividade física são bem conhecidos, pois podem promover uma melhor qualidade de vida ao reduzir substancialmente o risco de desenvolver diabetes, doenças cardíacas, e um número de outras condições agravadas por um estilo de vida sedentário (Richardson et al., 2005). Estudos nesta área têm reportado uma redução em 60% em condições físicas crônicas (Richardson et al., 2005). Para além disso, há literatura crescente a apoiar os benefícios psicológicos da atividade física regular, desde melhorias no humor à redução de depressão, raiva, e ansiedade (Hassmen et al., 2000), assim como melhoria na autoeficácia e processos cognitivos e fisiológicos complexos que podem melhorar perturbações tais como a depressão clínica (Hassmen et al., 2000).

Ao longo das últimas décadas, as doenças de saúde mental têm se tornado um problema de preocupação crescente dos sistemas de saúde pública. Este problema tem levado à exploração de sistemas alternativos que suportem e complementem o tratamento médico e psiquiátrico à luz da evidência crescente dos

benefícios da atividade física em perturbações do foro mental. Pessoas que sofrem de doenças mentais são mais suscetíveis de terem um estilo de vida sedentário, acompanhado de uma maior probabilidade para o desenvolvimento de diabetes e elevada pressão arterial, devido à medicação, dieta pobre e baixas taxas de atividade (Richardson et al., 2005). Como tal, os potenciais benefícios da atividade física em perturbações mentais são significativos, pois podem auxiliar na melhoria dos efeitos secundários da medicação, enquanto melhoram múltiplos aspetos psicológicos, como o humor, autopercepção, estabilidade emocional, confiança, memória e autocontrolo (Taylor et al., 1985).

Atividade física, exercício, e fitness, são três termos comumente usados, e muito frequentemente permutáveis como sinónimos. Contudo, é importante clarificar que estes três conceitos tem definições diferentes. De acordo com Caspersen et al. (1985), a atividade física consiste em qualquer movimento corporal produzido por músculos que resultam em energia despendida (ex. desportos ocupacionais, ou outras atividades). Exercício, por outro lado, pode ser definido como qualquer sub-categoria de atividade física planeada e estruturada para



melhorar a condição física. Por fim, o fitness remete a um conjunto de atributos relacionados com a saúde ou competência. No contexto deste documento, será utilizado o conceito lato de “atividade física”.

A influência da atividade física pode ser vista por inúmeras perspectivas. Pode ajudar um indivíduo a mudar a sua rotina diária, a interagir com outros, aumentar a autoestima e confiança, dominar desafios físicos, adquirir novas competências, ter uma melhor consciência do seu corpo e beneficiar dos seus impactos positivos (Callaghan, 2003; Ströhle, 2009; White et al., 2009). Pode ser utilizado na promoção do bem-estar e psicologia positiva através dos efeitos positivos da atividade física (fisiológicos e psicológicos) (Daley, 2002), enquanto por outro lado pode auxiliar na prevenção e tratamento de doenças mentais (Fox, 1999). A maioria dos artigos aborda os benefícios da atividade física na saúde mental debruçando-se maioritariamente na depressão. Contudo, existe cada vez mais investigação no que respeita os benefícios da atividade física em doenças mentais de maior gravidade.

**Definição do Problema:** O propósito do presente documento foi abordar os assuntos acima referidos e discutir os benefícios da atividade física fundamentados com dados empíricos em indivíduos com uma variedade de doenças mentais, como a depressão, perturbações de ansiedade, esquizofrenia, perturbação bipolar, etc.

## MÉTODO

De modo a identificar o que se conhece acerca dos aspetos associados com a atividade física e saúde mental, uma revisão narrativa da literatura foi conduzida. Revisões narrativas adotam uma abordagem menos formal do que revisões sistemáticas, contudo mantêm-se muito “úteis em recolher um volume de literatura numa área temática específica, resumi-la e sintetiza-la” (Cronin et al., 2008, p.38). A identificação das fontes para esta revisão narrativa da literatura foi realizada com a utilização de uma pesquisa sistemática de palavras-chave em bases de dados académicas relevantes (Web of Science, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, SportsDiscus) para identificar uma variedade alargada de literatura relevante. Estas pesquisas foram conduzidas através da inclusão de palavras-chave previamente

selecionadas, tais como ‘atividade física’, ‘saúde mental’, ‘doenças mentais’, ‘exercício’, ‘efeitos psicológicos’, e ‘desporto’. A pesquisa foi limitada a artigos académicos e atas de conferência em inglês.

## REVISÃO DE LITERATURA

### DEPRESSÃO

Reconhecendo a importância da saúde mental, os serviços de saúde mental no Reino Unido chegaram a um consenso de que existe uma associação positiva entre atividade física e saúde mental. Atividade física e exercício são percecionados como suplementos facilitadores para o tratamento de perturbações de ansiedade e podem surtir benefícios a nível emocional em pessoas de todas as idades, independentemente do seu sexo (Callaghan, 2003). A depressão parece estar relacionada com a perceção pessoal do seu físico, na qual a atividade física pode ter alguma influencia positiva (White al., 2009). Na maioria dos estudos, a atividade física tem um efeito positivo na depressão em comparação com a psicoterapia (Fox, 1999; Ströhle, 2009) e as melhorias podem ser equivalentes às de terapia cognitiva (Richardson et al., 2005).

O benefício manifesta-se melhor em pessoas com depressão moderada, e estudos realizados em populações mais alargadas mostraram que pessoas que se envolvem em atividade física regular durante períodos de tempo mais longos têm pontuações de depressão significativamente mais baixas, independentemente da idade (Hassmen et al., 2000; Morgan, 1997). O tipo de atividade física, aeróbica ou anaeróbica, não parece ter diferença e pode levar à redução de 50% dos sintomas. Até em casos graves de depressão, 30 min de treino na passeadeira, durante 10 dias consecutivos, produzem uma redução estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva (Ströhle, 2009).

Para além da redução dos efeitos negativos de depressão, a atividade física tem um efeito importante no aumento dos aspetos positivos, como o aumento da eficácia do coping, melhor funcionamento da memória (Foley et al., 2008), sentido de coerência, perceção de saúde e condição física, e um aumento na perceção de integração social (Hassmen et al.,

2000). Além disso, a atividade física provoca uma melhoria na qualidade do ciclo de sono, que é geralmente afetado na depressão ou sob stress, promovendo, assim, a eficácia de antidepressivos (Stathopoulou et al., 2006).

O processo de intervenção não é entendido na sua plenitude e precisa de uma maior exploração. Não obstante, o facto de que a atividade física pode trazer resultados similares e por vezes superiores aos de psicoterapia é suficientemente notório e significativo para considerar a atividade física quando forem comparados os custos de tratamentos tradicionais como psicoterapia (Morgan, 1997). Além disso, os benefícios da atividade física na saúde, como a melhoria do humor, autoestima e sono reparador fornecem um argumento convincente para a adoção da atividade física como uma alternativa ou forma paralela de terapia (Atkinson, 2007).

## A PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

A atividade física intensa reduz o estado de ansiedade, que pode ser atribuída ao efeito do elemento de distração (Morgan, 1997), e a atividade física pode ter efeitos ansiolíticos na população saudável, mas tal não tem sido ainda generalizado para populações clínicas. A maioria dos estudos mostram que a atividade física fornece várias mudanças fisiológicas que não podem ser associadas com outras técnicas de relaxamento. O desporto é consistentemente mais eficaz na redução de stress em oposição a atividades físicas com maior propósito, como tarefas domésticas e deslocar-se para o trabalho recorrendo a uma bicicleta. Tal pode ser atribuído à ligação percecionada entre a atividade e o seu propósito, levando a uma redução do prazer da própria atividade (Asztalos et al., 2009).

As mudanças mais notórias em pessoas com perturbações de ansiedade mostram ser induzidas pelo cumprimento de um regime de atividade física acompanhado por tratamento médico. Porém, é necessário algum cuidado, dado que algumas das sensações que advêm da atividade física podem ser percecionadas como as experienciadas em situações de stress (ex. aumento do batimento cardíaco, sudação, etc. (Stathopoulou et al., 2006; Ströhle, 2009).

No geral, os benefícios da atividade física e

exercício na redução de ansiedade têm recebido alguma atenção de investigadores, porém, ainda há necessidade de evidência mais aprofundada, visto que, esta área ainda não é suficientemente explorada.

## PERTURBAÇÃO BIPOLAR E ESQUIZOFRENIA

Perturbação bipolar e esquizofrenia podem ser perturbações psiquiátricas debilitantes acompanhadas por uma elevada taxa de mortalidade, e riscos acrescidos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, hipertensão e dislipidemia (Vancampfort et al., 2012). O motivo destes riscos acrescidos não é atribuído a um único fator, mas à interação de fatores relacionados com o tratamento, genética e estilo de vida. Como a maioria das pessoas que sofrem de esquizofrenia e perturbações bipolares não se envolvem em atividades físicas regulares de cariz intenso (Wright et al., 2009), e particularmente nas que incluem interação social, a inclusão da atividade física como parte de um tratamento multidisciplinar é de especial importância (Vancampfort et al., 2012).

Estudar e monitorizar o efeito da atividade física em pessoas com doenças mentais graves é particularmente desafiante devido aos diferentes obstáculos que abarcam desde os efeitos secundários da medicação, à estigmatização e acesso limitado ao sistema de saúde mental. Estes fatores aliados à falta de estudos suficientes nesta área tornam a adoção e manutenção da atividade física incorporada em programas de reabilitação mental especialmente difícil (Hodgson et al., 2011).

No entanto, tendo por base o número limitado de estudos em perturbações bipolares, existe evidência suficiente que apoia os efeitos positivos da atividade física na saúde física e mental em pessoas com perturbações mentais graves. Em pessoas com esquizofrenia, o exercício pode auxiliar na redução de alucinações auditivas, melhorando o ritmo de sono e autoestima (Callaghan, 2003). Como o aumento de peso e doenças cardiovasculares é quase inevitável, enquanto a efetividade de custo da atividade física tem sido enfatizada, a sua integração no tratamento da doença mental grave como a perturbação bipolar e esquizofrenia é essencial (Vancampfort et al.,



2012). Por outro lado, o exercício pode ajudar pessoas com doença mental grave ao promover a interação social, o que é importante para a recuperação mental (Hodgson et al., 2011).

Os benefícios para o bem-estar físico não foram tão referidos, enquanto aspetos como o sentimento de conquista, sensação de estrutura, o carácter voluntário em oposição à abordagem “obrigatório seguir o tratamento”, a interação social e o aumento de confiança parecem ser aspetos que se apresentam como os benefícios mais importantes para os participantes (Hodgson et al., 2011). A atividade física tem o potencial de ajudar pessoas com esquizofrenia a serem mais otimistas, pois podem facilitá-los a experienciarem o sucesso, tomar controlo, manter relacionamentos, encontrar significado, e conquistar uma sensação de normalidade (Hodgson et al., 2011). Apesar dos benefícios, existem sérios obstáculos, como a acessibilidade e custo que torna a adoção da atividade física difícil, enquanto a monitorização e apoio por um staff sensibilizado é igualmente essencial para a adesão a qualquer atividade regular a longo termo (Hodgson et al., 2011).

Semelhante à depressão e perturbações de ansiedade, o mecanismo e extensão a que a atividade física ajuda a melhorar perturbações graves de saúde mental não podem ser facilmente determinadas e podem diferir de pessoa para pessoa. No entanto, a atividade física ajuda a aumentar a confiança e autoestima e oferece um meio de distração dos efeitos da doença.

## OUTRAS ÁREAS DE BENEFÍCIOS POSITIVOS

Em estudos com populações não-clínicas que avaliam o impacto da atividade física e particularmente o exercício aeróbico, tem sido reportada uma relação negativa entre exercício, bem-estar emocional e sintomatologia depressiva. A intensidade da atividade aparenta ser importante contrariamente com os resultados de outros estudos, apontando para o facto de que o poder aeróbico acrescido é necessário para uma relação mais forte entre a atividade física e taxas reduzidas de depressão (Galper et al., 2006).

Um estudo de grande escala recente numa população não-clínica que teve lugar

na California (Camacho et al., 1991) mostrou que o risco do desenvolvimento de sintomas depressivos é dramaticamente reduzido pela adoção de uma rotina de atividade física regular. Também é de interesse que a regência da atividade física é relevante, dado que pessoas que desistiram da atividade física ao longo do tempo eram uma vez e meia mais prováveis de desenvolver depressão em comparação com os que mantiveram os seus níveis diários (Camacho et al., 1991).

Tendo em consideração certas diferenças de género, as mulheres são duas vezes mais prováveis de desenvolver depressão comparativamente com os homens (Chu I-Hua, 2009). A experiência de sintomatologia durante a menopausa pode ser fundamental para a sua saúde mental (Elavsky & McAuley, 2007). Um estudo utilizando uma amostra de mulheres nas diferentes fases de menopausa mostraram que as mulheres experienciaram efeitos positivos da atividade física e redução nos seus efeitos negativos associados à sua condição (Elavsky & McAuley, 2007).

Além do mais, existe evidência coadjuvante crescente sobre os benefícios da atividade física em pessoas com diabetes, obesidade, e certos tipos de cancro como cancro do colon e da mama (Bauman, 2004). Outras áreas onde os benefícios da atividade física têm-se mostrado eficientes é em casos de abuso de álcool e outras substâncias. Adotar a atividade física juntamente com o programa de reabilitação é mais eficaz em contribuir na redução dos efeitos da abstinência, ansiedade e depressão, em comparação com o tratamento habitual (Stathopoulou et al., 2006).

Considerando o custo e o estigma relacionados com as terapias tradicionais, a atividade física apresenta-se como uma alternativa custo-efetiva, visto que um maior número de estudos tem mostrado que tal ajuda a gerir e diminuir a sintomatologia depressiva.

## PSICOLOGIA POSITIVA

É bem conhecido e provado que a atividade física possui vários benefícios para a saúde humana, fortalecendo o corpo e a mente e promovendo o bem-estar, que não é definido apenas em termos de não estar deprimido ou stressado. Estar-se bem é subjetivo e existe um número de sentimentos positivos que uma vez

evocados podem promover a psicologia positiva (Hefferon & Mutrie, 2012). Psicologia positiva ajuda a aumentar a resiliência e ultrapassar situações negativas ao aumentar emoções positivas. Como a maioria dos estudos mostram um aumento na sensação positiva após a atividade física, pode-se concluir que a atividade física é uma intervenção psicologicamente positiva (Hefferon & Mutrie, 2012). Tal pode ter lugar na melhoria da autoaceitação, autonomia, mestria no contexto, relacionamentos positivos, relacionamentos pessoais, e propósito de vida através da atividade física (Hefferon & Mutrie, 2012).

Abordando a atividade física de uma diferente perspectiva, conjugando o corpo e a mente, tem sido atualmente posta em prática na Austrália uma nova abordagem, onde uma “clínica de exercício” utiliza intervalos de atividade física de “elevada intensidade” como um “tratamento” para gerir diferentes problemas de saúde crónicos (Clarke, 2017). Pessoas são empoderadas desta forma para tomarem controlo sobre a sua saúde física e mental. Trabalhando juntamente com os médicos e terapeutas dos utentes, as pessoas são empoderadas a tomar controlo da sua saúde física e mental, apoiando a evidência para a prescrição de um tratamento combinado (Clarke, 2017).

## CONCLUSÃO

A atividade física tem demonstrado reduzir um número de riscos de saúde como a obesidade, diabetes, pressão arterial elevada, beneficia os pacientes de determinados tipos de cancro, reduz a sintomatologia depressiva, ansiedade,

assim como os efeitos negativos de diferentes doenças de foro mental. Apesar do mecanismo não ser entendido na sua totalidade e ser necessária mais investigação, os benefícios da atividade física e do exercício são certamente significativos, conjugando o corpo e a mente de indivíduos, de modo a atingir o bem-estar.

No que concerne a conceção de qualquer tipo de programa de intervenção na saúde, as opiniões e perceções dos utentes são de grande significância e deviam ser tidas em consideração. Num estudo realizado por Daley (2002) sobre o valor da atividade física na saúde mental em populações clínicas, foi reportado que mais do que 50% dos pacientes reconhecem o valor da atividade física e também a veem como o tratamento que mais os ajudou.

Não obstante, quando se implementa um programa de atividade física, as necessidades específicas e características do grupo-alvo devem ser tidas em consideração, particularmente em populações clínicas, que frequentemente são habituados a um estilo de vida sedentário. A atividade física deve ser usada em articulação com terapias de aconselhamento e terapias médicas de forma a possibilitar os utentes a manter um programa regular que promove os aspetos positivos respetivos (Daley, 2002).

Tendo em conta a evidência dos benefícios, tanto a nível fisiológicos como a nível psicológico, e o custo associado à saúde mental, a atividade física deve ser encorajada a se tornar parte do tratamento terapêutico, reconhecendo a importância para a mente e para o corpo (Daley, 2002).

## REFERENCES

- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., & Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468-474. 10.1016/j.jsams.2008.06.009 [doi]
- Atkinson, G., & Davenne, D. (2007). Relationships between sleep, physical activity and human health. *Physiology & behavior*, 90(2-3), 229-235.
- Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: An epidemiological review 2000–2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 6-19.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., & Cohen, R. D. (1991). Physical activity and depression: Evidence from the alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, 134(2), 220-231.
- Chu, I. H., Buckworth, J., Kirby, T. E., & Emery, C. F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 37-43.
- Clarke, D. (2017, October 17). Research studies show high-intensity interval training has an almost instantaneous positive effect on overall health. *Perth Now*. Retrieved from <https://www.perthnow.com.au/>
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43.
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 262-270.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.
- Foley, L. S., Prapavessis, H., Osuch, E. A., De Pace, J. A., Murphy, B. A., & Podolinsky, N. J. (2008). An examination of potential mechanisms for exercise as a treatment for depression: A pilot study. *Mental Health and Physical Activity*, 1(2), 69-73.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- 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. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(1), 173-178. 00005768-200601000-00027 [pii]
- Hassmen, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25.
- Hefferon, K., & Mutrie, N. (2012). Physical activity as a “stellar” positive psychology intervention. *Oxford handbook of Exercise Psychology*, 117-128.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29.
- Morgan, W. P. (1997). *Physical activity and mental health* (pp. 93-106). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Skjerven, L. H., Gyllenstein, A. L., Parker, A., Mulders,

- N., Probst, M. (2012). International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimizing cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 1-12.
- White, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 86-94.



## 04

# O PAPEL PREVENTIVO DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL

## AUTORES:

**Francesca Cesaroni**, *Project Manager*

**Mara Morici**, *Researcher*

**Giampaolo Gherardi**, *Social Worker*



COOSS  
Italy

## INTRODUÇÃO

Há evidências crescentes sobre a associação positiva entre atividade física e saúde mental, desenvolvimento mental e processos cognitivos. Um número notável de estudos longitudinais e transversais de pesquisa converge sobre a utilidade da atividade física como uma estratégia preventiva e tratamento adjuvante para a doença mental. A atividade física tem sido referida por ter um efeito num amplo espectro de fatores de saúde que variam de emoção e humor, qualidade de vida, autoestima, atividade social e funcionamento cognitivo.

A avaliação da percepção pessoal de resiliência de stress e níveis de ansiedade (que podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de graves problemas de saúde mental) revelou que os indivíduos podem obter benefícios psicológicos e fisiológicos da atividade física. Evidência relevante também sugere que a atividade física reduz os sintomas de depressão, ansiedade, angústia e melhora o bem-estar.

## IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O objetivo do presente documento foi explorar a associação entre a atividade física e a saúde mental e (b) demonstrar a utilidade da atividade física como uma estratégia preventiva contra vários sintomas da doença mental.

Especificamente, este documento contém:

1. Uma revisão da literatura de documentos científicos, evidências e boas práticas demonstrando o potencial preventivo da atividade física na doença mental e os efeitos positivos que pode ter na saúde pública e no envelhecimento ativo. O documento propõe também uma entrevista qualitativa, onde os intervenientes relevantes que atuam no domínio da atividade física, do desporto e da saúde mental relatam as suas experiências.

2. Políticas nacionais pertinentes e diretivas da União Europeia que promovam a atividade física para melhoria da saúde.

3. Recomendações para os decisores

políticos e sugestões para a promoção/apoio de iniciativas eficazes a nível europeu, nacional e local. Especificamente, as recomendações visam aumentar a consciencialização sobre os riscos de inatividade física.

## OBJECTIVO/MOTIVAÇÃO DO DOCUMENTO PROPOSTO

Com base na associação entre saúde mental e os benefícios decorrentes da participação em atividade física, este artigo irá:

- Demonstrar o valor preventivo da atividade física através de uma revisão bibliográfica;
- Apresentar as políticas nacionais pertinentes e as diretivas da UE, com especial referência à HEPA (Health-Enhancing Physical Activity), emitida pelo Conselho da União Europeia;
- Apresentar a rede MENS no desenvolvimento de um fundo científico, que será um contributo válido para as políticas regionais, nacionais e comunitárias em matéria de desporto e saúde;
- Fornecer recomendações para os decisores políticos e sugestões para a promoção/apoio de iniciativas eficazes a nível europeu, nacional e local.

## MÉTODO/PROCEDIMENTO/ABORDAGEM

Existe um grande número de estudos empíricos que foca relação da eficácia da atividade física na prevenção de sintomas depressivos e perturbações mentais. As evidências apresentadas neste artigo derivam principalmente de estudos correlacionais e longitudinais, revisões sistemáticas e meta-análises.

Um estudo de correlação procura descobrir se duas ou mais variáveis estão relacionadas. Vários estudos epidemiológicos encontraram correlações significativas entre a saúde mental e a atividade física (AF) referindo que: AF regular está associada com (a) uma diminuição da prevalência de depressão, transtorno do pânico e fobia social, e (b) baixas taxas de perturbações de humor, de ansiedade ou de uso de substâncias. Mais especificamente,

McCauley (1994) identificou a relação positiva entre o exercício e o bem-estar psicológico, Bucksch e Schlicht (2006) a relevância entre a atividade física e humor, enquanto Cooney (2013) revelou que AF diminui a incidência de taxas de perturbações de humor e de ansiedade em idosos.

Um estudo longitudinal é um método de pesquisa observacional em que os dados são recolhidos com o mesmo objetivo repetidamente ao longo de um período de tempo. No seu estudo longitudinal, Mammen e Faulkner (2013) apresentam uma análise detalhada sobre o papel de prevenção da atividade física na depressão.

A evidência científica também tem sido baseada em revisões sistemáticas e meta-análises, onde os trabalhos e artigos foram procurados através de uma combinação de palavras-chave, tais como “atividade física”, “saúde mental”, “depressão”, “ansiedade”, “autoestima” e “mental bem-estar”.

## I. REVISÃO DA LITERATURA

Para definições básicas de “atividade física”, “exercício físico” e “desporto”, por favor, consulte a política de desenvolvimento de modelo (s) de eventos desportivos (2018) pela Universidade de Atenas.

### Associação entre atividade física (AF), depressão, ansiedade e stress: evidência de pesquisa

Hoje em dia, evidência robusta confirma a existência de uma forte associação entre a atividade física e diversas dimensões da saúde mental. A depressão, por exemplo, é uma doença mental comum: prevê-se que em 2020 será a principal causa de incapacidade mundial. A doença tem um impacto significativo na qualidade de vida, está associada a aumento do risco de condições de saúde secundárias (ou seja, doença cardiovascular) e os seus efeitos adversos vão para além do indivíduo, principalmente na sobrecarga dos cuidadores e dos custos dos serviços de saúde na comunidade. A relação exata entre a atividade física e a depressão não é clara. Faulkner (2016) afirmou que, tendo em conta as possíveis limitações metodológicas, os fatores de constatação e



viés, os estudos continuam a demonstrar uma relação entre a atividade física e um risco diminuído de depressão. Promover a atividade física pode servir como uma valiosa estratégia de promoção da saúde mental na redução do risco de desenvolvimento da depressão.

Strawbridge et al (2002) comparou os efeitos de níveis muito elevados de atividade física na depressão predominante e incidente. Os pesquisadores descobriram que, mesmo com ajustes para idade, sexo, etnia, tensão financeira, condições crônicas, deficiência, índice de massa corporal, consumo de álcool, tabagismo e relações sociais, maior atividade física foi protetora para ambas as depressões prevalentes e a depressão incidente durante um período de 5 anos.

Salmon (2001) afirmou que a defesa dos benefícios psicológicos do exercício físico deve preceder de evidência científica. Os resultados dos estudos transversais e longitudinais são mais consistentes e indicam que o treino aeróbio do exercício têm efeitos antidepressivos e ansiolíticos e protege contra às consequências prejudiciais do stress. Contudo, os efeitos emocionais do exercício permanecem confusos, uma vez que foram identificados quer efeitos positivos e quer negativos.

Hyland e Swan (2012) apresentaram uma revisão abrangente da literatura empírica sobre os efeitos benéficos das intervenções baseadas no exercício para aliviar a ansiedade e as perturbações de humor. As evidências obtidas a partir de estudos longitudinais, em conjunto com os dados obtidos a partir de estudos de corte transversal, demonstram que o envolvimento em atividade física regular pode impedir o aparecimento de sintomas depressivos e de ansiedade e promover uma melhor saúde psicológica. Adicionalmente, no caso da depressão estas melhorias são pelo menos iguais às aquelas observadas em tratamentos de farmacoterapia, e há evidência que parece indicar que as intervenções baseadas no exercício físico podem igualmente produzir melhorias clínicas na ansiedade e sintomas depressivos iguais aos observados nas intervenções de terapia cognitiva comportamental (TCC).

Hyland e Swan (2012) afirmaram que os tratamentos baseados no exercício físico oferecem uma alternativa altamente eficaz aos métodos de tratamento convencionais para ansiedade e perturbações depressivas. O tratamento através do exercício físico é

inteiramente acessível a praticamente todos os indivíduos, com poucos ou alguns custos financeiros associados, e nenhuns efeitos colaterais conhecidos ou óbvios.

Zschucke, Gaudlitz e Strohle (2013) encontraram que o exercício aeróbio e anaeróbico (a) teve a eficácia similar à terapia cognitiva/comportamental no tratamento de perturbações da ansiedade, e (b) é mais eficaz do que outras atividades que reduzem a ansiedade.

Scully, Kremer, Meade, Graham e Dudgeon (1998) afirmaram que parece seguro aceitar que os programas de exercício terão uma influência positiva sobre a depressão, sendo mais notório nesta patologia do que nas restantes doenças mentais. Mais, a evidência da pesquisa sugere que a) o exercício aeróbio é o mais eficaz, incluindo atividades tais como as caminhadas, jogging, ciclismo, treino de passeadeira, e musculação, e (b) os programas que têm a duração de vários meses parecem produzir efeitos mais positivos.

No que diz respeito à ansiedade, Scully et al (1998) afirmou que a literatura apoia inequivocamente os efeitos positivos do exercício, com períodos curtos de exercício que parecem ser suficientes. Além disso, a natureza do exercício não parece ser crucial. Os efeitos mais positivos são observados entre aqueles que aderem a programas por vários meses. Quanto para à capacidade de resposta do stress, o papel que o exercício tem é provavelmente melhor utilizado como prevenção do que como tratamento, e a resposta do stress em si permanece ainda só parcialmente compreendida. Com as ressalvas presentes, parece que um programa de exercício aeróbico (exercício contínuo de intensidade suficiente para elevar a frequência cardíaca significativamente acima da taxa de pulso de repouso por mais de 21 minutos de duração) pode aumentar significativamente a capacidade de resposta ao stress, e em particular o stress que está relacionado ao estilo de vida ou trabalho.

### **Associação entre atividade física (AF), afeto, humor e autoestima: evidência de pesquisa**

Há evidências suficientes hoje em dia que descrevem os benefícios da atividade física (AF) para a saúde física e psicológica. Há



diversas meta-análises que mostram os efeitos positivos de AF e desportos na saúde mental que confirmam que as atividades de intensidade baixa a moderada afetam substancialmente o bem-estar psicológico. Kanning e Schlicht (2010) afirmaram que os sujeitos nas amostras de exercícios tinham níveis de afeto positivo mais elevado quando comparados com os grupos de controlo inativos. Uma descoberta interessante era que os momentos de atividade física eram menores quando as pontuações de humor eram elevadas. Isso poderia ser sugestivo de um efeito de teto: quanto maior a pontuação de humor, menos a AF o afeta. Pode igualmente suportar a ideia que a AF pode ser uma “ferramenta” para o melhorar do humor, que é um tópico crítico que preocupa os profissionais de saúde e aos médicos de saúde pública que promovem o bem-estar e a qualidade de vida.

Vários estudos têm investigado as propriedades de melhoria de humor do exercício e mostraram que o exercício pode realmente ter uma influência positiva sobre o estado de humor. Em geral, estes resultados indicam que várias formas de exercício, tanto aeróbica e anaeróbica, podem ser associadas a uma melhoria do estado de humor, embora dada a diversidade de resultados, é provável que mais que um mecanismo subjacente possa ser implicado. Scully, Kremer, Meade, Graham e Dudgeon (1998) estabeleceram uma ligação positiva entre o exercício e a autoestima, que parece ser mais forte entre aqueles cuja autoestima é baixa. A autoestima melhorou com a participação na atividade física, independentemente do tipo de atividade física.

Atividade física e exercício têm sido consistentemente associados com o humor e afeto positivo. Uma associação direta entre a atividade física e o bem-estar psicológico foi confirmada em várias pesquisas epidemiológicas em grande escala, por meio de várias medidas de atividade e bem-estar. Bingham (2009) alegou que os níveis mais elevados de atividade física foram associados com uma maior qualidade de vida relacionada com a saúde entre as pessoas com diagnóstico de doença mental. Investigadores observaram um espectro de melhorias e concluíram com cautela que “a atividade física pode ser benéfica para pessoas que sofrem de doenças mentais.” Vários tipos de exercício são eficazes na mudança de auto percepção, estudos que avaliam o exercício aeróbico e treino de resistência mostram que este último apresenta

maior eficácia em intervenções a curto prazo. Além disso, o treino de fitness foi identificado como um programa que contribui para reduzir a depressão e ansiedade, elevar a baixa autoestima e promover a saúde psicológica em pessoas jovens.

Edmunds (2015) alegou que os benefícios potenciais da atividade física para o bem-estar emocional, cognitivo e social recebem relativamente menos atenção. A autoestima, por exemplo, é fundamental para o bem-estar psicológico. É considerado como um indicador chave da estabilidade emocional e do ajuste às exigências da vida. A elevada autoestima está associada a várias características positivas, tais como independência, liderança, adaptabilidade e resiliência ao stress, assim como comportamentos relacionados com a saúde. Por outro lado, baixa autoestima está associada com a doença mental, com a depressão e ansiedade. Baixa autoestima é preditiva da depressão, enquanto alta autoestima prevê um estado de humor positivo e níveis mais elevados de satisfação nos relacionamentos. No entanto, nem todas as intervenções de atividade física são eficazes e algumas podem até ser prejudiciais à autoestima. Portanto, é importante considerar os mecanismos subjacentes para como e por que a atividade física melhora a autoestima. Edmunds (2015) forneceu várias sugestões que podem ser usadas por profissionais ao projetar e implementar intervenções de atividade física. Com base em teorias motivacionais, a pesquisa mostrou que ter escolha e controle sobre a atividade física que cada um faz (que tipo de atividade, quantas vezes e com que intensidade) está associada com maior persistência, maior gozo e um impacto mais positivo sobre bem-estar. Além disso, os praticantes de atividade beneficiam de obter feedback sobre o seu progresso. As metas de atividade física devem ser definidas para serem exequíveis e resultar em sentimentos de sucesso. Além disso, onde a atividade física é realizada, e ser parte integrante de um grupo ou fazer exercício em contato com outras pessoas, é uma oportunidade para os indivíduos aumentem as suas redes sociais e fazerem amigos, que são reconhecidos como fator de proteção para o bem-estar e a saúde mental.

Zschucke et al (2013) tentaram reunir provas clínicas e experimentais sobre os benefícios da atividade física (PA) e para a prevenção e tratamento de perturbações afetivas. Um grande número de estudos clínicos investigou

a diminuição do humor negativo e distúrbios do sono provocadas pelo exercício físico. Em geral, um efeito clínico moderado foi encontrado quando o exercício foi comparado ao não-tratamento ou um tratamento de controle. Comparando intervenções do exercício à terapia cognitiva ou antidepressivos, não se verificou nenhuma diferença significativa na redução de sintomas depressivos no fim do tratamento, indicando que o exercício era tão eficaz quanto estes tratamentos padrão.

Muito poucos estudos têm analisado especificamente a caminhada e os seus resultados são ambíguos. Contradições e inconsistências impressionantes são evidentes, principalmente devido a diferentes escolhas metodológicas: por exemplo, examinar apenas mudanças na ansiedade para a exclusão de outros estados afetivos, que podem ser influenciados pela caminhada. Ekkekakis et al (2000) examinou se os episódios curtos de caminhada podem trazer mudanças significativas no afeto. Caminhar está a ser promovido como uma atividade que é fácil de fazer, familiar, geralmente segura e financeiramente acessível. Caminhar foi identificada como a atividade física orientada para a saúde mais frequente a ser realizada por pessoas adultas. Os resultados mostraram que mesmo caminhadas curtas foram associadas a mudanças significativas e substanciais do nível de atividade e da afetividade. O estudo foi limitado a amostras de indivíduos jovens, saudáveis e na maior parte fisicamente ativos. Permanecem desconhecidos se os resultados serão generalizados para outras populações, como os idosos, populações doentes e públicos vulneráveis.

### **O efeito da atividade física (AF) na cognição: evidência da pesquisa**

A atividade física foi identificada como um fator protetor nos estudos que examinaram riscos para a demência. A Mental Health Foundation, num guia publicado apresenta o impacto positivo da atividade física na saúde mental, afirmando que a atividade física pode ajudar a atrasar ainda mais o declínio no funcionamento. Estudos mostram que há cerca de 20% a 30% menor risco de depressão e demência para os adultos que fazem atividade física diária. A atividade física também parece reduzir a probabilidade de reduzir o declínio

cognitivo em pessoas que não têm demência.

A maioria dos estudos transversais mostram que os adultos mais velhos que estão em boa forma física apresentam melhor desempenho cognitivo do que aqueles que não estão. Bingham (2009) afirmou que a associação entre fitness e desempenho cognitivo é dependente do tipo de tarefas, as tarefas que exigem rapidez e atenção (por exemplo, as tarefas de tempo de reação) apresentam efeitos mais pronunciados. Os resultados dos estudos de intervenção são ambíguos, mas os resultados de uma meta-análise indicaram uma melhoria pequena mas estatisticamente significativa no funcionamento cognitivo entre os adultos mais velhos que aumentam a sua aptidão aeróbia (Bingham, 2009).

Vários estudos prospectivos verificaram que um alto nível de AF parece atrasar o início da demência: Zschucke, Gaudlitz e Strohle (2013) afirmaram que melhorias na força e resistência após o treino foram encontradas em pacientes com déficit cognitivo, bem como em controles saudáveis, intervenções de AF são geralmente praticáveis nesta população. Uma revisão recente concluiu que as intervenções AF de todos os tipos são benéficas para abrandar o declínio cognitivo, e que os melhores efeitos podem ser encontrados com intensidade moderada (por exemplo, caminhada rápida) por pelo menos 30 minutos em cinco dias por semana (Denkinger et al, 2012). Finalmente, Van Uffelen (2007) realizou um estudo que tornou evidente que as melhorias parciais na memória e atenção ocorreram em temas com adesão ao exercício.

## **2. REVISÃO DA POLÍTICA: POLÍTICAS NACIONAIS E DIRETIVAS DA UE QUE PROMOVEM AS ATIVIDADES FÍSICAS DE MELHORIA DA SAÚDE**

Realizou-se uma revisão política, para identificar documentos, diretrizes e regulamentos que promovem desportos e atividade física como estratégias preventivas de doenças mentais.

A nível europeu, um documento de base para a modulação de uma nova recomendação é o apelo à ação para melhorar a saúde através do desporto e para promover a HEPA, lançada

pelo Conselho da União Europeia (jornal oficial da União Europeia, 2010). Através deste documento, a União Europeia apresentou a sua visão do desporto como um meio para melhorar o desenvolvimento pessoal, o sentido de identidade e de pertença, bem-estar físico e mental, empoderamento, inclusão social e intercultural. Os benefícios da atividade física e do exercício em todo o curso de vida são fundamentais e incluem o risco reduzido de doenças crônicas, bem como os efeitos positivos sobre o desenvolvimento da saúde mental e os processos cognitivos.

O desporto apresenta um papel vital, não só na saúde individual e na aptidão, mas também na formação da nossa sociedade europeia mais alargada: apoiar um diálogo aberto entre os decisores políticos e os organizadores desportivos promove uma vida saudável e uma coesão social para os jovens em toda a Europa.

A nível italiano, o Ministério dos desportos, criado em junho de 2016, o escritório nacional de desportos, cujas funções, entre outros, é o apoio de atos legislativos na área do desporto.

Um acordo relevante para promover a inclusão social através do desporto foi finalmente assinado em 2017 entre o subsecretário de estado e o ministro do desporto. Através deste acordo, reforçaram-se os projetos que visam a integração de pessoas com deficiência, minorias étnicas, imigrantes e grupos sociais vulneráveis,

financiando as organizações relevantes envolvidas (clubes e associações de desporto amador, organizações voluntárias, associações e cooperativas sociais).

A nível regional, a região de Marche reconhece a LR. 5/2012 como a principal ferramenta regulatória para promover atividades desportivas e recreativas. O principal objetivo é promover o conceito de “desporto para todos”.

O plano regional de saúde para a prevenção (2014/2018) promove o desporto e a atividade física como parte integrante da vida quotidiana, reconhecendo os benefícios que produzem em termos de saúde, bem-estar e prevenção de doenças. A estratégia defendida pelo Conselho regional é reforçar o desporto em todas as idades tendo em conta os muitos benefícios psicológicos e físicos que pode trazer para crianças, adultos e pessoas idosas.

O plano regional de promoção desportiva (2016/2020) estabelece as diretrizes para a promoção do desporto. O objetivo principal é aprimorar a prática desportiva como uma ferramenta de treino e lazer, para promover um estilo de vida saudável e para melhorar os modelos de vidas participada.

## RECOMENDAÇÕES

### **Atividade física e saúde mental: mais investigação é necessária**

A forte evidência empírica demonstrou os efeitos benéficos da atividade física e do exercício para o alívio de sintomas depressivos e de ansiedade. É importante que investigadores, médicos e profissionais de desporto trabalhem em conjunto para desenvolver diretrizes sólidas relacionadas aos benefícios psicológicos do exercício, considerando diversas variáveis psicossociais — por exemplo, sexo, idade, saúde mental anterior e constrangimentos ambientais. Curiosamente, até à data, a eficácia da atividade física e do exercício na redução dos sintomas de doenças mentais não pode ser determinada devido à falta de investigação de boa qualidade sobre as populações com patologia, com seguimento adequado: embora uma série de estudos tenham produzido resultados positivos sobre a eficácia do exercício como um tratamento adjuvante, a evidência é limitada para a maioria das perturbações psiquiátricas. A descrição precisa das condições, intervenções padronizadas, estratégias de avaliação validadas, randomização adequada, condições de controlo e estimativas de poder são essenciais para obter resultados significativos e permitir o cálculo de tamanhos de efeito em futuras meta-análises.

Vários estudos confirmam que o humor ou o bem-estar subjetivo são afetados pela personalidade ou por diferenças de gênero: estudos futuros devem analisar se a atividade física afeta o humor entre as mulheres da mesma forma que entre os homens, por exemplo, ou se a quantidade de atividade física global afeta a associação entre o humor e o exercício.

Uma pesquisa mais adicional com amostras representativas da comunidade e com medidas mais exatas da atividade física é necessária para responder definitivamente à pergunta de como forte é o efeito protetor da atividade

física relativamente aos riscos e sintomas da doença mentais.

Atividade física e saúde mental: o papel dos profissionais da saúde e dos profissionais de desporto.

Faulkner (2016) alegou que os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar no estabelecimento de colaboração com profissionais de desporto e uso sistemático de exercício e atividade física para a prevenção e tratamento de doenças mentais.

Incluir programas de atividade física nos serviços psiquiátricos dá a oportunidade aos indivíduos com doença mental de terem contato frequente com os profissionais de saúde mental.

Coaching tem mostrado influenciar a autoestima dos praticantes de exercício físico. Zschucke et al (2013) afirmou que a instrução positiva, assim como elogiar o bom desempenho e esforço, fornecendo instruções técnicas com não-julgamento e erro-contingente incentiva a uma maior autoestima. Incentivar os indivíduos a concentrar-se melhorar nas suas próprias capacidades e desempenho, em vez de se compararem com os apresenta contribui para o aumento quer da competência quer da autoestima. A competição e avaliação em comparação com o desempenho de outros pode ser particularmente problemático para quem tem menor autoestima.

Deve-se prestar atenção ao potencial papel dos programas de coaching baseados em TIC: estudos recentes indicaram que os efeitos positivos da prática de exercício físico no humor também podem ser obtidos recorrendo a suporte dado através da internet e de telecomunicações.

### **Atividade física e saúde mental: um inquérito bottom-up**

Para reforçar as descobertas sugeridas pela revisão da literatura, realizou-se um inquérito bottom-up, envolvendo organizações, associações, órgãos e entidades locais ativas no campo de desportos e saúde mental. O objetivo deste inquérito foi avaliar se a atividade física é percebida como tratamento terapêutico e se as práticas desportivas são comumente usadas com os seus pacientes.

Verificou-se que a atividade física, o exercício e o desporto são altamente praticados com

resultados positivos, sendo o mais evidente uma alta participação, um sentido crescente de pertença, melhores relações humanas, partilha de experiências e sentimentos positivos. Foi referido que os pacientes que têm participado constantemente nas atividades desportivas nos últimos cinco anos, diminuíram o uso de medicamentos e de pacientes internados. Além disso, observou-se uma melhoria na relação entre os pacientes/profissionais: quando os profissionais se envolvem em atividades desportivas, as relações fortalecem-se, sendo um impacto terapêutico relevante.

Estes resultados confirmam as conclusões sugeridas a partir da revisão da literatura, e destacar algumas áreas que requerem estratégias inovadoras e intervenções políticas.

### **Recomendações aos decisores políticos**

- As políticas devem promover o desenvolvimento em eventos desportivos, fornecendo infraestruturas e instalações. O valor deve ser dado ao desporto diário/ atividades físicas, em ambientes diários e informais (parques, lugares públicos), onde as pessoas podem se encontrar informalmente e interagir com um objetivo comum (desporto)/ interesse de compartilhar.
- As estruturas para a consulta de indivíduos a programas supervisionados de exercício devem estar disponíveis, incluindo o aconselhamento por profissionais qualificados. A supervisão profissional e a gestão da formação devem ser fornecidas, para melhor abordar as barreiras específicas da doença mental.
- As relações humanas nos ambientes de saúde devem ser promovidas e incentivadas: a “humanização” dos serviços de saúde mental é um aspeto fundamental, que exige a formação profissional para os operadores.

## **CONCLUSÕES**

Como parte do seu trabalho para promover uma melhor saúde mental, a Fundação MH produziu um guia de bolso para mostrar o impacto positivo que a atividade física pode ter sobre o bem-estar mental, incluindo algumas dicas e sugestões para ajudar as pessoas a

começar.

De acordo com a Fundação MH, a atividade física tem um enorme potencial para melhorar o bem-estar. Mesmo uma caminhada curta de 10 minutos e de caminhada rápida aumenta ativação mental, energia e humor positivo. A participação na atividade física regular pode aumentar a autoestima e pode reduzir o stress e a ansiedade. Ele também desempenha um papel na prevenção do desenvolvimento de problemas de saúde mental e na melhoria da qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças mentais de saúde.

Considerando a riqueza dos resultados da pesquisa acima mencionados, vale a pena mencionar que a taxa de crescimento deste campo interdisciplinar é tão grande que um jornal internacional, revisto por pares de saúde mental e atividade física (MENPA) foi recentemente criado para este assunto exclusivamente. No seu editorial inaugural, os coeditores afirmaram que, além das evidências de pesquisa que apontam para a eficácia da atividade física na prevenção e tratamento de doenças mentais, há quatro razões

adicionais pelas quais a atividade física deve ser considerada uma potencial estratégia de promoção da saúde mental:

1. a atividade física é mais rentável do que as intervenções psicofarmacológicas ou psicoterapêuticas. Se for apropriado, “a atividade física pode ser uma alternativa económica para aqueles que preferem não usar a medicação ou que não podem ter acesso a terapia.”

2. em contraste com as intervenções farmacológicas, a atividade física está associada a efeitos secundários adversos mínimos.

3. a atividade física pode ser indefinidamente sustentada pelo indivíduo, ao contrário dos tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos, que muitas vezes têm um ponto de extremidade especificado.

4. a atividade física está a parte dos tratamentos e das terapias mais tradicionais para problemas de saúde mental porque tem o potencial melhorar simultaneamente a saúde e o bem estar e para enfrentar a doença mental.

## REFERENCES

- Bingham P.B. (2009). *Minding Our Bodies*: Canadian Mental Health Association, Ontario. Retrieved on 2013, from [http://www.mindingourbodies.ca/sites/default/files/mob\\_literature\\_review\\_0.pdf](http://www.mindingourbodies.ca/sites/default/files/mob_literature_review_0.pdf)
- Bucksch, J., & Schlicht, W. (2006) Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Social-and preventive medicine*, 51, 281-301.
- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al (2013). Exercise for depression (Review). *Cochrane Databs Sys Revs* [Internet] Retrieved on September 2013 from: [onlinelibrary.wiley.com/doi/](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/)
- Denkinger MD, Nikolaus T, Denkinger C, Lukas A. (2012). Physical activity for the prevention of cognitive decline: current evidence from observational and controlled studies. *Z Gerontol Geriatr*. 45(1),11–16. [PubMed]
- Edmunds, S. (2015). Building self-esteem and wellbeing through physical activity. Retrieved on 2015, from: [https://www.novacraft.com/wp-content/uploads/2015/06/Novacraft\\_Thought\\_Paper\\_SELF\\_ESTEEM.pdf](https://www.novacraft.com/wp-content/uploads/2015/06/Novacraft_Thought_Paper_SELF_ESTEEM.pdf)
- Ekkekakis, P., Hall, E., VanLanduyt, L.M., & Steven, J. (2000). Walking in (Affective) circles: Can short walks enhance affect? *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 245–275.
- European Commission (2013). Council Recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sector. SWD(2013) 310 final.
- Faulkner, G. (2016, March). Sweat is the best antidepressant: but where do we go from here?. *Alberta Center for Active Living*, 27 (3).
- Faulkner, G., Hefferon, K., & Mutrie, N. (2015). Putting positive psychology into motion through physical activity. In Joseph S (Ed.), *Putting psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (pp.207-21). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698 - 703.
- Hyland P., & Swan J. (2012). A review of the beneficial mental health effects of exercise and recommendations for future research. *Psychology and Society*, 5, 1-5.
- Kanning, M., & Schlicht, W. (2010, April). Be active and become happy: An ecological momentary assessment of physical activity



- and mood. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(2), 253-261.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013, November). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-57.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychological outcomes. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, C. Eds., *Physical activity, Fitness and Health, Human Kinetics, Champaign*, 551-68.
- Mental Health Foundation. How to ...look after your mental health using exercise. Available at: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-to-using-exercise>
- Official Journal of the European Union (2010). Council conclusions on the role of sport as a source of and a driver for active social inclusion, 2010/C 326/04, Volume 53.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham R., & Dudgeon K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32 (2), 111-120.
- Strawbridge, WJ., Deleger, S., Roberts, R.E., & Kaplan, G.A. (2002, August). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 328-334.
- Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, Hopman-Rock M, van Mechelen W.(2007). The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Qual Life Res.*16(7),1137-1146. [PMC free article] [PubMed]
- Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013, January). Exercise and physical activity in mental disorders: Clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine @ Public Health*, 46 (Suppl 1), 12-21.





## 05

# INCLUSÃO DE PESSOAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DO DESPORTO

AUTOR:

**Jan Drobny**, *Regional Director at FOKUS Praha*



FOKUS  
Czech Republic

## INTRODUÇÃO

Este artigo analisou como as atividades físicas, atividades de lazer e desporto podem facilitar o processo de inclusão de indivíduos com problemas de saúde mental. O trabalho abordou a importância das atividades físicas com relação a) a participação ativa dos indivíduos envolvidos e b) o facto de que várias comunidades excluem de algumas atividades a maioria dos indivíduos com problemas de saúde mental e principalmente aqueles com doenças mentais graves (DMG).

Tem sido argumentado que as pessoas com doença mental grave estão entre os mais excluídos da sociedade (Sayce, 2001). A exclusão social é um processo através do qual indivíduos ou grupos são total ou parcialmente excluídos da plena participação na sociedade em que vivem (European Foundation 1995). A exclusão da participação na vida comunitária leva a uma espiral descendente de crescente isolamento e deterioração da saúde mental (Office of the Deputy, 2004). Os principais fatores de risco que levam à exclusão são: baixo rendimento económico; conflito familiar; estar sobre cuidado institucional; problemas escolares; ser um ex-prisioneiro; ser de uma minoria étnica; viver em bairros desfavorecidos

em áreas urbanas e rurais; problemas de saúde mental, idade e incapacidade (Hughes, 2010). Seguindo o argumento acima, pode ser útil explorar a) o mecanismo de exclusão e b) por que as sociedades excluem certos indivíduos e grupos. O objetivo foi descrever o processo de inclusão / exclusão, aprender com a experiência anterior e propor maneiras de que todas as crianças e adultos serão tratados como membros valorizados, respeitados e contribuintes da sociedade (Saloojee, 2003).

## DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL, DESPORTO E INCLUSÃO

### a) Definição de problemas de saúde mental / saúde mental

OMS (2014) define a Saúde Mental como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, permitindo lidar com as tensões normais da vida, conseguindo trabalhar de forma produtiva e proveitosa e é capaz de fazer uma

contribuição para si e para a sua comunidade. O Headspace (2018) refere que saúde mental significa poder trabalhar e estudar usando todo o potencial, lidar com as tensões do dia-a-dia, estar envolvido na comunidade e viver a vida de maneira livre e satisfatória.

Existem muitas discussões e abordagens que desafiam os problemas de saúde mental. Para este trabalho, escolhemos uma definição fornecida pela Stanford Encyclopedia of philosophy (2010), que afirma que os problemas de saúde mental são reais que envolvem perturbações de pensamento, nas experiências, nas emoções causando prejuízo no funcionamento, sendo mais difícil manter os relacionamentos interpessoais, os empregos, por vezes podendo levar a comportamentos autodestrutivos e até suicidas.

Para os fins do presente estudo, apenas indivíduos com doenças mentais graves (DMG) foram considerados.

## **b) Definição de desporto e atividades físicas**

Desporto e atividades físicas sempre foram uma parte inseparável da vida de todos. Este pensamento é apoiado por Pierre de Coubertin (the founder of the International Olympic Committee, 1863-1937), citado por White Paper (2007), que definiu o desporto como parte do património de todo homem e mulher e a ausência deste nunca pode ser compensada. Outra visão do desporto e o papel na sociedade moderna é apresentado por Bailey (2015) que vê o desporto como um substantivo coletivo e geralmente se refere a uma série de atividades, processos, relações sociais e supostos resultados físicos, psicológicos e sociológicos. Este princípio também é apoiado em White Paper (2007) com a proclamação de que o desporto é um domínio da atividade humana que interessa grandemente aos cidadãos da União Europeia e que tem um enorme potencial para os aproximar, atingindo todos, independentemente da sua idade ou origem social. Atividade física regular de intensidade moderada – como caminhar, andar de bicicleta ou participar em desportos - tem benefícios significativos para a saúde; por exemplo, pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro de cólon e de mama e

depressão (WHO, 2018).

A associação do desporto e atividades físicas com a saúde mental é importante para os objetivos do presente trabalho. Tylor et al. (1985) afirmam que a saúde mental na população clínica e não clínica é afetada positivamente pela atividade física vigorosa. Raglin (1990) concluíram que os benefícios psicológicos associados ao exercício são comparáveis aos ganhos obtidos com formas tradicionais de psicoterapia. Hull (2012) tentou descrever os benefícios do desporto para crianças e adolescentes. Uma das descobertas é que aqueles que são fisicamente ativos parecem menos propensos a sofrer de problemas de saúde mental e podem ter um melhor funcionamento cognitivo (Hull, 2012).

## **c) Definição de inclusão / inclusão social**

‘Social A inclusão social é um processo que assegura que as pessoas em risco de pobreza e exclusão social, tenham acesso às oportunidades e aos recursos necessários para participarem plenamente da vida económica, social, política e cultural. Para assim, desfrutar de um padrão de vida considerado normal na sociedade que vivem. Assegura que tenham maior participação na tomada de decisões que afetam as suas vidas e acesso aos direitos fundamentais (Commission of the European Communities, 2010).

‘A exclusão social é um processo complexo e multidimensional. Envolve a falta ou a negação de recursos, direitos, bens e serviços. A incapacidade de participar nas relações e atividades normais disponíveis para a maioria das pessoas em uma sociedade, seja em áreas económicas, sociais, culturais ou políticas. Afeta tanto a qualidade de vida dos indivíduos como a equidade e coesão da sociedade como um todo ‘ (Levitas et al, 2007).

## **ENUNCIADO DO PROBLEMA**

Este documento tem como objetivo explorar as seguintes questões:

As atividades físicas e o desporto têm algum benefício especial para pessoas com problemas de saúde mental? As pessoas com

problemas de saúde mental são excluídas das atividades regulares na comunidade, como atividades físicas e desportivas? E se sim, quais são os mecanismos dessas exclusões e se existem soluções para esse problema?

## MÉTODOS

Para efeitos do presente documento, foi realizada uma revisão da literatura. “Escrever uma revisão de literatura é um meio de rever as principais ideias e pesquisas relacionadas à área de interesse escolhida” (Bryman, 2008).

## RESULTADOS

### Os benefícios das atividades físicas e desportivas para pessoas com problemas de saúde mental.

O efeito positivo das atividades físicas, exercícios e desporto na população geral é bem conhecido e reconhecido, especialmente do ponto de vista da saúde. Warburton (2006) concluiu que a inatividade física é um factor de risco modificável para doenças cardiovasculares e uma ampla variedade de outras doenças crónicas, incluindo diabetes mellitus, cancro (cólon e mama), obesidade, hipertensão, doenças ósseas e articulares (osteoporose e osteoporose) e depressão. Cron-Grant e Grant (2000) confirmaram esta tese e acrescentaram outra dimensão, afirmando que há um crescente conjunto de evidências que apoiam a ideia de que atividade física regular, pode contribuir para a prevenção de problemas de saúde mental. Podendo ser um elemento efetivo de um plano de tratamento global, para as pessoas que sofrem de doenças mentais. Na mesma direção, Dickerson et al. (2006) afirmaram que pessoas com doença mental grave (DMG) apresentam pior saúde física geral do que a população geral, apresentando maiores riscos de doença cardiovascular, obesidade e disfunção metabólica, levando a baixa qualidade de vida e aumento da mortalidade.

Richardson et al. (2005) apontaram que os pesquisadores só recentemente começaram a examinar o impacto da atividade física na saúde mental e física de indivíduos com doença mental grave. Carless and Douglas (2004) concluíram com o seu estudo que grande parte da literatura existente se foca em pessoas

sem problemas de saúde mental ou pessoas com depressão ou ansiedade leve a moderada. Apenas uma pequena quantidade de pesquisas explorou o potencial da atividade física para pessoas com problemas de saúde mental graves e duradouros e, atualmente, o potencial terapêutico da atividade física para esse grupo de clientes não está resolvido (Carless & Douglas, 2004).

Quando tentamos descrever os benefícios do desporto e das atividades físicas que as pessoas com Doença Mental Grave podem obter, é crucial mencionar que há duas maneiras de ver esses benefícios. Craft (2005) tentou descrever como o exercício pode reduzir ou aliviar os sintomas da doença mental. Carless (2007) afirmou que é necessário ver a distinção entre tratar os sintomas e tratar as pessoas, e essa diferença é essencial para a promoção da saúde mental entre pessoas com doença mental grave. No mesmo estudo, Carless (2007) sugeriu que existem várias maneiras pelas quais a participação em várias formas de atividade física pode contribuir para a promoção da saúde mental entre pessoas com uma doença mental:

- A atividade física em grupo proporciona oportunidades para experiências sociais positivas, que são valorizadas por alguns usuários de serviços de saúde mental (Carter-Morris & Faulkner, 2003, cited in Carless 2007).

- Experiências desportivas e exercícios positivos têm o potencial de ajudar a melhorar a auto-estima entre pessoas que têm uma doença mental grave (Faulkner & Sparkes, 1999, cited in Carless 2007).

- O exercício físico está associado a emoções positivas, melhorando o humor entre pessoas com depressão clínica (Faulkner & Biddle, 2004, cited in Carless 2007).

- A atividade física ou desporto tem o potencial de atuar, como uma atividade pessoalmente significativa e valiosa que traz um senso de propósito para a vida de algumas pessoas com problemas de saúde mental (Raine et al, 2002, cited in Carless 2007).

Repper and Perkins (2003, cited in Carless 2007) identificaram que fatores como a experiência compartilhada, encontrar um significado e propósito na vida, ter uma razão para viver, assumir o controlo e ter escolhas,

sentir prazer e construir a auto-estima são de importância crucial quando se vive com uma doença mental.

### **Exclusão / inclusão de pessoas com problemas de saúde mental de / para atividades regulares na comunidade**

Os conceitos de inclusão e exclusão social estão interligados a questões como pobreza, educação e impacto direto na vida de pessoas com deficiência e com problemas de saúde mental (Wright & Stickley, 2012). Esta ideia é apoiada por Friedli (2009) que alegou que é difícil diferenciar entre as causas e os efeitos dos problemas de saúde mental e a exclusão social.

Diversos pesquisadores argumentam que a exclusão social de pessoas com problemas de saúde mental está relacionada aos fenômenos do estigma. As atitudes sociais negativas em relação à doença mental, sob a forma de estigmatização, são generalizadas e tornam a experiência de uma perturbação mental muito mais prejudicial, difícil e incapacitante para muitas pessoas (Repper & Perkins, 2003). Davis (2005) apontou o perigo de legitimidade da rotulagem de indivíduos e grupos como “socialmente excluídos”, argumentou, que ao fazê-lo, tornam ainda mais marginalizados da sociedade e ainda mais estigmatizam. Illich (1975) atribuiu a estigmatização e exclusão social à classificação médica que determina perda de autonomia e isolamento social. Illich (1975) desenvolveu essa ideia ao afirmar que o diagnóstico intensifica o stress, define a incapacidade, impõe inatividade e foca a compreensão na não recuperação, na incerteza e na dependência de descobertas médicas futuras, o que leva a uma perda de autonomia para a autodefinição. Também isola uma pessoa num papel específico, separa-a do normativo e saudável, submetendo-a à autoridade de pessoal especializado.

Sayce (2001) descreveu a inclusão social como um círculo virtuoso, a melhoria dos direitos de acesso ao mundo social e económicos, às novas oportunidades, recuperação de status e significado e redução do impacto da incapacidade. Os principais problemas são a disponibilidade de uma gama de oportunidades que os usuários podem escolher, com suporte e ajuste, quando necessário. Ranking (2005) definiu a inclusão social como o movimento político para “trazer pessoas com doenças mentais para a sociedade, permitindo o acesso

a oportunidades comuns de emprego, lazer, família e vida comunitária”. Ranking (2005) argumentou que, sem esforços sérios para promover a inclusão social, as pessoas com problemas de saúde mental provavelmente permanecerão marginalizadas da sociedade. A saúde mental continuará a ter elevados custos na vida dos indivíduos, e custos financeiros ao governo. Sayce (2005) sustentou esta ideia e afirmou que a inclusão social é o principal desafio e objetivo final dos serviços de saúde mental.

Sobre as evidências apresentadas a respeito da inclusão social de pessoas com problemas graves de saúde mental, vários pesquisadores levantaram preocupações sobre esse processo. Sayce (1998) afirmou que a inclusão social explora o senso comum e estabelece ideias de que “todos devem ser incluídos no Reino Unido, todos devem ter a hipótese de contribuir e de se envolver”.

É notável que os indivíduos com problemas de saúde mental ainda se encontram a lutar para alcançar a inclusão social, quando, a nesta altura, já deveria haver mecanismos, estruturas, políticas e leis suficientes que garantissem sua participação (Secker et. al 2007, cited in Spandler 2007). Acima de tudo, o maior risco de todo o processo é que a inclusão social pode ser selecionada pelas sociedades para regular, tratar e atender às necessidades de indivíduos com problemas de saúde mental (Spandler, 2007). Em outras palavras, as pessoas com problemas de saúde mental devem querer se envolver e participar na sociedade, pois são inegáveis os benefícios para a sua saúde. No entanto, é precisamente essa ideia de “senso comum” que é problemática. Um dos problemas no movimento face à “promoção da inclusão” é que a inclusão, na prática, pressupõe implicitamente que a qualidade da sociedade dominante não é apenas desejável, mas desprovida de problemas e que legítima (Levitas 2004).

## **CONCLUSÃO RECOMENDAÇÕES**

There Há evidências massivas que reconhecem que a atividade física, o desporto e o exercício têm um impacto positivo em pessoas com problemas de saúde mental. Do ponto de vista físico, mental e social, devemos dar mais atenção à relação dos benefícios exatos da atividade física e do desporto em

certos sintomas. Por exemplo, avaliação de um projeto de futebol para indivíduos com doenças mentais (Carter-Morris & Faulkner, 2003), mostraram que o seu envolvimento dava uma oportunidade segura para interação, independentemente do diagnóstico. A participação no projeto de futebol levou a uma ampliação dos contatos sociais (Carter-Morris & Faulkner, 2003).

O maior problema parece estar na estigmatização, discriminação e falta de compreensão dos problemas de saúde mental na comunidade em geral. Sayce (1998) afirmou que a) os indivíduos dentro de uma sociedade são discriminados por uma variedade de razões, b) seria mais correto descrevê-la como discriminação e não como exclusão e c) identificar a lacuna de direitos humanos que as pessoas com experiência em saúde mental sofrem. Portanto, o foco principal da inclusão social deve ser o desenvolvimento de vínculos comunitários, práticas anti-estigmatização e anti-discriminação.

Compreender as experiências das pessoas com Doença Mental Grave é, portanto, uma tarefa importante quando pretendemos combater a estigmatização e, subsequentemente, a

exclusão social das pessoas com problemas de saúde mental. Tornar esta compreensão socialmente disponível de uma forma acessível é uma forma de desafiar o estigma e a exclusão social a nível pessoal (Carles & Sparkes, 2008). Uma questão, emergente importante é quem deve ser o promotor de uma ampla compreensão do conceito de experiências e quem deve liderar as atividades e práticas apropriadas de inclusão social. Rankin (2005) argumentou que a inclusão social é o principal desafio e objetivo final dos serviços de saúde mental. Sayce (2001) apoiou esse argumento e afirmou que a inclusão social requer liderança da psiquiatria, dos profissionais de saúde mental e do movimento usuário/sobrevivente.

Em resumo, é óbvio que o objetivo mais importante é criar oportunidades inclusivas dentro da comunidade para pessoas com problemas de saúde mental, incluindo as oportunidades de participar em atividades físicas e desportivas. Isso pode ser feito pela promoção da saúde mental em geral e pela conscientização pública em relação à saúde mental e doenças mentais. Além disso, o apoio das comunidades locais é crucial para a criação de ambientes inclusivos adequados.

## REFERÊNCIAS

- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health – how people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112-121
- Bailey, R. (2015). Evaluating the relationship between physical education, sport and social inclusion. *Educational Review*, 57(1), 71-90.
- Bryman, A. (2008) 'Getting Started: Reviewing the Literature'. In Bryman, A. *Social Research Methods* (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Carless, D., & Douglas, K. (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Public Mental Health*, 3(4), 26-39.
- Carless, D. (2007). Phases in Physical Activity Initiation and Maintenance Among Men with Serious Mental Illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27.
- Carter-Morris, P. and Faulkner, G. (2003). A football project for service users. The role of football in reducing social exclusion.
- Commission of the European Communities,. (2010). *The European Social Fund and Social Inclusion*. Retrieved May 7, 2018, from [http://ec.europa.eu/employment\\_social/esf/docs/sf\\_social\\_inclusion\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sf_social_inclusion_en.pdf)
- Commission of the European communities. (2007, July 11). *White Paper on Sport*. Retrieved May 4, 2018, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=EN>
- Craft, L.L. (2005) Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise* 6 151–71.
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., Fang, L., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 584-589.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*, Dublin: The Foundation.
- Friedli L. (2009) World Health Organisation: Mental Health, Resilience and Inequalities.



- World Health Organisations, Copenhagen.
- Grant, D. C., & Grant, T. (2000). Physical Activity and mental health. *A Life in a Day*, 4(4), 11-14.
- Headspace. (2018). What is mental health? Retrieved May 5, 2018, from <https://www.headspace.org.au/young-people/what-is-mental-health/>
- Hughes, P. (2010). Breaking barriers to learning in primary schools: An integrated approach to childrens services. New York: Routledge.
- Hull, D. (2012). The relationship between physical activity and mental health: A summary of evidence and policy. *Nothorn Irland Assembly*, 198(12), 443-511.
- Levitas R. (2004) Lets hear it for Humpty: social exclusion, the third way and cultural capital. *Cultural Trends* 13, 41-56.
- Levitas, R., & E., Falmhy. (2014). Social Exclusion in the UK. Retrieved May 07, from [http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas\\_Social\\_Exclusion\\_in\\_the\\_UK.pdf](http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas_Social_Exclusion_in_the_UK.pdf)
- Office of the Deputy Prime Minister (2004). Mental health and social exclusion. Retrieved May 07, 2018, from [http://www.nfao.org/Useful\\_Websites/MH\\_Social\\_Exclusion\\_report\\_summary.pdf](http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf)
- Perkins, R., & Repper, J. (2005). The Handbook of Community Mental Health Nursing. Roulledge.
- Perring, C. (2010, February 22). Mental Illness. Retrieved May 05, 2018, from <https://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/>
- Poverty and Social Exclusion. (2017, May). Social exclusion. Retrieved May 4, 2018, from <http://www.poverty.ac.uk/definitions-poverty/social-exclusion>
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health. *Sports Medicine*, 9(6), 323-329.
- Rankin, J. (2005). Mental health in the mainstream: Mental health and social Inclusion. London: Institute for Public Policy research
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Benefits of integrating physical activity in the treatment of serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Saloojee (2003). Social inclusion, Anti – racism and Democratic Citizenship. Retrieved May 07, 2018 from [http://laidlawfdn.org/wp-content/uploads/2014/08/wpsosi\\_2003\\_jan\\_social-inclusion-anti-racism.pdf](http://laidlawfdn.org/wp-content/uploads/2014/08/wpsosi_2003_jan_social-inclusion-anti-racism.pdf)
- Sayce L. (1998) Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health* 7, 331-343.
- Sayce, L. (2001) Social inclusion and mental healt. *Psychiatric Bulletin*. 25, 121-123.
- Spandler, H. (2007). *Medical Sociology. Volume 2*, Issue2, 3-16.
- Spandler, H. (2009). From social exclusion to inclusion? A critique of the inclusion imperative in mental health. *Mental Health Still Matters*, 128-134.
- Tylor, C.B., Sallis, J.F., and Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*. 100(2). 195-202
- WHO. Mental health: A state of well-being. (2014, August 15). Retrieved May 4, 2018, from [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- WHO. (2017, August 01). Physical activity. Retrieved from [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)
- Warburton, D. E. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- White Paper on Sport (2007).
- Wright, N., & Stickley, T. (2012). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: A review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 71-81.





## 06

# “SAÚDE MENTAL E ESTIGMA NA EUROPA”

AUTOR:

**Pauline Moloney**, *Senior Clinical Psychologist*

FIRST FORTNIGHT

FIRST FORTNIGHT  
Ireland

## INTRODUÇÃO

Mental A saúde mental não é meramente a ausência de doença mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como “Um estado de bem-estar no qual cada indivíduo reconhece o seu próprio potencial, pode lidar com os stresses normais da vida, pode trabalhar produtiva e proveitosamente e é capaz de dar contribuição para a sua comunidade” (WHO, 2014a).

Uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por um problema de saúde mental em algum momento das suas vidas (WHO, 2014a). Atualmente, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de condições como depressão, esquizofrenia e ansiedade, o que coloca as doenças mentais entre as principais causas de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. O custo humano e económico associado a indivíduos com dificuldades de saúde mental é substancial. Num estudo de 2010, descobriu-se que a doença mental levou a custos diretos e indiretos de 461 bilhões de euros na Europa, ou aproximadamente 3,4% do Produto Interno Bruto (PIB). (Gustavsson et al, 2011). Este valor é consistente com outras pesquisas na última

década, que colocam o valor entre 3% e 4% do PIB (The Economist Intelligence Unit, 2014). Os problemas de saúde mental causaram uma proporção crescente de incapacidade no trabalho nos estados membros europeus. A OMS estima que 9% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade (uma medida da sobrecarga global da doença) foram o resultado direto de perturbações mentais e de abuso de substâncias na Região Europeia em 2015.

Estima-se que dois terços das pessoas com uma doença mental conhecida nunca procuram ajuda profissional (Thornicroft, 2007). As razões para isso incluem estigma, negligência e discriminação (Dunne, MacGabhann, Amering & McGowan, 2018). Apesar dos problemas de saúde mental ocorrerem em quase todas as famílias em algum momento da vida, os indivíduos que sofrem de problemas mentais continuam a enfrentar o preconceito dos outros e podem sentir-se excluídos e envergonhados (Corrigan & Watson, 2002). A depressão é também o principal contribuidor para o suicídio, o que destaca a necessidade de uma resposta global da saúde pública (WHO, 2017a). Os outros fatores de risco incluem a idade, o sexo e o estatuto socioeconómico. Seis países europeus estão entre os 20 principais países

com as taxas de suicídio mais altas estimadas globalmente; a Lituânia tem a taxa mais alta. Nos países com elevado nível socioeconómico, 3,5 homens cometem suicídio por cada mulher. No entanto, nos países com baixo e médio nível socioeconómico, 4,1 homens cometem suicídio por cada mulher. Em países com elevado nível socioeconómico, 90% dos suicídios estão relacionados com a doença mental e 22% dos suicídios estão relacionados com o uso de álcool (WHO, 2014b). Ao melhorar a saúde mental dos europeus e identificar e tratar precocemente doenças como a depressão, a incapacidade significativa e a morte por suicídio podem ser reduzidas. Isto coloca uma série de desafios ao nível da saúde pública e a redução do estigma desempenha um papel crítico.

## DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Tendo em conta o peso dos problemas de saúde mental, tanto no indivíduo como na sociedade, é vital que o trabalho seja no sentido de permitir que os prestadores de serviços especializados e as organizações de apoio em toda a Europa possam enfrentar e fornecer programas eficazes de prevenção e tratamento. É preciso ainda reduzir a grande lacuna entre aqueles que recebem tratamento adequado para as suas dificuldades de saúde mental e aqueles que não o recebem. O estigma é uma das razões para a falta de atenção à saúde mental pelos sistemas de saúde e decisores políticos. Para reduzir o estigma da saúde mental, precisamos em primeiro lugar de entender a natureza e a extensão do problema e examinar as diretrizes atuais de melhores práticas que ajudam a melhorar os resultados. Este documento visa abordar essas questões.

## ABORDAGEM

Para atingir esses objetivos, foi conduzida uma extensa revisão da literatura (estudos originais, revisões sistemáticas, revisões Cochrane, pesquisas de referência, pesquisas de serviços locais, planos de ação de saúde mental da OMS e da UE), na qual se exploraram as seguintes questões:

- Como definimos o estigma e como é que este se relaciona com a saúde mental?
- O que é que a pesquisa nos diz sobre o estigma associado à saúde mental?

- Quais são as abordagens mais eficazes para reduzir o estigma da saúde mental?
- Que tipos de intervenções são utilizadas pelos países europeus?
- Política de saúde mental: uma comparação entre a Irlanda e a Lituânia.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Estigma

O estigma pode ser conceptualizado através do modelo sociocognitivo, que inclui três elementos: estereótipos, preconceito e discriminação (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Um estereótipo é uma crença sobregeneralizada ou simplificada sobre um grupo de pessoas, com base em características como religião, sexo ou estado de saúde (por exemplo, alguém com uma doença mental é louco ou perigoso). Os estereótipos não são necessariamente prejudiciais, pois as pessoas podem estar cientes deles sem concordar com eles. Por outro lado, o preconceito envolve concordância com o estereótipo, que resulta numa reação emocional de algum tipo (por exemplo, eu tenho medo dessa pessoa porque ela tem uma dificuldade de saúde mental). A discriminação é o comportamento associado a essa reação emocional. É a restrição de direitos e oportunidades das pessoas com base na sua participação num grupo específico (por exemplo, evitar ou não contratar uma pessoa com uma condição de saúde mental devido à crença de que ela é perigosa).

O estigma é frequentemente alimentado por concepções erróneas e pode levar a um comportamento discriminatório. Por exemplo, um mito comum é que as pessoas com doença mental são violentas e mais perigosas do que a população em geral, ou a crença de que os problemas de saúde mental são devidos à fraqueza pessoal (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). A linguagem usada para descrever os indivíduos com problemas de saúde mental também pode ser estigmatizante, por exemplo, ao ser chamado de “louco”, “maluco”, “doido” ou “lunático” (Angermeyer & Matschinger, 2003). Algumas pessoas continuam a acreditar que as dificuldades de saúde mental são intratáveis ou que os doentes são menos capazes. Este tipo de estigma pode levar ao abuso, rejeição, isolamento e exclusão dos pacientes em cuidados de saúde e apoio,

que podem ajudá-los.

Do ponto de vista da sociedade, o estigma pode ser diferenciado em estigma público, estigma próprio (ou internalizado) e estigma estrutural. O estigma público é a reação negativa de uma comunidade ou sociedade em relação a um grupo particular (estigmatizado) baseado em estereótipos - como a crença de que todas as pessoas com doenças mentais são perigosas (Corrigan & Watson, 2002). Diferentes culturas podem ter ideias diferentes sobre as origens das dificuldades da saúde mental. Por exemplo, as crenças tradicionais chinesas encaram as doenças mentais como uma punição pela má conduta de um ancestral (Yang, 2007). O auto-estigma é quando as pessoas que são estigmatizadas compartilham os estereótipos de outras pessoas e as transformam contra si mesmas. Por exemplo, “Se as pessoas que têm doenças mentais são perigosas, eu devo ser perigoso” (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007). Essa resposta ao preconceito pode levar a consequências comportamentais adversas, como não solicitar emprego e impedir que as pessoas falem e procurem ajuda profissional (Henderson, Evans-Lacko & Thornicroft, 2013). Vários estudos descobriram que as pessoas com problemas de saúde mental muitas vezes não frequentam clínicas psiquiátricas, mesmo quando uma consulta é marcada, o que resulta em atrasos no tratamento e desperdício de recursos (Byrne, 2000). Finalmente, o estigma estrutural ocorre quando as instituições públicas restringem intencionalmente ou não intencionalmente os direitos do grupo estigmatizado.

## O que nos diz a pesquisa acerca do estigma associado à saúde mental?

A discriminação e o estigma associados a problemas de saúde mental foram registados principalmente através de questionários. Por exemplo, membros da comunidade responderam a pequenas vinhetas sobre as pessoas com doenças mentais na Pesquisa Social Geral dos EUA. Entre 35% e 69% dos participantes indicaram que não estavam dispostos a fazer amizade, ter como vizinho, socializar, casar com um familiar ou trabalhar de perto com uma pessoa com esquizofrenia (Pescosolido et al, 2010). Ao mudar o diagnóstico de esquizofrenia para depressão major, entre 20-53% dos participantes deu resposta para as mesmas

questões, destacando assim a discriminação geral e diagnóstico específico.

Desde 2011, First Fortnight, o festival de artes da saúde mental da Irlanda, realizou uma pesquisa anual para avaliar as atitudes dos participantes no festival em relação a questões de saúde mental. Das 1.517 pessoas que responderam em 2018, quase metade (47%) dos entrevistados não gostaria que as pessoas soubessem que estavam a passar por problemas de saúde mental, 28% acharam difícil falar com alguém com doença mental e 56% tinham medo de enfrentar dificuldades de saúde mental no futuro. Para além disso, 27% atrasariam a procura de tratamento por medo de que as pessoas soubessem das suas dificuldades e 1/5 dos entrevistados não estavam dispostos ou estavam inseguros em viver com alguém com um problema de saúde mental (D. Keegan, comunicação pessoal, 17 de fevereiro de 2018). É essencial enfrentar o estigma da saúde mental e não deixar que isso atrapalhe as pessoas que procuram ajuda quando estão em perigo.

Os Serviços de Saúde Mental de St Patrick questionam anualmente uma amostra representativa de 500 adultos em toda a Irlanda. Apesar de 28% dos entrevistados terem recebido previamente tratamento para dificuldades de saúde mental, 64% acreditavam que ser tratado por uma dificuldade de saúde mental era um sinal de fracasso pessoal. 38% dos entrevistados não disseram ao parceiro que estavam a tomar antidepressivos, 25% não disseram a ninguém que tinham recebido tratamento psiquiátrico no internamento e apenas 55% compartilhavam essa informação com um parceiro (St Patrick's Mental Health Survey, 2017). Outras descobertas relacionadas com o estigma concluem que quase metade (44%) dos entrevistados não confiariam em alguém que sofresse de depressão pós-parto para tomar conta de alguém e 23% não se casaria com alguém previamente hospitalizado por depressão. Apesar de muitas campanhas de consciencialização pública na Irlanda, 70% das pessoas entrevistadas acreditam que a saúde mental ainda não foi falada o suficiente nos meios de comunicação. Com 1/4 dos 500 entrevistados a indicar que não contariam a ninguém caso estivessem com pensamentos suicidas, a mensagem era clara. Nós devemos fazer mais.

Num estudo sobre a perceção do estigma em 815 adultos com incapacidade mental

significativa em 6 países europeus, 46,7% relataram constrangimento e 18% relataram experiências de discriminação, o que resulta em 14,8% com estigma percebido (Alonso et al., 2009). O estigma percebido foi mais frequente entre pessoas com baixa escolaridade (12 anos de estudos ou até menos), casados/coabitantes e desempregados (Alonso et al., 2009). A pessoa com mal-estar mental e com estigma percebido tinha significativamente pior qualidade de vida, mais limitações de trabalho/função e mais limitação social do que outros com dificuldades de saúde mental, destacando o impacto negativo significativo que o estigma pode ter no bem-estar psicológico, social e ocupacional.

### **Quais são as abordagens mais eficazes para reduzir o estigma da saúde mental?**

Na secção seguinte, o conteúdo e a eficácia das intervenções para reduzir o estigma da saúde mental serão delineados e discutidos para identificar as suas implicações para futuras pesquisas, políticas e práticas. Se tais programas podem afetar o conhecimento (domínio cognitivo), problemas de atitudes (preconceito ou domínio afetivo) e problemas de comportamento (discriminação ou domínio comportamental), então serão delineados.

Foram identificadas na pesquisa três estratégias gerais como bem-sucedidas no combate ao estigma: 1) Educação; 2) Contacto; e 3) Protesto (Buechter, Pieper, Ueffing & Zschorlich, 2013; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Corrigan & Penn, 1999; Corrigan, River, et al., 2001). A educação deve sustentar a maioria dos programas anti-estigma, bem como aumentar a consciencialização sobre a saúde mental (Kaminski & Harry, 1999; Pinfold, Thornicroft, Huxley & Farmer, 2005). É necessário informar as pessoas sobre o que é a saúde mental, como cuidar da saúde mental, o que envolve a doença mental e substituir os mitos por factos. Os métodos para isso incluem o desenvolvimento de documentários a relatar as doenças mentais, seminários e a criação de folhetos informativos. Em segundo lugar, recomenda-se o envolvimento do usuário do serviço e do cuidador (Alexander & Link, 2003; Corrigan et al., 2001). Pôr o público em contacto com pessoas com dificuldades de saúde mental, pessoalmente, através de apresentações, vídeos, etc., demonstrou reduzir as atitudes

negativas e o estigma. Curiosamente, embora o contacto direto com usuários de serviços de saúde mental tenha sido mais eficaz do que a educação na redução do estigma em adultos, o oposto foi verificado para os adolescentes (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rusch, 2012). Finalmente, o protesto é uma estratégia reativa usada para desafiar atitudes imprecisas ou estigmatizantes. Exemplos do mesmo incluem escritos, campanhas, marchas, manifestações pacíficas e boicotes. Para além dessas estratégias, Link (2001) aconselha o uso de uma abordagem direcionada, multifacetada e de longo prazo, enquanto que o Instituto Nacional de Saúde Mental de Inglaterra recomenda a monitorização e avaliação adequadas para assegurar a validade de intervenções eficazes de saúde mental anti-estigma (como citado em Borschmann, Greenberg, Jones & Henderson, 2014).

Como mencionado, o auto-estigma ocorre quando as pessoas com dificuldades de saúde mental concordam e aplicam estereótipos negativos a si mesmas. Jorm (2012) demonstrou que isso pode surgir a partir de conhecimentos imprecisos ou insuficientes sobre a própria condição de saúde mental e as opções de tratamento. Portanto, melhorar o conhecimento sobre a saúde mental pode contribuir para reduzir o auto-estigma. Outro método para ajudar as pessoas a desafiar o auto-estigma tem sido a reestruturação cognitiva. A reestruturação cognitiva (um dos elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental) permite que os indivíduos vejam as crenças estigmatizantes como autoafirmações irracionais (Morrison et al., 2013).

As campanhas, direcionadas para toda a população, parecem funcionar melhor quando direcionadas para a recuperação e visam remover a distância entre o “nós” e o “eles”. A Hipótese de Contacto Intergrupar de Allport (1954) explica o porquê de as descobertas acima poderem ocorrer. Allport sugeriu que o contacto entre membros de diferentes grupos (sob certas circunstâncias - objetivos comuns, igualdade de status, cooperação entre grupos) pode promover a tolerância e reduzir o preconceito e os conflitos intergrupais. É o benefício observado por tal contacto que sustenta muitas políticas e campanhas para combater o estigma contra certas religiões, discriminação racial e identidade de género. As pesquisas posteriores sobre a teoria de Allport indicaram que, embora os critérios que ele identificou melhorassem os efeitos, eles

não eram um pré-requisito, e a mera exposição a uma pessoa poderia causar mudanças de atitude (Pettigrew & Tropp, 2005). Foram sugeridas quatro variáveis mediadoras através das quais o contacto pode levar a mudanças de atitudes: 1) aprender sobre o outro grupo, 2) mudar o próprio comportamento em relação aos outros membros do grupo, 3) desenvolver emoções e experiências positivas e reduzir a ansiedade e 4) obter insight sobre o próprio grupo, o que resulta em maior tolerância em relação ao outro grupo (Pettigrew, 1998).

As campanhas anti-estigma são uma ferramenta importante para desafiar a discriminação e o estigma, e várias meta-análises foram conduzidas nos países ocidentais (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee & Corrigan, 2012; Griffiths, Carron-Arthur, Parsons & Reid, 2014; Tsang et al, 2016). No entanto, os seus resultados nem sempre são fáceis de quantificar, pois são frequentemente limitados pela falta de descrições detalhadas e avaliações publicadas (Sayce, 2003). Para além disso, enquanto que o estigma é um fenómeno transcultural, existem diferenças nas experiências, na compreensão e no significado das doenças mentais entre os países devido a valores históricos, culturais, religiosos e filosóficos. As estratégias podem variar muito em termos de espaço, mecanismos e intervenções, e como os programas não podem ser separados da cultura em que se operacionalizam, surgem problemas para estabelecer o que pode funcionar melhor (Xu, Huang, Kusters & Rusch, 2017).

### **Exemplos europeus de intervenções para reduzir o estigma da saúde mental**

De um modo geral, as campanhas para reduzir o estigma da saúde mental na Europa são de natureza genérica ou de diagnóstico específico. Os exemplos de campanhas genéricas incluem a iniciativa “Head’s Together” no Reino Unido (liderada pelo Duque e a Duquesa de Cambridge e o Príncipe Harry) e a intervenção do grupo “Coming Out Proud”, que demonstrou ter efeitos positivos imediatos na redução do estigma (Corrigan, Larson, Michaels, Buchholz, Rossi, et al., 2015; Rushe, Zlati, Black & Thornicroft, 2014). A Global Anti-Stigma Alliance (GASA) foi estabelecida em junho de 2012 numa conferência co-organizada pela Comissão de Saúde Mental do Canadá

e pela Associação Mundial de Psiquiatria. O seu objetivo é compartilhar a aprendizagem, as melhores práticas e a pesquisa para obter melhores resultados para as pessoas que enfrentam discriminação e estigma. A GASA também espera conseguir mais trabalho conjunto, tanto internacionalmente como dentro dos países vizinhos. Os países membros têm programas significativos anti-estigma e trabalham em várias áreas-chave, como locais de trabalho, comunidades, escolas, profissionais de saúde mental e comunicação social. A Aliança teve sucesso. Por exemplo, desde que o “Time to Change” começou no Reino Unido (um membro do núcleo do GASA), cerca de 4,1 milhões de adultos na Inglaterra melhoraram as atitudes em relação aos problemas de saúde mental de acordo com as suas pesquisas, com uma melhoria de 9,6% entre 2008-2016 (Henderson & Thornicroft, 2016). Os materiais foram compartilhados e adaptados para outros países membros. Por exemplo, o Time to Change desenvolveu um filme (The Stand-Up Kid), que foi adaptado para uma audiência dinamarquesa.

As iniciativas de redução do estigma que visam um diagnóstico específico incluem o programa mundial “Open the Doors” da Associação Mundial de Psiquiatria. A sua missão é aumentar a consciencialização pública sobre a natureza e as opções de tratamento para a esquizofrenia, melhorar as atitudes do público sobre quem tem ou teve esquizofrenia e trabalhar para eliminar a discriminação e o preconceito sobre a doença. O programa conta com grupos de ação local em mais de dez países europeus. De acordo com as melhores práticas, os programas são adaptados para grupos-alvo e para as mensagens localmente relevantes. O Mental Health Awareness in Action Programme do Reino Unido (Programa MHAA) é um exemplo de um dos projetos dessa organização. Os elementos do programa MHAA incluem uma intervenção educativa por usuários do serviço, cuidadores e profissionais de saúde mental através de workshops, sessões de consciencialização sobre a saúde mental para grupos comunitários e um projeto de intervenção na escola. O programa obteve sucesso no conhecimento, compreensão e atitudes dos participantes em relação às pessoas com dificuldades de saúde mental, todas melhoradas com os workshops. Porém, no lado negativo, o elemento fundamental da mudança de comportamento pareceu não ser afetado (Pinfold et al., 2005). Um programa



adaptado na Alemanha relatou uma redução nos estereótipos negativos e na distância social em relação às pessoas com esquizofrenia. No entanto, a avaliação de projeções de filmes e produções teatrais sobre doenças mentais revelou um aumento de crenças estigmatizantes (Gaebel, Baumann & Zanke, 2005), destacando a necessidade de avaliações regulares de eficácia e a complexidade na conceção de uma intervenção anti-estigma efetiva.

Em Ghent, na Bélgica, o programa “The How Different is Different?” juntou jovens entre os 16 e 19 anos de idade com pessoas com doenças mentais. Os ambientes hospitalares e comunitários foram utilizados para permitir que cada grupo se conhecesse por vários dias e descobrisse as suas semelhanças. Num elemento diferente do programa, os usuários do serviço ou os seus parentes visitaram as escolas para falar sobre as suas experiências pessoais e, no final do ano letivo, os participantes (tanto os pacientes como os alunos) apresentaram um projeto e falaram sobre as suas experiências. O sucesso de programas como este pode ser difícil de medir; porém, a análise dos diários mantidos pelos alunos demonstrou mudanças nas suas atitudes ao longo do tempo. O sucesso do programa também foi demonstrado pelo seu crescimento, de 5 escolas participantes e 20 alunos em 1991, para 46 escolas e 1.500 alunos até 2003.

Há um aumento de evidências de que a atividade física está associada a uma melhor saúde mental (Richards et al., 2015) e que pode ser preventiva no início da depressão (Mammen & Faulkner, 2013). Os aspetos do desporto competitivo podem, paradoxalmente, contribuir para a deterioração da saúde mental (Hagiwara, Iwatsuki, Isogai, Van Raalte & Brewer, 2017). O treino intensivo/ excessivo, a pressão organizacional, a lesão e um impulso quase obsessivo para vencer podem reduzir a resiliência de um atleta. Para além disso, quando do sucesso no desporto depende para a autoestima, existe um risco de depressão após “falha percebida”, opinião pública negativa, envelhecimento e não procura de ajuda devido à cultura percebida do que é a “resistência mental”. As histórias de atletas de alto rendimento como Frank Bruno e Ricky Hatton (box), Nigel Owens (rugby) e Clarke Carlisle (futebol) destacam não só o estigma persistente à volta das doenças mentais, mas também o potencial do desporto para enfrentá-lo. Recentemente, as organizações desenvolveram programas para integrar a

saúde mental nas suas redes. Por exemplo, a Rugby Players Ireland tem uma campanha de bem-estar mental de 3 anos, “Tackle Your Feelings”, que visa promover conversas positivas à volta da saúde mental, enquanto que a GAA (Gaelic Athletic Association) tem uma carta de saúde mental para ajudar os clubes a desenvolver uma cultura que apoia e promove o bem-estar emocional. Em Portugal, a Federação Portuguesa de Jogadores (SJPF) tem um projeto de saúde mental que visa detetar, prevenir e responder a problemas psicológicos que os jogadores de futebol podem experimentar durante e após as suas carreiras.

Finalmente, Twardzicki (2008) demonstrou que as artes criativas têm um papel na promoção da saúde mental dos participantes, na redução do estigma contra pessoas com problemas de saúde mental e na melhoria da inclusão social. A participação nas artes pode ter um impacto terapêutico na promoção da recuperação e na redução do auto-estigma (Crawford & Patterson, 2007; Quinn, Shulman, Knifton & Byrne, 2011). No entanto, alguns estudos mostraram que as artes e os eventos cinematográficos podem não reduzir atitudes estigmatizantes sobre a perigosidade e a incapacidade (Twardzicki, 2008). Exemplos como o programa “Open the Doors” na Alemanha (descrito anteriormente) destacam como o programa também pode ter um efeito negativo (Quinn et al., 2011). Portanto, é imperativo que a natureza do evento artístico seja cuidadosamente examinada, pois nem todas as peças com um tema de saúde mental reduzirão automaticamente o estigma, e que os festivais se concentrem na narrativa do usuário do serviço.

Em resumo, apenas alguns países europeus conseguiram intervenções eficazes baseadas na população, tornando difícil fazer recomendações claras. Dada a natureza persistente e incapacitante do mal-estar mental e do estigma da saúde mental, é crucial que o financiamento seja investido em programas que possam ser demonstrados como eficazes e culturalmente apropriados.

## **Política de saúde mental: uma comparação entre a Irlanda e a Lituânia**

A c O compromisso de responder às necessidades de saúde mental da União Europeia levou à publicação do Plano Europeu

de Saúde Mental 2013-2020 (WHO, 2013). Tem quatro objetivos principais, cada um dos quais propõe ações para os estados membros. Esses são:

1. Todos têm oportunidades iguais para atingir o bem-estar mental ao longo da sua vida, particularmente aqueles que estão mais vulneráveis ou em risco;
2. Os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental são plenamente valorizados, protegidos e promovidos;
3. Os serviços de saúde mental são acessíveis e disponíveis na comunidade;
4. As pessoas têm direito a tratamento respeitoso, seguro e eficaz.

O plano visa reduzir o estigma, normalizar um problema de saúde mental, garantir que os serviços sejam acessíveis a todos e que qualquer pessoa que tenha um problema de saúde mental seja respeitosamente tratada. As políticas em todo o governo podem reduzir a exposição a fatores de risco para a saúde mental. O desemprego, dívidas e desigualdade social têm um impacto negativo no bem-estar mental e aumentam o risco de suicídio. Como mencionado, muitas pessoas não se envolvem ou mantêm contacto com serviços de saúde mental; o estigma e as experiências negativas contribuem para isso. As políticas de saúde mental que se concentram na reforma estrutural e na melhoria dos serviços de qualidade são necessárias.

Um dos resultados mais trágicos dos problemas de saúde mental é o suicídio. Embora saibamos que nem todos os indivíduos que tentam o suicídio têm uma doença mental diagnosticável (Phillips, 2010), existe um subgrupo de indivíduos que têm efetivamente ideiação suicida e podem tentar ou completar o suicídio. Mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano em todo o mundo (média de 16/100.000) e, globalmente, é a segunda principal causa de morte entre os 15-29 anos de idade (WHO, 2017b).

No início dos anos 1900, acreditava-se que a Irlanda tinha uma baixa taxa de suicídio, que desde então aumentou significativamente à medida que o século XX progredia, chegando ao pico em 2009. No entanto, as melhorias nos procedimentos de registo depois de 1967 pelo Escritório Central de Estatísticas e a remoção do suicídio e tentativa de suicídio como infrações ao direito penal irlandês em 1993 (Kelly, 2017) afetaram os números registados. A Irlanda registou uma população de 4,76 milhões

em 2016 (Central Statistics Office, 2017) e, no mesmo ano, cerca de 399 pessoas cometeram suicídio (8,5/100.000) (National Office for Suicide Prevention (NOSP), 2017). O NOSP foi criado dentro do serviço de saúde irlandês em 2005 para supervisionar a implementação e coordenação do “Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention, 2005-2014”. Desde então, esta medida foi seguida por uma nova política “Connecting for Life”, que se liga a outras políticas de saúde mental e bem-estar, como “A Vision for Change” e “Healthy Ireland” (Department of Health, 2015). A política nacional estabelece uma visão para a Irlanda, onde menos vidas são perdidas através do suicídio e onde as comunidades são apoiadas na melhoria da sua saúde mental, reduzindo atitudes estigmatizantes e aumentando a prestação de serviços de saúde mental de alta qualidade. O investimento de recursos, o desenvolvimento e o acompanhamento de políticas nacionais tem sido bem-sucedido. As taxas de suicídio na Irlanda estão em declínio; apesar do aumento da população, o valor estimado em 2016 representa uma redução de 26% em cinco anos (NOSP, 2017).

Para cada suicídio completo, há muitos mais que tentam tirar as suas vidas, mas sobrevivem. Uma tentativa de suicídio no passado continua a ser uma parte importante da história do indivíduo e pode deixar cicatrizes permanentes. Para essas pessoas, o estigma é uma preocupação proeminente, e muitos sentem-se envergonhados com a tentativa de suicídio e evitam falar sobre isso com os outros (Fulginiti, Pahwa, Frey, Rice & Brekke, 2016). Essa internalização pode resultar em mais isolamento social e falta de apoio formal e informal, agravando um período já extremamente angustiante para o indivíduo e prolongando um problema de saúde mental (se presente).

O suicídio e o estigma também têm sido uma preocupação significativa na Lituânia. De acordo com as taxas mundiais de saúde, em 2014 quase 32/100.000 pessoas na Lituânia cometeram suicídio - o dobro da média global. Este número atingiu quase 46/100.000 habitantes em 1995, um dos valores mais altos internacionalmente. A Lituânia fez parte da União Soviética por 50 anos (1940-1990) e ingressou na UE em 2004. As estatísticas da Lituânia (2018) estimam que a população total em 2018 é de 2.810.118 (dados preliminares) e colocam-na no grupo de elevado e médio nível socioeconómico (pelos critérios do Banco



Mundial 2010) com um gasto total com a saúde de 6,59% do PIB. A expectativa de vida masculina na Lituânia é igual à da Europa Ocidental há várias décadas. Em 2015, a expectativa de vida ao nascer era de 68 anos para os homens (78 anos para as mulheres), devido às altas taxas de doença cardiovascular e morte por suicídio (WHO, 2015). O Centro de Prevenção do Suicídio (uma subdivisão do Centro de Saúde Mental do Estado) foi criado em 2015. Isso, juntamente com a Estratégia de Prevenção ao Suicídio de 2016-2019 para Vilnius em 2016, é um passo na direção certa para entender e resolver esse problema (Muiznieks, 2017).

Tal como a história irlandesa e a de outros países da Europa Oriental, os cuidados de saúde mental na Lituânia têm dependido da hospitalização, sendo a medicação a principal abordagem de tratamento (Puras, 2005). Após o colapso da União Soviética, em agosto de 1991, a Lituânia tinha 5380 camas psiquiátricas. A saúde mental da população deteriorou-se na primeira década após a independência. Isto foi ainda acompanhado por taxas de suicídio e aumento de abuso de álcool e drogas (Murauskienė, Janonienė, Veniute, van Ginneken & Karanikolos, 2013; Puras, 2005). Como o modelo soviético de assistência psiquiátrica se baseava no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos e lares de terceira idade, isso criava um estigma significativo, promovia a exclusão social e impedia a integração na comunidade (Van Voren, 2013). Para além disso, violava os direitos da vida dos pacientes (Mickevicius, Blazys, Migaliova, Lukosaityte & Puras, 2005). Na década de 1990, a reforma da saúde mental na Lituânia concentrou-se na criação de um sistema regulador e na criação de um órgão responsável pela coordenação da política de saúde mental, incluindo a Lei da Saúde Mental (1995). Essa legislação formou a base para as melhorias na qualidade do atendimento e na prevenção do uso indevido da assistência psiquiátrica. Esta legislação está em consonância com os pactos de direitos humanos, no entanto, tem sido sugerido que existem violações dos direitos humanos de pessoas com doenças mentais, especialmente no direito ao tratamento, emprego e apoio estatal (Puras, Germanavicius, Povilaitis, Veniute & Jsailionis, 2004). Vários documentos políticos se seguiram, incluindo a Estratégia Nacional de Saúde Mental (Seimo da República da Lituânia, 2007), e o estabelecimento do Centro de Saúde Mental do Estado, que coordena a política de saúde mental. A comunidade multidisciplinar e

os serviços ambulatoriais foram desenvolvidos e oferecem uma variedade de intervenções médicas e psicológicas.

Em 2011, o número de camas psiquiátricas caiu para 2528 (Murauskienė, et al., 2013). Este número foi parcialmente alcançado através da transferência de pacientes com doença mental crônica de hospitais psiquiátricos para instituições de cuidados psiquiátricos de longa duração (Puras, 2005). O tempo de permanência hospitalar também caiu (63,7 dias em 1991 para 19,9 em 2015) e a desinstitucionalização começa a ocorrer (Eurostat, 2017). Enquanto que o progresso está a ser feito, as metas não foram alcançadas e a análise detalhada de serviços, programas e políticas encontram-se em falta. Para além disso, os desafios como a falta de financiamento, as desigualdades socioeconómicas e as questões de recursos continuam a existir.

A presente revisão da literatura não revelou documentos de políticas relacionados com o desafio do estigma ou a implementação de intervenções psicológicas e psicossociais na Lituânia, no idioma inglês. Num ambiente aberto, o modelo de cooperação foi adotado para ajudar a integrar indivíduos com dificuldades de saúde mental no mercado de trabalho, através de um sistema de apoio social. Os programas também foram entregues a professores e futuros profissionais de saúde pública para ajudar a combater o estigma e a exclusão social. Os exemplos de programas incluem um programa de consciencialização sobre a saúde mental - Programa Nacional de Controlo de Drogas e Prevenção da Toxicodependência 2010-2016 - e um programa de saúde mental no local de trabalho: Implementação da Estratégia de Saúde Mental e Prevenção do Suicídio.

## CONCLUSÃO

São poucas as doenças que são mais mal compreendidas e mais sujeitas a preconceitos do que as doenças mentais. A OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria reconhecem que a discriminação associada a perturbações mentais está fortemente ligada ao sofrimento, incapacidade e pobreza (Corrigan & Watson, 2002). O impacto negativo do estigma atrasa o acesso ao tratamento para as dificuldades de saúde mental e, portanto, prolonga o sofrimento do indivíduo e dos seus próximos. Também tem um impacto negativo significativo na economia europeia devido aos custos diretos e indiretos.

Estar integrado na comunidade, envolver-se numa ocupação produtiva e alcançar o potencial de cada um é fundamental para a definição de saúde mental da OMS e ajuda a capacitar pessoas com dificuldades de saúde mental (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). Embora tenha havido um acordo entre os decisores políticos, grupos de defesa de direitos e cuidadores sobre a importância e o benefício que isso tem para as pessoas afetadas pela doença mental, poucos países se aproximaram desse ideal. Investir na melhoria da saúde mental das populações contribui para melhorar a saúde, a qualidade de vida, a resiliência e reduzir o número de suicídios. Neste trabalho, várias intervenções anti-estigma mostraram-se eficazes. Na sua essência, estes são programas educacionais baseados em contacto. Existe uma heterogeneidade considerável no seu desenvolvimento, o que demonstra que há mais de uma maneira de oferecer um programa anti-estigma eficaz. As intervenções precisam ser de longo prazo, avaliadas criticamente e com descobertas amplamente divulgadas para outras pessoas aprenderem. A política de saúde mental ajuda a contribuir para o desenvolvimento de serviços de qualidade, onde o usuário do serviço pode determinar os seus próprios objetivos e construir uma vida plena da sua própria escolha. Os Estados-Membros da UE demonstraram o seu empenho na proteção das pessoas com dificuldades de saúde mental na assinatura da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade. Isso garante a proteção de questões de direitos humanos, como o direito ao tratamento, o direito à escolha, a inclusão social e a proteção contra o abuso (Baumann, 2010; UN Human Rights Council, 2017). No

entanto, esses direitos não são totalmente implementados.

O desenvolvimento de uma política progressiva de saúde mental é complexo e requer trabalhar em conjunto com múltiplos níveis de departamentos governamentais, como por exemplo, saúde, emprego, assistência social, lazer e finanças. Também é preciso haver adaptações entre os programas europeus, nacionais e regionais, pois as intervenções direcionadas e culturalmente relevantes funcionam melhor. A UE continuará a ter efeitos diretos e indiretos nos serviços de saúde mental nos próximos anos. Apesar de as alterações na estrutura da UE trazerem desafios, também proporcionarão oportunidades para a aprendizagem e apoio aos estados com serviços menos desenvolvidos. Porém, cada país continuará a enfrentar os seus próprios problemas. Por exemplo, enquanto que a Lituânia tem desenvolvido as suas políticas e serviços baseados na comunidade, a Irlanda tem políticas bem desenvolvidas, mas tem lutado para implementá-las integralmente. Os Estados Membros precisam de recolher e agregar dados rotineiramente para monitorizar a implementação de políticas de saúde mental, programas de redução de estigma e o seu impacto na saúde e bem-estar da sua população. As taxas de dificuldades de saúde mental e suicídio permanecem muito altas na Europa. A cooperação transversal, o trabalho em rede e a colaboração entre os decisores políticos, especialistas e indivíduos dos setores da saúde e não-saúde, juntamente com representantes da sociedade civil, são essenciais para melhorar a saúde mental e o bem-estar dos cidadãos.

Não existem “eles”, existem apenas “nós”.

## REFERÊNCIAS

- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 271-289.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180-186.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003).

The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.

- Baumann, A.E. (2010). Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission. In *European Commission and Ministry of Health of Portugal, Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being*. Retrieved on October 20th, 2017 from [https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/events/ev\\_20101108\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20101108_en).
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., &

- Henderson, R. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: A scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(1), 43-50.
- Buechter, R., Pieper, D., Ueffing, E., & Zschorlich, B. (2013). Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 2. 1-14. DOI: 10.1002/14651858.CD010400
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65- 72.
- Central Statistics Office (2017, April 6). Census 2016 summary results: Part 1 [Press release]. Retrieved from <http://cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/pressreleases/2017/prCensussummarypart1.pdf>
- Corrigan, P.W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., & Penn D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. D., et al (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229 (1-2), 148-154.
- Corrigan, P.W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63 (10), 963-973.
- Corrigan, P.W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., & Campion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16- 19.
- Crawford, M. J., & Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: An emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10, 69-70.
- Crisp, A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Department for Health (2015). Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020. Dublin: Department of Health.
- Dunne, S., MacGabhann, L., Amering, M., & McGowan, P. (2018). "Making people aware and taking the stigma away": Alleviating stigma and discrimination through Trialogue. *Irish Journal of Applied Social Sciences*, 18(1), 15-28.
- Eurostat (2017). Hospital discharges and length of stay statistics. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
- Fulginiti, A., Pahwa, R., Frey, L. M., Rice, E., & Brekke, J. S. (2016). What factors influence the decision to share suicidal thoughts? A multilevel social network analysis of disclosure among individuals with serious mental illness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, 398-412.
- Gaebel, W., Baumann, A. E., & Zaské, H. (2005). Intervening in a multi-level network: Progress of the German Open the Doors projects. *World Psychiatry*, 4, 16-20.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., CDBE2010Study Group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- Hagiwara, G., Iwatsuki, T., Isogai, H., Van Raalte, J. L., & Brewer, B. W. (2017). Relationships among sports helplessness, depression, and social support in American college student-athletes. *Journal of Physical Education and Sport*, 17, 753-757.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, public health programs. *American Journal of Public Health*, 103, 777-780.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and

- reported contact regarding people with mental illness 2009-2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (Suppl. 446), 23-33.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychology*, 67, 231-243.
- Kaminski, P., & Harry, C. (1999). From stigma to strategy. *Nursing Standard*, 13 (38), 36-40.
- Kelly, B. D. (2017). Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention. [Electronic version ahead of print] *Irish Journal of Psychological Medicine*. Retrieved on September 2nd, 2017 from URL homepage journal <https://www.cambridge.org/core/journals/irish-journal-of-psychological-medicine/article/are-we-finally-making-progress-with-suicide-and-selfharm-an-overview-of-the-history-epidemiology-and-evidence-for-prevention/3BE13A8671E9A38A0398-2EC4390A2664/core-reader>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Link, B.G. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 8-11.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-657.
- Mickevicius, H., Blazys, V., Migaliova, D., Lukosaityte, R., & Puras, D. (2005). *Human rights monitoring in close mental health care institutions: Project Report*. Vilnius.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63, 974-981.
- Morrison, A. P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S.L., Byrne, R., Patterson, P., Jones, P.B., Fowler, D., Gumley, A.L., & French, P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalised stigma in people with at-risk mental states. *British Journal of Psychiatry*, 203, 140-145.
- Muiznieks, N. (2017). *Report following visit to Lithuania from 5 to 9 December 2016*. Strasbourg, Council of Europe.
- Murauskiene, L., Janonienė, R., Veniute, M., van Ginneken, E., & Karanikolos, M. (2013). Lithuania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(2), 1-150.
- National Office for Suicide Prevention (NOSP) (2017). *Annual report 2016*. National Office for Suicide Prevention / Health Service Executive: Dublin.
- Pescosolido, B.A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Pettigrew, T.F., & Tropp, L.R. (2005). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Phillips, M.R. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 731-733.
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17, 123-131.
- Puras, D. (2005). Mental health in Lithuania. *International Psychiatry*, 10, 12-14.
- Puras, D., Germanavicius, A., Povilaitis, R., Veniute, M., & Jsailionis, D. (2004). Lithuania mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16(1-2), 117-125.
- Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L., & Byrne, P. (2011). The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 71-81.
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: Cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *Biomed Central Public Health*, 15:53. DOI 10.1186/s12889-015-1391-4.
- Rushe, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G.



- (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British Journal of Psychiatry*, 205, 257-259.
- Seimo of The Republic of Lithuania (2007). *National Mental Health Strategy of the Republic of Lithuania*. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FB9ED006276A>
- Statistics Lithuania (2018). *Resident population by age group by county and municipality*. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://osp.stat.gov.lt/gyventojai1>
- St Patrick's Mental Health Services (October 7th, 2017). Mental Health Survey Reveals Extent and Effects of Stigma. Retrieved April 12th, 2018 from <https://www.stpatricks.ie/media-centre/news/2017/october/mental-health-survey-reveals-extent-and-effects-of-stigma>.
- The Economist Intelligence Unit (2014). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. London: The Economist Intelligence Unit.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 370, 807-808.
- Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173, 45-53.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal for the Royal Society for Public Health*, 128, 68-72.
- UN Human Rights Council (6-23 June, 2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Retrieved November on 25th, 2017, from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/G1707604.pdf>.
- Van Vohen, R. (2013). *Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries*. European Parliament. Retrieved on April 12th, 2018, from <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- World Health Organisation Regional Office for Europe (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1)
- World Health Organisation (2014a). *Mental health: A state of wellbeing*. Retrieved on April 23rd, 2017 from [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en)
- World Health Organisation (2014b). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World health Organisation: Geneva.
- World Health Organisation (2015). *Disease burden estimates*. Retrieved on April 23rd, 2017 from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html)
- World Health Organisation (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2017b). *Suicide Data*. Geneva: World health Organisation.
- Xu, Z., Huang, F., Kusters, M., & Rusch, N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 255, 457-464.
- Yang, L. H. (2007). Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: Synthesis and new directions. *Singapore Medical Journal*, 48, 977-985.



## 07

# ABORDAR O ESTIGMA NAS AUTORIDADES LOCAIS ATRAVÉS DO DESPORTO

AUTOR:

**Roi Kinti**, *Dr. of Sociology, Directorate of Social Policy and Health of the Municipality of Galatsi*



MUNICIPALITY  
OF GALATSI  
Greece

## INTRODUÇÃO

O documento político pretende demonstrar: a) como o desporto pode desempenhar um papel na promoção da saúde mental e b) ajudar a mudar a forma como a doença mental é percebida nas autoridades locais. O principal objetivo é mostrar que a criação de uma ligação forte e concreta entre saúde mental e desporto pode ser alcançada através de eventos desportivos nas autoridades locais.

## DECLARAÇÃO DO PROBLEMA

O objetivo do presente artigo é enfatizar, por meio da revisão de literatura, a utilidade do desporto na prevenção e extinção do estigma contra pessoas que sofrem de doenças mentais. O artigo infere para um conjunto de eventos desportivos e iniciativas que poderiam ser apoiados pelas sociedades locais. Estas ações estão incluídas no sistema do papel institucional da administração local e baseiam-se nas vantagens das estruturas e serviços que podem oferecer ao cidadão.

## Definição de estigma na doença mental

According tSegundo a Organização Mundial da Saúde, as perturbações mentais compreendem uma ampla gama de problemas com diferentes sintomas. No entanto, as perturbações mentais são caracterizadas por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos incomuns com os outros. As perturbações mentais mais comuns são a esquizofrenia, a depressão, as deficiências intelectuais e as perturbações por abuso de substâncias. Os estudos epidemiológicos mostraram que uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por distúrbios mentais ou neurológicos em algum momento das suas vidas, e que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais (WHO, 2001). Especificamente, estima-se que, à escala global, 121 milhões de pessoas sofrem de depressão e 24 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia. Por um lado, o crescente número de pessoas que sofrem de doença mental é o principal fator para o reconhecimento da importância da saúde mental e, por outro lado, as consequências sociais do estigma social dos pacientes com doença mental trazem encargos



financeiros substanciais aos orçamentos da saúde públicos de cada estado.

As doenças mentais estão enraizadas numa série de sintomas comportamentais e emocionais do paciente e são sobrecarregadas com representações coletivas obscuras. A abordagem médica da doença mental surgiu no Ocidente durante o final da Idade Média. A repressão da não razão, como a totalidade das manifestações socialmente provocativas, chamadas por Foucault, incluindo as perturbações mentais, manifesta-se dentro de uma era racional para a proteção da família urbana e da identidade coletiva da ameaça simbólica da “loucura”. O estigma da doença mental é um processo complexo que é desenvolvido dentro das interações sociais e dinâmicas das relações sociais. A agonia pela uniformidade e pureza da sociedade leva à marginalização dos doentes mentais, condição que por sua vez impede a prevenção de preconceitos em relação à doença mental e à sua recuperação. O estigma, como definido por Goffman (2011), diz respeito primeiramente às relações sociais e, em segundo lugar, às características naturais. No seu estudo sobre as formas como o estigma afeta a vida de pacientes com esquizofrenia na Alemanha, Schulze e Angermeyer (2003) indicaram quatro dimensões do estigma, relacionadas com: a) as relações interpessoais do paciente, geralmente relacionado com contactos pessoais limitados, b) as percepções sociais em relação à doença mental, projetadas através da comunicação social e dos filmes, c) os regulamentos legais sobre a doença e as estruturas e serviços sociais fornecidos, e d) o acesso do paciente aos papéis sociais, como os de profissional ou de cônjuge.

Um fator crucial para a destigmatização da doença mental é a distinção entre auto-estigma e estigma social. O primeiro refere-se a experiências pessoais e percepções da pessoa que suporta atributos estigmatizantes, ou seja, pessoas com características estereotipadas, como os doentes mentais. Geralmente, essas pessoas são descritas como membros subvalorizados da sociedade, uma percepção que cultiva sentimentos de vergonha e discriminação, uma diminuição na funcionalidade e sentimentos negativos (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Por outro lado, o estigma social refere-se a uma combinação de perigosidade percebida e distância social (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Os resultados da pesquisa concluem que o estigma é um fator crucial para a vida do paciente. O isolamento social deteriora o estado psicológico já sobrecarregado do paciente de saúde mental. Os comportamentos baseados na discriminação, que em muitos casos surgem de um exagero excessivo da comunicação social e da ligação imediata entre a saúde mental e os casos de violência interpessoal (Sukel, 2016), exacerbam o auto-estigma do paciente, levando à sua exclusão da vida social (Byrne, 2000).

## Definição de desporto

No início do século XIX, Max Weber, na sua obra “A ética protestante e o espírito do capitalismo”, tentou ligar o exercício físico e a sociedade racional, a lógica que descarta o prazer instintivo da vida através de escolhas positivas ao nível do entretenimento e desporto. (Weber, 1997). Durante o período pós-guerra, o desenvolvimento do tempo de lazer e, posteriormente, o entretenimento, definiu o campo para o desenvolvimento do interesse dos cidadãos por eventos desportivos. Hoje em dia, na era moderna, com o dia-a-dia em ritmo acelerado, uma pessoa recorre ao exercício físico e ao desporto como um meio cientificamente documentado e apropriado para o aprimoramento da sua saúde física e mental.

Segundo o Conselho Europeu, os desportos são definidos como: “todas as formas de atividade física que, por meio de participação casual ou organizada, visam expressar ou melhorar a aptidão física e o bem-estar mental, formar relacionamentos sociais ou obter resultados competitivos a todos os níveis.”<sup>1</sup> Portanto, o desporto é mais do que um exercício corporal prático. A oportunidade de participar e desfrutar do desporto e de exercícios livres é um direito humano. O desporto é assumido como um meio para promover a coesão e aceitação social. Em 2002, Kofi Annan, o Secretário Geral das Nações Unidas da época, enfatizou:

“O desporto pode desempenhar um papel na melhoria da vida das pessoas; não apenas de indivíduos, devo acrescentar, mas de comunidades inteiras. Estou convencido de que é a hora certa para construir esse entendimento,

1. White Paper - White Paper on Sport {SEC(2007) 932} {SEC(2007) 934} {SEC(2007) 935} {SEC(2007) 936} / COM/2007/0391 final , available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52007DC0391>

encorajar governos, agências de desenvolvimento e comunidades a pensar como o desporto pode ser incluído ... no meio da pobreza, doença e conflito”. (Ireland-Piper & Weinert, 2014).

O conhecido ditado de Tales de Mileto “saúdável no corpo, engenhoso na alma e de natureza prontamente ensinável”, respondendo à questão de quem é o indivíduo mais feliz, confirma numerosos estudos através da observação de reduções significativas nos níveis de stress e depressão em indivíduos participantes em regimes de exercício, em comparação com as pessoas que recebem medicação (Wipfli, Rethorst & Landers, 2008). A meta-análise de 105 estudos num período de referência de 1980 a 2008 observou que o envolvimento frequente no exercício aeróbico afeta positivamente o humor (Reed & Buck, 2009). De acordo com Raglin e Wilson (2012), durante o exercício físico, a mudança na temperatura corporal é causada pelo aumento da atividade nervosa central e periférica do cérebro, bem como pela redução da expansão muscular, melhorando o humor da pessoa. Durante o exercício, as hormonas de dopamina, noradrenalina, epinefrina e serotonina são afetadas, hormonas estas que são usadas no tratamento contra a depressão e a esquizofrenia. Essas hormonas também aumentam a libertação das endorfinas, que são caracterizadas como opióides naturais que funcionam como redutores da dor.

Os resultados da pesquisa demonstram o contacto direto e pessoal entre a população saúdável e os membros de um grupo que sofre de estigmatização social como uma prática promissora (Pettigrew & Tropp, 2006). Através da pesquisa, observou-se que a atividade física pode ser tão eficaz quanto a medicação no tratamento da ansiedade e da depressão, e que constitui uma ferramenta para melhorar a confiança e a auto-estima de uma pessoa. Para além disso, o exercício regular pode reduzir o risco de desenvolvimento de demência em quase um terço, através do aumento da função cognitiva do cérebro e da melhora da memória (Rendi et al, 2008). Os estudos observaram o impacto positivo do exercício em pessoas que sofrem de depressão e, em menor grau, naquelas que sofrem de esquizofrenia. (Friedrich, 2017). Os outros resultados da pesquisa apoiam o impacto positivo do futebol nas necessidades psicossociais dos pacientes

de saúde mental (Darongkamas et al, 2011).

Para além dos efeitos positivos do exercício na saúde mental e no bem-estar das pessoas que participam em atividades desportivas, a literatura mostra o importante funcionamento socioemocional do desporto. As atividades desportivas organizadas surgem como uma área social extremamente complexa, onde as pessoas participam. As atividades desportivas de lazer ou, alternativamente, atividades de “recreação ativa” são entendidas como atividades que são realizadas com vista ao relaxamento, saúde e bem-estar ou diversão<sup>2</sup>. O desporto “tradicional” é também de importância crucial, com regras operacionais formais. O desporto revigora o corpo e garante o bem-estar e a boa forma física do indivíduo. Ativa os poderes mentais latentes do indivíduo, mobiliza o seu “stock mental” e ativa os relacionamentos amigáveis e o espírito de equipa. O exercício sistemático trabalha com base na obtenção de metas, lidando com a vitória e a derrota coletivas, e fornece saídas para a utilização do tempo de lazer através da mitigação da solidão e da introversão.

No entanto, para alguns, a atividade física de média intensidade é mais adequadamente recomendada como uma forma de exercício para o paciente doente mental, pois as evidências mostram que o desporto competitivo pode sobrecarregar a saúde mental do paciente ao desencadear fatores que causam ansiedade (Bauman, 2016). Tais fatores podem ser a pressão para o sucesso, o tempo prolongado de treino e, posteriormente, o distanciamento do paciente da sua casa e família, o efeito emocional negativo das lesões e outros problemas de relacionamento interpessoal (Wiese-Bjornstal, 2010).

## **O PAPEL DAS AUTORIDADES LOCAIS NA ABORDAGEM AO ESTIGMA**

As informações disponíveis confirmam a importância de iniciativas nacionais e locais na redução dos preconceitos contra as pessoas com problemas de saúde mental. A melhoria do bem-estar das pessoas com problemas de saúde mental inclui o fornecimento de tratamentos eficazes e intervenções sociais baseadas em programas de emprego, atividades de aconselhamento para apoiar a

família do doente mental, bem como programas educacionais públicos para a população em geral ou grupos-alvo específicos, como a população estudantil. Outra forma de reduzir o estigma e ajudar as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental é através da sua participação em atividades desportivas. Para além disso, o combate ao estigma baseia-se nos direitos dos doentes de saúde mental garantidos a nível nacional, com base em resoluções, decisões e pactos internacionais de interesse geral para a proteção dos direitos humanos<sup>3</sup>.

De acordo com a Convenção das Nações Unidas, as pessoas com incapacidade incluem aquelas que sofrem de incapacidades físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais a longo prazo, impedindo a sua participação efetiva na sociedade em igualdade de condições com outros. A UE, e especificamente a Carta dos Direitos Fundamentais da UE, proíbe toda a discriminação com base na incapacidade (artigo 21.º), embora reconheça o direito das pessoas com incapacidade de beneficiarem de medidas destinadas a assegurar, entre outras coisas, a sua participação na vida social. (Artigo 26).

Este documento foi conduzido através de várias fontes de informação reunidas na World Wide Web e uma revisão da literatura recente, que dá conta do registo de ações e estratégias para pessoas com problemas de saúde mental. Estas atividades e estratégias devem ser implementadas pelas cidades ou são concebidas pela administração central do estado sob a forma de Planos de Ação

2. De acordo com o National Sport and Active Recreation Policy Framework of Australia.

3. Mencionando de forma indicativa os seguintes: a) Declaração Universal dos Direitos Humanos (10/12/1948), b) Pacto Internacional sobre direitos económicos, sociais e culturais (19/12/1966), bem como outros textos internacionais de natureza específica, como a c) Declaração do Havai / II, d) Proposta do Regulamento R 83/2 para a Proteção de Pessoas com Perturbação Mental e colocado como Paciente Involuntário que foi aceite pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa (22/02/1983), e) Declaração sobre os Direitos e Proteção Legal de Pacientes com problemas de Saúde Mental (17/10/1989), f) Recomendação 1235 do Plenário Parlamentar do Conselho da Europa (12/04/1994), g) Declaração de Madrid sobre Normas Éticas para a Prática Psiquiátrica (25/08/1996), h) Resolução do Conselho da União Europeia sobre a promoção da saúde mental (18/11/1999), i) Livro Branco sobre a proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que sofrem de perturbação mental e, em especial, das colocadas involuntariamente em estabelecimentos psiquiátricos, j) Recomendação do Comité de Ministros do Conselho da Europa sobre a proteção dos direitos humanos e a dignidade das pessoas com perturbações mentais (22/09/2004).

Nacionais, campanhas de sensibilização, prescrição de atividades desportivas, organização de eventos desportivos, elaboração de diretivas nacionais, etc.

Um exemplo típico é o do governo da Irlanda do Norte, com uma presença constante e persistente na promoção da saúde mental da população, na inclusão social dos doentes mentais e no levantamento do estigma social na doença mental incluído na elaboração dos seus Planos de Ação Nacionais.<sup>4</sup> O governo da Escócia publicou em 2008 um Documento de Orientação<sup>5</sup> com diretrizes sobre a melhoria da saúde física e bem-estar nas pessoas que sofrem de doença mental, bem como o Documento de Política de Saúde Mental para a Escócia, Para uma Escócia Mentalmente Próspera: Política e Plano de Ação 2009–2011,<sup>6</sup> onde a orientação das iniciativas do governo para a melhoria da condição física dos pacientes de saúde mental é explicitamente mencionada.

As propostas da Casa do Desporto da Irlanda do Norte (2017) e do Centro Nacional de Pesquisa em Saúde Mental, Informação e Desenvolvimento da Força de Trabalho da Nova Zelândia (2009) para combater o estigma da saúde mental enfatizam a importância crucial da compreensão dos termos da saúde mental e do bem-estar através de programas de divulgação de informação e atividades de consciencialização, visando os membros de instalações desportivas e membros de organizações envolvidas.

Ministros do Conselho da Europa (22/02/1983), e) Declaração sobre os Direitos e Proteção Legal de Pacientes com problemas de Saúde Mental (17/10/1989), f) Recomendação 1235 do Plenário Parlamentar do Conselho da Europa (12/04/1994), g) Declaração de Madrid sobre Normas Éticas para a Prática Psiquiátrica (25/08/1996), h) Resolução do Conselho da União Europeia sobre a promoção da saúde mental (18/11/1999), i) Livro Branco sobre a proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que sofrem de perturbação mental e, em especial, das colocadas involuntariamente em estabelecimentos psiquiátricos, j) Recomendação do Comité de Ministros do Conselho da Europa sobre a proteção dos direitos humanos e a dignidade das pessoas com perturbações mentais (22/09/2004).

4. Veja a este respeito: a) The Bamford Review of Mental Health and Learning Disability (Northern Ireland). Mental Health Improvement and Well-Being –A Personal, Public and Political Issue, 2007, b) Health, Social Service and Public Safety, 20009, Delivering the Bamford vision. The response of Northern Ireland executive to the Bamford review of mental health and learning disability - Action Plan 2009-2011 and 2012-2015.

5. Scottish Government, 2008, Mental Health in Scotland: Improving the Physical Health and Well-Being of those Experiencing Mental illness:

<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/28152218/16>

As propostas da Casa do Desporto da Irlanda do Norte (2017) e do Centro Nacional de Pesquisa em Saúde Mental, Informação e Desenvolvimento da Força de Trabalho da Nova Zelândia (2009) para combater o estigma da saúde mental enfatizam a importância crucial da compreensão dos termos da saúde mental e do bem-estar através de programas de divulgação de informação e atividades de consciencialização, visando os membros de instalações desportivas e membros de organizações envolvidas.

A cidade de Nova Iorque lançou um programa abrangente para melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental e levantar os obstáculos ao tratamento por causa do estigma do paciente de saúde mental. Três quartos do orçamento do programa são cobertos pelos fundos da cidade. O programa ThriveNYC<sup>7</sup> foi oficialmente lançado em novembro de 2015, abrangendo ações de prevenção e tratamento de doenças mentais a nível local através da cooperação com 20 serviços públicos e 54 serviços privados. As ações de disseminação de informação dizem respeito à informação e educação dos profissionais de ensino que trabalham em creches da cidade, ao planeamento da triagem de perturbações depressivas e à provisão de tratamento para mães e grávidas. Uma outra ação pré-planeada é a alocação de 15.000 apartamentos para o alojamento de sem-abrigo doentes mentais.

A recomendação oficial do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Inglaterra para pessoas com depressão leve a moderada é a participação em aproximadamente três sessões de atividade desportiva por semana, com duração de cerca de quarenta e cinco minutos a uma hora, por um período de 10 a 14 semanas. O médico de clínica geral é aquele que pode ajudar no que diz respeito à forma de atividade que melhor se adapta às necessidades de cada paciente. No entanto, para a seleção da atividade adequada, a página “Prescription for Exercise”<sup>8</sup> está disponível para os cidadãos.

6. Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011:

<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/05/06154655/0>

7. A página oficial do programa: <https://thrivenyc.cityofnewyork.us/>

8. Prescription for Exercise, website:

<http://prescription4exercise.com/patientpublic/choosing-the-right-activity/>

O governo da Inglaterra, juntamente com a Sport and Recreation Alliance, criou a primeira Carta de Saúde Mental para o Desporto<sup>9</sup> promovendo a saúde mental no campo do desporto e da recreação. Com o objetivo de levantar as ideologias do estigma em torno da saúde mental, a Carta foi assinada pelas maiores organizações desportivas do país. O governo comprometeu-se a cobrir parte do financiamento das atividades por um determinado período de tempo.

A Sport England e The Mental Health Charity Mind<sup>10</sup> estão em estreita cooperação, oferecendo um programa de larga escala com o objetivo principal de melhorar a vida de 75.000 pessoas doentes mentais que sofrem de depressão e ansiedade, através do desporto. O programa é implementado em oito áreas do país, oferecendo equipas de apoio, sessões de aconselhamento e sessões de informação para a mobilização dos doentes mentais, a fim de incorporar o desporto nas suas vidas. Parte do financiamento decorre de fontes nacionais.

Em janeiro de 2009, na Inglaterra, as instituições de solidariedade em saúde mental, MIND e Rethink, lançaram o programa Time to Change, o maior programa nacional para combater o estigma e a discriminação por motivos de saúde mental. O principal objetivo do programa era a redução do estigma, facilitando os contactos sociais entre os membros. Um dos programas do projeto foi o “Get Moving!”. O programa inclui a organização de mais de 100 eventos dentro de uma semana em outubro de cada ano. Os participantes nos eventos são pessoas que têm de alguma forma uma experiência de doença mental e público em geral. Os participantes podiam praticar atividade física, oferecendo um contacto social descontraído entre os que vivenciam problemas de saúde mental e os membros do público em geral, bem como desportos organizados, como um jogo de futebol em que cada equipa é formada por pessoas doentes mentais e saudáveis. Em cada jogo, os indivíduos participam igualmente e trabalham para o objetivo comum da vitória da equipa (London & Evans-Lacko, 2010).

Embora as iniciativas de estudo de caso mencionadas acima não forneçam detalhes

9. The Mental Health Charter for Sport and Recreation:

<https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for>

10. Mind, mental health charity: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/physical-activity-sport-and-exercise/>



e informações metodológicas sobre a forma como foram concebidas e implementadas, é, no entanto, evidente que as sociedades de administração local são capazes de assegurar, através do seu papel institucional em liderar assuntos locais, a vantagem da proximidade do público com os cidadãos com experiência de doença mental. Os órgãos do governo local fornecem na sua estrutura organizacional os serviços sociais e as estruturas que estatutariamente servem e implementam iniciativas, beneficiando os doentes mentais. Entre outros, os serviços prestados dizem respeito ao apoio psicossocial de grupos sociais vulneráveis, incluindo os doentes mentais, às informações sobre os seus direitos, à criação de motivos para a sua ativação social e à conceção e implementação de ações para promover a saúde dos cidadãos. Pode-se acrescentar que os municípios possuem parques e campos desportivos que podem abrigar programas desportivos ajustados para a inclusão de pessoas com problemas de saúde mental. No entanto, não existem resultados que afirmem que o estigma nas sociedades e bairros locais foi reduzido. Dada a extensão das características agravantes da saúde mental, para a pessoa e a sociedade como um todo, as iniciativas da administração local com programas e ações que têm o desporto como um eixo central poderiam funcionar como uma ferramenta de prevenção e mitigação contra o estigma na doença mental e, talvez como uma medida de tratamento complementar.

## CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES

A ambição do presente artigo foi demonstrar que o desporto e o exercício físico são ferramentas eficazes no apoio ao combate do estigma na doença mental. Os múltiplos benefícios do exercício físico e do desporto organizado não são desfrutados apenas pelos envolvidos, como neste caso os doentes mentais, mas são estendidos por toda a sociedade local. A periodização das ações e os programas de curto ou longo prazo que foram concebidos ou já implementados a nível local e supralocal visam encorajar a inclusão e o aumento da autoestima do paciente de saúde mental. Essas iniciativas são orientadas para as competências do paciente e os meios para o

seu empowerment, contrariando a intervenção médica que se baseia nas “incapacidades” do paciente com problemas de saúde mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014).

O desporto não é apenas o relaxamento ocasional e prazer para a pessoa. O desporto está a oferecer a oportunidade de desenvolver uma campanha a longo prazo com oportunidades valiosas de comunicação, coexistência e mobilização da comunidade em questões de estigma e exclusão do paciente com problemas de saúde mental. Hoje em dia, a doença mental afeta um em cada quatro cidadãos da UE. Se essa percentagem se mantiver nas próximas gerações, é crucial, por um lado, intervir efetivamente para facilitar o quotidiano dos pacientes e, por outro lado, mitigar os preconceitos estigmatizantes contra eles. A propósito, o desporto poderia ser capitalizado como um meio de aumentar os contactos sociais das pessoas com problemas de saúde mental e da população em geral e desencorajar as crenças moldadas sobre as doenças mentais.

Daí resulta a necessidade de incorporar o desporto nas políticas e programas de administração local com uma visão a longo prazo e de natureza duradoura. O aumento das responsabilidades das autoridades locais no campo da saúde pública e do bem-estar cria as bases para a possibilidade de ampliar os serviços para uma abordagem holística da saúde mental. As autoridades locais podem empreender a conceção de uma série de iniciativas através da disponibilização de instalações desportivas e da organização de programas desportivos que se baseiam na conceção de eventos desportivos e campanhas de sensibilização e num modelo baseado no valor do «desporto para todos».<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Durante as últimas décadas, parece que a orientação se apoia em intervenções e ações mais holísticas para a prevenção de doenças físicas e mentais. A diversidade é percebida como uma fonte de aprendizagem e aceitação social. Mais especificamente, os modelos holísticos que abordam perturbações mentais parecem eficazes, combinando, por um lado, intervenções pessoais focalizadas e, por outro lado, intervenções a nível comunitário, aproveitando os fundos da própria comunidade (Kourkoutas, 2008; Fraser et al., 2004; Hansen, 2000). Para além disso, as pesquisas demonstram resultados positivos no desenvolvimento psicossocial e emocional de crianças com incapacidades que frequentam escolas regulares e não escolas especiais (Droatar, 2006; Kourkoutas, 2008). A idade pré-escolar é mostrada como a idade mais apropriada, porque até então as crianças não tinham formado percepções estereotipadas em relação às pessoas com incapacidade (Tafa & Manolitsis, 2003: 156).

Assim, o desenvolvimento de estratégias para abordar o estigma nas doenças mentais a nível local parece ser frutífero. As autoridades locais poderiam desempenhar um papel muito mais importante no tratamento da estigmatização e discriminação dos doentes mentais através de: a) o desenvolvimento de políticas em prol da erradicação do estigma e exclusão social dos doentes mentais; b) a programação e desenvolvimento de serviços de natureza permanente ou frequente para o aumento dos contactos sociais dos pacientes com problemas de saúde mental; c) a integração da experiência de estigmatização nas avaliações e d) a melhoria da cooperação multidisciplinar para abordar o estigma e a discriminação (Gormley & Quinn, 2009).

Uma adequação da sociedade local, caracterizada pelo imediatismo das relações entre as pessoas, a proximidade do acesso a infraestruturas e áreas desportivas, permitem gerar condições que aumentam os contactos dos cidadãos com experiência de doença mental e a comunicação entre os próprios. Os contactos frequentes facilitam a mudança das crenças das pessoas sobre “a pessoa doente mental perigosa” ou a conexão entre o comportamento desviante e os doentes mentais.

A conceção de uma estratégia de coordenação para mitigar o estigma deve ser baseado e promover o seguinte:

- Uma das estratégias para combater o estigma é a educação e informação do público em geral. O levantar preconceitos sobre as doenças mentais, os estereótipos exagerados sobre o “doente mental perigoso”, o refutar falsos pressupostos sobre a incapacidade do paciente com problemas de saúde mental e as crenças que demonizam estas pessoas, poderiam surgir da continuidade de informação e consciencialização do público.

- A participação e o relaxamento através do desporto podem ser uma maneira de transformar a introversão interna do paciente em criatividade e extroversão. O nível localizado das instalações desportivas favorece a extensão das relações sociais com pessoas que participam em atividades desportivas ao nível de bairro, aumentando o desenvolvimento pessoal do paciente, ao mesmo tempo que aumenta a coesão social local.

Mais especificamente, propõem-se três linhas de ação que as autoridades locais podem defender:

1. Assegurar o apoio social de pessoas com problemas de saúde mental ao nível local através de: cultura e melhoria das competências sociais dos pacientes através de exercícios físicos e desportos. A criação de uma abordagem holística para abordar a doença mental que é fundamentada na criação de estruturas que respondam às múltiplas necessidades dos habitantes doentes mentais da área.

2. Combate ao auto-estigma.

3. Combate ao estigma e discriminação contra os doentes mentais.

Para que essas iniciativas contra a estigmatização da doença mental sejam bem-sucedidas, é um pré-requisito a introdução contínua de práticas de antiestigmatização de vários campos. As linhas de ação acima referidas poderiam ser específicas para medidas e iniciativas por parte das autoridades locais. Indicativamente, os seguintes são sugeridos:

1. Uma investigação preliminar com base na opinião da população local da área sobre questões relativas à doença mental. Esta ação deve vir primeiro antes de qualquer ação, por forma a ser criadas instalações desportivas e a participação de doentes mentais em atividades relevantes.

2. A criação de instalações desportivas adequadamente organizadas e espaços definidos de acesso livre, como parques, espaços verdes especialmente adaptados para caminhadas, ciclovias e ginásios ao ar livre que podem oferecer uma variedade de atividades desportivas que respondam às capacidades e preferências do paciente com problemas de saúde mental.

Exercícios aeróbicos, exercícios de fortalecimento muscular, técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, exercícios de equilíbrio, dança e caminhada são escolhas de caráter não competitivo. Durante a sua execução, uma pessoa pode controlar a sua intensidade e ritmo e, para além disso, promove a inclusão e a integração social, não se diferenciando daquelas escolhas que cada pessoa interessada pode realizar.

3. Desenvolvimento de programas de informação que respondam às necessidades e especificidades do paciente com problemas de saúde mental, tendo como grupos-alvo a população em geral, bem como os usuários das instalações desportivas da área.

4. Organização de instalações desportivas por pessoal especialmente qualificado (por exemplo, treinadores, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos), que podem, por um lado, projetar e implementar programas de exercícios e, por outro lado, organizar grupos de autoajuda abertos e grupos de discussão, alcançando outros tratamentos para a manutenção e elevação do nível funcional ou independência de cada pessoa participante em atividades desportivas.

A operação simultânea de “grupos de tratamento” e de equipas desportivas parece ser a extensão essencial da ajuda social para o paciente com problemas de saúde mental. Os grupos de autoajuda irão estabelecer a conexão ou o encaminhamento do paciente a outras unidades especializadas para o tratamento da doença mental. O estigma, como foi observado, reduz a autoestima do paciente e dificulta a sua participação no tratamento (Corrigan, 2004).

Embora a literatura disponível confirme cientificamente que as intervenções desportivas melhoram o bem-estar físico, o bem-estar social e emocional e a inclusão social de uma pessoa com problemas de saúde

mental, as seguintes questões ainda precisam de ser pesquisadas:

- Qual atividade desportiva ou qual desporto é o mais adequado e para que doença mental?
- Por quanto tempo e em que frequência o doente mental pode beneficiar da sua participação num grupo ou atividade pessoal e em que circunstâncias?
- Quais são os benefícios mais importantes a longo prazo para a pessoa doente mental?
- Avaliação do impacto e utilidade de intervenções, como explicado acima, e os princípios metodológicos de intervenção.
- O que pode ser feito para elevar o estigma das doenças mentais e as suas práticas de aplicação?

Em conclusão, podemos razoavelmente assumir que o financiamento constante de atividades desportivas elegíveis, beneficiando as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, garantirá o efeito a longo prazo dos serviços, bem como a sua qualidade.

## REFERÊNCIAS

- Bauman, N. J. (2016). The stigma of mental health in athletes: Are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 135-136.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15, 37-70. Retrieved from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1529100614531398>.
- Corrigan, P. (2004). How stigmas interfere with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625. Retrieved from: <http://und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf>.
- Drotar, D. (2006). *Psychological Interventions in Childhood Chronic Illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fraser, M.W., Kirby, L.D. & Smokowski, P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological perspective*, (pp.13-66). Washington, DC: NAWA Press.
- Friedrich, B. (2017). What is the score? A review of football-based public mental health interventions. *Journal of Public Mental Health*, 16 (4), from Emerald Publishing Limited. Retrieved from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JPMH-03-2017-0011>.
- Goffman, E. (2001). Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Athens: Alexandria.
- Gormley, D., Quinn, N., (2009), Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work, Practice. *Social Work in Action Volume*, 21 (4), 259-272.
- Hansen, M. (2002). The need for competence in children's public mental health services. In D.T. Marsh., M.A. Fristad (Eds.), *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents* (pp. 93-111). New York: John Wiley Sons.
- Ireland-Piper, D., Weinert, K. (2014). Is there a 'Right' to sport?". *Sports Law eJournal*.



- Retrieved from: <http://epublications.bond.edu.au/slej/21>.
- Kourkoutas, I. (2008). From "Exclusion to psychopedagogy of inclusion": Reflections and prospects in relation to inclusion and coeducation of children with particular difficulties. *Skepsy* (1): 79-120. Retrieved from: <https://sites.google.com/a/aigaion.org/skepsy/home/teuche-periodikou/teuchos-1>
- London, J., Evans-Lacko, S. E. (2010). Challenging mental health-related stigma through social contact. *European Journal of Public Health*, 20 (2), 130-131. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq014>
- Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport: A Review and Recommendations. (2017). Sport Northern Ireland House of Sport. Retrieved from: <http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>.
- National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development New Zealand. (2009). Challenging stigma and discrimination Essential level learning module. Retrieved from: <https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/Lets-Get-Real-Challenging-Stigma-and-Discrimination-Essential-Level-Learning-Module.pdf>
- Pettigrew, TF., Tropp, LR., A. (2006). Meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*, 90, 751-83.
- Rendi, M., Szabo, A., Szabo, T., Velenczei, A., Kovacs, A. (2008). Psychological benefits of aerobic exercise. *Psychology, Health and Medicine*, 13(2), 180-184.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: an introduction. *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, Springer Netherlands, 279-298.
- Schulze, B. Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizo phrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science @ Medicine*, 56, 299-312.
- Sukel, K. (2016). Mental Illness, Violence, and Stigma: The Need for Accuracy in the Media. Retrieved from: <http://www.brainfacts.org/diseases-and-disorders/mental-health/2016/mental-illness-violence-and-stigma-the-need-for-accuracy-in-the-media-091516>.
- Tafa, E., Manolitsis, G. (2003). Attitudes of Greek parents of typically developing kindergarten children towards inclusive education. *European journal of special needs education* (2), 155-171.
- Weber, M. (1997). The protestant ethic and the spirit of capitalism. Athens: Gutenderg.
- WHO, (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socio-culture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine @ Science in Sports*, 20 (s2), 103-111.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83.



## 08

# VIDA ATIVA E SAÚDE MENTAL: PARCERIA SOCIAL ENTRE OS SECTORES PÚBLICO E PRIVADO

## AUTORES:

**Nicola Daley**, *Chief Executive Officer, Merseyside Expanding Horizons*

**Stacey Robinson**, *Psychologist, Merseyside Expanding Horizons*

**Cinzia Miatto**, *Researcher, Merseyside Expanding Horizons*



MERSEYSIDE  
EXPANDING HORIZONS  
United Kingdom

## INTRODUÇÃO

Atualmente, é evidente a redução dos recursos no Sector público, quer nos serviços de saúde (e Saúde Mental), quer nos serviços de desporto (atividade física/de lazer) (The Moray Council). Torna-se, assim, cada vez mais importante desenvolver parcerias entre os sectores público e privados. Tendo em conta o número crescente de pessoas com experiência de problemas de saúde mental, existe uma necessidade crescente de desenvolver iniciativas intersectoriais, sensibilizar e proporcionar respostas efetivas quer para a prevenção, quer para o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental.

“De acordo com uma revisão sistemática e estatísticas de diversos países da União Europeia (EU) (Islândia, Noruega e Suíça),

quase 27% da população adulta (18-65 anos) experienciou pelo menos uma de várias perturbações mentais no último ano (o que inclui problemas derivados do consumo de substâncias, psicoses, depressão, ansiedade e distúrbios alimentares) (World Health Organisation, 2017).

Este documento procura descrever os benefícios das Parcerias Público-Privadas em geral e na área do desporto e saúde mental. Examinamos a existência de parcerias público-privadas, proporcionando uma compreensão aprofundada de questões relevantes demonstrando como uma implementação responsável destas parcerias pode beneficiar as partes envolvidas.

Discutimos casos de descoberta, desenvolvimento, implementação e avaliação

de parcerias público-privadas e como se podem implementar na área da saúde mental e desporto (estilos de vida ativos).

O documento mostra como as parcerias público-privadas podem aumentar a participação, disponibilizar recursos, melhorar a eficiência e possibilitar o acesso e partilha de conhecimento, assim como aumentar a sensibilização e quebrar barreiras de exclusão.

## POR QUE RAZÃO AS PARCERIAS SÃO IMPORTANTES?

À medida que os serviços do setor público são simplificados e revistos, reconhece-se a necessidade de respostas inovadoras e direcionadas às questões de saúde da comunidade. A colaboração entre serviços e profissionais do terceiro setor, público e privado tem obtido reconhecimento como a solução para reduzir a duplicação, ser economicamente viável, minimizar as lacunas do fornecimento e focar grupos pouco acessíveis. “Há uma vontade crescente de desenvolver parcerias colaborativas em atividades de saúde” (Alexander et al, 2001).

A Employment Support Allowance (ESA) (2010) definiu as Parcerias Público-Privadas (PPP) como “contratos complexos e de longo termo entre duas unidades, uma das quais é normalmente uma corporação (ou grupo de corporações, públicas ou privadas), chamada de operador ou parceiro, e a outra uma unidade governamental chamada de outorgante. As PPP envolvem um gasto de capital significativo para criar ou renovar ativos fixos pela corporação, a qual depois os gere para produzir e fornecer serviços, quer para uma unidade governamental, quer para o público em geral em nome da unidade pública.”

Nos últimos anos, na Europa, numa tentativa de reduzir o estigma, sensibilizar e ser mais responsivo, têm sido estabelecidas várias parcerias em saúde mental (Evans-Lacko et al, 2014). Estas parcerias unem pessoas com diferentes experiências e perspetivas e oferecem possibilidades de identificação de soluções inovadoras e mecanismos mais eficientes de prevenção e tratamento.

Tem havido um aumento de investimento

na colaboração entre vários serviços e setores, incluindo a saúde mental, o que demonstra que os financiadores e decisores políticos reconhecem que as parcerias proporcionam um desenvolvimento eficaz de temas relevantes. “As parcerias colaborativas são uma estratégia promissora para o envolvimento de pessoas e organizações no propósito comum de resolver questões de saúde e bem-estar comunitário” (Roussos & Fawcett, 2000).

Apesar do estabelecimento, manutenção e organização destas parcerias ser diferente, todas partilham a ideia comum de que, na sociedade atual, a maior parte das iniciativas de saúde não pode ser desenhada e implementada por uma única entidade ou organização. Ao unir as competências e recursos complementares de uma vasta rede de profissionais, usuários dos serviços, voluntários e organizações, as parcerias sociais têm a capacidade e os recursos para desenvolver e implementar uma gama de serviços mais efetiva e compreensiva e com uma base mais estratégica. Esta questão torna-se mais importante quando se combinam dois campos distintos, como o Desporto e a Saúde Mental.

## DEFINIÇÃO

Uma Parceria Social é:

**Um acordo de parceria estratégica que envolve as partes interessadas em todos os setores no desenvolvimento e implementação dos programas**

(Rees, Mullins & Bovaird, 2012)

No contexto do projeto MENS, uma Parceria Social é baseada numa abordagem co-planeada, através da qual as organizações do 3º setor, setor público e privado podem ser organizadas de forma a partilhar a responsabilidade no desenho e contínua melhoria de programas relacionados com o desporto, como resposta às necessidades em constante mudança dos grupos desfavorecidos. Implica que cada setor a) procure atingir os seus objetivos individuais e b) colabore na prestação de melhores serviços.

As Parcerias Sociais reconhecem e valorizam a contribuição de instituições do setor voluntário (ONG) no planeamento e implementação dos serviços. Estas trazem

para a rede as relações próximas com as pessoas com problemas de saúde mental. Ao trabalharem com os parceiros dos setores público e privado, conseguem garantir que os programas desenvolvidos respondem às necessidades dos seus usuários. O setor voluntário e o privado partilham um papel semelhante no desenho de programas, em conjunto com as autoridades do setor público; os programas podem ser desenhados tendo em conta as necessidades das pessoas com problemas de saúde mental. Podem, assim, ser testados em contextos específicos para, depois, serem disseminados.

## **MÉTODOS/ PROCEDIMENTOS/ ABORDAGEM**

Este estudo tem como objetivo analisar os resultados positivos das parcerias entre os sectores público e privado, realçando a sua importância nas áreas da saúde mental e do desporto.

O objetivo principal deste estudo é estabelecer os benefícios e desenvolver guidelines para as parcerias sociais na área da Saúde Mental e de uma Vida Ativa de uma forma acessível para que possam informar e ser utilizadas pelos legisladores e na prática diária dos profissionais.

Esta investigação reúne evidências de estudos empíricos recentes sobre parcerias sociais abordadas em revistas científicas, artigos e literatura. Esse esforço incorpora parcerias entre entidades estatutárias locais com os setores terciário e privado, bem como parcerias com comunidades locais ou pessoas que utilizam os serviços.

A presente revisão de literatura fornece as informações que formam uma base das condições necessárias para construir uma parceria social e mantê-la com sucesso. Isto permitiu-nos desenvolver diretrizes sobre o desenvolvimento de parcerias sociais em relação ao contexto da Vida Ativa (Desporto) e da Saúde Mental que podem levar a resultados positivos.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

O principal objetivo de várias organizações que trabalham com indivíduos com problemas

de saúde mental é o desenvolvimento das suas habilidades sociais, a construção da sua confiança e a sua capacitação para a participação na sociedade. Os benefícios a longo prazo são fomentados através da sua integração social e do desenvolvimento de redes de todos os setores que têm conhecimento, experiência e competências de dão suporte às pessoas com problemas de saúde mental através do desporto e de uma vida ativa. Para alcançar este propósito específico, é importante e útil para as organizações de saúde mental aumentar a colaboração entre os setores público e privado. De facto, é uma forma importante de aumentar a consciencialização e derrubar barreiras.

Para melhorar a confiança e a participação das pessoas com problemas de saúde mental, são necessários cursos e formações específicos. Por exemplo, a autogestão, cujas habilidades podem ser aprendidas, geralmente é ensinada por pessoas com experiência pessoal de doença mental. Fazer cursos de autogestão, ajuda as pessoas a entender como os seus próprios problemas de saúde mental afetam a sua vida, como reconhecer os primeiros sinais de alerta e prevenir ou minimizar o impacto de um episódio de doença

(<https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/self-management-mental-ill-health>).

Além disso, o desporto e as atividades constituem uma importante ferramenta para prevenir e reduzir problemas de saúde mental. De facto, os resultados demonstram que a atividade física tem um papel importante a desempenhar na construção da resiliência, possibilitando e apoiando a recuperação da saúde mental e combatendo o estigma e a discriminação.

As guidelines da National Institute for Health Care Excellence (NICE) referem que a atividade física deve ser uma das primeiras intervenções recomendadas pelos médicos que tratam de indivíduos com depressão leve a moderada. Ser fisicamente ativo pode reduzir o risco de depressão de alguém até 30%. Também pode reduzir a ansiedade e o stress, combater o mau humor e aumentar a autoestima. Ser fisicamente ativo é especialmente importante para pessoas com problemas de saúde mental graves e crónicas (como a perturbação bipolar ou a esquizofrenia), porque têm:

- Duas vezes mais probabilidade de

morrer de doença cardíaca.

- Quatro vezes mais probabilidade de morrer de doença respiratória.

- Em média, é provável que morram entre 10 e 17 anos mais cedo do que a população em geral, em grande parte devido a problemas de saúde física.

As atividades físicas são consideradas ferramentas eficazes no tratamento de doenças mentais, pois são:

- Estratégias alternativas com boa relação custo-benefício para aqueles que preferem não usar medicação ou que não podem aceder a terapias
- Associadas a efeitos colaterais adversos mínimos
- Indefinidamente sustentadas pelo indivíduo
- Capazes de melhorar simultaneamente a saúde física e mental e combater as doenças mentais.

Uma das melhores práticas relacionadas ao campo é Digital Peer Support, no qual as pessoas usam sua própria experiência para ajudar umas às outras em formato online. Um site relevante chamado Elefriends permite que todos com mais de 18 anos de idade diagnosticados com uma doença mental se juntem e troquem experiências (<https://www.mind.org.uk/media/17047308/get-set-to-go-research-summary-report.pdf>).

De acordo com surveys e estudos, as pessoas afetadas por problemas de saúde mental sofrem discriminação e desigualdades no trabalho e enfrentam dificuldades para encontrar e sustentar um emprego. De facto, a taxa de desemprego deste grupo é de cerca de 90% - em contraste com a de pessoas com deficiências físicas ou sensoriais, que é de aproximadamente 50%. Mais uma vez, apenas 10% das pessoas com experiência psiquiátrica grave que desejam trabalhar estão empregadas. As mulheres têm resultados ainda piores que os homens. Sabe-se há muito tempo que a doença mental grave costuma prejudicar drasticamente a capacidade de trabalhar. Pode levar ao empobrecimento, o que pode piorar a doença. Assim, todos os esforços para encontrar emprego para esses indivíduos são essenciais, uma vez que melhoram a qualidade de vida e reduzem tanto o empobrecimento quanto os altos custos dos serviços de saúde e

bem-estar despendidos por este grupo.

Fontes também confirmam que a maioria das pessoas com problemas graves de saúde mental foram expostas a programas que se concentram mais no desenvolvimento de habilidades de trabalho do que na ingressão no trabalho remunerado. Esses programas são resumidos resumidamente:

- Programas hospitalares de treino e integração no trabalho: são menos usados atualmente do que no passado; o seu objetivo é aumentar a autoconfiança e o funcionamento geral. As atividades ensinadas nestes programas geralmente incorporam distribuição de alimentos, jardinagem, gestão de uma pequena loja, etc. Embora os participantes tenham reduzido o número de dias de hospitalização, parece que poucos obtêm um emprego permanente bem-sucedido.

- Oficinas protegidas: esta é outra abordagem tradicional em que o trabalho de subcontratação é usado. Considera-se que este tipo de trabalho não prepara muito bem para empregos remunerados e que a pessoa tende a permanecer no papel de paciente. No entanto, 10-15% dos participantes foram encontrados capazes de mudar para um programa mais intensivo.

- Formação em vida comunitária: estes programas foram desenvolvidos através dos esforços pioneiros de Stein, Test e Marx. Atenderam às necessidades e características básicas da gestão individual, bem como a uma abordagem global. Embora a participação nesses programas reduza a hospitalização e aumente a vida independente, não se descobriu que ela tenha um grande impacto na manutenção de um emprego permanente.

- Programas de tratamento comunitário assertivo (PACT): estes programas também foram desenvolvidos por Stein, Test e Marx em resposta à crescente necessidade de serviços baseados na comunidade para indivíduos com doença mental grave. O foco tem sido na recuperação da doença e melhoria da qualidade de vida. O treino foi implementado no Canadá e em várias áreas dos Estados Unidos. PACT é uma abordagem de equipa interdisciplinar, incluindo um psiquiatra, enfermeiros, prestadores



de suporte, especialistas vocacionais, um especialista em abuso de substâncias e um gestor do programa. Serviços para a crise estão disponíveis 24 horas por dia. Este modelo integrado e baseado na comunidade oferece “os serviços de tratamento, reabilitação e apoio que os indivíduos com doença mental grave precisam para viver com sucesso na comunidade”.

A obtenção de emprego remunerado para uma pessoa com histórico de doença mental grave continua sendo um desafio na melhor das hipóteses. É ainda mais difícil em períodos com taxas elevadas de desemprego quando a disponibilidade de trabalhadores sem qualquer incapacidade é abundante ([http://www.who.int/mental\\_health/media/en/712.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf)).

No entanto, isto só pode ocorrer se existirem parcerias sociais locais na área onde a rede está a ser desenvolvida. Para melhorar continuamente e desenvolver a prestação de serviços para pessoas com problemas de saúde mental, tanto os empregadores quanto os funcionários do setor público precisam ter uma plataforma onde possam influenciar e co-projetar os serviços. Igualmente, os parceiros sociais também precisam estar envolvidos, pois podem desenvolver recursos e apoios exclusivos para pessoas com problemas de saúde mental num ambiente não pressurizado.

A parceria social entre os empregadores e o setor público é de grande importância não apenas para as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, mas também para os próprios empregadores e o setor privado em geral. Há mais razões para apoiar esse benefício bilateral desta colaboração. Em primeiro lugar, a investigação sugere que os problemas de saúde mental representam 22% da carga de incapacidade da UE (Relatório de saúde mental e bem-estar, 2016). Em segundo lugar, como Liopis e Anderson (2005) sugeriram, o custo social e económico dos serviços de saúde mental parece estar a aumentar e a ter um impacto economia já em si sobrecarregada. Em terceiro lugar, a EU-OSHA (2014) informou que o custo da saúde mental devido à produtividade reduzida e ao absentismo dos trabalhadores era de 136 mil milhões de euros por ano.

O EU Compass on Mental health in the Work place (2017) relatou que “do ponto de vista económico, estão disponíveis dados robustos que indicam um retorno do investimento ao

nível da promoção da saúde mental no local de trabalho (p. 22). Além disso, a OMS (2017) publicou uma ficha informativa sobre saúde mental no local de trabalho, na qual uma série de intervenções e boas práticas são sugeridas para tornar o local de trabalho saudável. Foram incluídos estes:

- Consciencialização do ambiente de trabalho e como este pode ser adaptado para promover melhor saúde mental para os vários funcionários.
- Aprender com as motivações dos líderes organizacionais e funcionários que agiram.
- “Não reinventar a roda” ao estar ciente das medidas tomadas por outras empresas.
- Compreender as oportunidades e necessidades de cada colaborador, ajudando a desenvolver políticas melhores para a saúde mental no local de trabalho.
- Consciencialização das fontes de apoio e locais onde as pessoas podem encontrar ajuda.
- Implementação e aplicação de políticas e práticas de saúde e segurança, incluindo identificação de stress, uso prejudicial de substâncias psicoativas e doenças e fornecimento de recursos para geri-las.
- Informar os trabalhadores que há suporte disponível.
- Envolver funcionários na tomada de decisões, transmitindo um sentimento de controlo e participação; práticas organizacionais que sustentam um equilíbrio saudável entre vida profissional e pessoal.
- Programas para desenvolvimento de carreira dos funcionários.
- Reconhecer e recompensar a contribuição dos funcionários.

Existem diferentes opiniões e ideias sobre a colaboração entre o setor público e privado. Segundo Pauline Vaillancourt Rosenau, existem alguns elementos importantes que devem ser considerados. De facto, o setor público chama a atenção para considerações de interesse público, gestão e solidariedade. Este sector opera de forma mais eficiente, em abertura ao escrutínio público, questões de emprego, gestão de políticas, regulação, prevenção de discriminação ou exploração, etc. O setor privado, por outro lado, é criativo e dinâmico, trazendo acesso a financiamento, conhecimento de tecnologias, eficiência na gestão e espírito empreendedor. É melhor em



tarefas económicas, inovando e replicando experiências bem-sucedidas, adaptando-se a mudanças rápidas e realizando tarefas complexas ou técnicas.

As organizações sem fins lucrativos (ou terceiro setor) são fortes em áreas que exigem compaixão e compromisso com os indivíduos. Estas organizações conseguem bons resultados com clientes que exigem ampla confiança ou precisam de atenção pessoal. As parcerias conseguem um maior sucesso quando os pontos fortes de mais de um actor são necessários. A necessidade de equilíbrio entre público e privado, especialmente quando a questão política está envolvida, é amplamente apreciada por aqueles comprometidos com um papel maior para o setor público.

As parcerias políticas públicas-privadas têm em comum uma responsabilidade compartilhada por políticas que tenham impacto nos cidadãos. Uma verdadeira parceria envolve uma colaboração estreita e a combinação das forças do setor privado (mais competitivo e eficiente) e do setor público.

No entanto, os verdadeiros benefícios das parcerias política público-privadas podem ainda não ser totalmente evidentes em toda a gama de setores de políticas (parceria política pública-privada).

No entanto, quando falamos de parceria, necessitamos ter em conta benefícios e riscos.

Os benefícios são:

- Aumentar a eficiência graças a uma melhor partilha de riscos e incentivos para executar.
- Melhor a gestão de projetos e inovação.
- Quando se consideram os ganhos em termos de eficiência/ inovação, valorizam-se os custos de investimento.
- As condições atuais do mercado, com excesso de liquidez e baixas taxas de juros, podem oferecer oportunidades atraentes para financiar as PPPs.
- Expandir a despesa de capital inicial de um projeto ao longo da vida útil do ativo.
- O parceiro privado assume certos riscos que de outra forma seriam delegados à autoridade pública.

Os riscos são:

- Contratos longos podem tornar as projeções exigidas cada vez menos confiáveis.
- Captura regulatória e retenção de investimentos.
- Maior custo de financiamento para o parceiro privado versus público.
- Pagamentos contratuais restritos durante um longo período podem não ter em consideração o ciclo económico.

(Public Private Partnership in Member states: Mirco Tomasi)

Diferentes fontes e exemplos confirmam como as parcerias entre os setores público e privado podem alcançar objetivos comuns. Um exemplo é dado sobre o papel que os setores privado e público tiveram na cidade de Nova York. Sob a liderança do presidente de câmara Michael R. Bloomberg, os parceiros privados começaram a colaborar com o governo da cidade de forma a impulsionar novos limites e permitir que o governo abrace um espírito empreendedor.

([http://www.bbhuh.io/dotorg/sites/2/2015/07/The\\_Collaborative\\_City.pdf](http://www.bbhuh.io/dotorg/sites/2/2015/07/The_Collaborative_City.pdf)).

O principal impacto nas organizações do setor Voluntário (e Privado) ativas na saúde mental e no Desporto é fortalecer a capacidade de oferecer serviços de alta qualidade, adaptados para indivíduos com problemas de saúde mental.

A adoção bem-sucedida da abordagem da Parceria Social para o desenho e o fornecimento de programas relacionados com desporto pode gerar benefícios significativos:

- Os programas não são projetados isoladamente - a capacidade de inovação das organizações do terceiro setor (ONGs), a sua experiência de trabalhar diariamente com grupos de clientes específicos e vincular-se a contribuições de empregadores e da comunidade em geral podem ajudar a oferecer programas mais eficientes e alcançar os principais resultados para os participantes envolvidos.
- Permitir maior agilidade para encontrar soluções criativas para utilizadores e provedores de serviços. Aumentar o foco na mudança das necessidades das pessoas com problemas de saúde mental e tornar os serviços

mais capazes de atender a essas necessidades.

- Ajudar a quebrar as barreiras intersectoriais.
- Apoiar a entrega de benefícios sociais e económicos mais amplos, focados nas comunidades.
- Promover a partilha e a transferência de habilidades e conhecimentos entre os parceiros.

Historicamente, as parcerias locais do setor público/ privado/ voluntário criadas antes de 2008 concentraram-se na melhoria da saúde dos indivíduos envolvidos. No entanto, a relevância deste tipo de parceria parece ter aumentado no Reino Unido desde 2016, quando as Autoridades Estratégicas de Saúde foram substituídas pela Clinical Commissioning Groups and Health, ambos requerendo representação intersectorial. Além disso, durante esse período, o número de pessoas com problemas de saúde mental têm sido apoiados a ter um papel mais ativo ao nível desportivo, a fim de melhorar os sintomas relacionados à saúde mental.

O desporto pode ter benefícios psicossociais positivos e a atividade física de intensidade moderada a vigorosa pode melhorar a saúde física e mental (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015). No entanto, as evidências sugerem que o desporto competitivo pode contribuir para a saúde mental (Bauman, 2016) e pode levar a stressores específicos que impedem a otimização da saúde mental dos atletas (Donohue et al., 2007). Esses stressores são:

- Pressão para alcançar o sucesso (Evans, Weinberg & Jackson, 1992);
- Tempos prolongados afastados da família (Masland, 1983);
- Consequências emocionais negativas de uma lesão (Wiese-Bjornstal, 2010);
- Substância e abuso de álcool

(<http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>).

Um exemplo prático é o Sport and Recreation Alliance e o UKactive, que se reuniu para fornecer uma imagem da saúde pública em Inglaterra e estabelecer o papel crítico do Desporto, do lazer e da atividade física na luta para melhorar a saúde pública

(<http://www.ukactive.com/downloads/>

[managed/Physical\\_Activity\\_and\\_Health\\_-\\_Final\\_Version.pdf](#)).

Outro exemplo útil vindo da Ásia é a promoção de uma parceria para questões de saúde mental na área da Ásia-Pacífico. Nesta área, há uma falta de compreensão dos problemas relacionados às questões de saúde mental e falta de consciência disso.

O programa “Janssen Menti sane” tentou fornecer informações relevantes para questões de saúde mental; indivíduos com doenças mentais vivem num ambiente de discriminação e exclusão. Além disso, outro objetivo era influenciar a opinião pública e melhorar o diagnóstico e o acesso a novos tratamentos (como o Desporto). A parte inovadora deste projeto é que foi reconhecida a importância de assumir uma parceria pública e privada.

(<http://www.janssen.com/it/sustainability/fostering-mental-health-partnerships-in-asia-pacific>).

As principais causas e razões do fracasso e limitações das parcerias são relacionadas com:

- Gestão do projeto: os desafios estão em partilhar informações, coordenar e agir em conjunto. Assim, a gestão eficaz de um projeto depende do estabelecimento de estruturas de gestão corporativa que funcione bem.
- Conflitos de interesse: o setor público e o privado definem prioridades completamente diferentes, decorrentes dos seus diferentes sistemas de valores. Enquanto uma empresa privada visa obter o maior lucro possível, as organizações públicas têm uma certa responsabilidade quando prestam serviços de interesse geral.
- Prestação de contas
- Gestão de riscos
- Custos de transação
- Custos de regulação

([http://www.libertas-institut.com/de/PDF/Claudia%20Reim\\_PPP\\_London\\_Underground\\_Aug-2009.pdf](http://www.libertas-institut.com/de/PDF/Claudia%20Reim_PPP_London_Underground_Aug-2009.pdf)).

Parcerias concebidas, iniciadas e implementadas por atores locais por si só ainda são muito raras. A rede MENS considera parcerias de importância crucial para promover e aumentar metodologias inovadoras para pessoas com problemas de saúde mental.

A evidência também sugere que iniciativas de bottom-up e de pequena escala de atores privados, como empresas locais ou ONGs, existem e têm desempenhado um papel no alívio do impacto da saúde mental. Este documento visa, portanto, capacitar os parceiros sociais para iniciar parcerias locais.

Desde a crise de 2009, alguns desenvolvimentos importantes podem ser encontrados na criação destas parcerias na UE, no Reino Unido e nos Países Baixos. Estas parcerias tornaram-se mais proeminentes em todo o continente europeu para lidar com o clima político e económico em mudança e mantiveram um papel crucial para responder às necessidades dos grupos desfavorecidos desde 2009. Agravamento das condições do mercado de trabalho levou a Europa (por exemplo, Dinamarca, Holanda, Suécia e Reino Unido) a utilizar plenamente ou criar novas iniciativas locais para promover estratégias que aumentem o bem-estar mental. É possível, nesses países, encontrar evidências positivas das Parcerias Sociais recorrendo a especialistas em sindicatos e empregadores para enfrentar a saúde mental, o emprego e o desporto.

Os fatores de sucesso para a implementação de Parcerias Sociais são geralmente descritos como a mistura certa de “ingredientes” a nível local, como o compromisso das partes interessadas para desenvolver parcerias e o empoderamento das comunidades locais e atores locais. Os “ingredientes” locais combinados com um quadro de governação favorável à Parceria Social ao mais alto nível, vão permitir espaço para ações locais e garantir financiamento a longo prazo.

Vários estudos sugerem que, em muitos países europeus, parcerias entre autoridades públicas e privadas (parceiros sociais) ainda representam potencial inexplorado; Muitos países da UE não aproveitaram plenamente a oportunidade de recorrer a parcerias locais para combater as desigualdades no domínio da saúde. Muitos países incorporam obstáculos à implantação de parcerias locais devido a um quadro centralizado para a política de desporto e saúde. Parcerias concebidas, iniciadas e implementadas por atores locais por si só ainda são muito raras, e, portanto, a rede MENS considera de fundamental importância promover essa parceria, funcionando como uma maneira fundamental de aumentar as metodologias inovadoras para pessoas com

problemas de saúde mental.

Este relatório ilustrou como as parcerias público-privadas podem melhorar e ampliar o scope e a participação em atividades, especialmente quando essas parcerias são planeadas e implementadas da maneira correta. Além disso, a investigação demonstrou que esse tipo de parceria tem um valor adicional em termos de recursos e eficiência, além de permitir o acesso à expertise, aumentar o conhecimento e combater os estereótipos sobre inclusão.

## **CONCLUSÕES/ IMPLICAÇÕES/ RECOMENDAÇÕES**

### **A colaboração entre setores é essencial para a saúde mental e a promoção da vida ativa**

A saúde mental (e um estilo de vida ativo) pode ser melhorada através da ação coletiva de todos os setores da sociedade. Melhorar a saúde mental requer políticas e programas nos setores governamental, comunitário e privado, incluindo educação, emprego, transporte, meio ambiente, habitação, lazer e bem-estar, bem como atividades específicas no campo da saúde relacionadas à prevenção e tratamento de doenças.

### **A saúde mental e a vida ativa dizem respeito a todos**

A inclusão de indivíduos, famílias, comunidades, empresas, profissionais de saúde e serviço social se beneficiarão de soluções colaborativas para a saúde mental e a vida ativa. Particularmente importantes são os responsáveis por tomar as decisões políticas a nível local e nacional cujas ações e políticas em torno da saúde, desporto, vida ativa e envolvimento da comunidade afetam a saúde mental.

### **Ação Comunitária**

A ação comunitária é de importância fundamental na promoção da vida ativa como tratamento e prevenção da saúde mental. Pessoas de todos os setores da sociedade devem trabalhar juntas para promover mudanças e fornecer soluções para problemas comuns que irão melhorar o capital social,

fornecer às pessoas uma maior capacitação e aumentar a capacidade e a resiliência da comunidade..

## **Uma abordagem intersetorial da saúde mental e promoção da vida ativa**

A colaboração intersetorial é um elemento-chave para promover e implementar programas de saúde mental e vida ativa. As colaborações também são importantes para incluir a vida ativa como um conceito mais amplo do que apenas prática de desporto ou de exercício para alcançar mais indivíduos e oferecer oportunidades em todos os serviços:

“Se quisermos reduzir as desigualdades na saúde, é essencial tomar medidas sobre os determinantes sociais da saúde - as ‘causas das causas’ da doença. Isto significa trabalhar em parceria a nível local para melhorar as condições sociais nas quais nascemos, vivemos, crescemos, trabalhamos e envelhecemos. .... Fortalecer indivíduos e comunidades e dar voz às pessoas é essencial para abordar as desigualdades na saúde” ([http://www.artscouncil.org.uk/sites/default/files/download-file/Be\\_Creative\\_Be\\_Well.pdf](http://www.artscouncil.org.uk/sites/default/files/download-file/Be_Creative_Be_Well.pdf)).

## **Tomada de decisão partilhada**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, partilhar a tomada de decisão nos serviços de saúde mental é imperativo para uma prática inclusiva e colaborativa:

“Sem apoio na tomada de decisões, os utilizadores dos serviços são mantidos em relacionamentos de dependência a longo prazo. As pessoas não podem tornar-se independentes sem a oportunidade de tomar decisões importantes sobre suas vidas.

([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)).

## **Redução do Estigma**

Usar o desporto e a atividade física para tratar, prevenir e também aumentar a consciencialização sobre a saúde mental também é essencial para eliminar os estigmas sociais em torno da saúde mental. Ao adotar-se um estilo de vida ativo, eliminam-se barreiras e quebra-se ideias preconcebidas sobre as pessoas com doenças mentais. Além

disso, aumenta a consciencialização sobre a necessidade de que todos estejam conscientes da sua própria saúde mental, como a manter-se e como o desporto e um estilo de vida ativo podem contribuir.

“Do desporto de elite até à prática de lazer, o desporto pode ser usado para reduzir o estigma e iniciar conversas positivas sobre saúde mental. O desporto também deve ser acessível a pessoas com problemas de saúde mental. É por isso que estamos apoiando a Mental Health Charter for Sport and Recreation.”

(<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

## **Promoção da saúde mental e conscientização ativa**

Para a saúde mental e promoção da vida ativa, as parcerias sociais precisam:

- Construir sobre as atividades existentes em diferentes setores, configurações e organizações;
- Criar diferentes parcerias para diferentes propósitos, em níveis variados;
- Criar uma ação colaborativa “horizontalmente” nos departamentos e organizações governamentais e entre os especialistas em política, prática clínica e investigação.

A necessidade de prática colaborativa em saúde mental e na promoção da vida ativa é firmemente estabelecida pelos determinantes sóciopolíticos e económicos da saúde.

Ou seja, influenciar os determinantes da saúde, como melhorar a coesão social, a acessibilidade e as práticas anti-discriminatórias. Esses objetivos não serão alcançados apenas pela ação do setor público na saúde, mas por meio de uma abordagem intersectorial. Isto requer uma abordagem multidisciplinar envolvendo investigação, política e prática em emprego, educação, direito, serviço social, artes, desporto, lazer, turismo e meio ambiente para melhorar a saúde mental por meio de maior participação e coesão social. Para alcançar resultados positivos, é necessário um planeamento e participação partilhados em todos os setores da sociedade.

As parcerias sociais colaborativas bem-sucedidas levam tempo e um compromisso com

metas e resultados partilhados. Há desafios, como o financiamento, especialmente dentro e entre setores, a diversidade dentro dos planos cultural e político e as diferentes prioridades e os complexos processos de tomada de decisão. Esses desafios exigem um fortalecimento da capacidade em todas as dimensões individuais, organizacionais e comunitárias (Fawcett, 2000).

Existe evidência para a eficácia de vários programas e políticas exemplares de promoção da saúde mental. Os seus resultados demonstram que a promoção da saúde mental é uma opção realista dentro de uma abordagem de saúde pública durante toda a vida e em ambientes como assistência perinatal, escolas, trabalho e comunidades locais. Em muitos campos da vida, intervenções bem planeadas podem contribuir para melhorar a saúde mental e o bem-estar da população [(WHO, 2004), p. 34].

Um exemplo disso é: “Get Set to Go” - Com o apoio da Sport England e da National Lottery. “Get Set to Go” tem ajudado pessoas com problemas de saúde mental a tornarem-se mais ativas. Desde 2015, “Get Set to Go” já viu 3.585 pessoas com problemas de saúde mental participarem em projetos de atividade física especialmente planeados a nível local e comunitário. Após uma avaliação, os resultados mostram que a atividade física tem um papel importante a desempenhar na construção da resiliência, possibilitando e apoiando a recuperação da saúde mental e combatendo o estigma e a discriminação.

(<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

É evidente que a promoção da saúde mental e da vida ativa depende da colaboração intersectorial e que um número significativo de serviços e intervenções estão fora do âmbito dos serviços tradicionais de saúde mental e apoio social.

O verdadeiro propósito da parceria social deve ser reunir pessoas, lugares e boas práticas que tenham tido sucesso no desenvolvimento de boa saúde mental e práticas de vida ativa. Com o apoio de um conceito contínuo de aprendizagem e colaboração mútuas, as

organizações e indivíduos podem beneficiar das experiências dos outros e contribuir para melhores cuidados de saúde mental por meio de programas de promoção e programas de estilo de vida ativa para reduzir as disparidades no acesso aos serviços.

For mental health and active living promotion social partnerships need to:

- build on existing activity in a variety of sectors, settings and organisations;
- create different partnerships for different purposes, at varying levels; and
- create collaborative action “horizontally” within government departments and organisations, and between those expert in policy, practice, and research.

The need for collaborative practice in mental health and active living promotion is firmly established by the socio-political and economic determinants of health.

That is, influencing the determinants of health, such as improving social cohesion, accessibility and anti-discrimination practices. These goals will not be achieved by the public health sector action alone but rather through a cross sector approach. It requires a multidisciplinary approach involving research, policy, and practice in employment, education, law, welfare, arts, sports, leisure, tourism and the environment to improve mental health through increased participation and social cohesion. To achieve positive outcomes requires shared planning and ownership across all sectors of society.

Successful collaborative social partnerships take time and a commitment to shared goals and outcomes. There are challenges such as funding, especially within and across sectors, diversity within cultural professional and political backgrounds and, different priorities and complex decision-making processes. These challenges require a strengthening of capacity across the individual, organisational, and community dimensions. (Fawcett, 2000).

Evidence exists for the effectiveness of a wide range of exemplary mental health promotion programmes and policies. Their outcomes show that mental health promotion is a realistic option within a public health approach across the lifespan and across settings such as perinatal care, schools, work and local communities. In many fields of life,



well-designed interventions can contribute to better mental health and well-being of the population [(WHO, 2004), p. 34].

An example of this is: 'Get Set to Go' - With support from Sport England and the National Lottery. 'Get Set to Go' has been helping people with mental health problems get active. Since 2015, 'Get Set to Go' has seen 3,585 people with mental health problems take part in specially designed physical activity projects at local and community level. Following an evaluation, findings show that physical activity has an important role to play in building resilience, enabling and supporting mental health recovery and tackling stigma and discrimination.

([https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-](https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/)

health/).

It is clear that mental health and active living promotion depends on cross sectoral collaboration and that a significant number of services and interventions are outside of the remit of traditional mental health and social care services.

The true purpose of social partnership should be to bring together people, places, and practices that have been successful in developing good quality mental health and active living practices. With the support of a continuous mutual learning and collaboration concept, organisations and individuals can benefit from others' experiences and contribute to better mental health care through active living promotion and programmes to reduce

## REFERÊNCIAS

- Akintoye, A., Beck, M. & Hardcastle, C. (2008). *Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities*, Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.
- Eurofound (2009). *ERM Report- Restructuring in recession*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being (2017). *Mental health in the workplace in Europe*.
- Global Opportunity Network (2016). *Closing the Skills Gap*. Hevik Norway: GON
- IDELE (2006). *Identification, Dissemination and Exchange of Good Practice in the Field of Local Employment Development and Promoting Better Governance: Executive Summary of the Thematic Learning*. Birmingham UK: EcotecResearch and Consulting Limited.
- Ings, R., Crane, N. & Cameron, M. (2012). *Be Creative, Be Well*. London UK, Arts Council England.
- Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Lawrence, D., & Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*. London UK: The Bloomsbury Group.
- Minow, M. (2003). *Public and Private Partnerships: Accounting for the New Religion*. 116 Harv. L. Rev. 1229.
- Office for Deputy Prime Minister (2001). *Effective local partnerships a checklist for local practitioners in the public and voluntary sectors*. London UK: Government press
- O'Reilly, N., & Brunette. (2013). *Public-Private Partnerships in physical Activity and Sport*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Rees, J., Mullins, D. and Bovaird, T. (2012). *Third Sector Research Centre, Working Paper 60, Third Sector Partnerships for public services delivery: an evidence review*. Birmingham, UK: University of Birmingham.
- Roussos, S.T. & Fawcett, S.B. (2000). *Annual Review of public Health: A review of collaborative partnerships as a strategy for improving Community*. Health Palo Alto CA: Annual Reviews.org
- Scoppeta, A. (2013). *Successful partnerships in delivering public employment services*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Brussels.
- Sturgeon, S. (2006). *Health Promotion International, Volume 21, Issue suppl\_1, Pages 36–41: Promoting mental health as an essential aspect of health promotion*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Tomasi, M. (2016). DG Ecfm Unit B.4 "Impact of EU policies on national Public Private Partnerships in Member states". Brussels BE.
- Vaillancourt Rosneau, P. (2002). *Public-Private Policy Partnerships (2nd ed.)*. Cambridge, MA: The MIT Press.



Yescombe, E.R (2007). *Public-Private - Partnerships: Principles of Policy and Finance*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report* . Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. Geneva,

Switzerland: WHO Press.

World Health Organisation (2010). *User Empowerment in Mental Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press

World Health Organization (2016). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.



## 09

# O DESPORTO COMO UM MEIO DE TRATAMENTO NÃO FARMACÊUTICO PARA A DOENÇA MENTAL.

AUTOR:

**Gustavo Martín**, *Sports Education - Head of rehabilitation centre at INTRAS Foundation in Valladolid*

FUNDACIÓN  
**Intras**

INTRAS  
FOUNDATIONS  
Spain

## INTRODUÇÃO

Existem muitas indicações que recomendam a atividade física e o exercício como um precursor da saúde física e mental. Nesse sentido, existem vários estudos que apoiam o seu papel como uma intervenção complementar ou compensatória de tratamentos farmacológicos para pessoas com problemas de saúde mental. Da mesma forma, a atividade física e o exercício podem constituir um mecanismo seguro de prevenção e intervenção para uma ampla gama de problemas de saúde mental.

Este documento visa estabelecer uma comparação entre os benefícios físicos e emocionais da atividade física e do exercício com os tratamentos farmacológicos em pessoas com problemas de saúde mental, principalmente na compensação dos efeitos colaterais da medicação prescrita.

Um número substancial de evidências apoia o papel das intervenções desportivas em pessoas com doença mental de modo não farmacêutico ou de modo complementar (Lam & Riba, 2016; Ekkekakis, 2013). A atividade física pode ser uma intervenção económica e segura para a prevenção e tratamento de uma

ampla gama de problemas de saúde mental. O exercício regular alivia o stress e a ansiedade (Pickett, Kendrick & Yardley, 2017), a depressão moderada (Wegner et al., 2014; Gerber et al., 2012; Clow & Edmunds, 2014), melhora a autoestima (Fox, Biddle, Fox & Boutcher, 2000; Hibbert & Rothschild, 2016), a saúde física e mental e o bem-estar dos indivíduos com esquizofrenia. A atividade física parece aliviar os sintomas negativos e também pode ser um método útil para manter os sintomas positivos sob controlo. (Kimhy et al., 2017).

## IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Os problemas de saúde mental são cada vez mais comuns e são considerados um dos principais fatores que originam limitações funcionais ou incapacidade em todo o mundo. Os estudos epidemiológicos revelam que 10 a mais de 30% da população adulta sofre de perturbações do humor, como depressão ou ansiedade (Kessler et al., 2005). As outras doenças mentais mais graves, geralmente representadas pela esquizofrenia e outras

formas de psicose, representam cerca de 1% da população mundial. Uma em cada quatro pessoas sofre de doença mental ao longo da vida e cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de doença mental em todo o mundo (WHO, 2005).

Nesse sentido, os tratamentos farmacológicos são a primeira e mais expandida intervenção que é realizada para estabilizar e recuperar as pessoas que sofrem de doenças mentais. Esses tratamentos acabam por ser eficazes, mas também têm efeitos colaterais que diminuem a qualidade de vida do paciente.

Este trabalho tenta valorizar e enfatizar os efeitos positivos que a atividade física, o exercício e o desporto podem ter como uma intervenção complementar, adjunta e compensatória aos tratamentos atuais para indivíduos que sofrem de doença mental.

## DEFINIÇÕES GERAIS

### Saúde Mental

A Mental Health Europe (MHE), no seu sistema conceptual para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção de Perturbações, observa que não existe uma definição oficial de saúde mental. As diferenças culturais e as várias teorias a esse respeito dificultam a produção de uma definição única. No entanto, a maioria dos especialistas concorda que “saúde mental” e a “ausência de doença mental” não significam o mesmo. Por outras palavras, a ausência de uma perturbação mental reconhecida não é necessariamente um indicador de saúde mental. Em relação a essa afirmação, a saúde mental ou um estado de bem-estar protege contra o desenvolvimento de perturbações, enquanto que as perturbações mentais aumentam o risco de desconforto mental. A saúde mental é uma componente integral para a saúde e o bem-estar em geral (WHO, 2013), e deve ser tratada com a mesma urgência e consideração que a saúde física. De acordo com essa abordagem, o Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013) tem o princípio internacionalmente aceite de que “não há saúde sem saúde mental”.

### Problemas de Saúde Mental

According Segundo a Organização Mundial da Saúde, as perturbações mentais são a causa

de cerca de 23% do total de anos produtivos perdidos devido a situações de incapacidade. As doenças mentais são a principal causa de incapacidade durante os anos em que um adulto é considerado produtivo. Indivíduos com problemas mentais não só experienciam uma diminuição na produtividade devido à incapacidade, mas também apresentam riscos elevados de morte prematura devido a comportamentos e problemas físicos associados à própria doença (Lam & Riba, 2016).

Na Europa, as perturbações psiquiátricas são a segunda causa de sobrecarga económica devido à doença, atrás apenas das doenças cardiovasculares. Na União Europeia, 18,4 milhões de pessoas com idades entre os 18 e 65 anos sofrem de depressão major todos os anos (Commission of the European Communities, 2005). Além disso, as perturbações mentais aumentam o risco de contrair outras doenças, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e síndrome metabólico; todos os quais estão intimamente relacionados com um estilo de vida sedentário devido à inatividade física. O impacto das perturbações mentais na qualidade de vida é maior do que o impacto das doenças crónicas como artrite, diabetes ou doenças cardíacas e respiratórias. Além disso, a ignorância e a estigmatização que rodeiam as doenças mentais são generalizadas. Existe uma crença generalizada de que não é possível tratar perturbações mentais, ou que as pessoas que delas sofrem são difíceis, pouco inteligentes ou incapazes de tomar decisões. Tal estigmatização pode levar a maus tratos, rejeição e isolamento, e privar as pessoas afetadas de cuidados médicos e apoio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes do mundo apresentam perturbações ou problemas de saúde mental. Cerca de metade das perturbações mentais aparecem antes dos 14 anos de idade. Em todas as culturas, tipos similares de perturbações são observados. As perturbações neuropsiquiátricas estão entre as principais causas de incapacidade para os jovens. No entanto, as regiões do mundo com as maiores percentagens de população com menos de 19 anos, que sofrem de problemas de saúde mental, são aquelas com menos recursos de saúde mental. A maioria dos países com baixo estatuto socioeconómico tem um único psiquiatra para cada um a quatro milhões de crianças.

A Organização Mundial da Saúde também observa que mais de 800.000 pessoas cometem suicídio todos os anos e que o suicídio é a segunda causa de morte no grupo de 15 a 29 anos. Há indícios de que, para cada adulto que comete suicídio, há mais de 20 tentativas. Cerca de 75% dos suicídios ocorrem em países de baixo e médio estatuto socioeconómico. Perturbações mentais e abuso de álcool contribuem para o aumento do número de suicídios (WHO, 2016). A identificação precoce e o tratamento personalizado são essenciais para garantir que estas pessoas recebam o apoio necessário. Um tratamento personalizado e adequado deve considerar diferentes esferas da vida, incluindo o uso positivo de lazer e tempo livre e a participação em atividades físicas e desporto.

A OMS alegou que na maioria dos países há relatos frequentes de violações dos direitos humanos de pessoas com problemas de saúde mental. Essas violações incluem coerção física, aprisionamento e privação de necessidades básicas e privacidade. Poucos países possuem um sistema legal que proteja adequadamente os direitos das pessoas com perturbações mentais.

O custo social e económico das doenças mentais é estimado em cerca de 4% do PIB da União Europeia, mais de 182.000 milhões de euros. Estima-se que as condições de saúde mental é uma das principais razões para o custo económico mundial, com um valor próximo de 1,6 biliões de euros (Barton & Rogerson, 2017). Nos países europeus, o orçamento da saúde mental representa 5,8% do orçamento total da saúde. Em muitos países europeus, a doença mental causa 45 a 55% do absentismo no trabalho.

Um estudo sobre o custo global das doenças (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin & Vos, 2015) estimou que grande parte do projeto de lei ligado às doenças do mundo está relacionado com problemas de saúde mental, perturbações neurológicas e abuso de substâncias.

Em 2013, de acordo com dados da Mental Health and Related Issues Statistics (Eurostat, 2017), houve 177.000 mortes na União Europeia devido a perturbações mentais e comportamentais, o que equivale a 3,8% de todas as mortes. A taxa de mortalidade padronizada da UE para perturbações mentais e comportamentais foi de 36,4 óbitos por 100.000 habitantes.

## **Tratamento farmacológico como instrumento para melhorar as condições das pessoas com problemas de saúde mental**

Os benefícios dos tratamentos farmacológicos em pessoas com problemas de saúde mental são amplamente demonstrados. De facto, a principal causa de recaídas é uma má gestão da medicação. A medicação para cada paciente é decidida individualmente pelo profissional de saúde mental, tendo em consideração as necessidades do paciente. Os tratamentos farmacológicos prolongam-se por muito tempo, às vezes ao longo de toda a vida dos pacientes, mesmo quando se sentem bem. Eles não têm apenas um efeito de remissão dos sintomas, mas também devem ser tomados para prevenir crises e recaídas. Em geral, os medicamentos protegem os pacientes de eventos stressantes e impedem o desenvolvimento de crises.

Parar de tomar a medicação ou tomar a dose errada tem graves consequências, como o aumento do número de recaídas (aproximadamente 80% das pessoas que sofrem de esquizofrenia e que param de tomar a medicação têm recaídas durante o primeiro ano), o aumento da gravidade das recaídas (maior frequência de internamentos hospitalares involuntários e sintomas mais graves), ou da sua duração (os pacientes geralmente precisam de mais dias para recuperar) e dificulta o prognóstico da doença.

A recuperação dos pacientes é mais eficaz assim que o tratamento farmacológico é estabelecido e mantido. Existe uma grande variedade de medicamentos dependendo do tipo de problema de saúde mental identificado. Para tratar a esquizofrenia e outras psicoses, os neurolépticos e antipsicóticos são destacados. Os medicamentos com esses componentes ativos bloqueiam os recetores de dopamina (substância responsável pela transmissão de informações entre células do sistema nervoso), na qual o seu excesso pode produzir sintomas como alucinações e delírios. Eles organizam o pensamento e, consequentemente, também previnem recaídas agindo como um “filtro” que evita a transmissão excessiva de informações de um neurónio para outro, no cérebro.

Para o tratamento da depressão, existem vários medicamentos que são classificados dependendo do neurotransmissor em que atuam:

- Tricíclicos;
- IMAOS (inibidores da monoamina oxidase);
- Inibidores da recaptação da serotonina (SSRI). Eles são os mais seguros e têm um menor número de efeitos colaterais e interações com outros tipos de medicamentos;
- Noradrenérgicos e serotoninérgicos;
- Trazodona: Deprax;
- Nefazodona.

Outros tipos de medicamentos incluem:

- Antiparkinsonianos ou anticolinérgicos que ajudam a corrigir os efeitos colaterais dos neurolépticos que afetam os músculos: movimentos rígidos ou descoordenados, tremores, movimentos dos olhos “como se estivessem a andar para trás”;
- Tranquilizantes/ benzodiazepínicos/ ansiolíticos que possuem propriedades ansiolíticas (para tratar a ansiedade), sedativos, relaxantes musculares e indutoras do sono;
- Normotímicos/ estabilizadores ou reguladores de humor, como o lítio, usados para tratar condições esquizofrênicas resistentes a outros tipos de tratamento. Tomar estes medicamentos requer o ajuste da dose até atingir os níveis terapêuticos desejados de lítio no sangue. Um teste mensal de lítio deverá ser realizado durante os primeiros seis meses de tratamento, e depois a cada três a seis meses;
- Carbamazepina: foi inicialmente usado quando foi descoberto como antiepilético. Posteriormente, comprovou-se a sua eficácia como antimaniaco e evita recaídas em perturbações bipolares ou psicoses maniaco-depressivas.

No entanto, apesar dos benefícios comprovados dos tratamentos farmacológicos, eles também apresentam alguns efeitos colaterais que, embora em menor escala, afetam o estado físico e mental e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças mentais.

Em relação às psicoses, o aumento do peso, o síndrome metabólico ou a disfunção sexual poderiam ser alguns dos efeitos colaterais (Cano et al., 2014; Caqueo-Úrizar, Urzúa & Rus-Calafell, 2017). Os efeitos extrapiramidais são caracterizados por uma inquietação motora, especialmente de pernas, forçando a pessoa a movê-las (acatisia), rigidez muscular, tremor (especialmente nas mãos), espasmos e

tendência em ter a boca aberta com salivagem excessiva.

Em relação aos sintomas depressivos, os efeitos colaterais podem ser náuseas, aumento do apetite causando aumento de peso, disfunção sexual, fadiga, sonolência, insônia, boca seca, visão turva, constipação, tonturas, agitação, ansiedade, inquietação e até variações genéticas (Clinic Mayo, 2016; Medina & García de León, 2004; Ferguson, 2001). Todos esses efeitos colaterais estão relacionados principalmente com a saúde física da pessoa com problemas de saúde mental. Podemos querer considerar que alguns dos mecanismos usados por esses medicamentos também são ativados pela atividade física e desporto. Se este for o caso, a atividade física pode-se tornar um complemento às intervenções farmacológicas?

#### Atividade física e saúde mental

Historicamente, a importância de manter o equilíbrio entre a mente e o corpo e os benefícios da atividade física tem sido destacada. Como já foi confirmado há algumas décadas, participar em atividades físicas pode ou não aumentar a expectativa de vida, mas vai melhorar a qualidade dos anos vividos (Morgan, 1997).

A atividade física é um aspeto fundamental no desenvolvimento integral das pessoas (Holt, 2016; Richards et al., 2015). A nível fisiológico, contribui para reduzir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mantém uma pressão arterial normal e previne o cancro do cólon ou diabetes. A nível psicológico, melhora o humor, aumenta a autoestima e proporciona bem-estar psicológico. Em relação ao nível social, pode aumentar a autonomia e a integração social, que são essenciais para pessoas com incapacidade. No caso de pessoas com problemas de saúde mental, torna-se uma ferramenta essencial para compensar, entre muitas outras coisas, os efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos mencionados acima.

Muitos estudos apoiam a relação direta entre atividade física e o bem-estar de pessoas com problemas de saúde mental (Boyer, Indelicato, Richardson, Churilla & Johnson, 2017; Deslandes et al., 2009; Sosso & Raouafi, 2017; Hodgson, McCulloch & Fox, 2011). Uma prova disso, e coincidindo com a 70ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde em Genebra (22-31 de maio de 2017), foi o desenvolvimento de um



novo Plano de Ação Global para promover a atividade física, especialmente focado nas doenças não transmissíveis (DNTs), também conhecidas como doenças crônicas, com o objetivo de reduzir a inatividade física, um fator de risco chave para as DNTs (Foster, Shilton, Westerman, Varney & Bull, 2017).

### **Atividade física e saúde mental**

Historicamente, a importância de manter o equilíbrio entre a mente e o corpo e os benefícios da atividade física tem sido destacada. Como já foi confirmado há algumas décadas, participar em atividades físicas pode ou não aumentar a expectativa de vida, mas vai melhorar a qualidade dos anos vividos (Morgan, 1997).

A atividade física é um aspecto fundamental no desenvolvimento integral das pessoas (Holt, 2016; Richards et al., 2015). A nível fisiológico, contribui para reduzir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mantém uma pressão arterial normal e previne o cancro do cólon ou diabetes. A nível psicológico, melhora o humor, aumenta a autoestima e proporciona bem-estar psicológico. Em relação ao nível social, pode aumentar a autonomia e a integração social, que são essenciais para pessoas com incapacidade. No caso de pessoas com problemas de saúde mental, torna-se uma ferramenta essencial para compensar, entre muitas outras coisas, os efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos mencionados acima.

Muitos estudos apoiam a relação direta entre atividade física e o bem-estar de pessoas com problemas de saúde mental (Boyer, Indelicato, Richardson, Churilla & Johnson, 2017; Deslandes et al., 2009; Sosso & Raouafi, 2017; Hodgson, McCulloch & Fox, 2011). Uma prova disso, e coincidindo com a 70ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde em Genebra (22-31 de maio de 2017), foi o desenvolvimento de um novo Plano de Ação Global para promover a atividade física, especialmente focado nas doenças não transmissíveis (DNTs), também conhecidas como doenças crônicas, com o objetivo de reduzir a inatividade física, um fator de risco chave para as DNTs (Foster, Shilton, Westerman, Varney & Bull, 2017).

## **MÉTODOS/ PROCEDIMENTO/ ABORDAGEM**

Os desafios que os indivíduos com doenças mentais enfrentam devem ser contextualizados. Além disso, os diferentes tratamentos farmacológicos devem ser explorados, na tentativa de descrever os efeitos colaterais que estes podem trazer. Ao mesmo tempo, os benefícios da atividade física e do exercício para compensar esses efeitos colaterais devem ser analisados. As questões acima são divididas em duas partes:

- Os efeitos colaterais de medicamentos que procuram aliviar os sintomas causados pela psicose, com especial incidência na esquizofrenia, e
- Os efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos em perturbações depressivas e ansiosas.

Por fim, iremos focar a importância da atividade física, do exercício e do desporto na recuperação ou melhoria da autoestima para pessoas com doenças mentais, como fator importante para a integração social.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

### **ATIVIDADE FÍSICA COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO/ COMPLEMENTAR À MEDICAÇÃO EM PACIENTES COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL.**

#### **Causas de problemas de saúde mental.**

As causas que originam problemas mentais são extremamente diversas e complexas:

- Fatores biológicos: Funções anormais de conexões neuronais, relacionadas com a genética, decorrentes de uma infeção que pode causar defeitos ou lesões cerebrais, lesões durante o estágio pré-natal ou devido ao abuso de substâncias. Em alguns casos, até mesmo razões nutricionais podem ser consideradas responsáveis pelo aparecimento de problemas de saúde mental.
- Fatores psicossociais: Traumas sofridos durante a infância, perda de entes queridos, negligência grave ou baixa capacidade de relacionamento com os outros.

- Fatores ambientais: situações familiares, expectativas sociais ou culturais que não correspondem à realidade. Até mesmo o uso de substâncias pelos pais pode causar problemas de saúde mental (Bhandari, 2016).

Os fatores acima referidos podem contribuir para o aparecimento de diversos tipos de doenças mentais ao longo da vida (Tizón et al., 2008). No entanto, a nossa compreensão sobre os mecanismos patológicos relacionados com os problemas de saúde mental ainda é muito limitada.

Existem muitos tratamentos, farmacológicos ou psicológicos. No entanto, ainda estamos longe de padronizar abordagens desse tipo, uma vez que os fundamentos teóricos não são claros o suficiente para serem capazes de explicar com confiança o seu impacto sobre essas pessoas. A medicação psicotrópica oferece melhorias satisfatórias para reduzir os sintomas, especialmente os sintomas positivos da maioria das doenças mentais. As intervenções psicossociais, especialmente alguns tipos específicos de psicoterapia, incluindo terapia cognitivo-comportamental e terapia cognitiva através de mindfulness (Blair Kennedy & Resnick, 2015) têm mostrado resultados satisfatórios naqueles que sofrem de depressão. No entanto, esses ensaios clínicos bem-sucedidos não resultam na recuperação total. Os sintomas residuais são bastante comuns, e muitas pessoas experimentam um retorno aos sintomas após algum sucesso inicial.

Existe a necessidade de explorar outros caminhos que possam aumentar a eficácia dos tratamentos convencionais e também compensar os seus efeitos colaterais. Nesse sentido, a atividade física e o exercício poderiam ser considerados como um desses caminhos.

### **Disfunção cerebral como base para intervenções farmacológicas**

Algumas teorias associam problemas de saúde mental com disfunções cerebrais causadas pelo ambiente (Tost, Champagne & Meyer-Lindenberg, 2015) ou por disfunções bioquímicas. Em relação a este último, uma hipótese foi desenvolvida em relação aos neurotransmissores, que podem estar envolvidos em diferentes sintomas psiquiátricos e perturbações (Lin, Lee & Yang, 2014). Esta hipótese foi considerada como a base das

intervenções farmacológicas. A serotonina e a noradrenalina estão relacionadas com a depressão e a ansiedade, enquanto que a dopamina e o N-metil-D-aspartato (NMDA) estão associados a sintomas psicóticos. Os estudos genéticos revelaram que a maioria das perturbações mentais, psicoses, perturbações bipolares e afetivas estão associadas a predisposições constitucionais que aumentam os seus riscos (Callado, Ortega & Horrillo, 2009; Jerónimo, Diego & Patricia, 2010). Muitos dos genes associados a problemas mentais estão relacionados com neurotransmissores e mecanismos imunológicos (Guillin, Abi-Dargham & Laruelle, 2007; Woo, 2014).

Estudos de neuroimagem sugerem que as estruturas cerebrais anormais são encontradas em pessoas com problemas de saúde mental. A atrofia cerebral e a dilatação ventricular são facilmente reconhecidas em diferentes formas de demência. Nas últimas décadas, tem sido demonstrado que a esquizofrenia está associada à atrofia dos lobos frontal e temporal durante os anos anteriores ao desenvolvimento da doença.

Nos últimos cem anos, o nosso conceito de doença mental evoluiu do “místico” para o psicossocial. Graças a um maior entendimento da descoberta sobre o funcionamento neurológico cerebral anormal, os clínicos ficaram mais interessados em desenvolver novos tratamentos que aliviarão os desequilíbrios do cérebro, o que dará alguma esperança para a recuperação parcial de incapacidades funcionais.

### **Atividade física como tratamento real**

A importância do exercício e da atividade física para a manutenção da boa saúde física é um facto (World Health Organization, 2016). A atividade física e o exercício também são benéficos para o bem-estar mental e podem apoiar e aliviar os sintomas das doenças mentais. Ambas as declarações estão incluídas no Plano Global para a Promoção da Atividade Física apresentado pela Organização Mundial de Saúde (Foster et al., 2017). O tópico da atividade física como um tratamento auxiliar para problemas de saúde mental nunca foi formalmente estudado; não foi argumentado e justificado e a sua conceptualização nunca constituiu um documento com diretrizes que poderia ser utilizado nas rotinas de

tratamento (Lam & Riba, 2016).

Esta falta de base científica torna a alternativa dos programas de atividade física como uma ferramenta terapêutica para complementar os tratamentos farmacológicos difíceis de serem utilizados pelos profissionais da área de saúde mental. Por outro lado, a oscilação emocional e motivacional associada a questões de saúde mental pode ser um desafio para os profissionais que procuram prescrever programas de atividade física e exercício como um tratamento complementar (Firth et al., 2016).

Também é verdade que nos últimos anos, tem havido uma tendência entre os investigadores para examinar a associação entre saúde mental e atividade física. Os mecanismos neurofisiológicos que surgem da prática de atividade física e a necessidade de compensar os efeitos colaterais farmacológicos fornecerão uma melhor compreensão dos seus possíveis efeitos.

As evidências de alterações cerebrais causadas pela atividade física regular são agora consideradas a partir de uma perspectiva de alterações na resposta fisiológica, como o aumento do fator neurotrófico produzido pelo cérebro (BDNF) durante o envolvimento. Existe um pensamento comum de que as intervenções através do exercício relatam benefícios para o cérebro a nível estrutural e de conectividade. As novas técnicas neurocientíficas estão a dar uma nova dimensão a este tópico, adicionando rigor científico às propostas que consideram o exercício como uma estratégia de tratamento para a doença mental (Lam & Riba, 2016).

A base do tratamento farmacológico é compensar os desequilíbrios na função do sistema nervoso central: a capacidade de bloquear os receptores de dopamina, pois uma quantidade elevada dessa substância pode produzir alucinações e delírios. Desta forma, o tratamento farmacológico ajuda a organizar o pensamento, prevenir recaídas e atua como um filtro para evitar o excesso de informação que passa de um neurónio para outro no cérebro. A evidência de que a atividade física regular pode causar algumas alterações no cérebro (Clow & Edmunds, 2014) permitirá o seu uso combinado com tratamentos farmacológicos para obter resultados mais eficazes e, o que é mais importante, aumentar a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental.

Antes de delinear um programa de atividade física e informar os pacientes sobre isso, os

profissionais que trabalham na área de saúde mental e os serviços sociais devem receber diretrizes que considerem o programa de atividade física mais adequado em relação aos sintomas do paciente e aos efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos experienciados. Essas informações podem ser fornecidas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, produzindo um sistema conceptual que pode orientar profissionais e pacientes.

### **Atividade física para indivíduos com perturbações depressivas e do humor**

Currently, Atualmente, as perturbações de depressão e ansiedade são muito comuns em quase todos os ambientes comunitários. Os sintomas causam uma disfunção psicológica significativa e limitações ocupacionais. Em muitos casos, até impedem qualquer tipo de contribuição, não só na produtividade no trabalho, mas também numa esfera mais pessoal, como durante o estabelecimento relações pessoais. A gestão desses desafios requer uma abordagem multidisciplinar, em que a atividade física tem um papel muito importante a desempenhar.

Por muitas décadas, a medicação e as intervenções psicológicas ganharam popularidade e foram reconhecidos como o principal tratamento para doenças mentais. No entanto, existe espaço para melhorias e oportunidade de incluir intervenções desportivas e de atividade física.

Após a prática de atividades físicas, podem ser produzidos efeitos ansiolíticos muito significativos (Bailey, Hetrick, Rosenbaum, Purcell & Parker, 2017; Wegner et al., 2014); podem acalmar a ansiedade por meio de adaptações comportamentais, regulações autonómicas, apoio social e alterações neurofisiológicas, todas bem documentadas na literatura. (Ströhle, 2009).

A eficácia das novas modalidades de atividade física para tratar diferentes estados de ansiedade e depressão está a ser testada, especialmente baseada nos chamados exercícios de corpo-mente (Lee, 2007) e exercícios baseados em técnicas de respiração. É amplamente reconhecido que o exercício aeróbico melhora o estado mental e desencadeia a felicidade, uma vez que foi apoiado pela evidência de alterações neurofisiológicas (Broman-Fulks & Storey, 2008; Bailey et al., 2017). Baron e colegas

(ano) recolheram vários estudos de caso para demonstrar como o exercício pode ter efeitos terapêuticos no humor dos pacientes e em diferentes contextos clínicos (Lam & Riba, 2016). Stilger et al (2016) também explicam os resultados da combinação de tratamentos farmacológicos, psicoterapêuticos e exercícios para melhorar o curso dos sintomas depressivos (Stilger, Franklin, Trivax & Vanhecke, 2016).

A depressão pode agravar ou afetar o prognóstico das condições cardiovasculares. A gravidade da doença piora significativamente, dificulta a reabilitação e está associada a uma mortalidade maior e significativa (Bradley & Rumsfeld, 2015). Se acrescentarmos a isso os efeitos colaterais dos medicamentos usados para tratamento, o risco para os pacientes aumenta. O exercício proporciona uma ponte terapêutica muito útil para que tanto a depressão quanto as doenças cardiovasculares tenham uma opção de tratamento versátil.

A duração e a intensidade do exercício físico aeróbico para produzir efeitos antidepressivos ainda não estão claras. Para explorar esta questão, um estudo comparou o efeito de doses mais altas versus doses mais baixas de exercício sobre o humor deprimido e outros sintomas associados (Rethorst, Wipfli & Landers, 2009). A análise aprofundada dos diferentes resultados clínicos enfatizou que as características individuais, incluindo a história familiar de depressão e condições físicas, são fatores-chave a serem considerados no momento para planejar o tratamento adequado.

O tratamento da Perturbação Depressiva Maior em jovens ou adolescentes apresenta ainda mais complicações. A combinação de atividade física ou desporto com tratamento farmacológico pode-se tornar um ativo importante. Em primeiro lugar, para os jovens, exercício e desporto são opções mais atraentes do que outros tipos de terapias. Dopp et al (2012), por exemplo, afirmaram que a atividade física e o desporto promovem o empowerment e a autoestima, reforçando desta forma evidências comparáveis a outros tipos de terapias para jovens com Perturbação Depressiva Major (Dopp, Mooney, Armitage & King, 2012).

Para resumir, existem evidências suficientes que começam a contemplar a possibilidade de tratar os sintomas depressivos e de compensar os efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos, através do envolvimento em desporto, atividade física e exercícios.

## **Atividade física como intervenção na esquizofrenia e psicose relacionada.**

A esquizofrenia é uma das maiores doenças incapacitantes em adultos. Os sintomas positivos, especialmente as alucinações visuais e auditivas (paracusia), são os principais sintomas dos pacientes (Ali et al., 2011). Os atuais tratamentos farmacológicos para a gestão dos sintomas positivos são eficazes. No entanto, eles também podem levar a uma incapacidade de autorregulação e problemas cognitivos, que em alguns casos, geralmente em pessoas com condições crônicas, causam a perda de força de vontade. Isso pode limitar o seu processo de recuperação juntamente com a sua participação social (Lam & Riba, 2016). Infelizmente, com os tratamentos atualmente disponíveis, baseados principalmente em medicamentos e psicoterapia, não podemos evitar os efeitos colaterais mencionados acima. Várias tentativas foram feitas para mitigar os défices cognitivos e motivacionais em pessoas que sofrem de esquizofrenia, mas o sucesso tem sido muito limitado até ao momento.

Para além dos efeitos colaterais cognitivos e motivacionais, há também a necessidade de abordar os efeitos metabólicos e o ganho de peso dos pacientes. O planeamento de tratamentos novos e alternativos para mitigar os efeitos colaterais é cada vez mais uma prioridade, que pode ser abordada, entre outros, através da atividade física. Existem evidências que sugerem que o exercício aeróbico nas fases iniciais da doença pode reduzir os efeitos colaterais no nível metabólico (Aguirre-Urdaneta, Rojas-Quintero & Lima-Martinez, 2012; Mitchell et al., 2013; Yogaratnam, Biswas, Vadivel & Jacob, 2013). O exercício aeróbico parece desencadear alterações cerebrais e tem o poder de ajustar as respostas neuroprotetoras, promovendo a neurogénese no hipocampo e recalibração da resposta de neuroplasticidade (Clow & Edmunds, 2014). Essas alterações cerebrais podem ajudar o paciente a gerir alguns dos sintomas do seu estado de saúde mental e a aliviar os efeitos colaterais da medicação.

Vários estudos também identificaram efeitos positivos da atividade física para mitigar alguns sintomas da esquizofrenia. Esses estudos concentram a sua atenção nas alterações cerebrais tanto a nível estrutural quanto a nível funcional (Malchow et al., 2015).

Como mencionado anteriormente, a



combinação de atividade física com outros tratamentos para promover a recuperação é mais eficaz quando aplicada na primeira fase da doença, quando não é crónica e com indivíduos mais jovens. Os profissionais que trabalham no campo médico/ social podem precisar de um sistema detalhado que lhes forneça as informações necessárias para planejar o programa desde o início e os passos necessários a serem seguidos.

Chen e Lee (2011) documentaram as suas próprias experiências, usando a atividade física com jovens que experienciaram os seus primeiros episódios psicóticos. Eles discutiram os desafios de realizar a implementação de um programa de atividade física neste grupo com resultados muito encorajadores. Eles chamaram o programa HONG KONG FITMID para pessoas na fase de recuperação de episódios psicóticos. Este programa forneceu aos profissionais orientações detalhadas e limitações da atividade física como um tratamento alternativo para jovens que vivem na comunidade e que se encontram em recuperação do primeiro episódio psicótico (Lam & Riba, 2016).

A maioria das pesquisas e artigos científicos explorou os efeitos do exercício aeróbico no bem-estar geral, mas há menos evidências disponíveis para outros tipos de exercício e muito pouco sobre a atividade física para pessoas com problemas de saúde mental. Apesar das origens espirituais, o yoga, o tai chi e a meditação têm sido práticas comuns nas comunidades asiáticas para melhorar a saúde e gerir o stress. Este grupo de atividades são geralmente conhecidas como exercícios mente-corpo, com três elementos centrais: respiração, movimentos coordenados e meditação (Wei, Si & Tang, 2017). Os exercícios mente-corpo frequentemente aumentam a percepção de si mesmo e a compreensão das sensações mais subtis do corpo (propriocepção). Estudos recentes acrescentaram uma dimensão empírica à eficácia desses exercícios mente-corpo para gerir os sintomas psicossomáticos em pessoas com problemas de saúde mental (Wei et al, 2017). A evidência atual dos efeitos do yoga foi revista a partir de uma perspectiva terapêutica (Varambally & Gangadhar, 2012) e os resultados até agora mostraram que a prática de yoga pode ajudar a gerir problemas cognitivos e de humor associados à esquizofrenia. No entanto, os autores mencionaram que as práticas meditativas de yoga não podem ser generalizadas.

Existem diretrizes disponíveis sobre como motivar os pacientes para o envolvimento em atividades físicas e como tornar o envolvimento sustentável por um longo período de tempo. À medida que o interesse e a experiência dos profissionais aumentam, serão mais capazes de antecipar mais cedo, enfrentar desafios e ajustar os tratamentos com base nas necessidades dos pacientes.

## **CONCLUSÕES/ IMPLICAÇÕES/ RECOMENDAÇÕES**

De salientar que o uso de atividade física e exercício em combinação com outros tipos de tratamentos, incluindo farmacológicos ou psicoterapêuticos, é cada vez mais aceite pelos profissionais de saúde mental. A prova disso são os inúmeros estudos e artigos que estão disponíveis ou estarão disponíveis em breve, que exploram este tópico e destacam os benefícios da atividade física em pacientes que sofrem de problemas de saúde mental.

Os benefícios identificados por estas pesquisas são:

- A atividade física ajuda a manter sob controlo os efeitos colaterais negativos da medicação (por exemplo, obesidade, síndrome metabólica, diabetes).
- A atividade física reduz a ansiedade e os comportamentos depressivos, facilita as interações sociais e os ajustes psicossociais. A redução dos sintomas negativos promoverá o envolvimento ativo dos pacientes na terapia e a sua respetiva eficácia.
- A atividade física e o desporto são considerados mais atrativos do que os tratamentos clássicos, mais motivadores e estimulantes, e são um fator importante de sucesso quando se trabalha com jovens ou adultos com problemas de saúde mental.

A atividade física e o desporto são socialmente valorizados, o que também promove a inclusão social e a participação na comunidade. Além disso, o acesso a recursos públicos para a prática de desporto e atividades físicas é cada vez mais ampliado. O acesso aos recursos públicos facilitará a visibilidade, reduzirá o estigma social e promoverá a prática de uma ampla variedade de atividades a um custo muito baixo.

Ao planejar a atividade física ou desporto

como um tratamento alternativo, os profissionais devem ter em conta as necessidades, tratamentos farmacológicos, sintomas para abordar, condição física, contexto, interesses, ambiente, etc. de cada indivíduo. Felizmente, existe uma grande variedade de atividades físicas e desporto, portanto, ajustar o programa às necessidades do paciente dependerá apenas do conhecimento, criatividade e recursos disponíveis do profissional.

Ao contrário das terapias farmacológicas e psicoterapêuticas, que geralmente têm limite de tempo - especialmente em desafios de saúde mental associados a depressão, ansiedade e perturbações de humor - a atividade física e o exercício podem-se tornar um componente integral de um estilo de vida saudável e podem continuar mesmo quando certas questões de saúde são superadas. A atividade física pode tornar-se um tratamento, mas também é um modo de vida para manter uma saúde física e mental adequada.

Mesmo assim, existe a necessidade de produzir, implementar políticas e delinear programas dentro de um sistema comum. Esse sistema comum pode auxiliar profissionais a aplicarem, de forma constante, a atividade física e o desporto como alternativa ou

tratamento adequado para indivíduos com doença mental.

Para além disso, os profissionais com formações diferentes podem atuar como membros de uma equipa interdisciplinar, na tentativa de maximizar os resultados do seu trabalho. As equipas irão incorporar uma variedade de especialistas, como profissionais da área de atividade física e desporto, profissionais dos serviços sociais e profissionais da área de saúde mental. Esses profissionais trabalharão em diversos aspetos relacionados com a promoção da autonomia pessoal, a adesão aos tratamentos farmacológicos e o ajuste social e integração das pessoas que vivem com os desafios da saúde mental.

Com base nas evidências disponíveis, torna-se essencial a realização de mais pesquisas e a produção de evidências científicas para a relação entre atividade física, exercício ou desporto e problemas de saúde mental. As novas abordagens podem considerar o impacto da atividade física numa esfera mais social, o que é extremamente importante para promover a recuperação, em vez de se concentrar apenas nos aspetos fisiológicos das intervenções farmacológicas comuns.

## REFERÊNCIAS

- Aguirre-Urdaneta, M. a., Rojas-Quintero, J. J., & Lima-Martínez, M. M. (2012). Actividad física y síndrome metabólico: Citius-Altius-Fortius. *Avances En Diabetología*, 28(6), 123-130.
- Ali, S., Patel, M., Avenido, J., Bailey, R. K., Jabeen, S., & Riley, W. J. (2011). Hallucinations: Common features and causes. *Current Psychiatry*, 10(11), 22-29.
- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R., & Parker, A. G. (2017). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1-20. doi:10.1017/S0033291717002653
- Barton, J., & Rogerson, M. (2017). The importance of greenspace for mental health. *BJPsych International*, 14(4), 79-81.
- Bhandari, S. (2016). Causes of Mental Illness. *WebMD*. Retrieved from <https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-causes-mental-illness#1>
- Blair Kennedy, A., & Resnick, P. B. (2015). Mindfulness and Physical Activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 221-223.
- Boyer, W. R., Indelicato, N. A., Richardson, M. R., Churilla, J. R., & Johnson, T. M. (2017). Associations between mental distress and physical activity in US adults: a dose-response analysis BRFSS 2011. *Journal of Public Health*, 1-6. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox080>
- Bradley, S. M., & Rumsfeld, J. S. (2015). Depression and cardiovascular disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25(7), 614-622
- Broman-Fulks, J. J., & Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2), 117-128.
- Callado, L. F., Ortega, J. E., & Horrillo, I. (2009). Bases neurobiológicas de la depresión. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, 16(8), 835-838.
- Cano, A.I., García, A. E., Zurbano, S.L., Ajona, A.F., Arenaza, J.G., Ocerinjauregui, B. A., &



- Arrillaga, A.M.G.P.(2014). Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 95-101.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia Psicológica*. 35(1), 111-114
- Chen, E. Y., Tang, J. Y., Hui, C. L., Chiu, C. P., Lam, M. M., Law, C. W., ... & Chan, K. P. (2011). Three year outcome of phase specific early intervention for first episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 315-323.
- Clinic Mayo, S. (2016). Antidepressants: get tips to cope with side effects. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/indepth/antidepressants/art-20049305?pg=1>
- Clow, A., & Edmunds, S. (2014). Physical Activity and Mental Health. *Human Kinetics*. Leeds. UK.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., ... Laks, J. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.
- Dopp, R. R., Mooney, A. J., Armitage, R., & King, C. (2012). Exercise for adolescents with depressive disorders: A feasibility study. *Depression Research and Treatment*, 2012, 257472257481
- Ekkekakis, P. (2013). *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health*. Abingdon. Routledge..
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI antidepressant medications: adverse effects and tolerability. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 22-27.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Foster, C., Shilton, T., Westerman, L., Varney, J., & Bull, F. (2017). World Health Organisation to develop global action plan to promote physical activity: time for action. *Br J Sports Med* Published Online First: 19 July 2017. doi: 10.1136/bjsports-2017-098070
- Fox, K. R., Biddle, S. J. H., Fox, K. R., & Boutcher, S. H. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. *Physical Activity and Psychological Well-Being*, 13, 81-118.
- Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. J., Pühse, U., Elliot, C., ... Brand, S. (2012). Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 35-42.
- Guillin, O., Abi-Dargham, A., & Laruelle, M. (2007). Neurobiology of Dopamine in Schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, 78, 1-39. DOI:10.1016/S0074-7742(06)78001-1
- Hibbert, C., & Rothschild, B. (2016). 8 Keys to Mental Health Through Exercise. New York. W. W. Norton, Incorporated.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29.
- Holt, N. L. (2016). *Positive youth development through sport*. Abingdon. Routledge.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Ballon, J. S., Castrén, E., & Sloan, R. P. (2017). Aerobic Exercise Training in People with Schizophrenia: Neural, Cognitive, and Functional Benefits. *Biological Psychiatry*, 81(10), S162-S163.
- Lam, L. C., & Riba, M. (Eds.). (2016). *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. Cambridge University Press.
- Landolfi, E. (2013). Exercise addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111-119.
- Lauer, H. (2006). *The new Americans: defining ourselves through sports and fitness participation*. Fort Mill. American Sports Data, Inc.
- Lee, E.-K. O. (2007). Mind—Body—Spirit Practice and Perceived Self-Efficacy for Mental Health Promotion: An Exploratory Study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(3), 35-47.
- Lin, S.H., Lee, L.T., & Yang, Y.K. (2014). Serotonin and mental disorders: a concise review on molecular neuroimaging evidence. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(3),

196–202.

- Malchow, B., Keller, K., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., Falkai, P. (2015). Effects of Endurance Training Combined with Cognitive Remediation on Everyday Functioning, Symptoms, and Cognition in Multiepisode Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 847–858.
- Medina, J., & García de León, M. (2004). Efectos secundarios de los antidepresivos. *Vigilia-Sueño*, 16(supl. 1), 48–57.
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., Van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 306–318.
- Morgan, W. P. [Ed]. (1997). Physical activity and mental health. New York. Taylor & Francis
- OMS. (2013). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Who. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
- OMS. (2016). Actividad física. Oms. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Pickett, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2017). “A forward movement into life”: A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 100 - 109
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The Antidepressive Effects of Exercise. *Sports Medicine*, 39(6), 491–512
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(1), 53 <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1391-4>
- Saiz Ruiz, J. Sánchez, V., Diego C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235–254
- Sosso, F. A. E., & Raouafi, S. (2017). An Overview of Positive Interaction between Exercise and Mental Health. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 8(4), 215
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777–784.
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., ... Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27–58
- Tost, H., Champagne, F. A., & Meyer-Lindenberg, A. (2015). Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1421–1431.
- Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2012). Yoga: A spiritual practice with therapeutic value in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 186–189.
- Verde, L (2005). Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental. Bruselas. *Comisión de las Comunidades Europeas*.
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A., Arias-Carrion, O., & Budde, H. (2014). Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(6), 1002–1014.
- Wei, G.-X., Si, G., & Tang, Y.-Y. (2017). Editorial: Brain-Mind-Body Practice and Health. *Frontiers in Psychology*, 8, 1886. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01886>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2) : e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- WHO. (2005). Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. Report from the World Health Organisation. *European Ministerial Conference on Mental Health*, Helsinki, Finland, January 2005.
- Woo, T. U. W. (2014). Neurobiology of schizophrenia onset. In: Andersen S., Pine D. (eds) *The Neurobiology of Childhood*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 16. Springer, Berlin, HeidelbergWorld Health Organization. (2009). Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneve. World Health Organization.
- Yogarathnam, J., Biswas, N., Vadivel, R., & Jacob, R. (2013). Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications-an updated review. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23(1), 21–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23535629>



## 10

# ATIVIDADE FÍSICA PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA MENTAL: NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

## AUTORES:

**Stefania Giambelluca**, *Project Manager, European Cooperation Department, CESIE- Expert in Mental Health*  
**Irene Pizzo**, *Adult & School Units Coordinator, CESIE- Expert in Life Long Learning and Entrepreneurship*



## INTRODUÇÃO

Atualmente, o benefício do exercício e da atividade física (AF) na saúde é amplamente aceite pelas autoridades médicas em todo o mundo (WHO, 1995). De facto, a relação positiva entre exercício e AF na saúde, em adultos e crianças, tem sido bem documentada em vários estudos. Revisões sistemáticas e meta-análises demonstraram que estes melhoraram a função cardiovascular das crianças, o desenvolvimento músculo-esquelético, bem como a saúde mental (Janssen & LeBlanc, 2010). Os efeitos positivos das diferentes atividades físicas são reconhecidos nas questões de saúde mental. O exercício é recomendado como tratamento adjuvante e medida preventiva contra a depressão. Carless and Douglas (2010) referem que, até o momento, a literatura sobre AF e saúde mental tem fracassado em grande

parte ao abordar o potencial de recuperação num sentido amplo, humanista e positivo. Eles também afirmam que a pesquisa existente no campo fornece pouca visão teórica sobre os efeitos da AF nas condições de saúde mental (Carless & Douglas, 2010). Além disso, os prestadores de serviços de saúde mental não conseguiram integrar AF no aconselhamento e tratamento de indivíduos com uma variedade de doenças mentais.

Embora a utilização da AF como parte do tratamento em ambientes de cuidados de saúde seja de suma importância, tais práticas continuam a ser negligenciadas e subutilizadas (Clow & Edmunds, 2014). Os profissionais de saúde não podem continuar a ignorar as crescentes evidências que unem a inatividade física e a saúde precária. Na verdade, eles precisam de discutir a possibilidade de desenvolver um sistema de saúde que apoie

pacientes fisicamente ativos. Pesquisas recentes provam a utilidade da AF como uma estratégia preventiva alternativa que pode ser utilizada em tratamento suplementar ou complementar para doenças mentais (Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014). No entanto, alguns médicos resistiram em utilizar o exercício como alternativa para medicação, pois acreditam que isso não tem qualquer efeito no comportamento do paciente (Sallis, 2011). Este argumento, além do que Clow e Edmund's (2014) descrevem como falta de conhecimento, leva à seguinte pergunta: como podem clínicos, profissionais e pesquisadores investigar e fornecer conselhos práticos sobre o efeito da AF no tratamento da saúde mental?

A combinação de resultados baseados em conhecimento e evidências ajudará formadores e profissionais a compreender a importância da AF e do exercício como uma ferramenta no tratamento de condições de saúde mental.

## DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

### Âmbito

O documento político contribuirá e ajudará os profissionais de educação física e saúde mental a compreender o impacto positivo da AF na saúde mental. E também, aumentará o conhecimento prático dos profissionais em relação às práticas disponíveis e como usá-las na prática.

Existe uma lacuna entre evidências de pesquisas que apoiam o uso da atividade física em contextos de saúde mental e a inclusão do aconselhamento na atividade física (Biddle & Mutrie, 2008). Olofsgard (2009) identificou quatro fatores-chave que afetam a decisão dos clínicos de incorporar AF ao aconselhamento (1) nível pessoal de AF, (2) conhecimento de AF, (3) atitude em relação à utilização da AF na prevenção e tratamento de doenças mentais, (4) e ainda, a frequência e comportamento associados ao aconselhamento de AF. Correlações sugeriram que os clínicos que classificaram níveis altos nos quatro fatores-chave foram mais propensos a utilizar o aconselhamento da AF com seus pacientes.

Para integrar a AF no tratamento da doença mental é necessário analisar as experiências existentes e entender o seu potencial. O presente documento procura explorar as necessidades de treino dos profissionais de educação física e saúde mental, de modo a permitir que eles

abordem a prática de AF e exercício com seus pacientes. Devido à extensão da pesquisa que comprova a associação positiva entre a AF e o bem-estar mental, é vital que os profissionais e formadores sejam educados e preparados para incorporar o AF e o exercício no tratamento da saúde mental. Portanto, em primeiro, é preciso entender e recolher informações sobre essas práticas e posteriormente descrevê-las de modo a ajudar os terapeutas a alcançar tais objetivos.

Investigadores descreveram os métodos pelos quais o exercício pode ser usado para atender as necessidades únicas da população que sofre de doença mental. Estudos com foco em medidas de resultados psicológicos podem fornecer maior evidência para uso em ambientes terapêuticos (Alexandratos, Barnett & Thomas, 2012). Likewise, Curran et al. (2016) alegaram que deve ser adotada uma abordagem mais estratégica para trabalhar com o Plano de Saúde Mental, de modo a fornecer aos necessitados o acesso a intervenções com elevada qualidade.

## MÉTODOS / PROCEDIMENTO / ABORDAGEM

A fim de atender às necessidades de formação dos profissionais e incorporar a AF no tratamento da saúde mental, este documento concentra-se nas experiências dos profissionais no campo, analisando as suas histórias e desafios. Além disso, fornece descrições das práticas atuais e destaca formas de transferir o conhecimento reunido no campo em conselhos pragmáticos aplicáveis na prática diária. São dadas informações e recomendações práticas para organizar programas de exercícios direcionados à melhoria da qualidade de vida das pessoas com condições de saúde mental.

## LITERATURE REVIEW

Sallis (2011) afirmou que temos um longo caminho a percorrer para desenvolver um sistema de saúde que apoia pacientes ativos. Há uma necessidade de conectar melhor a indústria de fitness com o setor de saúde. Como o aumento de doenças crônicas associadas à inatividade está a evoluir a um ritmo impressionante, os profissionais de saúde não

podem ignorar mais a relação entre inatividade física e problemas de saúde. Sallis (2011) considerou que os médicos têm o dever de avaliar os hábitos de exercício de cada paciente e garantir que eles compreendam os riscos da saúde associados a inatividade. Portanto, os médicos são recomendados a explorar formas práticas de ajudar os pacientes a superar as barreiras e realizar prescrições de exercícios, como encaminhar para profissionais de fitness.

Szuhanly et al (2014) descrevem as intervenções de exercício como uma forma nova e eficaz de tratamento alternativo para indivíduos que sofrem de perturbações de humor e ansiedade. Várias revisões e meta-análises sugerem que o exercício pode servir como um tratamento acessível e de baixo custo para indivíduos que sofrem de problemas de saúde mental.

Apesar da forte evidência em favor do exercício como tratamento viável para perturbações mentais, Walsh (2011) verificou que o tópico do exercício raramente é abordado em psicoterapia, apenas 10% dos profissionais de saúde mental recomendam isso. Hirschfeld (2011) identificou algumas barreiras que desincentivavam os terapeutas de recomendar e abordar o exercício com seus pacientes. Por exemplo, alguns terapeutas questionam a eficácia do exercício na prática. Outros descobriram que, mesmo aqueles que mantiveram uma atitude favorável em relação ao exercício, podem não recomendá-lo devido a outros fatores, como acreditar que está fora do domínio da psicoterapia (Faulkner & Biddle, 2001). Alguns pesquisadores descobriram que os terapeutas não falam sobre o exercício com clientes porque ignoram parcialmente os efeitos do exercício em perturbações psicológicas (Faulkner & Biddle, 2001). As barreiras que inibem os psicoterapeutas de abordar o tópico do exercício em terapia são: o tempo limitado, as crenças sobre psicologia que pertencem mais à mente do que ao corpo, e as crenças de não-adesão dos clientes (Faulkner & Biddle, 2001; McEntee & Halgin, 1999).

Hitschfeld (2011) e Olofsgaard (2009) afirmaram que há uma relação positiva entre o nível pessoal de AF dos profissionais de saúde e sua disposição de abordar o exercício com os pacientes. Na verdade, os terapeutas que se envolvem pessoalmente em mais exercícios terão maior probabilidade de ter essa conversa com seus clientes. Além disso, os terapeutas que têm atitudes mais positivas em relação

à utilização de exercícios para tratar ou prevenir perturbações psicológicas serão mais propensos a abordar o exercício na terapia. Aqueles que estão mais informados sobre os benefícios do exercício serão mais propensos a abordar o exercício com os clientes (Hitschfeld, 2011).

Biddle e Mutrie (2008) investigaram os determinantes, o bem-estar e as intervenções que usam a AF no tratamento de condições de saúde mental. Eles relataram que existe uma clara necessidade de pesquisas na área de modo a apoiar as alterações comportamentais de longo prazo e estratégias específicas de prevenção de recaídas para exercício e atividades físicas. Também descreveram a necessidade de investigadores e profissionais trabalharem juntos, aplicar evidências na prática e explorar diferentes e novas formas para entregar as mensagens, como tecnologia da informação, videoconferência e contato telefônico. No entanto, os investigadores sugeriram que eles ainda estão a tentar convencer alguns profissionais de saúde e investigadores sobre os benefícios da AF. Biddle e Mutrie (2008) alegaram que são necessárias perguntas e projetos de pesquisa mais inovadores e criativos, bem como a necessidade de estudar diversos grupos, populações e condições.

Em 2011, Carlson e Bourd aprofundaram o conceito de aconselhamento sobre atividade física descrevendo o uso de 5 passos: avaliar, aconselhar, concordar, auxiliar e organizar, pois a abordagem visa enfatizar a escolha e a autonomia do paciente. Os autores relataram que os passos são os seguintes:

Passo 1: Avaliar os níveis de AF dos pacientes (incluindo a duração em minutos da atividade que eles realizam por semana), os riscos da saúde dos pacientes, a capacidade dos pacientes de participar na AF (discutir as dificuldades e desafios) e também a sua disposição de mudar de AF.

Passo 2: Informar sobre os riscos, benefícios para a saúde pessoal e os princípios do FITT (frequência, intensidade, tipo e tempo). Isso deve ser feito com uma mensagem personalizada e adaptada ao estágio de mudança dos pacientes, lembrando sempre as diretrizes. Além disso, sessões mais curtas são importantes para pacientes previamente sedentários.

Passo 3: Concordar com metas e desenvolver um plano de ação. Os pacientes



estão envolvidos no processo de estabelecer metas específicas e concretas. Eles podem receber uma folha de planejamento de metas semanais, programar e anotar suas metas para aumentar a probabilidade de sucesso.

Passo 4: Auxiliar na superação de barreiras e vinculação com recursos da comunidade, fornecer aos pacientes uma lista de recursos ativos locais: academias comunitárias, grupos de caminhada, parques etc.

Passo 5: Organizar a avaliação de acompanhamento, feedback e suporte. O acompanhamento pode ser um telefonema, um postal ou uma carta. O objetivo deve ser construir níveis de atividade recomendados para benefícios de saúde mental e enfatizar a importância da atividade continuada.

Os seguintes elementos podem ser essenciais para um programa bem-sucedido de atividade física:

- Programas que fornecem prescrições de exercícios ou mensagens motivacionais em forma impressa ou por computador, são mais eficazes do que o aconselhamento presencial sozinho.
- Os participantes precisam estabelecer metas e fazer o autocontrole das conquistas para mudar seu comportamento - usar, por exemplo, dispositivos de monitoração diários, como pedômetro e monitores de frequência cardíaca. O feedback é um componente crítico da auto-monitorização e da auto-regulação.
- As instalações precisam aproveitar as "oportunidades de atenção e reconhecimento individualizados".
- Pessoas com conhecimento e entusiastas da atividade física são tão importantes quanto o programa de exercícios reais.
- Diminuir o risco percebido de lesão pode melhorar a participação

[http://www.mindingourbodies.ca/about\\_the\\_project/literature\\_reviews/physical\\_activity\\_and\\_mental\\_health](http://www.mindingourbodies.ca/about_the_project/literature_reviews/physical_activity_and_mental_health).

No Reino Unido, os clubes de futebol profissional estão a ser usados como cenários para o desenvolvimento de intervenções que promovem a saúde mental de várias maneiras, incluindo: (i) o desenvolvimento de intervenções de AF para melhorar a saúde mental da população em geral, (ii) o desenvolvimento de intervenções de AF para pessoas que sofrem de doença mental, e (iii) a prestação

de serviços comunitários de saúde mental dentro do próprio clube de futebol. Curran et al (2017) sugeriram que os clubes de futebol profissional podem ajudar a facilitar o acesso aos serviços de saúde mental, particularmente entre os jovens, para quem o acesso a esses serviços pode ser altamente estigmatizado. Os resultados também destacaram que tais intervenções têm um impacto positivo na saúde. Essas intervenções podem ser percebidas como grandes oportunidades, mas as agências de financiamento e os comissários devem fornecer recursos adequados, tanto humanos quanto financeiros, para um efetivo desenvolvimento e avaliação. Os investigadores sugeriram que uma abordagem mais estratégica para trabalhar na agenda da saúde mental deve ser adotada. Eles alegaram que mudanças nas práticas permitiriam aos clubes de futebol profissional oferecer acesso a intervenções de alta qualidade para indivíduos com doenças mentais.

## RESULTADOS:

Em suma, a pesquisa sugere que ainda existem barreiras para incorporar o exercício e AF na psicoterapia. De facto, apenas 10% dos profissionais de saúde mental recomendam AF e exercícios para os seus clientes (Walsh 2011), uma vez que muitos deles acreditam que a psicologia pertence mais à mente do que ao corpo. A atividade física, portanto, ainda está fora do campo da psicoterapia (Faulkner & Biddle, 2001; Mc Entee & Halgin, 1999). Além disso, há uma falta de conhecimento sobre os efeitos e impacto da AF em várias perturbações psicológicas (Faulkner & Biddle, 2001). Ao mesmo tempo, a necessidade de apoiar a pesquisa tem sido relatada entre os profissionais de saúde mental que estão mais bem informados sobre os benefícios da AF e, portanto, desejam abordar o exercício com os clientes (Biddle & Mutrie 2008), sustentar alterações de longo prazo nos comportamentos ligados ao exercício e desenvolver estratégias específicas de prevenção de recaídas através de exercícios e AF.

## CONCLUSÕES / IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES

Ao longo desta revisão, foram evidentes duas questões principais em relação às necessidades de treino dos profissionais dos setores de educação física e saúde mental.

O primeiro ponto é que, tal como Walsh (2011) destacou, apenas 10% das profissões de saúde mental recomendam AF aos seus clientes, pois pensam que o corpo não está tão conectado à psicologia. Como a importância da atividade física foi abordada neste artigo, e os profissionais parecem menos propensos a recomendar atividade física aos seus pacientes, é de grande importância consciencializar os profissionais de saúde mental sobre a atividade física e seus benefícios.

O segundo ponto que gostaríamos de abordar é que, muito poucos programas educacionais oferecem treino a profissionais do setor de educação física e saúde mental. Essa falta de programas educacionais e/ou treinos

profissionais contribuem para que não existam profissionais suficientes com as competências técnicas e profissionais necessárias para trabalhar efetivamente com pessoas com problemas de saúde mental. Portanto, esta limitação deve ser levada em consideração no respetivo campo de conhecimento, e devem ser criados programas curriculares em universidades ou outras organizações educacionais a fim de preencher a lacuna e melhorar os esquemas de tratamento eficazes de indivíduos com problemas de saúde mental.

De um modo geral, em muitos aspectos, as relações entre o sistema de saúde e o setor desportivo devem ser melhoradas, uma vez que ainda é raramente prescrito em terapia. O objetivo principal é promover o uso do exercício no tratamento da saúde mental como uma forma nova e eficaz de tratamento para indivíduos que sofrem de perturbações de humor, ansiedade e doenças mentais em geral.

## REFERÊNCIAS

- Biddle, S. H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Biddle, S. J. H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London, UK: Routledge.
- Carless, D., & Douglas, K. (2010). *Sport and physical activity for mental health?* Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Carlson, A.M. & Bourd, R.J. (2011). *Counseling on physical activity to promote mental health. Practical guidelines for family physicians*, Can Fam Physician, 57 (4):399-401
- Clow, A. & Edmunds, S. (2013). *Physical Activity and Mental Health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Curran, K., Rosenbaum, S., Parnell, D., Brendon, S., Pringle, A., & Hargreaves, J. (2016). *Tackling mental health: the role of professional football clubs*. Sport in Society, 20(2), 281-291.
- Hitschfeld, M. (2011). *Addressing exercise in therapy: Therapists' personal exercise habits, attitudes, knowledge, and perceived barriers to addressing exercise with clients*. Fall Edmonton, Alberta: Fall.
- Lam, L.C.W. & Riba, M. (2016). *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Lawrence, D. & Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*, London, UK: A&C Black.
- McEntee, D.J. & Halgin, R.P. (1999). *Cognitive group therapy and aerobic exercise in the treatment of anxiety*. Journal of College Student Psychotherapy. Volume 13, 1999 - Issue 3
- Olofsgard, M. J. (2009). *Physical activity counseling and prescription in psychiatry: Swedish mental health professionals' clinical practices, attitudes, and knowledge*. Stockholm University, 1992
- Probst, M. & Carraro, A. (2014). *Physical activity and mental health: A practice-oriented approach*. Milano, Italy: Edi.ermes
- Sallis, R. (2011). *Developing healthcare systems to support exercise: Exercise as the fifth vital sign*. British Journal of Sports Medicine, 45, 473-474.
- Smits, J. A. & Otto, M. W. (2009). *Exercise for mood and anxiety disorders*. New York, NY: Oxford University Press.



## 11

# DESPORTO E SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE ENSINO NORMAL

AUTOR:

**Maria Rita Bracchini**, *Economist, Expert in economy of the education and EU projects Manager*



## INTRODUÇÃO

O Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), assinado pelos representantes de 61 Estados, indica que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

A OMS (2010) identificou a inatividade física como o quarto fator de risco para mortalidade global, provocando 6% dos casos de doença coronária, 7% de diabetes tipo 2, 10% de cancro de mama, 10% de cancro de cólon, e assim causando cerca de 3,2 milhões de mortes anuais no mundo. Evidências científicas mostram os principais efeitos benéficos da atividade física na saúde e no bem-estar psicológico. Apesar da evidência e do conhecimento sobre as ligações entre atividade física e saúde, muitos jovens europeus são inativos ou insuficientemente ativos. Especificamente, dados recentes (Special Eurobarometer, 2014) indicam que 80% dos adolescentes europeus são insuficientemente ativos. Os resultados do inquérito Eurobarometer 2017 sobre desporto e atividade física confirmaram as persistentes

taxas elevadas de inatividade física na União Europeia já mencionadas no inquérito de 2014. Um estudo 2015 sobre o custo económico de inatividade física (CEBR Centre for Economics and Business Research, 2015) mostrou que esta atividade é, por sua vez, responsável por mais de 500.000 mortes por ano em toda a Europa e representa custos económicos no montante de 80,4 mil milhões de euros por ano. Isso representa 6,2% de todos os gastos com saúde na Europa e estimativas conservadoras colocam o custo anual em 2030 em mais de 125 bilhões de euros.

Neste contexto, entrou em vigor em Julho de 2017 um novo plano de trabalho da UE para o desporto 2017-2020, baseado na avaliação da Comissão e adoptado em Maio pelos ministros da UE responsáveis pelo desporto na reunião do Conselho da Educação, Juventude, Cultura e Desporto (European Union Work Plan for Sport, 2017). Estabelece os principais tópicos que os Estados-Membros da UE e a Comissão devem dar prioridade até 2020:

- A integridade do desporto centrar-se-á na boa gestão, na salvaguarda dos menores, na luta contra a viciação de resultados, doping e

corrupção;

- A dimensão económica, com foco na inovação no desporto, e as ligações entre desporto e mercado único digital;

- Desporto e sociedade, com foco em inclusão social, profissionais de desporto, media, meio ambiente, saúde, educação e diplomacia desportiva.

Do ponto de vista do desporto e educação física como elementos de promoção da saúde mental, as escolas estão numa posição única e representam ambientes-chave. Ao mesmo tempo, há um crescente número de evidências que mostra o tempo tirado das aulas formais a favor da atividade física não se faz à custa do desempenho escolar. Pelo contrário, a pesquisa apoia amplamente as alegações de benefícios educacionais positivos da atividade física para os jovens (Beni, Fletcher & Chroinin, 2017).

Apesar disso, como analisado nas páginas a seguir, a educação física recebe frequentemente pouco tempo na distribuição curricular, recursos financeiros e humanos inadequados, e tem baixo status e estima.

Os baixos níveis de atividade física entre crianças e adolescentes na União Europeia são alarmantes e tornaram-se motivo de grande preocupação para os decisores políticos. O facto de que até 80% dos alunos praticam apenas desporto na escola, faz com que o ambiente educacional nas escolas se torne o principal instrumento na promoção da atividade física e da saúde mental.

## DECLARAÇÃO DO PROBLEMA

A educação física é definida como um processo educacional que utiliza a atividade física com o intuito de ajudar as pessoas a adquirir competências, aptidão, conhecimento e atitudes que contribuem para o desenvolvimento ideal e bem-estar.

A educação física na escola não contribui apenas, para a boa forma física e saúde dos alunos, mas também ajuda os jovens a realizar e compreender melhor a atividade física com repercussões positivas ao longo da vida. Além disso, a educação física na escola traz conhecimentos e competências generalizáveis, como trabalho em equipa e fair play, cultiva respeito, consciência corporal e social e fornece uma compreensão geral das 'regras

do jogo', que os estudantes podem facilmente usar noutras disciplinas escolares ou situações da vida.

Devido aos seus inúmeros benefícios, a promoção da atividade física tem recebido maior atenção a nível Europeu. O Tratado de Lisboa da UE de 2009 deu à União Europeia uma base jurídica para apelar as acções para desenvolver a dimensão Europeia no desporto e contribuir para a promoção de questões desportivas Europeias.

Incentivar os desportos e a atividade física na escola também pode preservar a saúde mental dos alunos e melhorar o ambiente escolar de toda a comunidade escolar, reduzir o abandono e melhorar o desempenho escolar.

Porque a problemática a tratar passa por discutir os muitos desafios para o funcionamento normal de educação física na escola, alguns elementos devem ser levados em consideração, a fim de melhor posicionar a educação física nos programas de estudo europeus:

A) O tempo prescrito de educação física ensinado varia significativamente de um país para outro, bem como entre os níveis de educação. Além disso, alguns países fixam as horas mínimas de educação física a nível central, enquanto outros deixam esta decisão às escolas (European Commission/EACEA/Eurydice, 2013). Em geral, a parcela de tempo lectivo recomendada para educação física é bastante baixa comparada com a de outras disciplinas. Esse facto revela uma questão importante sobre a percepção da importância da educação física.

Tendo em conta estes elementos, são necessários desenvolvimentos políticos a nível Europeu. Eurydice Report (2013), para compreender melhor a situação da educação física de hoje, na Europa, tem como objetivo mapear o estado actual das atividades de educação e desportos físicos na escola em 30 países europeus. Ele pode ser considerado como a primeira tentativa da Comissão Europeia para identificar preocupações e pontos fortes sobre a educação física na escolas Europeias.

B) O papel do professor é crucial para um processo de implementação eficaz. As qualificações profissionais dos professores são importantes, uma vez que contribuem não só para aumentar a motivação dos jovens para atividades físicas, mas também para promover um estilo de vida saudável.

C) A necessidade de métodos apropriados

de ensino e técnicas de avaliação é outro elemento importante para alcançar o objetivo da educação física e, por essa razão, Indicadores para a Educação Física de Qualidade (QPE) ainda estão em falta.

D) A disponibilidade de instalações e equipamentos: as necessidades efetivas de ensino em sala de aula devem ter uma quantidade adequada de instalações e equipamentos.

E finalmente,

E) Embora já tenham sido efetuadas algumas melhorias nas políticas e práticas de inclusão relacionadas com o género e incapacidade, apoiadas em muitos países pela sua própria legislação, continuam a existir barreiras na igualdade de oportunidades e acesso para todos; para crianças em idade escolar e jovens com incapacidade em particular, as barreiras persistentes à inclusão completa incluem: infra-estruturas inadequadas, insuficiente pessoal docente devidamente qualificado e auxiliares de acção educativa, carência de instalações e equipamentos adaptados, assim como materiais de aprendizagem e ensino.

## DEFINIÇÕES BÁSICAS

### Sistemas Educativos Europeus

Na Europa existem três principais sistemas de ensino obrigatório: um tipo de educação estruturada de forma única que fornece educação obrigatória desde o início até o fim do percurso sem qualquer distinção entre nível primário e secundário (por exemplo, na Dinamarca, Noruega e Croácia); o fornecimento de um programa de estudo básico comum do ensino primário ao secundário (Alemanha, Áustria); e um tipo de ensino secundário diversificado (Itália, França) (Eurydice Facts and Figures, 2017).

### Saúde Mental

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo alcança o seu potencial, pode lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtiva e frutiferamente e é capaz de contribuir para sua comunidade (WHO, 2004).

A dimensão positiva da saúde mental é enfatizada na definição de saúde da OMS contida na constituição: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social

e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. A saúde mental é a base para pensar, comunicar, aprender, resiliência e auto-estima de um indivíduo. A saúde mental é também a chave para os relacionamentos, o bem-estar pessoal e emocional e a contribuição para a comunidade ou a sociedade.

A saúde mental envolve um funcionamento eficaz nas atividades diárias, resulta em atividades produtivas (trabalho, escola, cuidado), relacionamentos saudáveis e capacidade de adaptação à mudança e de enfrentar adversidades.

### Atividade Física - Exercício Físico

A OMS define atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia - incluindo atividades realizadas durante o trabalho, brincar, realização de tarefas domésticas, viagens e envolvimento em atividades recreativas. Atividade física regular de intensidade moderada - como caminhar, andar de bicicleta ou participar de desportos - tem benefícios significativos para a saúde (WHO, 2017).

### Desporto

Uma atividade que envolve esforço físico e competência em que um indivíduo ou equipa compete contra outro ou outros para entretenimento. Uma ocasião em que as pessoas competem em várias atividades desportivas (Oxford Living Dictionary).

## MÉTODOS / PROCEDIMENTO / ABORDAGEM

Esta avaliação analisa a documentação atual sobre saúde mental e desportiva nos sistemas educativos típicos da Europa. Tenta também discutir estratégias alternativas que foram implementadas ou poderiam ser implementadas para promover atividades desportivas nas escolas e analisar quais ações estão a ser praticadas na Europa para promover o desporto no sistema educacional e os resultados subsequentes.

A fim de identificar práticas reconhecidas na adequação do procedimento metodológico



aos objetivo(s) deste artigo, foi adotada uma abordagem multi-método/pluralistas. Essa abordagem abrange dados gerados por uma variedade de fontes, incluindo informações derivadas de estudos recentes e internacionais, Europeus e Nacionais relacionados à educação física, estudos e documentos Europeus, revisões sistemáticas, pesquisa de referências, pesquisas de serviços locais e planos de ação da OMS. O artigo é assim sustentado por uma revisão abrangente da literatura e análise de estudos de caso em torno de saúde mental e desporto dentro dos sistemas de educação e quais abordagens / políticas podem ter um impacto positivo.

Os principais temas a explorar foram:

- Como é que a educação física está estruturada no sistema escolar da UE e quais são as principais diferenças de país para país?
- Como a educação física está organizada de um ponto de vista metodológico?
- Quais são as várias características do programa de estudo de educação física?
- Quais são os principais problemas relacionados com a educação física nas escolas da UE?
- O que torna um programa de atividade física na escola eficaz?
- Como o desporto e a promoção da saúde escolar podem ser incorporados em uma abordagem de toda a escola?
- Quais são as acções recomendadas pela UE e quais acções estão a ser tomadas até agora?

Todas as questões acima mencionadas são analisadas através dos principais tipos de revisão de literatura: avaliativa, exploratória e instrumental, incluindo reconhecimento, recuperação e recordação da literatura relevante e documentos de política europeia e outros documentos relacionados.

Os tópicos analisados estão divididos em 4 blocos principais de análise:

- Benefício da educação física em saúde mental na escola
  - O programa de estudo de educação física (objetivos, temas, áreas de atividade de conteúdo, relevância e questões de qualidade de entrega, monitoração e métodos de avaliação)
  - Professores de Educação Física de Qualidade
  - Recursos, instalações e equipamentos

## REVISÃO DA LITERATURA

### Benefício da educação física em saúde mental na escola - Evidência de pesquisa

Sem dúvida, há um amplo entendimento (e muitos estudos dão suporte a isso) dos benefícios da educação física em crianças e adolescentes em função executiva, atividade cerebral e sintomas depressivos. A importância da atividade física deve ser promovida tanto no ambiente escolar quanto nas atividades pós-escolares.

Hillman e colaboradores (2014) examinaram os efeitos da atividade física na função cerebral e na função cognitiva em 221 crianças de 7 a 9 anos. As crianças foram aleatoriamente designadas para um programa de atividade física de 9 meses após a escola ou um grupo de controlo de lista de espera. A intervenção da atividade física foi baseada na melhora da aptidão aeróbica por meio de atividades físicas. O funcionamento cognitivo foi avaliado por meio de tarefas que avaliaram a inibição da atenção e a flexibilidade cognitiva. No final da intervenção de 9 meses, o grupo de atividade física demonstrou maior inibição da atenção e flexibilidade cognitiva. Crianças que compareceram a um maior número de sessões de atividade física apresentaram mais alterações nas medidas de atividade cerebral.

Tendo em conta os resultados de melhoria de atenção para as crianças que se dedicam a um programa de atividade física, seria importante saber se as crianças com perturbação de défice de atenção e hiperatividade (PDAH) apresentariam uma melhor atenção com o exercício. Pontifex e colegas (2013) avaliaram o efeito de um único exercício aeróbico de intensidade moderada em crianças com PDAH. Vinte crianças com idades entre 8 a 10 anos com PDAH e um grupo controlo saudável participaram do estudo. Neste projeto, as crianças participaram de uma sessão de 20 minutos de exercícios aeróbicos ou a ler sentadas numa bicicleta fixa. Medidas de potenciais cerebrais relacionados ao evento e tarefas cognitivas foram avaliadas durante ambas as condições. As crianças apresentaram maior precisão de resposta nas tarefas de controlo de atenção, maior melhoria nos testes de compreensão de leitura e aritmética.

Finalmente, a relação entre depressão e educação física em crianças e adolescentes

foi recentemente estudada. Um estudo realizado por Kremer et al. (2014) investigou a associação entre sintomas físicos e depressivos. Neste estudo transversal com 8256 crianças e adolescentes utilizou-se um instrumento online de auto-relato. Os alunos foram questionados sobre o comportamento de atividade física, incluindo o número de dias que frequentam as aulas de educação física; grau de atividade durante estas aulas; número de dias que estão muito ativos depois da escola; envolvimento em desportos ou outras atividades na escola e fora da escola; oportunidades de envolvimento em desportos, clubes, organizações ou outras atividades na escola. Os sintomas depressivos foram avaliados utilizando o “Questionário de Humor e sentimentos”. Sintomas depressivos moderados a altos foram identificados por 33% desses jovens. As probabilidades de sintomas depressivos eram menores quando havia maiores oportunidades para os jovens se envolverem num desporto ou outras atividades na escola ou fora da sala de aula, serem muito ativos durante as aulas de educação física e praticar desportos tanto na escola quanto fora dela.

Há também vários estudos que examinaram outros aspectos da associação entre o nível de atividade física do aluno e o bem-estar mental, que colocam em evidência que o exercício leva a melhor raciocínio e resolução de problemas, competências de atenção mais fortes e melhor aprendizagem. Não surpreendentemente, todos eles contribuem para beneficiar o desempenho escolar. De acordo com um estudo realizado pelo Departamento de Educação de Delaware, “os alunos que estão fisicamente em forma são mais propensos a ter um bom desempenho e a comportarem-se bem na escola - independentemente do sexo, raça, rendimentos ou distrito escolar”. Ratey (2013) explicou que durante a atividade física, o cérebro produz uma proteína chamada BDNF, ou fator neurotrópico derivado do cérebro, que constrói as conexões das células nervosas. Quanto mais fortes essas conexões se tornarem, como resultado da contínua atividade física, mais fácil será para as crianças entenderem e reterem informações. Para além disso, as endorfinas que o cérebro liberta durante o exercício ajudam a melhorar o humor, os níveis de energia e até mesmo o sono. A maioria dos estudantes relata que eles se sentem calmos e têm uma sensação de bem-estar depois de exercitarem-se. Juntos, esses efeitos positivos ajudam a melhorar a autoconfiança e a resiliência, reduzindo assim

a ansiedade, melhora os relacionamentos e a auto-percepção da imagem corporal.

Em relação ao que foi analisado até o momento, nota-se que 1) até 80% dos estudantes praticam desportos apenas na escola e 2) o número limitado de horas que as crianças passam nas aulas de educação física levou à especulação de que as escolas contribuem para a promoção da atividade física e saúde mental.

### **O programa de estudo de educação física (objetivos, temas, áreas de atividade de conteúdo, relevância e questões de qualidade de entrega, métodos de monitoramento e avaliação) - Evidência de pesquisa**

O já mencionado relatório Eurydice (2013) da Comissão Europeia sobre Educação Física e Desporto nas Escolas na Europa afirma que todos os países europeus reconhecem a importância da educação física na escola. Além disso, os países Europeus concordam que existe uma ligação importante entre saúde e desporto. Apesar deste consenso, continuam a dar menor importância à disciplina de educação física em comparação com outras em todos os países da UE. Este argumento decorre da comparação entre o tempo destinado à educação física e o de outras disciplinas.

Na UE, a educação física é uma disciplina obrigatória ao longo do ensino geral obrigatório a tempo inteiro. No entanto, o tempo letivo prescrito difere significativamente de um país para outro. No ensino primário em 2011-2012, o tempo médio de ensino por ano escolar variou entre 37 horas na Irlanda e 108 em França. No nível secundário, os números variam de 31 horas em Malta a 108 horas na França. Estes resultados mostram que, sem praticar uma atividade física intensa fora da escola, as crianças na UE estão longe de alcançar as recomendações da OMS sobre atividade física.

Esta diferença, em relação ao que é afirmado pelo Relatório Eurydice (2013), é especialmente impressionante durante o ensino primário, sendo a proporção de tempo letivo dedicado à educação física é apenas cerca de metade da que é dedicada à matemática. No geral, o tempo Europeu dedicado ao tema da educação física é de pouco menos de 70 horas por ano, cerca de um terço do tempo dedicado à instrução da língua e cerca de metade do que para a

matemática. O financiamento para a educação física nas escolas também é inadequado, o que, por sua vez, se reflete na qualidade muitas vezes deficiente e na falta de equipamentos nos níveis primário e secundário em 26% e 38 % dos países da UE, respetivamente.

No que diz respeito às recomendações sobre o tempo mínimo de ensino em educação física, existem grandes diferenças entre os países. Geralmente, o tempo letivo muda pouco ao longo do ensino obrigatório e corresponde a 50-80 horas por ano, uma alocação que manteve-se praticamente a mesma nos últimos cinco anos. No entanto, em comparação com outros assuntos, essa alocação ainda é relativamente baixa. Em geral, corresponde a menos de 10% do tempo total do ensino. No ensino primário, na maioria dos países da UE, a quantidade de tempo atribuído à educação física é ligeiramente superior à das ciências naturais ou de línguas estrangeiras, e semelhante à quantidade de tempo destinada a atividades artísticas. No ensino secundário, as tendências permanecem as mesmas no que diz respeito à língua de ensino, matemática e artes. No entanto, o tempo dedicado à educação física é menor do que para ciências naturais e línguas estrangeiras.

Na maioria dos países da UE, os governos nacionais têm pelo menos alguma responsabilidade no programa curricular. Onde existe forma do governo descentralizar, a responsabilidade é partilhada, mas geralmente reside essencialmente a nível regional, como na Bélgica, Alemanha e Espanha, por exemplo.

A pesquisa de Eurydice (2013) mostra que metade dos países da UE adotam estratégias nacionais para a promoção e desenvolvimento da educação física e da atividade física na escola. Algumas estratégias são projetadas especificamente para educação física, como na Bulgária, Espanha e Croácia. Outros visam a educação física dentro de uma estratégia geral que cobre setores mais amplos da população, como na Letónia e na Eslovénia. Outros ainda concentram-se mais diretamente nos jovens, como na Itália.

O mesmo relatório sublinha que cerca de metade dos sistemas de ensino dos Estados membros da UE têm os próprios planos nacionais para promover o desenvolvimento da educação física, desportos e atividade física, enquanto dois terços dedica iniciativas em larga escala para o desporto.

Em alguns países, iniciativas de grande

escala coordenadas centralmente substituem ou complementam as estratégias nacionais. O primeiro é típico da Alemanha, Itália e Finlândia, enquanto o segundo pode ser encontrado na Espanha, Portugal, Polónia e Roménia. Em geral, as escolas recebem fundos no âmbito de tais iniciativas e a implementação é apoiada por coordenadores especificamente designados.

As evidências acima refletem claramente uma vontade política de desenvolver e incentivar tais atividades como um determinante de bem-estar social e da saúde. A saúde e o estilo de vida saudável são frequentemente enfatizados nos objetivos nacionais e nos resultados de aprendizagem da educação física, enquanto a educação em saúde em alguns países é um assunto autónomo. Em alguns países, certas atividades de educação física são obrigatórias, enquanto em outras, as próprias escolas são livres para escolher suas atividades. Em alguns países, atividades obrigatórias e autonomia escolar coexistem.

Além disso, as autoridades centrais de muitos países incluem atividades motoras básicas, como caminhar, correr, saltar e jogar nos seus programas de estudo nos primeiros anos do ensino primário. Gradualmente, os programas de estudo baseiam-se nessas competências básicas e ampliam seu âmbito para abranger disciplinas desportivas mais complexas.

Como podemos ver, infelizmente na UE os países optam por várias formas de definir estratégias e resultados de aprendizagem em educação física na escola. A diferença entre os objetivos nacionais e os resultados da aprendizagem em educação física não é muito clara e a distinção entre eles pode ser difícil.

De qualquer forma, vale a pena mencionar que também há algumas áreas de foco comum que estimulam a cooperação intersectorial, como a ativação de grupos desfavorecidos, o combate às desigualdades por meio da participação no desporto e da atividade física e o apoio à prevenção de doenças físicas e mentais. Quase todos os países da UE identificam o desenvolvimento físico, pessoal e social dos jovens como os principais objetivos da educação física. No entanto, a natureza da educação física é tal que a prioridade máxima é geralmente dada ao desenvolvimento de competências físicas e motoras.

Um desafio comum adicional para a educação física é compensar as horas gastas em atividades sentadas em sala de aula e, em

geral, desencorajar um estilo de vida sedentário.

Quase todos os países avaliam o progresso pessoal e as realizações na educação física, embora nos primeiros anos da escola, essa avaliação não é formalmente graduada. Tanto a avaliação formativa quanto a somativa são usadas no ensino primário e no ensino médio, sendo a avaliação sumativa um pouco mais comum. O sistema de classificação é geralmente o mesmo que em outros assuntos obrigatórios. Malta, a Roménia, a Eslovénia, a Suécia, o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) e a Islândia criaram escalas de progressão para a avaliação a nível nacional na realização em Educação. Na França, uma escala de avaliação nacional atualizada está a ser testada pela primeira vez desde 2013. Esse tipo de ferramenta padronizada tem um duplo propósito, pois apoia a avaliação realizada pelos professores e estabelece uma estrutura para comparação nacional de resultados de aprendizagem.

Apenas alguns países não avaliam as competências de educação física do aluno de maneira formal. É o caso de Malta e da Noruega no ensino primário e na Irlanda, tanto no ensino primário como no ensino secundário inferior.

A maioria dos países europeus publica recomendações claras sobre quais métodos de avaliação devem usar. Somente na Bélgica e na Islândia as instituições de ensino são livres para escolher os próprios métodos de avaliação. A maioria dos países publica um relatório no final de cada ano que contém resultados de educação física, juntamente com os de outros assuntos.

Alguns países desenvolveram escalas de avaliação central, a fim de fornecer aos professores ferramentas standardizadas para avaliar o desempenho dos alunos dentro de um país. Essas escalas, por sua vez, também permitem comparações em nível nacional dos resultados da aprendizagem.

Pode concluir-se que a avaliação formativa e sumativa está presente na prática Europeia e também utilizada pelos professores. No entanto, dependendo do conteúdo, ambas avaliações são utilizadas principalmente para a avaliação do domínio psicomotor e do sistema de avaliação que afeta a dimensão total da personalidade dificilmente aparece na prática.

Pode-se também afirmar que na avaliação sumativa o professor tem muita liberdade, o que também torna subjetiva a avaliação e a mensuração objetivas do desempenho do aluno tanto dentro do Estado-Membro quanto

internacionalmente.

Mais especificamente, isso significa que é muito difícil comparar ou estabelecer o desempenho real do aluno por trás de uma determinada marca.

Pode-se também afirmar que não está claro se os conteúdos de saída refletidos nos regulamentos de educação física são requisitos mínimos ou máximos e que não há uma visão geral complexa dos sistemas de avaliação de aptidão.

Consequentemente, pode-se sublinhar que uma estrutura seria capaz de classificar e apresentar os resultados da aprendizagem de uma maneira estruturada e forneceria uma oportunidade para fornecer feedback e avaliação objetivos e precisos na educação física.

A ideia de utilizar o Quadro Europeu de Qualificações, ao determinar padrões e resultados de aprendizagem, a fim de desenvolver currículos nacionais em educação física, pode ser um forte apoio à implementação de programas de estudo de qualidade baseados em padrões em educação física a nível da UE.

## **Professores de Educação Física de Qualidade - Evidência de pesquisa**

As mudanças, desenvolvimentos e tendências da sociedade exigem pedidos por abordagens inovadoras apropriadas para a formação de professores. Os pedidos de educação física na escola contemporânea e em ambientes comunitários, estão mais amplos e representam um desafio para as instituições de formação de professores em preparar os professores, responsáveis pela educação física, com a competência necessária para oferecer programas relevantes de educação física de qualidade. Esses programas proporcionarão experiências significativas, atrairão os jovens para a alegria e o prazer da atividade física e promoverão uma filosofia de 'estilo de vida ativo' com foco em relevância e compreensão.

As qualificações profissionais dos professores são importantes, uma vez que são programas de estudo não só para aumentar a motivação dos jovens para atividades físicas, mas também para promover um estilo de vida saudável.

No nível primário, a educação física é ensinada por professores do ensino básico,



por professores especialistas ou por ambos, dependendo da autonomia e dos recursos da escola. Os professores do ensino básico podem ser assistidos por um especialista em desporto. No entanto, essa prática gera preocupações sobre a qualidade do ensino. Tem sido argumentado que muitas vezes esses professores não têm as competências necessárias e, portanto, comprometem os resultados da aprendizagem.

No nível secundário, os professores de educação física são geralmente especialistas. Em relação aos requisitos de qualificação, os professores especialistas no nível primário geralmente possuem um diploma de bacharelato. No nível secundário, os professores possuem um diploma de bacharelato ou, como já é o caso em 15 países, um mestrado. Oportunidades contínuas de desenvolvimento profissional são atribuídas a professores do ensino básico e especializados ao longo da sua profissão (Holzweg, Onofre, Repond & Scheuer, 2013).

O programa de educação física de uma escola é bastante dependente do tipo de professores de educação física que são contratados. Saber o que é apropriado para o desenvolvimento dos alunos em cada faixa etária é importante para incentivar o desenvolvimento saudável (e seguro). Certos exercícios de força, por exemplo, podem não ser úteis para certas idades e indivíduos envolvidos (e até prejudiciais).

Um professor especialista em desporto para ensinar no nível médio ou secundário dará mais atenção à anatomia e à fisiologia do movimento do que um do ensino básico. Esta base de conhecimento será importante para avaliar as competências e necessidades dos alunos, e para adaptar as atividades para melhor atender a situações específicas ou grupos de alunos. Além disso, a experiência do professor será de grande utilidade para incentivar os alunos genuinamente interessados em aprender sobre bem-estar, saúde mental e corpo humano. As escolas do ensino médio não têm programas “pré-medicina”, mas os alunos já podem procurar o professor de educação física para os orientar nessa perspectiva.

Alguns dos países da UE, nos programas de educação física, também incluem psicologia e sociologia. Os desportos são, afinal, um evento social; e a pessoa precisará de estar preparada para orientar a socialização dos alunos e corrigir padrões prejudiciais (por exemplo,

quando os alunos rejeitam alguém porque temem que o desempenho da mesma não seja bom e os faça perder um jogo). Além disso, as respostas mentais e emocionais das crianças ao desporto e à atividade física diferem das respostas aos ambientes de sala de aula, de modo que a formação do professor deve incluir competências de psicologia necessárias para lidar com os problemas de stress, medo, falta de confiança, motivação de realização, a auto-conceito e auto-avaliação.

Assim, nem todo o tempo de um professor de educação física é gasto no ginásio ou no campo. Para algumas unidades (como quando ensina os conceitos de saúde), o professor tem que estar na sala de aula (McLennan & Thompson, 2015).

Atividades físicas extracurriculares realizadas fora do horário escolar, como competições ou atividades relacionadas à saúde, são projetadas para tornar as atividades físicas ainda mais acessíveis e atraentes para os jovens. O principal objetivo é ampliar ou complementar as atividades realizadas durante o período escolar. Atividades físicas extracurriculares são organizadas em nível nacional, regional, local e muitas vezes, na escola.

Embora as atividades extracurriculares estejam disponíveis para todos os alunos, elas também têm como alvo crianças com deficiência ou necessidades educativas especiais. Algumas atividades extracurriculares acontecem mesmo durante o dia escolar. De fato, em alguns países, a educação física não se limita a aulas de educação física, mas é integrada na rotina diária da escola. Em muitas escolas dinamarquesas, por exemplo, os alunos praticam “corrida matinal” antes do início das aulas. Outros países usam intervalos escolares prolongados para incluir atividades físicas no recreio ou no ginásio.

Concluindo, um professor teria que promover a alfabetização física do aluno, o que significa, de acordo com a atual literatura científica de educação física, “... a competência, a confiança e o desejo de ser fisicamente ativo para a vida” (Whitehead, 2016).

Alguns estudos dão considerável atenção à difícil tarefa de determinar que conteúdo deve ser ensinado em educação física para ajudarem os alunos a serem alfabetizados fisicamente. Por exemplo Roetert and MacDonald (2015) identificaram os seguintes elementos como críticos para o desenvolvimento da literacia

física dos alunos em programas desportivos na escola:

1. Uma atitude positiva em relação à atividade física através de um sentimento de realização e prazer no assunto;
2. A motivação e confiança para continuar a participação ativa na atividade física;
3. Competência de movimento, proporcional ao potencial físico;
4. Experiência de uma gama de atividades de movimento;
5. Autoconhecimento e autoconsciência realistas, permitindo-lhes estabelecer metas pessoais adequadas em relação à atividade física;
6. Uma compreensão da natureza do movimento e da importância e valor da atividade física para um estilo de vida fisicamente ativo;
7. Uma compreensão de como acessar a atividade física além da escola.

Para alcançar estes objetivos ambiciosos, a maioria dos países Europeus dá aos professores oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo (DPC). Em alguns deles, o DPC é uma condição obrigatória de serviço para todos os professores do ensino primário e do ensino secundário inferior, incluindo aqueles que ensinam educação física.

Na maioria dos casos, os países têm estratégias gerais que incluem programas de DPC ou cursos destinados a todos os professores. Em vários países, várias formas de CPD com foco na educação física estão disponíveis para professores especialistas, mas também para não especialistas dispostos a melhorar as suas competências no assunto. A organização desses cursos e os fornecedores variam de um país para o outro. Cursos CPD diferem na duração, objetivos e conteúdo. Em alguns países, essa disposição é totalmente descentralizada e não há informações disponíveis.

Vários países referem a existência de atividades de CPD desenvolvidas especificamente para professores de educação física. O objetivo é melhorar a qualidade dos processos de ensino e aprendizagem, atualizar as competências dos professores e apresentá-los às novas técnicas e tendências na metodologia de ensino de educação física na escola. Essas atividades também incluem estratégias para motivar os alunos a envolverem-se ativamente no desporto. Os programas nacionais de DPC em alguns países

também estão ligados à implementação de novos programas de estudo ou à adoção de novos programas educacionais. Eles destinam-se a apoiar os professores em certas tarefas relacionadas a essas mudanças, mas existem variações substanciais na frequência de fornecimento, que vão desde a escolha livre até nada especificamente designado para cada um, dois, três ou cinco anos.

Finalmente, podemos afirmar que um professor bom e eficaz é um professor capaz de tornar o ensino continuamente interessante e dar percepção, bem como alto impacto em termos do desenvolvimento dos domínios psicomotor, cognitivo e afetivo.

## **Recursos, instalações e equipamentos - evidências de pesquisa**

Estudos e análises de documentação nacional e internacional regularmente relatados por Hardman (2003) informou que “... A qualidade das instalações está abaixo da média e a quantidade de equipamentos é limitada” e “... A quantidade e a qualidade do equipamento é muito fraca. ... Equipamento danificado é usado com frequência; ... E instalações inadequadas ou mal conservadas”.

Com o aumento dos pedidos de instituições e serviços sociais para apoio financeiro, ocorre a priorização do investimento de recursos financeiros do governo e o PE, com os altos custos iniciais de instalações e manutenção recorrente, custos de aparelhos e equipamentos podem ser caros.

As complexidades do financiamento na educação com orçamentos nacionais e a transferência para escolas regionais, locais e até mesmo individuais, juntamente com os problemas adicionais de desagregação de quantias investidas ou gastas em educação física e desporto escolar, dificultam o fornecimento de qualquer informação definitiva sobre os recursos financeiros.

O financiamento para a educação física nas escolas é canalizado através de várias fontes, inclui o governo nacional, o governo regional/local e outros setores principalmente privados/comerciais. O complexo processo de devolução dos orçamentos nacionais da educação às autoridades regionais e locais dificulta a apresentação de dados específicos. No entanto, a pesquisa que agrega dados gerados por pesquisas sugere que mais da metade dos



países Europeus registraram reduções no apoio financeiro nos últimos anos.

As razões dadas para esta situação incluem baixo status em relação a outras disciplinas, desvio de recursos financeiros para outros assuntos e áreas da escola, manutenção extensiva, baixo valor social no desenvolvimento pessoal e nacional e percepção de falta de valor académico do assunto, muitas vezes ligando isso à crença de que o sujeito é apenas mais um “tempo de brincar” ou uma experiência recreativa.

A qualidade e quantidade de instalações e equipamentos são importantes porque têm um impacto negativo na qualidade da educação física. Pesquisas em toda a Europa mostram que mais de um quarto dos países (26%) indicam qualidade ou equipamento abaixo da média ou inadequada. Da mesma forma, mais de um quarto dos países (26%) tem quantidade limitada ou insuficiente de instalações e mais de um terço dos países (38%) têm quantidade limitada ou insuficiente de equipamentos. Embora especialistas afirmem que a diferenciação em qualidade e quantidade de instalações e equipamentos é colorida geograficamente - em outras palavras, é mais marcada na Europa Oriental e Central do que na Europa Ocidental - eles ainda reconhecem que 67% dos países da UE enfrentam níveis de manutenção dos locais de educação física existentes.

Cerca de um terço dos países indicam qualidade abaixo da média/inadequada da provisão de instalações e equipamentos.

Além disso, quase metade dos países tem quantidade limitada/insuficiente de instalações e dois quintos dos países têm quantidade limitada/insuficiente de equipamentos.

Segundo consta, as instalações de natação sofrem o impacto mais pesado, dado o substancial investimento financeiro necessário para manter ou obter acesso as mesmas, o que por sua vez, leva ao cancelamento de aulas ou mesmo à omissão dos programas em muitos países. A partilha de recursos na comunidade pode ser um valioso recurso que poderia, em parte, fornecer uma solução para inadequações de equipamentos físicos.

Para além disso, é muito importante que os responsáveis políticos a nível local e regional façam esforços para a provisão de fundos para instalações e equipamentos de educação física eficazes nas escolas.

## CONCLUSÕES / IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES

O papel desenvolvido no desporto e na educação física expandiu-se nos últimos anos e atualmente é mais apreciado, desempenha um papel importante na realização de objetivos educacionais mais amplos, como melhoria da escola, desenvolvimento na comunidade e alteração pessoal, comportamental e de atitude entre alunos (Houlihan & Green, 2006). A educação física não é apenas vista como parte do programa de estudo, mas como contribuição única para a aprendizagem ao longo da vida. A educação é reconhecida e cada vez mais grupos se juntam para promover o desporto através de múltiplas discussões sobre o tema.

Por exemplo, discussões sobre o desporto concorrem com discussões em torno do propósito da educação física dentro das escolas, como atividade física para fins de saúde e questões de profissionalismo (Evans, Rich & Davies, 2008) bem como competir com discussões de educação em torno de questões relacionadas ao conteúdo do desporto no programa escolar (ou seja, desporto versus dança ou outras formas de atividade física) e os objetivos educacionais.

Esta visão geral demonstra algumas considerações importantes que tiveram uma série de impactos na educação física / desporto escolar na Europa. Pode ser vista como uma “verificação da realidade” que revela várias áreas de desconforto: deficiências na atribuição de tempo do currículo; inadequações no fornecer de instalações e de equipamentos (uma questão relacionada na instalação - a preocupação com o equipamento é financiamento insuficiente); Atribuir pessoas de modo a abranger o número de insuficiente e a inadequação de professores de educação física/ desporto devidamente qualificados; qualidade e relevância do programa de educação física, que têm particular ressonância devido às potenciais consequências negativas acumuladas; estado menor grau de importância atribuído; barreiras à igualdade e oportunidades de acesso para todos permanecem apesar de algumas melhorias recentes na política e prática de inclusão (relacionada ao gênero e deficiência); padrões de aptidão dos jovens; e altas taxas de abandono por jovens do programa em

atividades físicas/desportivas, exacerbado em alguns países por insuficiente e/ou inadequada coordenação escolar - comunidade.

Indiscutivelmente, os dados fornecem uma imagem variada do desporto nas escolas, mesmo que às vezes seja difícil.

Assim, a revisão da situação atual da educação física na Europa é marcada por “mensagens mistas” com indicadores de estabilização em alguns países aproximados nas iniciativas políticas positivas e eficazes noutros países e pouca vontade política de agir e preocupações contínuas noutro países. Muitos governos comprometeram-se, por meio de legislação, a disponibilizar educação física, mas têm sido (ou estão a ser) lentos a transformar isso em ação.

Os países, por meio das autoridades competentes, devem identificar áreas de inadequação existentes e devem desenvolver um modelo de necessidades básicas em que a atividade de educação física tenha uma presença essencial e esteja integrada em políticas educacionais apoiadas por empresas governamentais e não governamentais que trabalham cooperativamente em parceria (s). A satisfação destas necessidades básicas requer programas curriculares de educação física conceptualmente e contextualmente ajustados de alta qualidade, fornecimento de equipamento e instalações básicas, ambientes seguros e pessoal adequadamente qualificado/experiente. Conhecimento relevante necessário, ao nível das habilidades, competências gerais e específicas e ainda, estágio com oportunidades de enriquecimento através do desenvolvimento profissional contínuo.

Como o papel da escola pretende estimular os jovens a continuar a participar na atividade física, deve desenvolver oportunidades coordenadas através de links acessíveis para todos e ainda desenvolver parcerias com a comunidade para ampliar e melhorar as oportunidades disponíveis para todos possam permanecer fisicamente ativos. Existe uma necessidade de parcerias mais amplas baseadas na comunidade, para as quais a educação física deve ser vista como a pedra angular da atividade física. Parcerias de participação podem ser um termo chave para futuras direções para um melhor interesse de educação física e da atividade desportiva dentro e fora das escolas. Para que os alunos sejam transferidos de “play stations” para “play-grounds”, é preciso construir pontes

e caminhos para a equipar a comunidade, e especialmente para estimular os jovens a participarem da atividade física durante o tempo de lazer. O apoio para a realização de tais ideais pode ser alcançado por meio de abordagens colaborativas e cooperativas de parceria.

Fora isso, a lacuna entre “promessa” e “realidade” tem que ser protegida. Existe um perigo real de que as iniciativas bem intencionadas permaneçam mais “promissoras” do que “realidade” em muitos países. Apesar de uma série de ações e iniciativas intergovernamentais, governamentais e não-governamentais, bem como reformas educacionais nacionais de sistemas e programas de estudo para melhorar a provisão da educação física nas escolas na última década, há um cenário de “mensagem mista”: esperança para um futuro seguro e positivo desta disciplina única, justapõe-se a preocupação inquietante e generalizada sobre a sua situação atual e futura sustentabilidade.

Nesse contexto, as principais recomendações de políticas são:

► Existe uma grande oportunidade para os sectores de saúde e de desporto trabalharem em conjunto para promover a atividade física benéfica para a saúde nos sistemas escolares da UE. O desporto nas escolas pode desempenhar um papel crucial na prevenção de doenças mentais. Neste ponto, precisamos identificar que tipo de estratégias nacionais e iniciativas de larga escala são necessárias para promover a saúde mental dos alunos envolvidos.

► Cerca de um terço dos países Europeus estão agora envolvidos em reformas nacionais ou debates diretamente ligados ao desporto praticado na escola. Como vimos até agora, os países da UE optam por várias formas de definir estratégias e resultados de aprendizagem em educação física na escola. A diferença entre os objetivos nacionais e os resultados da aprendizagem em educação física não é muito clara - a diferenciação entre eles pode ser difícil. Com base nisso, a ideia de determinar padrões de educação física, domínios de aprendizagem, resultados de aprendizagem de acordo com o Quadro Europeu de Qualificações, fornecer uma estrutura objetiva e adaptável para desenvolver currículos nacionais em educação física pode ser um forte apoio para implementar programas de qualidade baseados em padrões na educação física a nível da UE.

► A formação inicial e de

desenvolvimento profissional adicional é necessária e deve abordar adequadamente os progressos pedagógicos e didáticos. As mudanças sociais e culturais, ajudam a melhorar a experiência de educação física dos alunos e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de pessoas com educação física. Por esta razão, é necessário uma harmonização dos cursos de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) em toda a Europa. Esta coordenação dos cursos profissionais deve ser vista em termos de programas ou cursos, a duração, objetivos e conteúdos, a fim de melhorar a qualidade dos processos de ensino e aprendizagem, atualizar as competências dos professores e apresentá-los às novas técnicas e tendências na metodologia de ensino de educação física na escola.

► A colaboração intersetorial é um elemento importante de estratégias bem sucedidas de promoção desportiva e de atividade física. Portanto, é importante incluir todas as partes interessadas num processo de consulta para apoiar os esforços coordenados para promover o desporto e a saúde mental nas escolas e capitalizar as sinergias com outros esforços de saúde pública. O papel dos ambientes locais é estratégico na promoção do desporto e da atividade física dentro e fora da escola.

► É importante facultar uma visão geral

dos recursos financeiros para implementar e monitorar as políticas de desporto e atividade física, a fim de garantir a criação de uma base sólida para a ação.

► Um esforço sincero para o fornecimento de fundos para instalações e equipamentos eficazes de educação física nas escolas é também um aspecto importante a ser mencionado.

Finalmente...

► Embora tenham sido identificadas algumas melhorias nas políticas e práticas de inclusão relacionadas ao género e deficiência apoiadas em muitos países pela legislação estadual, ainda permanecem barreiras de acesso à igualdade de oportunidades para todos; nas crianças em idade escolar e jovens com deficiência em particular, incluem infraestrutura inadequada nas barreiras persistentes à plena inclusão, pessoal docente insuficiente devidamente qualificado e assistentes de apoio, escassez de instalações e equipamentos adaptados, bem como materiais de aprendizagem e ensino.

## REFERÊNCIAS

- Beni, S., Fletcher, T. & Chroinin, D.N. (2017). *Meaningful experiences in physical education and youth sport: A review of the literature*. Quest, 69(3), 291-302.
- Broeke, Van, A. Dalfsen, G. (2016). *Physical Education @ Sport Education in the European Union: The Netherlands*. In: Klein G.
- CEBR Centre for Economics and Business Research and ISCA International Sport and Culture Association (2015). *The economic cost of physical inactivity*. London.
- Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2003) 6 of the Committee of Ministers to member states on improving physical education and sport for children and young people in all European countries. Council of Europe, April 30, 2003, Strasbourg.
- EACEA/Eurydice (2012a). *Recommended annual taught time in full-time compulsory education in Europe, 2011/12*. Brussels: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2012b). *Key Data on Education in Europe 2012*. Brussels: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2013). *Physical Education and Sport at School in Europe*. Brussels: Eurydice.
- EUPEA (2002). *Code of ethics and good practice guide for physical education*. EUPEA, Ghent.
- European Commission/EACEA/Eurydice (2013). *Physical Education and Sport at School in Europe Eurydice Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2011). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Developing*

- the European Dimension in Sport*. COM(2011) 12 final. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF>
- European Commission (2017). *Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, on the European Union Work Plan for Sport -1 July 2017 - 31 December 2020*.
- EU Working Group 'Sport & Health' (2008). *EU Physical Activity Guidelines*. [Available at: [http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf)
- Eurobarometer 472 - Wave EB88.4 TNS opinion & social. (2018). *Sport and physical activity*. Survey requested by the European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture and co-ordinated by the Directorate-General for Communication.
- Fisher, R., Repond, R.M. & Diniz, J. (2011). *A physically educated person*. Contemporary Issues in Physical Education: International Perspectives. Meyer & Meyer Sport, Mainhead, 69-89.
- Hardman, K. & Marshall J. (2000). *World-wide survey of the state and status of school physical education, Final Report*. University of Manchester.
- Hardman, K. (2002) Council of Europe Committee for the Development of Sport), *Report on School Physical Education in Europe*. Council of Europe, Strasbourg.
- Hardman, K. (2003). *School physical education in Europe – rhetoric and reality: current and future perspectives*. Inter-national Journal of Fundamental and Applied Kinesiology. 35(1), 97–107.
- Hardma, K. (2007). *Current situation and prospects for physical education in the European Union*. Directorate General Internal Policies of the Union, Policy Department Structural and Cohesion Policies, Culture and Education. IP/B/CULT/IC/2006/10.
- Hardman, K. (2008). *The situation of physical education in schools: a European perspective*. Human movement, vol. 9(1), pp. 5-18.
- Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Castelli, D.M., Khan, N.A., Raine, L.B., Scudder, M.R., Drollette, E.S., Moore, R.D. Wu, C.T. & Kamijo, K.. (2014). *Effects of the FITKids randomized controlled trial on executive control and brain function*. PEDIATRICS Volume 134, Number 4, October 2014.
- Holzweg, M., Onofre, M., Repond, R.M. & Scheuer, C. (2013). *Physical education and school sport in Europe*. International Sport Studies, vol.35, 2, pp.47-55.
- Klein, G. & Hardman, K. (2007), *L'éducation physique et l'éducation sportive dans l'Union européenne*. Editions Revue EPS., Paris.
- Kirkeby, M. (2007). *Volunteers and After-School Sports Participation*. Unpublished Paper.
- Kremer, P., Elshaug, C., Leslie, E., Toumbourou, J.W., Patton, G.C. & Williams, J. (2014). *Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents*. J Sci Med Sport.
- McLennan, N. & Thompson, J. (2015). *Quality Physical Education (QPE): Guidelines for Policy Makers*. UNESCO Publishing.
- Onofre, M., Marques, A., Moreir, R., Holzweg, M., Repond, R.M. & Scheuer, C. (2012). *Physical education and sport in Europe: From individual reality to collective desirability (Part 1)*. International Journal of Physical Education, 49(2), 17-31 and 49(3), 31-35.
- Piihse, U. & Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education. Concepts, Problems, Prospects*. Meyer and Meyer Sport, Oxford.
- Pontifex M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchietti, D.L., & Hillman, C.H. (2013). *Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Pediatr.
- Ratey, J. (2013). *The Revolutionary New Science of Exercise and the Brain*, Paperback
- Roetert, E.P. & MacDonald, L.C. (2015). *Unpacking the physical literacy concept for K-12 physical education: What should we expect the learner to master?*. Journal of Sport and Health Science, 4(2), 108-112.
- Whitehead, M. (2016). retrieved from <https://www.physical-literacy.org.uk/>
- World Health Organization (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, ISBN 9789241599979, Switzerland.



## 12

# ABORDAGEM COMPARATIVA SOBRE DESPORTO PARA A SAÚDE MENTAL E PARA INCAPACIDADES FÍSICAS OU INTELETUAIS.

## AUTORES:

**Moira Kobse**, *Masters degree in Organisation and management of social activities, professional worker*

**Simona Litvinienė**, *Msc in Social Pedagogy, Project coordinator*

**Andrej Arko**, *Rijeka*

**Tatjana Udovič**, *Rijeka*

**Melike Eşdur**, *Sporium*



OZARA ZAVOD MARIBOR

OZARA  
Slovenia



A.S.O.K.  
Lithuania



SSOI - RIJECA  
DISABILITY SPORTS  
ASSOCIATION, Croatia



GÖLBASI SPORİUM  
KULÜBÜ VE DERNEĞİ  
Turkey

## INTRODUÇÃO

O desporto e a atividade física têm sido reconhecidos como um importante potenciador da saúde mental e física. A variedade de estudos e evidências sobre a sinergia e os benefícios do desporto e da atividade física demonstram claramente que existe uma relação importante entre estes dois. Estes estudos confirmam o efeito direto e/ou indireto positivo do desporto em problemas de saúde mental e no bem-estar físico.

Embora esses resultados sustentem os benefícios do desporto, também é importante que, no futuro, sejam realizados estudos ainda mais detalhados e controlados para encontrar os benefícios potenciais para diferentes populações.

Este documento teve como objetivo comparar diferentes abordagens e estudos e levar a uma ação “coletiva” que pode ser seguida pelas sociedades em geral.

## DECLARAÇÃO DO PROBLEMA

Este documento aborda o impacto do desporto e/ou atividades físicas (AF) na saúde mental em geral e para os indivíduos com incapacidades físicas e intelectuais. O foco foi definido na abordagem comparativa através:

- da questão da saúde/saúde mental em geral e em combinação com a ativação física;
- da visão geral dos estudos disponíveis no campo.



A pesquisa preliminar mostrou a dispersão de diferentes visões sobre os benefícios do desporto. Portanto, este documento tira conclusões ao comparar o conhecimento existente e a literatura profissionalmente apoiada sobre:

1. A psicopatologia da saúde mental dos dias de hoje.
2. A associação entre atividade física e saúde física e mental.
3. Benefícios do desporto/atividades físicas para pessoas com problemas de saúde mental e incapacidades físicas ou intelectuais.
4. Inclusão social e desporto.

Este documento reflete o esforço comum de 4 organizações parceiras (Croácia, Lituânia, Eslovênia e Turquia), no qual reuniram diferentes investigadores e refletiram as suas próprias opiniões e experiências profissionais sobre o tema deste documento.

## DEFINIÇÕES BÁSICAS

### Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde incorporou o termo saúde mental na definição geral de saúde, reconhecendo-o como parte integrante da saúde em geral. A sua definição como um estado de bem-estar resume o esforço de cada indivíduo para ser capaz de realizar as suas próprias competências, lidar com os stresses normais da vida, trabalhar produtiva e frutiferamente e fazer uma contribuição para a sua comunidade (WHO, 2004).

### Desporto

O desporto como termo refere-se ao Desporto em inglês britânico ou Desportos em inglês americano; inclui todas as formas de atividade física competitiva ou jogos que, por meio de participação casual ou organizada, visam usar, manter ou melhorar a capacidade física e as competências, proporcionando diversão aos participantes e, em alguns casos, entretenimento para os espectadores (Wikipedia). Neste documento, o termo “desporto” é utilizado em conjunto com a atividade física (AF) e o exercício como a subcategoria de atividade física que é planeada, estruturada, repetitiva e visa melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (WHO, 2017).

### Prevenção

Este termo geral aparece em muitas configurações diferentes do seu uso. No âmbito deste documento, refere-se principalmente ao setor médico e de saúde. No âmbito de diferentes estudos e exemplos apresentados neste documento, a prevenção aparece como um fator importante subjacente aos benefícios do desporto e da atividade física. A prevenção parece ser a melhor solução possível em ações concretas na sociedade para lidar com a saúde mental e os desafios que ela nos traz. Muitos estudos confirmam os benefícios da atividade física e estão inevitavelmente conectados à prevenção. Como a própria prevenção é um termo bastante geral, é importante que as melhorias da saúde mental na sociedade sejam consideradas como uma ação coletiva, reunindo governos, setor empresarial, educação, justiça do trabalho e outros (WHO, 2004).

## MÉTODOS/ PROCEDIMENTOS/ ABORDAGENS

O presente artigo usou e combinou abordagens/ métodos de investigação em ciências sociais para estabelecer uma base de conhecimento completa e mapear descobertas existentes, recentes e mais importantes em termos do assunto. Os métodos e abordagens principalmente utilizados foram:

- Método comparativo (combinando estudos, pesquisas e artigos profissionais).
- Síntese de resultados gerais que abordam o tema da pesquisa.
- Combinação de dados qualitativos e quantitativos para abordar o tema da pesquisa.

## REVISÃO DE LITERATURA

### A psicopatologia da saúde mental na modernidade. Associação entre atividade física, saúde física e saúde mental

A saúde é definida como um valor geral que garante uma vida produtiva e de qualidade para cada indivíduo e comunidade. Representa

o bem-estar psicofísico e social, uma vez que é significativamente influenciado por fatores económicos e sociais. O equilíbrio dinâmico dos conteúdos mentais, emocionais e sociais do corpo num indivíduo reflete-se na sua capacidade adaptativa no ambiente e em executar (todas) as funções da vida. A saúde é, portanto, não só apenas descrita como ausência de doença, mas também como bem-estar, satisfação, “coping” bem-sucedido de problemas, solução eficaz de problemas e bem-estar inclusivo (WHO, 2008).

Para além da saúde física, a saúde mental é importante para o desenvolvimento humano e para a vida. Vários estudos confirmam a importância de uma boa saúde mental e funcionamento, bem como a ausência de patologias na determinação da qualidade de vida, capacidades cognitivas, saúde física e produtividade social (Huppert, 2005; Linley & Joseph, 2004; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010 in: Koželj, 2014). A deterioração da saúde mental gera perturbações mentais que, como as doenças somáticas, envolvem dificuldades e aflições quotidianas.

A preservação e/ou manutenção da saúde física/mental está associada ao modo de vida do indivíduo, ao cumprimento das suas necessidades físicas, aspirações emocionais e valores socioculturais. Um dos métodos mais eficazes para melhorar o bem-estar é através da atividade física (AF). Há evidências crescentes de que a inatividade física e os estilos de vida sedentários são uma causa direta de muitas doenças crónicas. Por outro lado, numerosos estudos falam dos efeitos positivos do exercício regular para a prevenção e tratamento de distúrbios metabólicos e mentais, que são frequentemente induzidos pelo stress crónico do estilo de vida pós-moderno. Esses efeitos positivos são, por um lado, o resultado dos efeitos neuroendócrinos centrais do exercício, que ajudam a reduzir a sensibilidade ao stress e, por outro lado, os efeitos metabólicos periféricos (aumento da sensibilidade à insulina). A adoção de AF regular ao longo da vida é, portanto, preventiva e terapêutica, o que, por sua vez, melhora a qualidade de vida. Os fatores importantes são o tipo, quantidade e intensidade da AF que está dependente da saúde, capacidade, desejos e objetivos do indivíduo. Demonstrou-se que os efeitos vantajosos emergem através do envolvimento em atividades aeróbicas moderadas, enquanto que os efeitos da intensidade excessiva podem ter efeitos negativos sobre a saúde,

como paradoxalmente maior risco de morte cardíaca e aumento de lesões. Portanto, a AF desempenha um papel importante no tratamento e no lidar com formas modestas e médias de problemas de saúde mental ou doenças mentais (principalmente depressão e ansiedade). O exercício aeróbico normalmente diminui os sintomas de ansiedade e depressão (Mikša, 2015).

O envolvimento regular em desportos, de acordo com um nível relativamente alto de aptidão física, reduz os efeitos negativos do stress, reduz a ansiedade, enquanto que aumenta o humor e a capacidade do indivíduo em lidar mais efetivamente com as causas da ansiedade e sentimentos de depressão (Burnik, Potočnik & Skočić, 2003). Aqueles que praticam regularmente também se sentem psicologicamente melhores, cognitivamente mais capazes – especialmente em funções referentes ao lobo frontal – e exibem menor incidência de depressão e ansiedade (Koželj, 2014). A atividade física de alta intensidade pode ser uma terapia adicional na ocorrência de distúrbios patológicos e psicológicos (Mišigoj et al, 2003) e está associada à redução de problemas interpessoais e atos agressivos (Koželj, 2014). A participação em diversas atividades desportivas contribui ainda mais para o bem-estar, elevando o nível de autoconfiança, perceção emocional e expressão. O aumento da AF aumenta a perceção de competência e pode ser útil para desenvolver a autoestima geral em adolescentes. Os resultados da pesquisa também mostraram que a atividade de lazer está associada até mesmo com uma menor prevalência de perturbações mentais, especialmente perturbações de humor e ansiedade, enquanto que a melhoria da saúde mental também foi documentada (Koželj, 2014).

O funcionamento de pessoas com perturbações mentais não depende apenas da sintomatologia da doença, mas também da sua participação ativa e realização de papéis e tarefas da vida. Muitas competências funcionais, funções cognitivas e sintomas podem ser influenciados por um envolvimento regular e personalizado na AF. Vários estudos, apoiado com evidência de efeitos adversos de fármacos que restringem a atividade motora e elevam o bem-estar físico, falam dos efeitos positivos da AF na estrutura e funcionamento do cérebro, saúde e bem-estar das pessoas com perturbações mentais (Švab, 2016).

No contexto da saúde mental, o desporto e a AF têm o potencial de desenvolver contactos sociais, autoestima e planeamento futuro. Os estudos epidemiológicos provam que a AF pode ter um efeito positivo na saúde mental, enquanto foram demonstrados os efeitos terapêuticos na população clínica e não clínica. Alguns estudos até associaram a AF à possibilidade de desenvolver patologias mentais. Apesar desses estudos, o mecanismo exato da influência da AF na saúde mental ainda não foi comprovado (Koželj, 2014). Em qualquer caso, um indivíduo psicofisicamente bem preparado é muito mais qualificado para superar os fatores de stress durante o curso biográfico e assim manter a sua saúde (física e mental).

Um aspeto muito importante da compreensão contemporânea de todos os efeitos positivos e funções do desporto é a questão da inclusão. Em primeiro lugar, as definições e explicações sobre os termos como a saúde mental, a deficiência física e a deficiência intelectual são um fator importante quando se observa o papel do desporto no último e ainda mais – visão geral comparativa dos benefícios para todos, mente e estado físico, deve ser observada também dentro do reconhecimento e/ou consenso social e científico sobre a terminologia geral. A conceptualização da saúde mental e da doença mental está no foco de muitos estudos. Vários autores alertam para se ser cauteloso ao usar termos de doença mental e doença mental grave e duradoura devido aos efeitos de rotulagem que estes últimos podem ter sobre os indivíduos (Carless & Douglas, 2010). Portanto, no documento, não há qualquer definição de gravidade de determinado diagnóstico. No entanto, uma distinção geral é representada em termos de saber a diferença entre (Zveza Sožitje, 2018):

- Doença mental (sem deficiências mentais) - capacidade de viver independente e ter controlo das doenças como depressão, ansiedade, esquizofrenia - os indivíduos podem sofrer de diferentes níveis.
- Perturbação mental - o termo refere-se ao comprometimento da mente, dificuldades dentro do espectro do mau funcionamento intelectual - processos de aprendizagem, capacidade motora e social.

Outra perspetiva interessante é a comparação entre os benefícios da AF para a deficiência física e intelectual. A conectividade é crucial para a abordagem comparativa dos benefícios da AF para os diferentes indivíduos.

Os indivíduos com deficiência mental foram frequentemente diagnosticados com diferentes problemas de saúde física como obesidade, doença crónica, ou seja, hipertensão arterial, níveis de colesterol e diabetes (Papež, 2010). Este último enfatiza ainda mais a importância da AF especificamente ajustada.

Por outro lado, reportando do ponto de vista dos benefícios da AF para indivíduos com deficiências físicas, a compreensão dos benefícios seguintes é crucial (Disabled World, 2017):

- Menos stress
- Mais independência
- Maior realização em educação e emprego
- Redução da dependência de medicação para dor e depressão
- Menos condições médicas secundárias (isto é, diabetes, hipertensão)

Dentro dos termos acima definidos, dois fatores-chave são importantes quando se fala de contribuição e benefícios da AF para indivíduos com deficiências físicas e intelectuais (Papež, 2010):

- Igualdade de oportunidades: Olimpíadas Especiais, Paraolimpíadas
- A natureza da organização da AF para diferentes indivíduos (desportos individuais vs desportos em equipa - encontrar equilíbrio, AF controlada e organizada que se baseia em desprezo pessoal, senso de pertença, inclusão social como caminhadas, acampamentos, canoagem, andar de bicicleta etc.)

Finalmente, a saúde mental como um estado de bem-estar que não inclui nenhuma das categorizações mencionadas está na encruzilhada quando se trata dos efeitos positivos gerais da AF. A saúde mental é uma parte essencial da saúde pública e, portanto, na junção de diferentes políticas intersectoriais, uma vez que o desporto em geral fortalece a solidariedade, a tolerância, a responsabilidade e os valores sociais positivos (ReNPŠ14-23, 2014).

## INCLUSÃO SOCIAL E DESPORTOS

### Desportos para a saúde mental

Praticar desporto oferece muitos benefícios mentais, incluindo um ambiente mais positivo

e melhoria da autoestima (Miller, 2017). Os desportos melhoram a segurança, a serenidade e o humor, e através do desporto, melhoram as competências sociais e psicofísicas. Através da AF e do desporto, os indivíduos adquirem autoconfiança e segurança em relação a si e à sociedade. O desporto pode ser uma forma de terapia mental para pessoas com distúrbios psicológicos e depressão, promovendo a autoestima na forma de percepção positiva da imagem corporal e da autoestima. Ao participar com outras pessoas, as pessoas também podem entrar em ambientes sociais positivos para promover a saúde psicológica. A atividade física também pode diminuir o risco de declínio cognitivo que vem com o envelhecimento e pode reduzir a ansiedade em adolescentes (Cohen, 2017). As características positivas são aprimoradas, como as atitudes em relação às pessoas, obrigações, emoções como a satisfação, felicidade e redução da tristeza que os atletas experimentam através do desporto. As crianças aprendem a experimentar vitórias e derrotas, como partes das suas vidas diárias e podem lidar melhor com todas as emoções associadas, seja no sentido positivo ou negativo.

O exercício estimula a produção de neurotransmissores que melhoram o humor e substâncias químicas do cérebro, como as endorfinas. As endorfinas são substâncias químicas que aliviam a dor, semelhantes a opiáceos, que nos fazem sentir bem (Miller, 2017).

Os indivíduos que praticam desportos tendem a ter um melhor desempenho na escola (Rush, 2017b). Os atletas estudantes têm notas mais altas e têm scores mais elevados nos testes padronizados. Têm também menores taxas de abandono escolar e uma melhor probabilidade de entrar na faculdade. O desporto e a atividade física têm efeitos positivos na saúde mental, reduzindo a depressão e melhorando a função cognitiva (Cohen, 2017). Segundo Scottsdale (2017) e outros investigadores da área, se se quiser sentir menos ansioso, deve tentar praticar desporto.

Cohen (2017) afirmou que os desportos podem promover a perda de peso a longo prazo e evitar o ganho de peso. Os desportos aumentam as taxas metabólicas e podem ajudar a aumentar a massa corporal magra enquanto queimam calorias e eliminam o excesso de gordura. Embora a quantidade de atividade física necessária varie de acordo

com o tipo de corpo e a ingestão calórica, o desporto pode ajudar a pessoa a manter um peso saudável.

O desporto pode ajudar as pessoas de todas as idades a manter e a melhorar a saúde cardiovascular (coração, pulmões e vasos sanguíneos). A atividade física pode reduzir significativamente o risco de doença coronária e acidente vascular cerebral, uma vez que o treino reduz o colesterol, o que leva a doenças dos vasos sanguíneos. De acordo com o British Parliamentary Office of Science and Technology, aproximadamente 40% das mortes relacionadas com a doença coronária estão relacionadas com a atividade física inadequada, obesidade, stress e aumento da pressão arterial. O desporto pode ajudar com todos esses problemas físicos, diminuindo o risco de doença coronária em cerca de 50% (Cohen, 2017). É normal controlar o peso corporal por treino e, assim, equilibrar o corpo e desenvolver a segurança da saúde com o fluxo sanguíneo e os vasos sanguíneos.

## **O desporto como tratamento complementar**

Praticar desporto pode tornar-nos mais fortes e saudáveis, contribuindo para a redução das taxas de obesidade (Rush, 2017b). As pessoas ativas tendem a ter taxas mais baixas de diabetes e pressão sanguínea elevada. O exercício regular através de programas desportivos pode contribuir para uma melhor função cardíaca e pulmonar. Um dos benefícios físicos é que as pessoas tendem a perder peso e a ganhar massa muscular, fazendo-se parecer melhores e melhorando a sua autopercepção (Scottsdale, 2017).

Os desportos contribuem para o desenvolvimento muscular, coordenação, saúde cardiovascular e inúmeros outros benefícios associados à prevenção de doenças; a atividade física pode ajudar na prevenção de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, hipertensão, obesidade, depressão e osteoporose (Rush, 2017a). O facto é que, através do desporto e do treino, existe um risco menor de todas as doenças mencionadas. Os desportos podem diminuir o risco de cancro do cólon até 300%, de acordo com o Escritório Parlamentar Britânico de Ciência e Tecnologia. Também pode diminuir significativamente o risco de cancro da mama e diminuir o risco de cancro do pulmão e do endométrio (Cohen, 2017). Em geral,

o desporto melhora e age sobre a saúde e melhora o funcionamento do organismo em todos os segmentos, mas o aconselhamento médico é uma necessidade. O envolvimento em qualquer tipo de atividade física não fornece apenas benefícios físicos como controlo de peso. Também ajuda a prevenir doenças como doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e algumas formas de cancro, melhora o sono e aumenta a energia (Miller, 2017).

Para além disso, os atletas são regularmente inspecionados por um médico desportivo e a probabilidade de detetar todas as várias doenças num estágio precoce é maior.

O desporto e as outras atividades físicas têm inúmeros benefícios para a saúde física, incluindo melhor aptidão cardiorrespiratória e muscular, saúde óssea, aumento da expectativa de vida e saúde coronária. O desporto também pode ajudar a prevenir vários tipos de cancro e ganho de peso (Cohen, 2017) e pode ajudar as crianças a desenvolver ossos saudáveis, sistemas cardiovasculares mais fortes e pulmões poderosos (Rush, 2017a).

### **Inclusão social**

Praticar desportos em equipa é uma atividade social. O desporto pode ter impacto positivo tanto nas crianças como nos adultos, proporcionando oportunidades para fazer exercício e passar tempo com os colegas num ambiente saudável (Rush, 2017b). Ao interagir com outros, os indivíduos experienciam os benefícios da interação social. A interação social pode reduzir o stress e melhorar o humor, reduzir o isolamento social e permitir uma oportunidade de fazer novos amigos e esquecer as preocupações enquanto se diverte com os outros (Miller, 2017).

O desporto é um elemento que afeta uma pessoa para integrar-se com facilidade e rapidez à esfera social e pode afetar uma pessoa a cumprir mais facilmente e de forma mais completa todas as obrigações da sociedade. O desporto é um meio de integração precoce, especialmente para as crianças que desenvolvem um senso de aceitação e valor mútuo. Para as crianças, praticar desporto pode ajudar a desenvolver amizades em atividades saudáveis, seguras e agradáveis. Os adultos que praticam desporto também têm a oportunidade de desenvolver amizades em torno de um estilo de vida ativo (Rush, 2017b). Através do desporto, as pessoas socializam,

conectam, colaboram e, assim, desenvolvem vários elementos sociais que são de alta qualidade na comunicação e socialização com os outros nas suas vidas diárias.

A prática de equipa e as competições proporcionam opções de socialização mais saudáveis e mais ativas em comparação com as atividades sedentárias regulares (Rush, 2017b). O desporto, especialmente desportos de equipa, podem desenvolver relacionamentos positivos com todos os participantes, uma sensação de partilha de emoções e ajuda uns aos outros.

O desporto também pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de valores, como honestidade, trabalho em equipa e fair play (Rush, 2017b). Através do desporto, as pessoas desenvolvem um senso de justiça, cooperação com outros colegas de equipa, senso de partilha, distinguem o certo do errado, etc.

## **ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADES FÍSICAS, SAÚDE FÍSICA E SAÚDE MENTAL.**

Acredita-se que a AF regular esteja associada à melhoria da saúde mental (Hamer & Chida, 2009). A atividade física pode desempenhar um papel importante na gestão de doenças mentais leves a moderadas, especialmente depressão e ansiedade. Os indivíduos com depressão tendem a ser menos ativos fisicamente que os indivíduos não-deprimidos. No entanto, as evidências dos estudos sugerem que o envolvimento em exercícios aeróbicos ou treino de força pode reduzir significativamente os sintomas depressivos. No entanto, na AF habitual não foi mostrada para impedir o aparecimento de depressão. Os sintomas de ansiedade e as perturbações de pânico também melhoram com o exercício regular, e os efeitos benéficos parecem igualar a meditação ou o relaxamento. Em geral, a ansiedade aguda responde melhor ao exercício do que a ansiedade crónica. Os estudos com idosos e adolescentes com depressão ou ansiedade têm sido limitados, mas a AF parece ser benéfica para essas populações também. A AF excessiva, no entanto, pode levar ao excesso de treino e gerar sintomas psicológicos que imitam a depressão. Diversos mecanismos psicológicos e fisiológicos diferentes têm sido propostos



para explicar o efeito da AF nas perturbações da saúde mental. São necessários estudos bem controlados no futuro para esclarecer os benefícios do exercício para a saúde mental entre várias populações e abordar diretamente os processos subjacentes aos benefícios do exercício na saúde mental (Aluska, 2000).

O exercício melhora a saúde mental reduzindo a ansiedade, a depressão e o humor negativo e melhorando a autoestima e a função cognitiva. O exercício também foi encontrado para aliviar sintomas como baixa autoestima e isolamento social. O exercício é especialmente importante em pacientes com esquizofrenia, uma vez que esses pacientes já são vulneráveis à obesidade e também devido ao risco adicional de ganho de peso associado ao tratamento antipsicótico, especialmente com os antipsicóticos atípicos. Os pacientes com esquizofrenia que participaram num programa de condicionamento físico de 3 meses mostraram melhorias no controlo do peso e relataram um aumento dos níveis de aptidão física, tolerância ao exercício, níveis de pressão do sangue reduzidos, aumento nos níveis de energia percebidos e aumento da força na parte superior do corpo e na mão. Trinta minutos de exercício de intensidade moderada, como uma caminhada rápida três dias por semana, são suficientes para esses benefícios na saúde. Para além disso, esses 30 minutos não precisam de ser contínuos; acredita-se que três caminhadas de 10 minutos sejam tão úteis quanto uma caminhada de 30 minutos (Fogarty, Happell & Pinikahana, 2004).

Os benefícios na saúde do exercício regular, que devem ser enfatizados e reforçados por todo o profissional de saúde mental, podem incluir o seguinte (Fogarty, Happell & Pinikahana, 2004):

1. Melhoria do sono
2. Aumento do interesse sexual
3. Melhoria da resistência
4. Alívio do stress
5. Melhoria do humor
6. Melhoria da energia e perseverança
7. Redução da fadiga e aumento do estado de alerta mental
8. Redução de peso
9. Redução do colesterol e melhor condicionamento cardiovascular.

Os prestadores de serviços de saúde mental podem, assim, fornecer intervenções eficazes

de atividade física baseadas em evidência para os indivíduos que sofrem de doença mental grave. Por essa razão, são necessários estudos controlados para esclarecer os benefícios exatos do exercício físico em várias populações e abordar diretamente os processos subjacentes aos benefícios do exercício na saúde mental.

A associação entre saúde mental e atividade física foi examinada numa amostra representativa de homens e mulheres da Scottish Health Research (Hamer, Stamatakis & Steptoe, 2009). A atividade física autorrelatada foi medida e o “General Health Questionnaire” (GHQ-12) foi aplicado para obter informações sobre a saúde mental atual. Os participantes foram cerca de 19.842 homens e mulheres. As estimativas de risco por categoria de sessões de atividade física por semana foram calculadas usando modelos de regressão logística. Os pesquisadores afirmaram que o sofrimento psicológico (baseado numa pontuação de 4 ou mais no GHQ-12) era evidente em 3200 participantes. Qualquer forma de atividade física diária foi associada a um menor risco de sofrimento psicológico após ajuste para a idade, sexo, grupo económico social, estado civil, índice de massa corporal, doença de longa duração, tabagismo e ano de recolha dos dados. A relação dose-resposta foi visível, com reduções moderadas no sofrimento psicológico com a atividade física. Os diferentes tipos de atividades, incluindo doméstica (trabalho doméstico e jardinagem), caminhada e desportos, foram independentemente associados a menores probabilidades de sofrimento psicológico, embora os efeitos mais fortes tenham sido observados nos desportos.

Kirkcaldy et al. (2002) examinaram as associações entre a participação em desportos de resistência, autoimagem, saúde física e psicológica e estilo de vida em geral numa grande amostra representativa de estudantes alemães do ensino médio. Quase 1000 adolescentes alemães (com idades entre os 14 e 18 anos) receberam uma série abrangente de questionários destinados a avaliar ansiedade-depressão, dependência de traços, comportamentos de fumar e beber, relatórios de problemas físicos, autoperceção da autoimagem, aceitação dos pais e realização educacional. Os investigadores relataram que a prática regular de exercícios de resistência estava relacionada com uma autoimagem mais favorável. Houve uma forte associação entre a participação no desporto e o tipo de personalidade que tende a ser resistente à



dependência de drogas e álcool. O exercício foi relacionado aos scores de bem-estar físico e psicológico. Os adolescentes que se envolviam regularmente em atividade física eram caracterizados por menores scores de ansiedade-depressão e apresentavam muito menos inibição comportamental social do que as suas contrapartes menos ativas. Os investigadores concluíram que o envolvimento em atividades recreativas ou em exercícios pode facilitar preocupações relacionadas com a imagem corporal e autoestima. Em termos de aplicações psicoterapêuticas, a atividade física tem muitas recompensas adicionais para os adolescentes. É provável que, ao promover a aptidão física, aumentar o desempenho físico, diminuir a massa corporal e promover uma forma e estrutura corporal mais favorável, o exercício proporcione um feedback social mais positivo e reconhecimento dos grupos de pares, o que levará subsequentemente à melhoria na autoimagem de um indivíduo (Kirkcaldy et al, 2002).

Investigadores na Finlândia examinaram os benefícios psicológicos e fisiológicos do envolvimento regular em atividades físicas. O estudo explorou a associação entre a frequência do exercício e uma série de medidas de bem-estar psicológico numa grande amostra populacional. Um total de 3.403 participantes (1.856 mulheres e 1.547 homens) da pesquisa de fatores de risco cardiovascular finlandesa, com idades entre os 25 e 64 anos, estavam envolvidos. Para além de responderem a perguntas sobre os seus hábitos de exercício e percepção de saúde e condicionamento físico, os participantes também completaram o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Angústia de Estado-Traço, a Escala de Desconfiança Cínica e o inventário de Senso de Coerência. Os resultados sugeriram que os indivíduos que se exercitaram pelo menos duas a três vezes por semana experimentaram significativamente menos depressão, raiva, desconfiança cínica e stress do que aqueles que se exercitaram com menos frequência ou não o fizeram. Para além disso, os praticantes regulares perceberam a sua saúde e aptidão para serem melhores do que fizeram os praticantes menos frequentes. Finalmente, aqueles que se exercitaram pelo menos duas vezes por semana relataram níveis mais altos de coerência e um sentimento mais forte de integração social do que as suas contrapartes com menos frequência. Os resultados indicaram uma associação consistente entre o maior bem-

estar psicológico e o envolvimento regular em atividades físicas. (Hassmén, Koivula & Uutela, 2000).

Outro estudo foi realizado na Bélgica (Asztalos, De Bourdeaudhuij & Cardon, 2009) com uma amostra de 6.803 adultos entre os 25 e 64 anos da Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde da Bélgica. As análises de regressão logística múltipla mostraram que níveis claramente diferentes de intensidade caracterizavam a AF associada à saúde mental em mulheres e homens. Nos homens, existem associações inversas entre a participação na AF de intensidade vigorosa e sentimentos de depressão, ansiedade e sintomas de somatização. Nas mulheres, existiam associações positivas entre o caminhar e o bem-estar emocional e associações inversas entre a participação na AF de intensidade moderada e os sintomas de somatização. As análises secundárias confirmaram que as diferenças nas queixas psicológicas foram significativas para a AF vigorosa em homens e para a AF moderada em mulheres, enquanto que as diferenças no bem-estar emocional foram significativas para o caminhar exclusivamente em mulheres. Na população geral, a relação saúde mental-AF é sempre positiva, independentemente da intensidade da atividade. Nos homens, abordam-se queixas (sintomas, desconforto) e a intensidade ideal de AF é alta. Nas mulheres, abordam-se queixas, angústia (humor diminuído, ansiedade perturbadora, bem-estar alterado) e a intensidade ideal de AF é leve. O estudo de Babyak et al. (2000) mostrou que, entre os indivíduos com perturbação depressiva maior (PDM), a terapia com exercícios é viável e está associada a benefício terapêutico significativo, especialmente se o exercício for continuado ao longo do tempo. O estudo avaliou o estado de 156 voluntários adultos com PDM, 6 meses após o término de um curso de 4 meses de exercícios aeróbicos, terapia com sertralina ou uma combinação de exercício e sertralina. A presença e a gravidade da depressão foram avaliadas por entrevista clínica, através do uso do Cronograma de Entrevista de Diagnóstico, a Escala de Avaliação de Hamilton para a Depressão (HRSD) e o Inventário de Depressão de Beck. As avaliações foram realizadas no início, após 4 meses de tratamento e 6 meses após o tratamento ter sido concluído (isto é, após 10 meses). Os investigadores descobriram que os pacientes nos três grupos apresentaram melhora significativa após 4

meses. A proporção de participantes remetidos (ou seja, aqueles que não mais preenchiam os critérios diagnósticos para PDM e tinham um score HRSD <8) foi comparável entre as três condições de tratamento. No entanto, após 10 meses, os indivíduos incluídos no grupo de exercício tiveram taxas de recaída significativamente menores ( $p = 0,01$ ) do que os indivíduos do grupo de medicação. O exercício por conta própria durante o período de acompanhamento foi associado a uma probabilidade reduzida de diagnóstico de depressão no final desse período (Babyak et al, 2000).

Os resultados de investigações anteriores confirmam que a atividade física tem benefícios bem conhecidos para várias doenças crônicas, incluindo a doença arterial coronária, o acidente vascular cerebral, a diabetes mellitus e a osteoporose (Laurin, Verreault & Lindsay, 2001). A evidência de que a atividade física pode retardar a perda cognitiva e o comprometimento também está bem estabelecida. Em contextos clínicos, os efeitos benéficos das intervenções de condicionamento físico sobre a memória e outros aspectos da cognição foram documentados em pessoas idosas, embora inconsistentemente. Os poucos estudos epidemiológicos examinaram o papel da atividade física no risco de comprometimento cognitivo e demência em pessoas idosas. As sugestões de que o exercício pode ser protetor para a demência e para a doença de Alzheimer, foram feitas em alguns estudos de caso-controle, usando casos prevalentes (Laurin, Verreault & Lindsay, 2001).

Os estudos acima mencionados recomendam assim que o envolvimento em atividades físicas regulares e exercícios é necessário para uma vida frutífera e uma forma mais ativa de viver. Para além dos benefícios físicos, o exercício pode lidar efetivamente com problemas mentais e psicossociais. As pessoas que se exercitam regularmente têm maiores probabilidades em evitar muitas doenças e incapacidades, são mais eficientes, alegres, aproveitam a vida, desfrutam de mais relações sociais, etc. (Lawrence, Segal & Smith, 2016). Como tal, muitos dos psicólogos de hoje recomendam o envolvimento na atividade física como um fator para superar a ansiedade, a depressão, a irritabilidade e o stress diário.

## **BENEFÍCIOS DO DESPORTO/ ATIVIDADES FÍSICAS**

## **PARA PESSOAS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS**

O organismo humano está inclinado para a ação. O desporto contribui para os objetivos da educação geral com ação. Quando olhado dentro deste âmbito, o desporto é tratado como um todo das atividades físicas que são organizadas com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento físico, psicomotor, mental, emocional e social dos indivíduos envolvidos.

Tendo isso em mente, pode-se esperar que as atividades físicas tenham um papel enorme na vida do ser humano. No entanto, as pesquisas recentes mostram que esse não é o caso. Por exemplo, os estudos conduzidos no Reino Unido afirmam que apenas um terço da população atende ao nível necessário de atividades físicas para sustentar uma vida saudável (Edmunds et al, 2013).

Os termos para que os pontos sejam benéficos para a saúde humana vão para além da questão física, em direção à psicológica. Como Kaoukis e Duhamel (2013) sugeriram, a atividade física insuficiente pode levar à depressão, stress e tabagismo, para além da obesidade, pressão sanguínea alta, resistência à insulina, etc. No entanto, essas descobertas estão relacionadas com as pessoas que são percebidas como “saudáveis” em termos de bem-estar mental e físico. Então, quais são os efeitos das atividades físicas na saúde mental de indivíduos com perturbações mentais ou físicas? É isto que iremos abordar na parte restante deste documento.

## **Desporto e Deficiências Físicas**

O desporto durante a infância contribui para o desenvolvimento mental e físico (Chhun, 2012). Em adultos, os desportos são eficazes principalmente na defesa de doenças cardiovasculares, na digestão, respiração, força muscular, resistência, potência, flexibilidade, equilíbrio e coordenação (Kaukois & Duhamel, 2013).

No entanto, os benefícios dos desportos não se limitam aos indivíduos saudáveis. Os desportos também são usados no tratamento de incapacidades físicas. Os desportos mostraram que a vida de uma pessoa não termina quando esta ingressa num hospital numa cadeira de rodas ou nasce com uma incapacidade. Através da reabilitação, o indivíduo pode adaptar-se à

sua nova vida ou construir uma vida própria (Rohwer, 2013).

Os benefícios dos desportos são vários como a pressão arterial adequada, fortalecem os músculos e a coordenação, facilitam a melhoria física e a funcionalidade dos indivíduos envolvidos (Rohwer, 2013). Paralelamente, as atividades físicas apoiam os indivíduos com incapacidades da mesma forma que apoiam as pessoas sem qualquer incapacidade (Jearsma, 2014).

Quando se trata dos movimentos desportivos para pessoas com deficiência ou incapacidade física, o Movimento Paralímpico é um ótimo exemplo. Governado pelo Comitê Paralímpico Internacional, este comitê fornece as condições necessárias para o empowerment do atleta de modo a criar uma sociedade mais igualitária, conforme declarado no respetivo site do comitê. Os paraolímpicos permitem que os indivíduos com incapacidades várias participem de acordo com a sua funcionalidade pessoal e deficiência corporal através de um sistema de classificação.

Portanto, todos os portadores de deficiências físicas podem receber um ramo de desportos adequado. Para além disso, o ramo desportivo ou as atividades desportivas atendidas no âmbito das Paraolimpíadas não têm o restante como atividade de lazer, pois podem transformar-se em empregos remunerados para essas pessoas. Por isso, deve-se afirmar que, o comitê permite que as pessoas com deficiência física pratiquem desportos e sejam remuneradas, o que os ajudará a ser uma parte ativa da sociedade e a se sustentar.

## **Desporto e Perturbações Mentais**

Sempre houve uma ligação entre a atividade física e a psicologia humana, também conhecida como saúde mental, de acordo com a literatura (Biddle, Fox & Boutcher, 2000). Por este meio, é necessário analisar a definição de saúde mental fornecida pela OMS (2014) e Lök e Lök (2015). Este autor definiu a saúde mental como o estado em que os indivíduos exibem o seu bem-estar psicológico; sustentam as suas vidas diárias, não importando se têm algum problema de saúde física. É o estado em que se pode intelectualmente funcionar de acordo com as suas exigências diárias (WHO, 2014; Lök & Lök, 2015).

O primeiro e mais conhecido efeito

psicológico dos desportos é na depressão. Estudos clínicos e epidemiológicos mostraram que existe uma ligação entre as atividades físicas e a diminuição da ansiedade e dos sintomas depressivos. Em conformidade, os exercícios aeróbicos parecem ter um efeito na diminuição dos sintomas depressivos. Portanto, existem evidências relevantes a afirmar que os desportos têm uma relação direta com o tratamento da depressão (Karatosun, 2010) (Otto & Smiths, 2011).

Os efeitos positivos dos desportos na saúde mental podem ser percebidos em dificuldades mentais severas e problemas sociais. Por exemplo, de acordo com Cameron e MacDougall (2000), o desporto tem um impacto na diminuição das taxas de criminalidade na sociedade.

No geral, os desportos podem ajudar as pessoas a melhorar a sua saúde mental, aumentando a autoconfiança e contribuindo para o desenvolvimento positivo da personalidade, melhorando a comunicação e a partilha. Como resultado, são suportados a motivação para a vida, o ganho de características positivas de personalidade como honestidade, tolerância e cooperação. Essas características proporcionam uma vida social mais equilibrada e um lugar na sociedade para os indivíduos com problemas de saúde mental. Quando se trata das influências de ser ativo em pessoas com deficiência física, deve-se dizer que os desportos os ajudam em termos de melhoria da força corporal e do bem-estar psicológico, assim como acontece com pessoas que têm problemas de saúde mental. Para além disso, o desporto ajuda-os, assim como para todos nós, a ter uma boa circulação sanguínea, músculos mais fortes, uma melhor coordenação, menor risco de doenças cardiovasculares. Ainda desempenha um bom papel em “adquirir competências para a vida” (Beeton, in Rohwer, 2013).

## **BENEFÍCIOS DO DESPORTO PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM INCAPACIDADES FÍSICAS E MENTAIS**

A participação de indivíduos com perturbações mentais em atividades

desportivas e de lazer tem benefícios mentais, sociais, psicológicos e físicos. Os desportos são conhecidos por terem um impacto sobre o desenvolvimento mental e físico dos seres humanos; no entanto, esta não é a única função das atividades físicas. Elas também têm benefícios comprovados como um meio no tratamento e método de reabilitação para indivíduos com perturbações físicas e mentais.

Diversas atividades desportivas são utilizadas na reabilitação e recreação de pessoas com incapacidade. Os desportos são usados de forma ainda mais predominante como tratamento suplementar dos métodos convencionais de fisioterapia.

Uma comparação sobre benefícios em pessoas com incapacidades e pessoas com problemas de saúde mental

Outro lado importante é que os desportos garantem a ocorrência das relações sociais. Participar em atividades desportivas apoia as pessoas com uma incapacidade recente a obter autoconsciência, ser integrada na vida social e desenvolver comportamentos sociais positivos. Para além disso, se os indivíduos com deficiências que vivenciam o humor depressivo praticassem desportos, o seu humor seria melhorado. No entanto, os benefícios sociais dos desportos em saúde mental e pessoas com deficiência física variam.

De acordo com os estudos, os desportos ajudam as pessoas a melhorar o humor, fazendo com que o corpo liberte a endorfina. Dessa forma, as pessoas com problemas de saúde mental podem encontrar um relaxamento com o seu nível reduzido de stress e ansiedade. Também mantém as competências mentais desenvolvidas, portanto, ajuda as pessoas a concentrarem-se e é por isso que é altamente recomendado para a inclusão de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA). No entanto, os benefícios não se limitam ao bem-estar. Especialmente, os desportos coletivos ajudam as pessoas a serem mais incluídas na sociedade e a livrarem-se dos estigmas sociais.

Quando se trata dos seus benefícios sociais para pessoas com incapacidade física, devemos dizer que os desportos coletivos impulsionam o sentimento de colaboração e competição, o que proporciona a essas pessoas a oportunidade de estar perto de outras pessoas, sendo um membro ativo da sociedade.

## COMPARAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

No âmbito deste documento, foi feita uma análise simplificada das informações fornecidas pela investigação. O objetivo principal era estabelecer se um corte transversal de benefícios do desporto entre diferentes categorias (de saúde) poderia ser estabelecido.

As conclusões finais e as recomendações baseiam-se, portanto, na comparação de dados e são indicadas abaixo:

1. O envolvimento regular em desporto, de acordo com um nível relativamente alto de aptidão física, reduz os efeitos negativos do stress, reduz a ansiedade, enquanto que aumenta o humor e a capacidade do indivíduo para lidar mais eficazmente com as causas da ansiedade e sentimentos de depressão (Burnik, Potočnik & Skočić, 2003). Por essa razão, as atividades em grupo são recomendadas. Durante as sessões de grupo, a pessoa fica mais relaxada, comunica com outras pessoas de forma mais adequada, preenche as tarefas que são solicitadas, aumenta a duração do treino e alcança resultados mais altos.
2. Os fatores importantes são o tipo, a quantidade e intensidade da AF que dependem da saúde, capacidade, desejos e objetivos do indivíduo. As pessoas com incapacidades físicas ou mentais, que são capazes de, devem obter pelo menos 150 minutos por semana de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana de atividade aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade aeróbica de intensidade moderada e vigorosa.
3. Os indivíduos com depressão tendem a ser menos ativos fisicamente que os não-deprimidos. No entanto, as evidências dos estudos sugerem que o envolvimento em exercícios aeróbicos ou treino de força pode reduzir significativamente os sintomas depressivos. A atividade aeróbica de intensidade vigorosa acontece quando se está a respirar forte e rápido, e quando a frequência cardíaca sobe um pouco. Ao exercitar-se com essa intensidade, não poderá dizer mais do que algumas palavras sem parar para respirar, e deverá parar se

A comparação dos benefícios e possíveis sobreposições é mostrada na tabela abaixo:

<i>Categories of observation</i>	<b>1. Physical health</b>	<b>2. Mental illness/Mental health in general</b>	<b>3. Mental disorder</b>	<b>4. Physical Impairment</b>
<b>Overview of benefits (positive effects of PA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Increase in production of mood-enhancing neurotransmitters and brain chemicals (endorphin)</li> <li>○ Weight loss</li> <li>○ Reduction of anxiety and stress</li> <li>○ Improvement of cardiovascular health reducing the risk of: coronary disease and stroke, reducing the levels of cholesterol</li> <li>○ Improved endurance, muscular force, flexibility, power, balance</li> <li>○ Lower obesity rates</li> <li>○ Risk of cancer</li> <li>○ Less depression, anger cynical distrust</li> <li>○ Social Integration</li> <li>○ Diminishing the risk of cognitive impairment, dementia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positive mood</li> <li>○ Improved self-esteem</li> <li>○ Positive perception of body image and self-worth</li> <li>○ Decrease in risk of cognitive decline</li> <li>○ Reduction of anxiety, depression</li> <li>○ Increase in social interaction to reduce stress and enhance mood</li> <li>○ Weight control</li> <li>○ Reduced blood pressure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Improvement of coordination</li> <li>○ Weight control</li> <li>○ Improvement of chronic states (blood pressure, etc.)</li> <li>○ Positive effects when included in PA without "competition"</li> <li>○ Building on personal contempt, sense of belonging, social inclusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Important factor of rehabilitation process</li> <li>○ Similar/equal positive effects as in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> category:</li> <li>○ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Less stress</li> <li>• More independence</li> <li>• Higher achievement in education and employment</li> <li>• Reduced dependency on pain and depression medication</li> <li>• Fewer secondary medical conditions (i.e., diabetes, hypertension)</li> </ul> </li> </ul>



não se sentir bem. É recomendado escolher uma intensidade moderada. A atividade aeróbica de intensidade moderada significa que está a trabalhar duro o suficiente para elevar a sua frequência cardíaca e suar. Uma maneira de saber se está a trabalhar numa intensidade moderada é se ainda conseguir falar, mas não consegue cantarolar as palavras de uma música. Exemplos de atividades que exigem esforço moderado para a maioria das pessoas incluem:

- Andar rápido
- Fazer hidroginástica
- Ballet
- Andar de bicicleta ao nível do solo ou com algumas colinas
- Jogar ténis duplo
- Empurrar um cortador de relva
- Canoagem
- Voleibol.

4. A atividade física pode reduzir significativamente o risco de doença

coronária e acidente vascular cerebral, uma vez que o treino reduz o colesterol, o que leva a doenças dos vasos sanguíneos. De acordo com o British Parliamentary Office of Science and Technology, aproximadamente 40% das mortes relacionadas com a doença coronária estão relacionadas com a atividade física escassa ou inadequada, obesidade, stress e aumento da pressão arterial. O desporto pode ajudar com todos estes problemas físicos, diminuindo o risco de doença coronária em cerca de 50% (Cohen, 2017). Os adultos com incapacidades devem consultar o seu médico sobre as quantidades e tipos de atividade física que são apropriados para as suas capacidades.

5. Para indivíduos com deficiências físicas ou mentais, recomenda-se protegê-los, usando equipamento desportivo adequado, procurando ambientes seguros, locais seguros e espaço suficiente para os exercícios.



## REFERÊNCIAS

- Asztalos M., De Bourdeaudhuij, I. & Cardon, G. (2010). *The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among women and men*. Public Health Nutrition. Aug; 13(8):1207-14.
- Babyak, M.A., Blumenthal, J.A., Herman, S., Kharti, P., Doraiswamy, P.M., Moore, K., Craighead, W.E., Baldewicz, T.T. & Krishan, K.R. (2000). *Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months*. Psychosom. Med. Sep-Oct; 62(5):633-8.
- Biddle, S.J.H., Fox, K., & Boutcher, S. (Eds.). (2000). *Physical activity and psychological well-being*. N.Y.: Routledge.
- Burnik, S., Potočnik, S. & Skočić, M. (2003). *Stres*. Šport, 51 (1): 21–23.
- Carless, D. & Douglas, K. (2010). *Sport and physical activity for mental health*. West Sussex, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Cameron, M. and MacDougall, C. (2000). *Crime Prevention Through Sport and Physical Activity*. Australian Institute of Criminology, Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, No. 165.
- Chhun, S. (2012). *Areas of Cognitive Development that will Improve by Participating in Sports*. Retrieved from: <http://schhun1.blogspot.com.tr/>.
- Cohen, B. (2017). *How Does Playing Sports Affect Your Health?*. *livestrong.com*, Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.livestrong.com/article/245944-how-does-playing-sports-affect-your-health/>.
- Disabled world (2018, April, 19). *Disability Sports: Information on Sport for the Disabled*. *disabled-world.com*, Retrieved on April 19, 2018, from <https://www.disabled-world.com/sports/>.
- Edmund, S. et al (2013) *Let's Get Physical, The impact of physical activity on wellbeing*, Mental Health Foundation, Scotland.
- Hamer, M. & Chida, Y. (2009). *Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence*. Psychol Med. 2009 Jan;39(1):3-11. doi: 10.1017/S0033291708003681. Epub 2008 Jun 23.
- Hassmén, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). *Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland*. Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, S-106 91, Sweden.
- Fogarty, M., Happell, B. & Pinikahana, J. (2004). *The benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a pilot study*. Psychiatr Rehabilitation. 2004 Fall;28(2):173-6.
- Jearsma, E. A., (2014). *Sports participation and physical disabilities: Taking the hurdle*. Gildeprint, Enschede.
- Karatosun, H. (2010), *Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı*, Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi: Isparta.
- Kaukois, G. & Duhamel, T. (2018, April 19). *The relationship between physical activity and mental health: Capitalizing on it for cardiac patients*. Retrieved April 19, 2018, from : [https://umanitoba.ca/faculties/kinrec/hlhpr/imedia/pamh\\_duhamel\\_kaoukis.pdf](https://umanitoba.ca/faculties/kinrec/hlhpr/imedia/pamh_duhamel_kaoukis.pdf)
- Kirkcaldy, B., Shephard, R. & Siefen, R. (2002) *The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002 Nov;37(11):544-50.
- Koželj, S. (2014). *Sociopsihološki, gibalni in kulturni dejavniki mentalnega zdravja in kakovosti življenja: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Laurin, D., Verreault, R. & Lindsay, J. (2001). *Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons*. Arch Neurol. 2001;58(3):498-504. doi:10.1001/archneur.58.3.498;
- Lök, S. & Lök, N. (2014). *Physical Activity and Exercise in Dementia*, Current Approaches in Psychiatry. İstanbul.
- Lowry R., Galuska D.A., Fulton J.E.,

- Wechsler H., Kannl C. & Jan JL. (2000). *Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students*. American Journal of Preventive Medicine.
- Mikša, M. (2015). *Vloga telesne aktivnosti pri obvladovanju stresa*. Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom 60 (1): 33-36.
- Miller, A. (2017). *What Are Some Mental Effects of Playing Sports?* livestrong.com Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.livestrong.com/article/426258-what-are-some-mental-effects-of-playing-sports/>.
- Mišigoj – Duraković, M., Slapšak, M., Kovač, M., Strel, J. & Vidmar, J. (2003). *Telesna vadba in zdravje*. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.
- Otto, M., & Smits, J.A.J. (2011). *Exercise for mood and anxiety: Proven strategies for overcoming depression and enhancing well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Papež, B. (2010). *Vpliv športa na osebe s psihosocialnimi motnjami*. Ljubljana, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.
- Pravno informacijski sistem republike Slovenije (2018, April, 19). *Resolucija o Nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014–2023 (ReNPŠ14–23)*. pisrs.si Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO99#>.
- Robinson, L., Smith, M. & Robert Segal, M.A. (2016). *Data and statistics* Available at: <https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/the-mental-health-benefits-of-exercise.htm?pdf=true>.
- Rohwer, C. (2013). *Benefits of sport for people with disabilities*. <http://www.health24.com/Fitness/Exercise/Benefits-of-sport-for-people-with-disabilities-20130531>.
- Rush, M. (2017a). *Importance of Sports to Health*. livestrong.com Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.livestrong.com/article/133041-importance-sports-health/>
- Rush, M. (2017b). *What Is the Importance of Sports in Our Lives?* livestrong.com Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.livestrong.com/article/515163-the-importance-of-sports-in-our-lives/>.
- Scottsdale, B. (2017). *How Do Playing Sports Affect Us Mentally?* livestrong.com Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.livestrong.com/article/533488-how-do-sports-affect-us-mentally/>.
- Švab, V. (2016). *Psihiatrični bolnik športnik*. Retrieved on April 19, 2018, from [http://www.sent.si/index.php?m\\_id=svab\\_sportnik](http://www.sent.si/index.php?m_id=svab_sportnik).
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008) *Basic documents (39th Ed.)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2018, April, 19). *Prevalence of mental disorders: Data and statistics*. euro.who.int Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>.
- Zveza Sožitje (2018, April, 19). *Razlike med duševnimi boleznimi in motnjami v duševnem razvoju*. zveza-sozitie.si. Retrieved on April 19, 2018, from <http://www.zveza-sozitie.si/razlike-med-dusevnimi-boleznimi-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>.