FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO - MAPSI

JULIANA BARBOSA FRAMIL

ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

PORTO VELHO, RO
2019

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO - MAPSI

JULIANA BARBOSA FRAMIL

ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Linha de pesquisa: Saúde e processos psicossociais

Orientador: Dr. Ramón Núñez Cárdenas

Co-orientadora: Dra. Ivete de Aquino Freire

PORTO VELHO, RO
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

F813a Framil, Juliana.

Atividade física, qualidade de vida e sofrimento psíquico de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no interior da Amazônia / Juliana Framil. -- Porto Velho, RO, 2019.

72 f. : il.

Orientador(a): Prof. PhD Ramón Núñez Cárdenas

Coorientador(a): Prof.ª Dra. Ivete de Aquino Freire.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Atividade física. 2.Qualidade de vida. 3.Sofrimento psíquico. 4.Transtorno mental. 5.Atenção psicossocial. I. Cárdenas, Ramón Núñez. II. Título.

CDU 796:159.9

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

FOLHA DE APROVAÇÃO

"ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA"

JULIANA BARBOSA FRAMIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia

Linha de Pesquisa: Saúde e processos psicossociais

Orientador: Dr. Ramón Núñez Cárdenas

Co-orientadora: Dra. Ivete de Aquino Freire

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ramón Núñez Cárdenas
Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI/UNIR)

Assinatura: _____

Prof. Dra. Ivete de Aquino Freire
Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI/UNIR)

Assinatura: _____

Prof. Dra. Gislane Ferreira de Melo
Universidade Católica de Brasília

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Renato Vitória Calheiros
Universidade Federal de Rondônia (MAPSI/UNIR)

Assinatura: _____

Dissertação aprovada em: 26/08/2019

DEDICATÓRIA

À minha filha, Anna Clara, por compreender minha ausência durante o período do mestrado.Todo o meu amor a você!
Aos meus pais, Salete e Arildo, cuja ajuda foi imprescindível para que eu pudesse frequentar as atividades e por me ensinarem sempre que a busca pelo conhecimento é o pilar para uma vida melhor.
Ao meu namorado, Jemerson, por todo o apoio e incentivo, por compreender minha ausência e por acreditar em meu potencial para concluir esta pesquisa mais que a mim.
À minha avó – "Dona Titinha", mesmo com pouca instrução sempre incentivou que todos os seus netos estudassem muito e orgulha-se especialmente pelas netas que puderam tornar-se indepentes pelo estudo.
À minha "tia Anja" (*in memorian)*, que desde a infância não só mostrou que é possível e divertida, mas também necessária a convivência com a loucura para que sejamos pessoas mais empáticas e solidárias com o sofrimento alheio.
A todos os frequentadores do CAPS que participaram desta pesquisa, sua colaboração é a razão da conclusão deste estudo. Manicômios nunca mais!

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia/IFRO pelo incentivo à qualificação recebido na forma de auxílio financeiro e pela concessão de afastamento total para a qualificação *stricto sensu*.

Aos chefes imediato e geral, Marli Pereira e Osvino Schmidt, pelo apoio quando da necessidade de afastamento para frequentar as aulas.

Ao colega Osmar Martins, por ter contribuído no processo de afastamento assumindo parte das minhas atribuições no IFRO, Campus Ariquemes.

À Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial pela aceitação e autorização para realização desta pesquisa.

À equipe do CAPS que foi receptiva e sempre que necessário colaborou no que fosse possível para realização desta pesquisa.

À minha orientadora Profª Ivete de Aquino Freire, pela aceitação em me orientar e ser receptiva às minhas ideias e contribuir para o aprimoramento deste trabalho.

Ao professor Ramon por ter assumido a orientação na reta final do mestrado.

Ao Professor Paulo Calheiros e Professora Gislane Ferreira de Melo que deram importantes sugestões para a conclusão desta pesquisa e delineamento estatístico.

Ao "mestre" Gilberto Fontes, por ter compartilhado seus conhecimentos em Bioestatística em um momento providencial para a conclusão deste estudo.

Ao Raul Pommer, por ter colaborado na análise estatística no modelo de equação estrutural.

Aos professores do mestrado Luís Alberto e Juliano Cedaro, perfeitos cavalheiros, gentis até mesmo, e principalmente, ao apontar críticas nos diversos textos. Vocês são referências de profissionais e professores

À professora Neusa Tezzari pela agradável e importante contribuição nos nossos encontros de escrita.

Aos professores Fábio, Ana Maria, Ivonete, Marli e Vanderléia por serem verdadeiros mestres na arte de nos conduzir ao conhecimento cítico.

Ao Gustavo e Rodrigo, pela contribuição na leitura e tradução do resumo para a qualificação.

Aos colegas do mestrado pela feliz convivência e pelo sofrimento conjunto.

Aos colegas Elis, Eudeir e Hanna, muito obrigada pelo acolhimento, nunca foram só caronas. Mais que reduzir o tempo de chegada em “casa”, estam eram o momento de descanso e desabafo das angústias e alegrias após um longo dia de aula, longe de casa e em outra cidade. Caronas terapêuticas, eu diria!

Ao amigo Jorge pela tradução dos resumos para a defesa.

Aos amigos Fernanda Miranda e Cristiano, verdadeiros parceiros de jornada, seja nas idas a Porto Velho, nas corridas de uber e nas marmitas divididas. Vocês são presentes que o mestrado me deu, que a vida lhes seja leve e doce como uma paçoca depois do almoço!

À minha parceira de pesquisa, Fabíula Amorim, por ter partilhado tantas dúvidas, anseios, mas também por comemorar cada pequena conquista a partir de nossas pesquisas.

A todos os familiares e amigos pelo incentivo e torcida em cada etapa desde o processo seletivo até a defesa.

"A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente".

Machado de Assis – O Alienista

RESUMO

FRAMIL, Juliana Barbosa. **Atividade física, qualidade de vida e sofrimento psíquico de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Amazônia**. 2019. 72p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2019.

O sofrimento psíquico afeta milhões de pessoas no Brasil, que são atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta pesquisa é um estudo transversal, cujo objetivo foi correlacionar a prática de atividade física com a qualidade de vida e intensidade de sofrimento psíquico dos frequentadores de um CAPS no interior da Amazônia. Para tanto, participaram da amostra 163 usuários do CAPS II em Ariquemes/RO Os instrumentos utilizados foram questionário sóciodemográfico e de saúde, *World Health Organization Quality of Life Instrument* - versão abreviada (WHOQOL-Bref), *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta). No primeiro artigo foi descrito o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS e os dados foram analisados por estatística descritiva, *odds ratio* e qui quadrado. A maioria dos pacientes são mulheres (69,9%), o grupo de doenças mais frequente foi o de esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e psicóticos (52,76%), 27% dos usuários já estiveram em internação psiquiátrica, 66,3% não exercem atividade remunerada, 80% tem renda de até R$ 2000, 41,1% apresentaram co-morbidades clínicas, 65,7% estão acima do peso ideal ou obesos, 18,4% são sedentários e 60,1% são ativos fisicamente. A média de psicofármacos prescritos foi de 3,03, sendo a olanzapina o medicamento mais consumido. Verificou-se maior razão de chance para adoecimento de homens por transtornos decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas (OR=25,46) e para adoecimento de mulheres por transtornos esquizotípicos (OR=0,42), transtornos do humor e de ansiedade (OR=6,66). A média de pontos pelo SRQ-20 foi de 9,26 ± 4,68 em homens e 11,16 ± 4,89 em mulheres com p=0,02. Os escores de qualidade de vida foram baixos em todos domínios: físico (47,98 ± 18,61), psicológico (47,87 ± 18,61), relacões sociais (48,61 ± 20,83) e meio ambiente (48,60 ± 13,28). No segundo foi feita análise da influência do sofrimento psíquico na qualidade de vida e como a atividade física pode interferir na qualidade de vida destas pessoas. Foram analisadas as médias de qualidade de vida conforme as variáveis sociodemográficas, posteriormente foi elaborado um modelo de equação estrutural dos construtos de sofrimento psíquico em relação à qualidade de vida e análise de variância comparando a qualidade de vida e nível de atividade física. A análise evidenciou que o sofrimento psíquico influencia negativamente na qualidade de vida, principalmente nos domínios físico (-0,654) e psicológico (-0,653). Estar obeso (IMC≥30), ser fumante, apresentar comorbidade clínica e consumir três ou mais psicofármacos diariamente foi associado a maior sofrimento psíquico e menor qualdiade de vida. Foi encontrada diferença estatística significativa de qualidade de vida no grupo de usuários considerados muito ativo (p=0,002, p=0,014 e p=0,015 quando comparados aos sedentários, irregularmente ativos e ativos, respectivamente). A prática de atividade física por esta população não só é importante para reduzir sofrimento psíquico, mas como fator fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Daí a importância de se inserir no processo de reabilitação a prática de atividade física como possibilidade terapêutica não invasiva, sem efeitos colaterais e de baixo custo.

Palavras-chave: Atividade física. Qualidade de vida. Atenção psicossocial.

ABSTRACT

FRAMIL, Juliana Barbosa. **Physical activity, quality of life and psychic suffering of users of a Psychosocial Care Center in the Amazon**. 2019. 72p. Dissertation (Master in Psychology) - Federal University of Rondônia Foundation, Porto Velho, 2019.

Psychic suffering affects millions of people in Brazil, who are assisted at Psychosocial Care Centers (CAPS) by a multidisciplinary team aiming at psychosocial rehabilitation. The practice of physical activity is a health promotion factor for any population, including to increase the quality of life of people in psychological distress by relieving symptoms of anxiety and depression, the possibility of social inclusion in group processes and cardiovascular improvements reducing the side effects of the medicines used. This research is a cross-sectional study with 163 CAPS II users in Ariquemes / RO, whose overall objective was to correlate physical activity with quality of life and intensity of psychological distress. The instruments used were socio-demographic and health questionnaire, World Health Organization Quality of Life Instrument - abbreviated version (WHOQOL-Bref), Self Report Questionnaire (SRQ-20), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ - short version). In the first article, the epidemiological profile of CAPS users was described and the data were analyzed using descriptive statistics, odds ratio and chi-square. Most patients are women (69.9%), the most frequent group of diseases was schizophrenias, schizotypic and psychotic disorders (52.76%), 27% of users were already in psychiatric hospitalization, 66.3% were not. 80% have an income up to R $ 2000, 41.1% had clinical comorbidities, 65.7% are overweight or obese, 18.4% are sedentary and 60.1% are physically active. The average of prescribed drugs was 3.03, with olanzapine being the most consumed drug. There was a higher odds ratio for men becoming ill due to disorders resulting from the problematic use of psychoactive substances and for women becoming ill due to schizotypic disorders, mood and anxiety disorders. The average psychological distress measured by the SRQ-20 was 9.26 and 11.16 for men and women with p=0.02. Quality of life scores were low in all domains: physical (47.98 ± 18.61), psychological (47.87 ± 18.61), social relationships (48.61 ± 20.83) and environment (48.60 ± 13.28). In the second, an analysis was made of the influence of psychological distress on quality of life and how physical activity can interfere with the quality of life of these people. The quality of life averages were analyzed according to sociodemographic variables, after which a structural equation model of the psychological distress constructs in relation to quality of life was elaborated and analysis of variance comparing the quality of life and level of physical activity. The analysis showed that psychological distress negatively influences quality of life, especially in the physical (-0.654) and psychological (-0.653) domains. Being obese (BMI≥30), being a smoker, having clinical comorbidity and consuming three or more psychotropic drugs daily was associated with greater psychological distress and lower quality of life. A statistically significant difference in quality of life was found in the group of users considered very active (p = 0.002, p = 0.014 and p = 0.015 when compared to sedentary, irregularly active and active, respectively). The practice of physical activity by this population is not only important to reduce psychological distress, but as a key factor to improve quality of life and reduce risk factors for chronic noncommunicable diseases. Hence the importance of including in the rehabilitation process the practice of physical activity as a noninvasive therapeutic possibility, without side effects and low cost.

Keywords: Physical activity. Quality of life. Psychosocial care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo de equação estrutural…….45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sócio-demográficos dos pacientes do CAPS II de Ariquemes……..……...27

Tabela 2: Principais psicofármacos prescritos aos pacientes……...……..…28

Tabela 3: Grupos de psicofármacos mais prescritos no CAPS II de Ariquemes……..……..….…29

Tabela 4: Qualidade de vida dos pacientes do CAPS II de Ariquemes……..……...……29

Tabela 5: Sofrimento psíquico dos pacientes ……...…...…….…….…..30

Tabela 6: Domínios da qualidade de vida conforme variáveis estudadas …….…….44

Tabela 7: Valores da qualidade de ajuste do modelo MEE ……...……46

Tabela 8: Validade discriminante e preditiva (Q^2) e Tamanho do efeito (f^2) ……...…46

Tabela 9: Qualidade de vida conforme gravidade do sofrimento psíquico …….....48

Tabela 10: Comparações múltiplas da qualidade de vida com o nível de atividade física ……..…….48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Variância média extraída
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CR	Confiabilidade Composta
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MEE	Modelo de equação estrutural
OR	*Odds Ratio*
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SmartPLS	*Smart Partial Least Squares*
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
SRQ-20	*Self Reporting Questionnaire*
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Transtorno Bipolar
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WEIRD	*Western Educated Industrialized Rich and Democratic*
WHOQOL-Bref	*World Health Organization Quality of Life Instrument* – versão abreviada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13
2 RESULTADOS 17
2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE FREQUENTADORES DE UM CAPS II NO INTERIOR DA AMAZÔNIA 17
2.1.1 Introdução 18
2.1.2 Métodos 22
2.1.3 Resultados 24
2.1.4 Discussão 28
2.1.5 Conclusão 30
Referências 31
2.2 RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE FREQUENTADORES DE UM CAPS II NO INTERIOR DA AMAZÔNIA 36
2.2.1 Introdução 37
2.2.2 Métodos 40
2.2.3 Resultados 42
2.2.4 Discussão 42
2.2.5 Conclusão 50
Referências 51
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS 57
REFERÊNCIAS 57
APÊNDICES 60
APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA 60
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 61
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE 62
ANEXOS 63
ANEXO A - WHOQOL-*BREF* 63
ANEXO B – *SELF REPORT QUESTIONNAIRE* (SRQ-20) 66
ANEXO C - IPAQ VERSÃO CURTA 67
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 69

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas a partir da globalização, estilo de vida e relacionamentos pessoais, familiares e profissionais, repercutiram na incidência e prevalência das mais variadas doenças modificando o processo de adoecimento (MARI *et al*., 2014). No Brasil, ainda persistem diversos problemas de saúde associados à pobreza e emergem novas patologias relacionadas à transição demográfica e epidemiológica, entre as quais destacam-se as doenças cardiovasculares, câncer e transtornos mentais (MENDES, 2010).

No Brasil, os transtornos mentais representam grande impacto na carga global de doenças, seja por anos de vida perdidos devido à incapacidade ou por morte prematura (BONADIMAN *et al*., 2017). Dados da Organização Mundial de Saúde apontam uma estimativa de perda econômica de U$ 16,3 trilhões entre 2011 e 2030 devido aos transtornos mentais em todo mundo (WHO, 2013).

Conforme a Organização das Nações Unidas (2017a), em 2015 estimava-se em torno de 300 milhões de pessoas com depressão no mundo e outras 300 milhões com transtornos de ansiedade. Segundo esta instituição, os registros indicaram 11,5 milhões de casos de depressão e 18,6 milhões de ansiedade no Brasil.

O sofrimento psíquico desencadeado pela depressão é considerado causa de aproximadamente 800 mil suicídios por ano, além de incapacitar para o trabalho (ONU, 2017a). Tais estatísticas são alarmantes e demonstram a necessidade de se pesquisar meios de promover melhoras na qualidade de vida das pessoas que apresentam sofrimento psíquico. Estima-se que para cada $ 1 (um dólar) investido na prevenção da ansiedade e depressão, economiza-se $ 4 (quatro dólares) resultante da capacidade de trabalho e melhora da condição de saúde (ONU, 2017b).

Conforme Mari *et al*. (2014) a prevalência de transtornos mentais em adultos no Brasil é de 30%, dos quais em torno de 90% incluem quadros de depressão e ansiedade; entretanto o principal agravo em saúde mental é o uso abusivo de álcool, que corresponde a 40% a 50% das novas internações em leitos psiquiátricos. Estes autores alertam também para o aumento da longevidade como fator associado ao aumento de depressão e demência entre idosos.

No fim da década de 90 com a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi instituído um novo modelo de atenção à saúde mental, no qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm papel estratégico no território psicossanitário, ao permitir que se faça o adequado tratamento psicossocial sem quem seja retirado do convívio social (AMARANTE, 2007). Com a

promulgação da Lei N. 10216 de 6 de abril de 2001 foi determinado como deve ocorrer a assistência às pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2001). Em 2002, a Portaria N. 336 de 19 de fevereiro (BRASIL, 2002) estabeleceu como os CAPS devem funcionar, obedecendo aos critérios previstos no dispositivo legal.

Com a instituição da atenção psicossocial, as pessoas que desenvolvem transtornos mentais realizam tratamento nos CAPS com equipe multidisciplinar. Estes centros substituíram o modelo asilar de tratamento mental incentivando a reabilitação psicossocial daqueles que viviam isolados devido às manifestações de suas doenças (AMARANTE, 2007).

Com a Portaria N. 3088 de 23 de dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas em sofrimento mental e com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, ampliando a rede assistencial (BRASIL, 2011). Tais resoluções denotam o reconhecimento do sofrimento psíquico como importante elemento do contexto de morbi-mortalidade atual no Brasil.

Mesmo com a reorganização de atendimento psicossocial, o tratamento não excluiu a prática medicalizante, sendo os usuários dos CAPS tratados com antipsicóticos, antimaníacos, antidepressivos, modificadores e estabilizadores de humor, calmantes, entre outros (FREITAS; AMARANTE, 2017). Os pacientes do CAPS também podem ter outras comorbidades, conforme pesquisa realizada com pacientes com transtornos mentais graves em residências terapêuticas no Sul do Brasil, 38,2% apresentavam comorbidades clínicas que podem agravar o estado geral de saúde e impactar na qualidade de vida destas pessoas (KLEIN *et al*., 2018).

O estudo de Rodrigues (2016), realizado em ambulatório de saúde mental na Amazônia, infere que a medicalização é adotada como terapêutica prioritária, e, muitas vezes, exclusiva, para alívio dos sintomas de sofrimento psíquico. A atenção à saúde mental deve considerar o indivíduo como ser biopsicossocial, de modo que priorizar a medicalização significa manter o enfoque biomédico cuja abordagem da relação saúde e doença considera somente os fatores biológicos, desta forma, as pessoas em sofrimento psíquico não são cuidadas em sua complexidade, apenas tem seus sinais e sintomas regulados quimicamente (FREITAS; AMARANTE, 2017).

A qualidade de vida é um importante conceito para identificar necessidades das pessoas que vivem com transtornos mentais e a prática de atividade física, neste contexto, revala-se como uma fator aditivo para melhorar qualidade de vida (KLEIN et al., 2018). Conforme estas autoras, há pouquíssimos estudos que investigem a relação entre qualidade de vida e atividade psíquica entre pessoas que vivem com transtorno mental. Tais práticas resultam em alívio de sintomas de ansiedade e depressão, possibilidade de inserção social em processos grupais e

melhoras cardiovasculares, reduzindo os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados (BLAY; ANTUNES; MELLO, 2010).

No Amazonas, em estudo feito com profissionais de Educação Física sobre a prática de atividades físicas com usuários do CAPS, foi relatado a melhora dos pacientes na convivência com outros pacientes, expressão de sentimentos, aspectos físicos e socialização após realizarem tais práticas (MIRANDA; FREIRE; OLIVEIRA, 2011). As autoras relataram que foi possível promover bem-estar físico e mental, ainda que aquela instituição não dispusesse de espaço adequado para tais práticas.

Os transtornos mentais impactam na carga de saúde, comprometem a capacidade funcional e qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico (BONADIMAN *et al*., 2017). Neste contexto, surgiu o problema de pesquisa: Como a prática de atividade física interfere na qualidade de vida e intensidade do sofrimento psíquico? Então, formulou-se a seguinte hipótese: A prática de atividade física associa-se a maior índice de qualidade de vida e menor sofrimento psíquico dos usuários do CAPS.

Esta pesquisa teve como objetivo geral correlacionar a prática de atividade física com a qualidade de vida e intensidade de sofrimento psíquico dos frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial II em Ariquemes/RO. Foram definidos os seguintes objetivos específicos: Descrever o perfil epidemiológico; Verificar o nível de atividade física; Mensurar os índices de qualidade de vida; Identificar intensidade de sofrimento psíquico dos usuários. A partir destes objetivos e considerando a metodologia utilizada, os dados foram organizados em dois grupos, que deram origem aos dois artigos aqui apresentados.

O primeiro artigo, intitulado “Perfil epidemiológico de frequentadores de um CAPS II no interior da Amazônia” teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos frequentadores do CAPS quanto aos transtornos mentais mais frequentes, internações psiquiátricas, consumo de psicofármacos, presença de co-morbidades, condições socioeconômicas, nível de atividade física, peso corporal, pressão arterial, além de identicar índice de qualidade de vida e sofrimento psíquico. Os dados foram analisados por estatística descritiva, *odds ratio* e qui quadrado.

O segundo artigo com o título “Qualidade de vida, atividade física e sofrimento psíquico entre usuários de um CAPS” teve como objetivo analisar a influência do sofrimento psíquico na qualidade de vida e como a atividade física pode interferir na qualidade de vida destas pessoas Foram analisadas as médias de qualidade de vida conforme as variáveis sociodemográficas apresentadas, posteriormente foi elaborado um modelo de equação estrutural, no qual foi avaliada a carga fatorial dos construtos de sofrimento psíquico em relação

à qualidade de vida. Então, a partir da elaboração deste modelo, foi feita análise de variância comparando a qualidade de vida em relação ao nível de atividade física.

Esta pesquisa justificou-se pelo impacto que os transtornos mentais representam na carga global de doenças no Brasil e pela lacuna de pesquisas sob esta perspectiva, especialmente em populações no interior da região amazônica brasileira. Henrich, Heine e Norenzayab, em uma pesquisa internacional de revisão, constataram que 70% das pesquisas em Psicologia são realizadas nos Estados Unidos, este achado representa a sigla WEIRD, do inglês *Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic*. Os autores evidenciaram que a maioria das pesquisas são realizadas a partir de amostras compostas exclusivamente por indivíduos WEIRD, o que torna impossível a generalização de resultados por não incluir indivíduos de diferentes culturas, países e condições socioeconômicas (HENRICH; HEINE; NORENZAYAN, 2010).

A pesquisa realizada tem grande relevância, pois há poucas pesquisas nacionais que avaliem a relação entre atividade física e a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais. Se considerar o modelo de equação estrutural utilizado no segundo artigo, não foi encontrado até o momento nenhuma publicação nacional que abordasse pesquisas com este delineamento estatístico envolvendo aquele público.

Ao buscar na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações com os termos “equação estrutural”, foram encontradas apenas três publicações na área de psicologia, as quais buscavam estruturar modelo de propriedades psicométricas satisfatórias. Nenhuma das publicações envolvia pessoas com transtorno mental ou atividade física

Embora estejam aumentando quantitativamente, no Brasil ainda são incipientes os estudos sobre morbidade psiquiátrica. Deve-se expandir as pesquisas para estabelecer a tríade que permitirá melhorar a atenção à saúde mental – ensino, pesquisa e assistência (MARI *et al*., 2014).

2 RESULTADOS

2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE FREQUENTADORES DE UM CAPS II NO INTERIOR DA AMAZÔNIA[1]

RESUMO:

Este estudo busca analisar a influência do sofrimento psíquico na qualidade de vida e como a atividade física pode interferir na qualidade de vida destas pessoas delinear o perfil dos frequentadores do CAPS quanto às condições socioeconômicas e epidemiológicas, além de mensurar nível de atividade física, peso corporal, índice de qualidade de vida e sofrimento psíquico. Trata-se de estudo transversal feito com 163 portadores de transtornos mentais no interior da Amazônia. Os dados foram analisados por estatística descritiva, *odds ratio* e qui quadrado. A maioria dos pacientes são mulheres (69,9%), o grupo de doenças mais frequente foi o de esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e psicóticos (52,76%), 27% dos usuários já estiveram em internação psiquiátrica. Dentre os entrevistados, 66,3% não exercem atividade remunerada, 80% tem renda familiar de até R$ 2000, 41,1% apresentaram co-morbidades clínicas, 65,7% estão acima do peso ideal ou obesos, 18,4% são sedentários e 60,1% são ativos fisicamente. A média de psicofármacos consumidos foi de 3,03 e a olanzapina foi o medicamento mais prescrito. Verificou-se maior razão de chance para adoecimento de homens por transtornos devidos ao uso abusivo de psicoativos (OR=25,46) e para adoecimento de mulheres por transtornos esquizotípicos (OR=0,42), transtornos do humor e de ansiedade (OR=6,66). A média de pontos pelo SRQ-20 foi de 9,26 ± 4,68 em homens e 11,16 ± 4,89 em mulheres com p=0,02. Os escores de qualidade de vida foram baixos em todos domínios: físico (47,98 ± 18,61), psicológico (47,87 ± 18,61), relacões sociais (48,61 ± 20,83) e meio ambiente (48,60 ± 13,28). A maioria dos frequentadores do CAPS são mulheres, têm baixa renda, estão afastados do mercado de trabalho formal, acima do peso ideal, embora 60% seja fisicamente ativa.

Palavras-chave: Transtornos mentais; saúde mental; perfil epidemiológico.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CAPS II USERS INSIDE THE AMAZON

ABSTRACT:

This study aims to outline the epidemiological profile of CAPS users regarding gender, most frequent mental disorders, psychiatric hospitalization, psychiatric drug use, presence of co-morbidities, socioeconomic conditions, physical activity level, body weight, blood pressure, besides identifying the index of life quality and psychological distress. This is a cross-sectional

[1] Artigo a ser submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública, ISSN (*online*) 1678-4464. Para a defesa da dissertação foram utilizadas as normas da ABNT, posteriomente serão aplicadas as normas da revista mencionada.

study with 163 patients with mental disorders in the interior of the Amazon. Data were analyzed by descriptive statistics, odds ratio and chi square. Most patients are women (69.9%), the most frequent group of diseases was schizophrenias, schizotypal and psychotic disorders (52.76%), 27% of users had already been institutionalized in psychiatric hospitalization. Among the interviewees, 66.3% do not have paid work, 80% have an income of up to R $ 2.000,00, 41.1% had clinical comorbidities, 65.7% are overweight or obese, 18.4% are sedentary and 60.1% are physically active. The average of prescribed drugs was 3.03, with olanzapine being the most consumed drug. There was a higher odds ratio for men becoming ill due to disorders resulting from the problematic use of psychoactive substances and for women becoming ill due to schizotypic disorders, mood and anxiety disorders.The average psychological distress measured by the SRQ-20 was 9.26 and 11.16 for men and women with p=0,02. The quality of life level verified by the WHOQOL-Bref presented values below the normal in the physical domains (47,98 ± 18,61), psychological (47,87 ± 18,61), social relations (48,61 ± 20,83) and environment (48,60 ± 13,28). Most CAPS attendees are women, low-income, removed from the formal job market, overweight, although 60% are physically active.

Keywords: Mental Disorders; mental health; epidemiological profile.

2.1.1 Introdução

Com a consolidação da Reforma Psiquiátrica, a atenção à saúde mental no Brasil mudou do enfoque biologicista para o biopsicossocial cuja assistência deve centrar-se na valorização do indivíduo e do seu reconhecimento como pessoa de direito. O novo modelo deve visar, prioritariamente, a reabilitação psicossocial do usuário em seu território, utilizando os vários dispositivos da rede de atenção à saúde (AMARANTE, 2007).

A Lei N. 10216 ou Lei Paulo Delgado reorienta a assistência em saúde mental norteando os direitos dos usuários e indicando os princípios para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001). A reorganização do modelo assistencial visa melhorar não só o tratamento ofertado, mas permitir a reabilitação psicossocial e a melhora da qualidade de vida dos usuários em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). Além de tratar é necessário que o usuário se sinta integrado, satisfeito, realizado enquanto indivíduo e cidadão com direitos e deveres.

Com a reorientação da assistência em saúde mental, surgem novos dispositivos de atendimento aos usuários com transtornos mentais, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este dispositivo foi criado para substituir o modelo manicomial nos quais os pacientes eram objetificados, internados e isolados do convívio social e impedidos de manifestar sua subjetividade e individualidade (BRASIL, 201?). Os CAPS integram o Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, devem fundamentar-se na universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação dos diversos atores envolvidos na atenção à saúde

– todos os profissionais devem pautar-se na humanização do cuidado (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013).

Os CAPS são compostos por equipe multiprofissional e interdisciplinar cujo atendimento prioriza transtornos mentais graves com objetivo de promover a reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2007). Em 1989, foi implantado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de Santos. Entre 1991 e 1993, foram implantados os CAPS de Iguatu, Canindé e Quixadá/CE, considerados modelo para estruturação de novos CAPS nos municípios pequenos (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013). Em 1998, foi criado o CAPS de Sobral/CE, que serviu de referência para estruturação de CAPS em cidades de médio porte. (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013). De 1998 a 2014, o número de CAPS em funcionamento no Brasil aumentou de 148 para 2209 (BRASIL, 2015a).

A expansão dos CAPS consolida e amplia o acesso à cuidados em saúde mental na base territorial e comunitária. A desinstitucionalização do cuidado em saúde mental permite a reinserção psicossocial dos indivíduos em sofrimento, mas é necessário que tal mudança produza melhora em sua qualidade de vida e não apenas medicalização de seus sintomas (AMARANTE, 2017).

A discussão sobre o que se compreende como qualidade de vida é ampla, pois depende de qual sociedade está discutindo tal conceito e por envolver não somente aspectos físicos, mas também psicológicos e de integração à sociedade:

> Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

O termo qualidade de vida aborda aspectos psicológicos, físicos, ambientais e de relacionamento, além de mensurar a satisfação do usuário com sua própria saúde e qualidade de vida (FLECK *et al*., 2000). Especialmente na área da saúde mental o conceito de qualidade de vida permite novas possibilidades de atender às necessidades dos usuários em sofrimento psíquico intenso, principalmente daqueles com transtornos mentais graves (COPPINI; JORGE, 2013).

O alívio do sofrimento psíquico repercute no aumento da qualidade de vida, podendo contribuir para melhor adesão ao tratamento, além de servir de referência para avaliação dos serviços de saúde mental (COPPINI; JORGE, 2013).

O sofrimento psíquico abrange diversos transtornos com manifestações psicopatológicas variadas, que envolvem causas diversas e multifatoriais (BRASIL, 2015b). Os

transtornos mentais abordam categorias descritivas, sem causa etiológica, motivo pelo qual opta-se pela adoção do termo “transtorno” a “doença”, pois este pressupõe a existência de uma causa biológica conhecida, o que não corresponde a complexidade da maioria dos transtornos mentais (BRASIL, 2015b).

A esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e psicóticos definem-se pela ocorrência de delírios, alucinações, alterações do pensamento, condutas desorganizadas e pensamentos negativos. Os transtornos psicóticos são aqueles em que há ruptura com a realidade sem que haja declínio da consciência. A esquizofrenia é uma doença mental grave com prevalência estimada de 1% na população mundial e está entre as maiores causas de incapacitação (ELKIS *et al*., 2018).

A depressão é um transtorno que altera o humor da pessoa de modo inadequado e extremo, com alta prevalência na população, de evolução crônica e recorrente, capaz de causar grande impacto na sociedade, comprometendo a qualidade de vida e a produtividade dos indivíduos. Somente a depressão como causa única é responsável por 4,3% da carga global de doenças, além de ser uma das doenças mais incapacitantes em todo mundo (RODRIGUES *et al*., 2015; WHO, 2013).

O Transtorno Bipolar (TB) configura-se como transtorno afetivo e manifesta-se pela ocorrência de episódios de hipomania ou mania, períodos de humor com normalidade preservada (eutimia), normalmente associado a episódios de depressão. Os sintomas psicóticos estão presentes em 30% dos usuários com TB, o risco de suicídio é de até 15% e as alternâncias de humor ocorrem durante toda a vida com a depressão sobrepondo-se a euforia (LAFER *et al*., 2018).

A ansiedade compreende uma emoção aversiva e inquietante, denota intensa preocupação com o futuro associada a alterações corporais, como tontura, boca seca, aperto no peito, taquicardia, sudorese, tremores, entre outros; o medo também é estudado junto à ansiedade por ser uma resposta a um perigo específico (BERNIK *et al*., 2018). Tanto o medo quanto a ansiedade são emoções muito comuns e até saudáveis para a sobrevivência humana, pois alertam situações de perigo, entretanto são patológicas quando tornam-se disfuncionais e causam perdas sociais e funcionais e/ou sofrimento para o indivíduo que as experimentam (BERNIK *et al*., 2018).

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno neurótico grave com grande interferência na qualidade de vida e das relações interpessoais, além de ser importante causa de incapacitação funcional, pois prejudica o funcionamento social (COSTA *et al*., 2018). Manifesta-se pela ocorrência de obsessões – através de ideias, pensamentos e imagens, e por

compulsões (comportamentos visíveis ou mentais repetidos exaustivamente), sendo que estas são reações à ansiedade, mal-estar e desconforto originado pelas obsessões (COSTA *et al*., 2018).

Já os transtornos relacionados ao uso de psicoativos correspondem às consequências do uso problemático de substâncias que penetram no Sistema Nervoso Central estimulando-o ou deprimindo-os, resultando em alterações do humor, consciência, comportamento e dependência (MALBERGIER; SILVEIRA, 2018). No Brasil, o psicotrópico mais consumido é o álcool: 39% das mulheres e 62% dos homens, ambos com mais de 18 anos, consumiram bebida alcoólica no último ano, entretanto 10% dos homens e 3,6% das mulheres apresentam dependência alcoólica (MALBERGIER; SILVEIRA, 2018). No mundo, a droga ilícita mais consumida é a maconha, sendo seu uso muito discutido, pois também tem sido utilizada com fins terapêuticos (MALBERGIER; OLIVEIRA-JUNIOR, 2018).

Em 2002, as doenças e agravos não transmissíveis e os transtornos mentais correspondiam a 59% dos óbitos no mundo e a 46% da carga de morbidade global (TAVARES; PEREIRA, 2018). Conforme estes mesmos estudiooso, as estimativas para 2020 são de que os transtornos mentais representarão 78% dos adoecimentos em países em desenvolvimento.

Diante do contexto de adoecimento mental e do redirecionamento da atenção psicossocial, é importante analisar quem são essas pessoas que hoje vão ao CAPS em busca de tratamento. O objetivo deste artigo é caracterizar o perfil epidemiológico dos frequentadores[2] do CAPS em relação ao sexo, transtornos mentais mais frequentes através da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), internação psiquiátrica, consumo de psicofármacos, presença de co-morbidades, condições socioeconômicas, nível de atividade física, peso corporal, pressão arterial, além de identicar índice de qualidade de vida e sofrimento psíquico.

[2] Tem se discutido o uso da palavra que melhor caracteriza as pessoas que vão ao CAPS em busca de atendimento psicossocial no sentido de minimizar o estigma que a loucura ainda representa. Faleiros (2017) relata a adoção do termo “frequentadores” pelos próprios participantes de uma instituição de saúde mental em Brasília. Os frequentadores optaram por este termo, pois consideram que o nome “usuário” remete ao consumo de entorpecentes, sugerindo outro estigma. Nesta pesquisa será utilizado os termos pacientes, portadores ou frequentadores como sinônimos, entretanto, prevalece a ideia de que o mais adequado seja “frequentador” no sentido de fortalecimento da autonomia e não mero recebedor de cuidados e de redução do estigma social.

2.1.2 Métodos

Este artigo constitui-se recorte de uma pesquisa realizada no CAPS II de Ariquemes para identificar os escores de qualidade de vida, sofrimento psíquico e atividade física dos usuários desta instituição. Trata-se de um estudo descritivo cujos dados foram coletados de forma primária (questionários) e secundária (consulta aos prontuários do CAPS).

O CAPS II de Ariquemes, município do estado de Rondônia, onde a pesquisa foi realizada, iniciou suas atividades em 25/02/2005 e já atendeu mais de 9 mil pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente possui equipe formada por dois psiquiatras, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, dois profissionais de nível médio e uma coordenadora, cuja formação é nível técnico em enfermagem.

Além de atender a cidade de Ariquemes, o CAPS presta atendimento aos municípios que constituem a região do Vale do Jamari e não dispõem de CAPS e/ou não possuem psiquiatra. Considerando toda região do Vale do Jamari, no Censo 2010 a população somava 243.253 pessoas com estimativa de que em 2018 chegasse a 248.959 (IBGE, 2017).

Utilizou-se o programa estatístico Epi Info 7 para delimitar o tamanho da amostra, um programa de domínio público criado para auxiliar pesquisadores da saúde coletiva (CDC, 2017). Foram contabilizados para definição da amostra apenas os usuários frequentes do CAPS, totalizando 1077 pacientes regulares, sendo estimado um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e prevalência de 14,7%, resultando em uma amostra de 163 pessoas. Tal prevalência foi utilizada tendo como referência o estudo publicado por Klein *et al*. (2018), realizado com pessoas que vivem em Residências Terapêuticas no Sul do Brasil. As pesquisadoras constataram que 14,7% dos portadores de transtornos mentais apresentaram comportamento sedentário.

A amostra foi definida por conveniência devido à complexidade que o sofrimento psíquico demanda e as entrevistas foram realizadas entre outubro/2018 e fevereiro/2019 em local reservado. Os participantes foram convidados a responder a pesquisa pela própria pesquisadora por convite verbal enquanto estavam no CAPS aguardando atendimento psicossocial.

Os critérios de inclusão dos indivíduos nesta pesquisa foram: ter mais de 18 anos; ser usuário do SUS que fazia tratamento regularmente no CAPS de Ariquemes. Foram excluídos desta pesquisa pacientes que: apresentaram CID nas categorias: F00-09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os somáticos ou F 70-79 Retardo mental; Apresentaram sinais de surto

psicótico; foram ao CAPS para emissão de laudo psiquiátrico admissional e aqueles(as) que pertenciam ao sistema prisional.

Os instrumentos utilizados foram:

Questionário sócio-demográfico: elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE C) com informações sobre sexo, idade, renda familiar, exercício de atividade remunerada, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, presença de comorbidades, consumo de álcool e tabaco, uso de psicofármacos, pressão arterial e Índice de Massa Corpórea (IMC).

Self Report Questionnaire (SRQ-20), instrumento de triagem criado pela Organização Mundial de Saúde para detectar possíveis casos de transtornos mentais comuns na população, porém pode ser utilizado em amostras clínicas e não clínicas (GONÇALVES, 2016). É composto por 20 questões auto-aplicáveis cuja resposta deve ser "sim" (um ponto) ou "não" (não pontua). Após somar todas as respostas, considera-se a partir de 8 pontos provável e 20 extrema possibilidade para ocorrência de transtornos mentais comuns (sofrimento psíquico). Embora no CAPS os indivíduos já sejam confirmados com sofrimento psíquico, este questionário foi utilizado para aferir a intensidade deste sofrimento.

World Health Organization Quality of Life Instrument versão abreviada (WHOQOL-Bref). Instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e validado para uso no Brasil por Fleck *et al*. (2000). Trata-se de um questionário constituído por 26 questões cujas respostas variam em escala likert de 0 a 5 pontos; posteriormente, as questões são agrupados conforme os domínios aos quais pertencem e cada domínio apresenta uma média de 0 a 100 conforme preconiza o manual de uso do WHOQOL-Bref, sendo que quanto mais próximo de cem melhor a percepção da qualidade de vida no domínio analisado (FLECK *et al*. 2000).

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ* – versão curta*), validado para uso no Brasil por Matsudo *et al*. (2001). Este questionário é utilizado para identificar indivíduos sedentários e ativos fisicamente considerando o tempo de deslocamento, atividade física no lazer e em serviços domésticos, bem como o tempo de inatividade física.

Os dados foram registrados em uma planilha do Excel, analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS) versão 21 e Epi Info 7 e processados de acordo com os objetivos do artigo. As características sócio-demográficas dos participantes, psicofármacos prescritos, escores de qualidade de vida, sofrimento psíquico e nível de atividade física foram apresentados de forma descritiva. As características relacionadas ao sexo e co-

morbidade autoreferenciada foram analisadas com Teste de Qui-Quadrado (x^2) e *Odds Ratio*[3] (OR) através do Epi Info.

2.1.3 Resultados

Os dados foram distribuídos em grupos conforme o CID apresentado no prontuário: Grupo 1 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (F10-19); Grupo 2 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); Grupo 3 – Transtornos do humor (F30-F39) e Transtornos neuróticos (F40-48) e Grupo 4 – Todos os participantes da pesquisa. Os principais dados estão dispostos na tabela 1.

As categorias de sexo, estado civil, atividade remunerada, consumo de cigarro e bebida alcoólica, internação psiquiátrica, presença de co-morbidades clínicas foram analisadas com teste binomial de uma amostra no SPSS. Entre todas as variáveis mencionadas, somente a categoria de estado civil apresentou distribuição normal.

As categorias de escolaridade, renda familiar, diagnóstico psiquiátrico, psicofármacos prescritos, pressão arterial e nível de atividade física foram analisados por meio do teste de qui-quadrado clássico, das quais nenhuma apresentou distribuição normal. A distribuição de idade e IMC foram analisados por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, sendo que a distribuição de idade foi paramétrica e o IMC não paramétrico.

Os participantes eram em sua maioria mulheres (69,9%), com idade média de 40,42 anos (DP = 11,97), sendo que 30 (18,4%) participantes tinham idade de 18 a 29 anos, 122 (74,8%) de 30 a 59 anos e 11 (6,7%) eram idosos. Dentre os participantes, 72 (44,2%) relataram ter concluído o ensino fundamental e 36 (22,1%) não concluíram o ciclo básico ou sequer foram alfabetizados. Em relação à atividade remunerada, 108 (66,3%) não realizam qualquer tarefa que resulte em ganho financeiro e 134 (82,2%) referiram ter renda familiar de até R$ 2.000,00. Em relação ao uso de substâncias psicoativas lícitas, 34 (20,9%) e 24 (14,7%) relataram fumar cigarro e consumir bebida alcoólica, respectivamente.

---

[3] *Odds* é um termo inglês sem tradução para o português, alguns autores empregam o termo *Odds Ratio* como razão de chance, compreensão esta que será adotada também neste trabalho.

Tabela 1 – Perfil sóciodemográfico dos frequentadores do CAPS II de Ariquemes

	F 10-19	F 20-29	F 30-48	Total	p do qui-quadrado
n (%)	10 (6,13%)	86 (52,76%)	67 (41,10%)	163	-
Idade*	30,50 ± 10,90	40,69 ± 11,46	41,56 ± 12,25	40,42 ± 11,97	0,211
Sexo					
Feminino	1 (10%)	*53 (61,6%)*	*60 (89,68%)*	114 (69,9%)	< 0,001
Masculino	*9 (90%)*	33 (38,4%)	7 (10,4%)	49 (30,1%)	
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	2 (20%)	18 (20,9%)	16 (23,9%)	36 (22,1%)	< 0,001
Fundamental completo	6 (60%)	43 (50%)	23 (34,3%)	72 (44,2%)	
Ensino médio completo	2 (20%)	21 (24,4%)	24 (35,8%)	47 (28,8%)	
Ensino superior completo	-	4 (4,7%)	4 (6%)	8 (4,9%)	
Estado civil					
Vive acompanhado	3 (30%)	40 (46,5%)	39 (58,2%)	82 (50,3%)	0,938
Vive sozinho	7 (70%)	46 (53,5%)	28 (41,8%)	81 (49,7%)	
Atividade remunerada					
Sim	4 (40%)	23 (26,7%)	28 (41,8%)	55 (33,7%)	< 0,001
Não	6 (60%)	63 (73,3%)	39 (58,2%)	108 (66,3%)	
Renda familiar					
Até R$ 2000	7 (70%)	76 (88,4%)	51 (76,1%)	134 (82,2%)	< 0,001
De R$ 2000 a 5000	3 (30%)	9 (10,5%)	11 (16,4%)	23 (14,1%)	
Acima de R$ 5000	-	1 (1,2%)	5 (7,5%)	6 (3,7%)	
Tabagista	6 (60%)	19 (22,1%)	9 (13,4%)	34 (20,9%)	< 0,001
Consome bebida alcoólica	6 (60%)	13 (15,1%)	5 (7,5%)	24 (14,7%)	< 0,001
Internação psiquiátrica	5 (50%)	33 (38,4%)	6 (9%)	44 (27%)	< 0,001
Psicofármacos prescritos					
Um a dois	3 (30%)	26 (30,2%)	24 (35,8%)	53 (32,5%)	< 0,001
Três ou mais	7 (70%)	58 (67,4%)	43 (64,2%)	108 (66,2%)	
Não consome	-	2 (2,3%)	-	2 (1,2%)	
Média de consumo*	3,1 ± 0,87	3,12 ± 1,09	2,89 ± 0,98	3,03 ± 1,03	
Co-morbidade clínica	1 (10%)	30 (34,9%)	*36 (53,7%)*	67 (41,1%)	0,023
Co-morbidade psiquiátrica	5 (50%)	14 (16,27%)	16 (23,88%)	35 (21,47%)	< 0,001
Pressão arterial[1]					
Ótima	2 (20%)	30 (34,9%)	33 (49,3%)	65 (39,9%)	< 0,001
Normal	7 (70%)	46 (53,5%)	23 (34,3%)	76 (46,6%)	
Limítrofe	1 (10%)	7 (8,1%)	6 (9%)	14 (8,6%)	
Hipertensão estágio I	-	3 (3,5%)	5 (7,5%)	8 (4,9%)	
IMC[2]*	24,80 ± 7,37	27,55 ± 5,85	28,61 ± 6,77	27,82 ± 6,36	< 0,001
IPAQ[3]					
Sedentário	-	15 (17,4%)	15 (22,4%)	30 (18,4%)	< 0,001
Irregularmente ativo	1 (10%)	17 (19,8%)	11 (16,4%)	29 (17,8%)	
Ativo	9 (90%	50 (58,1%)	39 (58,2%)	98 (60,1%)	
Muito ativo	-	4 (4,7%)	2 (3%)	6 (3,7%)	

Fonte: Elaboração própria

* Nestes itens foi inserido o valor da média e desvio padrão.

[1]Foi adotado a classificação da pressão arterial para maiores de 18 anos do Ministério da Saúde :

Ótima = Pressão sistólica (mmHg) < 120 e Pressão diastólica (mmHg) < 80

Normal = Pressão sistólica (mmHg) < 130 e Pressão diastólica (mmHg) < 85

Limítrofe = Pressão sistólica (mmHg) 130-139 e Pressão diastólica (mmHg) 85-89

Hipertensão estágio I = Pressão sistólica (mmHg) 140-159 e Pressão diastólica (mmHg) 90-99 (BRASIL, p. 2014).

[2]Classificação IMC

Desnutrido grau I: IMC = 17 a 18,4

Adequado: IMC = 18,5 a 24,9

Pré-obeso: IMC = 25 a a 29,9

Obesidade: IMC > 30 (WHO, p. 213, 1997)

[3]Classificação conforme o IPAQ

Sedentário: não praticou o mínimo de 10 minutos contínuos de atividade física na última semana.

Irregularmente ativo: praticou atividade física na semana mas não atingiu o mínimo de frequência (5) ou duração (30 minutos).

Ativo: praticou atividade física na semana atingindo o mínimo de frequência (5) e duração (30 minutos) para atividades moderadas **ou** frequência (3) e duração (20 minutos) para atividades vigorosas.

Muito Ativo: praticou atividade física na semana atingindo o mínimo de frequência (5) e duração (30 minutos) para atividades moderadas **e** frequência (3) e duração (20 minutos) para atividades vigorosas. (CELAFISCS, 200?)

Em relação ao IMC, apenas no grupo 1 (F10-19) foi encontrada uma média no intervalo de peso adequado. Nos grupos 2 e 3, a média de IMC correspondeu a pré-obesidade. Entretanto, quando são analisadas as frequências simples, 32,5 % da amostra apresenta peso adequado e 65,7% está acima do peso, inclusive 35,58% estão obesos.

Ao serem questionados sobre a presença de outras doenças que não fossem transtornos mentais, 67 (41,1%) afirmaram apresentar outros agravos de saúde: 40 (59,7%) apresentaram uma co-morbidade, 29 (28,3%) duas co-morbidades, 6 (8,95%) três co-morbidades e 2 (2,98%) quatro co-morbidades. Dentre as condições clínicas relatadas, os mais frequentes foram: hipertensão arterial e problemas cardiocirculatórios (22,08%), dorsalgias e problemas ortopédicos (8,58%), fibromialgia e reumatismo (6,13%), alterações no sistema digestório e renal (6,13%), diabetes (5,52%), epilepsia (4,9%), infecções sexualmente transmissíveis e vírus da imunodeficiência humana (3,06%), doenças respiratórias (2,45%) e agravos variados (3,68%).

Dentre as variavéis analisadas na categoria sexo, foi encontrada uma *Odds Ratio* = 25,42 e x^2= 15,29 (corrigido) para adoecimento de homens na categoria diagnóstica de F10-19, os trantornos para dependência de substâncias psicoativas. Na categoria diagnóstica F 20-29, verificou-se uma Odds Ratio = 0,42 e x^2= 5,17 (corrigido) para adoecimento de mulheres. Na categoria F 30-48, constatou-se uma *Odds Ratio* = 6,66 e x^2= 19,26 (corrigido) para mulheres. Na variável de co-morbidade autoreferenciada também foi verificada uma *Odds Ratio* = 2,16 e x^2= 4,71 (corrigido) para a presença de outros agravos clínicos em portadores de transtornos da categoria F 30-48 em relação aos demais grupos.

Quanto ao grau de medicalização, foi observado que dentre os 163 participantes da pesquisa aferiu-se que havia 532 prescrições de psicofármacos e apenas 2 indivíduos relataram não utilizar psicofármacos. Quando analisados sob o tipo de psicofármacos, os mais prescritos são os antipsicóticos e antidepressivos que totalizam 61,27% de todas as prescrições (tabela 2).

Tabela 2 – Grupos de psicofármacos mais prescritos no CAPS II de Ariquemes

Classe dos medicamentos mais prescritos	**n**	**%**
Antipsicóticos	188	35,33%
Antidepressivos	138	25,93%
Ansiolíticos, indutores do sono e potenciadores de efeito sedativo	88	16,54%
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	82	15,41%
Antiparkinsoniano	33	6,20%
Outros	3	0,56%
Total	532	99,97%

Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os medicamentos individualmente, a olanzapina é o medicamento mais consumido, sendo ingerido por 51 (31,28%) dos participantes desta pesquisa (tabela 3).

Tabela 3 – Principais psicofármacos prescritos aos pacientes

Psicofármacos	n	%
Olanzapina	51	31,28
Halodecanoato	41	25,15%
Clonazepam	35	21,47%
Carbolítio	33	20,24%
Biperideno	33	20,24%
Fluoxetina	31	19,01%
Quetiapina	26	15,95%
Risperidona	24	14,72%
Diazepam	22	13,49%
Amitriptilina	21	12,88%
Sertralina	20	12,26%
Carbamazepina	20	12.26%

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos escores de qualidade de vida as médias encontradas tiveram distribuição normal conforme teste de Kolmorogov-Smirnov. Os resultados apontam perfis semelhantes, sendo que o menor escore foi no domínio físico entre pessoas com transtornos de ansiedade e humor. O maior escore foi no domínio físico entre pessoas que vivem com esquizofrenia e transtornos esquizotípicos. Na tabela 4 estão expostos os escores com valores de 0 a 100, quanto mais próximo de cem melhor é a qualidade de vida no domínio considerado.

Tabela 4 – Qualidade de vida dos pacientes do CAPS II de Ariquemes

	F 10-19	F 20-29	F 30-48	Total	Valor de p (ANOVA)
Domínio físico	52,87 ± 24,84	52,90 ± 16,57	40,93 ± 18,08	47,98 ± 18,61	< 0,001
Domínio psicológico	46,25 ± 21,91	51,69 ± 17,82	43,22 ± 19,70	47,87 ± 19,19	0,024
Relações sociais	50 ± 13,02	49,51 ± 19,14	47,26 ± 23,76	48,61 ± 20,83	0,786
Meio ambiente	46,56 ± 10,87	50 ± 13,66	47,10 ± 13,07	48,60 ± 13,28	0,364

Fonte: Elaboração própria

Em relação a intensidade de sofrimento psíquico analisou-se as médias descritivas do SRQ-20 e os grupos de manifestações psicopatológicas. Na amostra estudada, 59 (36,2%) dos integrantes assinalaram até 8 pontos, 72 (44,2%) marcaram entre 9 e 15 pontos e 32 (19,6%) relataram mais de 16 respostas afirmativas no questionário. Entre as mulheres, 68,4% marcaram mais de 9 pontos e entre os homens 53% fizeram esta pontuação. Na tabela 5, está descrito a ocorrência dos sinais e sintomas conforme os grupos diagnósticos e a média do total de pontos.

Tabela 5 – Sofrimento psíquico dos pacientes conforme SRQ-20

Grupo de sintomas	**F 10-19** n = 10	**F 20-29** n = 86	**F 30-48** n = 67	**Total** n = 63
Humor depressivo-ansioso				
Sente medo com facilidade	2 (20%)	48 (55,8%)	45 (67,2%)	95 (58,3%)
Sente-se nervoso/tenso/preocupado	3 (30%)	65 (75,6%)	61 (91%)	133 (81,6%)
Sente-se infeliz	6 (60%)	39 (45,3%)	37 (55,2%)	82 (50,3%)
Chora mais que o comum	4 (40%)	37 (43%)	43 (64,2%)	84 (51,5%)
Sintomas somáticos				
Tem dores de cabeça com frequência	4 (40%)	34 (39,5%)	44 (65,7%)	82 (50,3%)
Tem falta de apetite	6 (60%)	26 (30,2%)	24 (35,8%)	56 (34,4%)
Dorme mal	6 (60%)	36 (41,9%)	38 (56,7%)	80 (49,1%)
As mãos tremem	6 (60%)	51 (59,3%)	43 (64,2%)	100 (61,3%)
Má digestão ou perturbação digestiva	4 (40%)	24 (27,9%)	36 (53,7%)	64 (39,3%)
Sensações desagradáveis no estômago	3 (30%)	27 (31,4%)	38 (56,7%)	68 (41,7%)
Decréscimo da energia vital				
Não pensa com clareza	3 (30%)	47 (54,7%)	36 (53,7%)	86 (52,8%)
É difícil apreciar suas atividades diárias	4 (40%)	38 (44,2%)	42 (62,7%)	84 (51,5%)
Acha difícil tomar decisões	6 (60%)	56 (65,1%)	48 (71,6%)	110 (67,5%)
Tem dificuldades em fazer seu trabalho	2 (20%)	41 (47,7%)	37 (55,2%)	80 (49,1%)
Sente-se cansado o tempo todo?	6 (60%)	43 (50%)	48 (71,6%)	97 (59,5%)
Fica cansado(a) com facilidade?	6 (60%)	48 (55,8%)	49 (73,1%)	103 (63,2%)
Pensamentos depressivos				
Incapaz de ter um papel útil na vida	6 (60%)	25 (29,1%)	27 (40,3%)	58 (35,6%)
Perdeu o interesse nas coisas	6 (60%)	47 (54,7%)	45 (67,2%)	98 (60,1%)
É uma pessoa que não vale nada	4 (40%)	19 (22,1%)	24 (35,9%)	47 (28,8%)
Já teve vontade de suicidar-se	8 (80%)	57 (66,3%)	54 (80,6%)	119 (73%)
Pontuação total	10 ± 5,49	9,39 ± 4,75	12,23 ± 4,58	10,59 ± 4,89
Valor de p (ANOVA)	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,001

Fonte: Elaboração própria

A média de pontuação no SRQ-20 foi ligeiramente maior no grupo de pessoas com transtornos do humor e ansiedade. Quando analisados separados por sexo, a média foi de 9,26 ± 4,68 entre homens e 11,16 ± 4,89 em mulheres, com p = 0,02.

2.1.4 Discussão

A maior prevalência de mulheres nos serviços de saúde mental é corroborada por Rodrigues (2016). A pesquisadora identificou maior demanda feminina no Ambulatório de Saúde Mental em Porto Velho, no estado de Rondônia: 65,83% dos usuários são mulheres e 34,17% homens. Esta pesquisa verificou também similaridade em relação à faixa etária dos frequentadores do serviço de saúde mental: 17,5% possuíam entre 18 a 29 anos, 72,5% têm de 30 a 59 anos e 10% possuem mais de 60 anos.

Quanto aos diagnósticos mais frequentes no presente estudo, Figueiredo, Santos e Weller (2013) observaram o mesmo perfil de adoecimento psíquico em pesquisa realizada em um CAPS III em Campinas/SP. Tais autores identificaram que 60% dos indivíduos apresentavam esquizofrenia ou psicoses graves e 21% manifestavam transtornos afetivos.

Destaca-se o impacto do consumo de psicoativos (8%), sendo este dado muitas vezes subnotificado, pois muitos indivíduos que consomem psicotrópicos não frequentam serviços de saúde. Conforme Calheiros *et al*. (2014), Rondônia apresenta grande vulnerabilidade para transtornos decorrentes do consumo destas substâncias, principalmente cocaína e *crack*. Tal fato se deve ao compartilhamento de extensa área fronteiriça com a Bolívia, além da proximidade com a Colômbia, Equador e Peru, conhecidos produtores da planta de coca.

O consumo do tabaco é comum em pessoas com transtorno mental, já que os efeitos da nicotina produzem sensação de prazer, redução do estresse e ansiedade, além de melhorar o humor (SILVA, 2012). Kantorski *et al*. (2014) identificaram prevalência de fumantes de 41,58% em pacientes com esquizofrenia, índice menor que o apresentado neste estudo (22,1%).

Contin *et al*. (2018) referem prevalência de consumo abusivo de tabaco (36%), álcool (7%) e maconha (7%) por portadores de esquizofrenia. Em relação ao uso que resulta em dependência, 13% estavam relacionadas ao tabaco; 7%, ao álcool; e 2%, a anfetaminas e ecstasy. Tais dados contrastam com a realidade identificada nesta pesquisa, na qual foi identificado consumo de bebida alcoólica por 15% dos usuários que apresentam sintomas típicos de esquizofrenia

A baixa demanda de mulheres para tratar transtornos decorrentes do uso problemático de psicotrópicos não é inédito em pesquisas voltadas a esta temática. Em estudo feito com mulheres em tratamento em um CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) em São Paulo, Albuquerque e Nóbrega (2016) constataram barreiras externas que dificultavam acesso aos serviços, dentre as quais o desconhecimento da existência de serviço especializado, sentimento de vergonha perante à família e falta de encaminhamento para serviços apropriados. Tais entraves denotam a dificuldade em detectar padrões abusivos de consumo de psicotrópicos por mulheres e no acesso aos serviços especializados.

Botega (2014) relata que 17,1% da população geral afirmou já ter tido vontade de suicidar-se. A ocorrência de pensamento suicida ao menos uma vez na vida foi relatada por 73% dos entrevistados (119), proporção muito maior que na população geral. Este dado denota a necessidade de investir em ações de valorização à vida e prevenção do comportamento suicida junto aos usuários do CAPS e nos indivíduos que apresentam intenso sofrimento psíquico.

Em pesquisa realizada entre 2013 e 2014 em um CAPS de Fortaleza/CE, familiares, profissionais e usuários da instituição relataram que o atendimento psicossocial está centrado na prescrição medicamentosa (JORGE; BEZERRA, 2018). Estes autores ratificam que o uso de medicamentos psicoativos é o tratamento mais adotado, praticamente exclusivo; quase não havendo usuários do CAPS que não consumam ininterruptamente este tipo de medicação.

Os dados evidenciados na presente pesquisa corroboram a medicalização dos usuários do CAPS, pois apenas dois entrevistados (1,2%) relataram não consumir nenhum psicofármaco prescrito.

Freitas e Amarante (2017) alertam sobre a medicalização excessiva: os antidepressivos superaram a prescrição de medicamentos para hipertensão arterial. Além disso, são prescritos com maior frequência por profissionais médicos da atenção primária, ou seja, não são mais exclusivos de uso em serviços especializados de saúde mental.

2.1.5 Conclusão

A maioria dos frequentadores do CAPS são mulheres, têm baixa renda, estão afastados do mercado de trabalho formal, acima do peso ideal e consomem em média três psicofármacos diariamente. O grupo de doenças mais frequente foi o de esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e psicóticos, quase um terço dos entrevistados já estiveram em internação psiquiátrica. A média de sofrimento psíquico foi maior em mulheres com significância estatística. Os escores de qualidade de vida foram baixos em todos domínios confirmando o impacto que o sofrimento psíquico repercute na qualidade de vida das pessoas.

Os dados apresentados são úteis para nortear as práticas da equipe multiprofissional dos CAPS no Brasil, e em especial no interior de Rondônia. Os achados permitem contribuir para melhorar o processo de reabilitação dos usuários em sofrimento psíquico considerando as necessidades e singularidades da pessoa que vive com transtorno mental.

Como limitações do estudo, cita-se a seleção da amostra por conveniência, que não compromete a qualidade dos dados mas impede a generalização dos resultados para todos os frequentadores do CAPS no qual foi realizada a pesquisa. A proporção de mais mulheres que responderam à pesquisa pode ser encarada como fator limitante, mas também como demonstrativo da cultura patriarcal que não aceita que o homem fique doente, principalmente por questões psíquicas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; NÓBREGA, M. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119193>. Acesso em: 20 maio 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 123 p.

_____. **Teoria e crítica em saúde mental:** texto selecionados. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017. 140 p.

BERNIK, Márcio. *Et al*. Transtornos de ansiedade ao longo da vida. In: FORLENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 268-288.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa. *Et al*. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 191-204, Maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2019.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. **Saúde mental:** o que é, doenças, tratamentos e direitos. 201?. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental#estrutura>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: 2015a. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.

CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. *Et al*. Perfil sociodemográfico dos usuário de crack do estado de Rondônia. In. URNAU, Lilian Caroline; PACÍFICO, Juracy Machado; TAMBORIL, Maria Ivonete Barbosa. **Psicologia e políticas públicas na Amazônia**: pesquisa, formação e atuação. Porto Velho: EDUFRO, 2014. p. 103-112.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Epi Info**. 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/por/pt_index.html>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CELAFISCS. Centro coordenador do IPAQ no Brasil. **Classificação do nível de atividade física**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3343547/mod_resource/content/1/IPAQ.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CONTIN, Mayara Rodrigues. *Et al*. Identificação do consumo de substâncias psicoativas entre indivíduos com esquizofrenia*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 12-19, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

COPPINI, Rosana Zuolo; JORGE, Miguel R. Qualdiade de vida e trantornos mentais graves. 2013. In: DINIZ, Denise Pará [Coord.]. **Guia de qualidade de vida**: saúde e trabalho. Barueri: Manole, 2013. p. 161-178.

COSTA, Daniel Lucas da Conceição. *Et al*. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. In: FORLENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 268-288.

ELKIS, Helio. *Et al*. Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: FORLENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 207-230.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. A posse da chave é a chave da prática da desinstitucionalização. In: FALEIROS, Eva Teresinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da

Motta; FALEIROS, Vicente de Paula. **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017. p. 25-54.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; SANTOS, Deivison Vianna Dantas dos; WELLER, Silvana. Uma análie complementar do perfil dos CAPS III do município de Campinas. In: CAMPOS, Rosana Onocko. *Et al*. **Pesquisa avaliativa em saúde mental:** desenho participativo e efeitos da narratividade. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 163-168.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. *Et al*. *Application of the Portuguese version of the abbreviated instrumente of qualit life WHOQOL-bref*. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 146 p.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli. *Self-Reporting Questionnaire (SRQ).* In: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (Orgs.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 82-86.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 nov. 2018.

JORGE, Maria Salete Besa; BEZERRA, Indara Cavalcante. A medicalização social e suas repercussões nos serviços de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida:** epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 57-64.

KANTORSKI, Luciane Prado. *Et al*. O uso de tabaco entre usuários de centros de atenção psicossocial e serviços residenciais terapêuticos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 17-22, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

KLEIN, Simone Karine. *Et al*. Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1521-1530, maio 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501521&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LAFER, Beny. *Et al*. Transtorno bipolar. In: FORLENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 247-268.

MALBERGIER; André; OLIVEIRA-JUNIOR, Hercílio Pereira de. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: FORLENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 328-342.

MALBERGIER; André; SILVEIRA, Camila Magalhães. Transtornos relacionados ao uso do álcool. In: FLORENZA, Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. ver. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 308-327.

MATSUDO, Sandra. *Et al*. Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. Atividade física e saúde** [Internet]. v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciênc. saúde coletiva*** [online]. 2000, v. 5, n. 1, p. 7-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUES, Ivanildes S. **Manifestações do sofrimento psíquico**: caminhos percorridos por usuários de um ambulatório de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

RODRIGUES, Jeferson. *Et al.* Consulta de enfermagem a pessoas com transtorno depressivo. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem:** Saúde do adulto: Ciclo 10**.** Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 81-123.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, Alexandre Menezes. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol – Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 423-446.

SAUDE. Conselho Nacional de. **Resolução 466** de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da. Aspectos gerais da dependência do tabagismo. In: T**abagismo:** doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2012b. p. 89-100.

TAVARES, Hermano; PEREIRA, Lygia Maria de França. Integração da psiquiatria à atenção primária à saúde: dez ideias sobre por que e como. In: FORLENZA, Orestes Vicenza; MIGUEL, Eurípedes Constantino [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. rev. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 794-808.

WHO. *World Health Organization*. **Obesity:** Preventing and managing the global epidemic. Genebra: 1997.

WHO. *World Health Organization*. **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra: 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2018.

2.2 ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CAPS II NO INTERIOR DA AMAZÔNIA[4]

RESUMO:

Este artigo objetivo busca analisar a influência do sofrimento psíquico na qualidade de vida e como a atividade física pode interferir na qualidade de vida destas pessoas. Método: estudo transversal feito com 163 portadores de transtornos mentais de outubro de 2018 a fevereiro de 2019. Os instrumentos utilizados foram *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), *World Health Organization Quality of Life Instrument versão abreviada (WHOQOL-Bref) e Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ* – versão curta). Foram analisadas as médias de qualidade de vida conforme as variáveis sociodemográficas, posteriormente foi elaborado um modelo de equação estrutural, no qual foi avaliada a carga fatorial dos construtos de sofrimento psíquico em relação à qualidade de vida. A partir da elaboração deste modelo, foi feita análise de variância comparando a qualidade de vida em relação ao nível de atividade física. A análise evidenciou que o sofrimento psíquico influencia negativamente na qualidade de vida, principalmente nos domínios físico (-0,654) e psicológico (-0,653). Estar obeso (IMC≥30), ser fumante, apresentar comorbidade clínica e consumir três ou mais psicofármacos diariamente foi associado a maior sofrimento psíquico e menor qualdiade de vida. Foi encontrada diferença estatística significativa de qualidade de vida no grupo de usuários considerados muito ativo (p=0,002, p=0,014 e p=0,015 quando comparados aos sedentários, irregularmente ativos e ativos, respectivamente). A prática de atividade física por esta população não só é importante para reduzir sofrimento psíquico, mas como fator fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Daí a importância de se inserir no processo de reabilitação a prática de atividade física como possibilidade terapêutica não invasiva, sem efeitos colaterais e de baixo custo.

Palavras-chave: Atividade física; Qualidade de vida; Sofrimento psíquico; Transtorno mental.

CONNECTION BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY, QUALITY OF LIFE AND PSYCHICAL SUFFERING OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN THE AMAZON

ABSTRACT:

This paper aims to analyze the influence of psychological distress on quality of life and how physical activity can interfere with the quality of life of these people. Method: cross-sectional study with 163 patients with mental disorders from October 2018 to February 2019. The instruments used were Self Report Questionnaire (SRQ-20), World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref) and International Questionnaire. of Physical

[4] Artigo a ser submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública, ISSN (*online*) 1678-4464. Para a defesa da dissertação foram utilizadas as normas da ABNT, posteriomente serão aplicadas as normas da revista mencionada.

Activity (IPAQ - short version). The quality of life means were analyzed according to sociodemographic variables, after which a structural equation model was elaborated, in which the factor load of the psychological distress constructs in relation to the quality of life was evaluated. From the elaboration of this model, an analysis of variance was made comparing the quality of life in relation to the level of physical activity. The analysis showed that psychological distress negatively influences quality of life, especially in the physical (-0.654) and psychological (-0.653) domains. Being obese (BMI≥30), being a smoker, having clinical comorbidity and consuming three or more psychotropic drugs daily was associated with greater psychological distress and lower quality of life. A statistically significant difference in quality of life was found in the group of users considered very active ($p = 0.002$, $p = 0.014$ and $p = 0.015$ when compared to sedentary, irregularly active and active, respectively). The practice of physical activity by this population is not only important to reduce psychological distress, but as a key factor to improve quality of life and reduce risk factors for chronic noncommunicable diseases. Hence the importance of including in the rehabilitation process the practice of physical activity as a noninvasive therapeutic possibility, without side effects and low cost.

Keywords: Physical activity; Quality of life; Psychic suffering; Mental disorder.

2.2.1 Introdução

Em 2015, os transtornos mentais foram responsáveis por 9,5% do total de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte prematura na carga global de doenças no Brasil (BONADIMAN *et al*. 2017). Conforme estes autores, entre 1990 e 2015, a categoria de transtornos mentais passou de sexta para terceira posição no total de anos de vida perdidos devido incapacidade ou morte prematura, corroborando a atual problemática da saúde mental no Brasil.

Associado ao contexto epidemiológico de grande prevalência de sofrimento psíquico, as mudanças no modo de vida a partir da modernização e do uso de tecnologias e a migração do campo para a cidade fez com que as populações se tornassem menos ativas fisicamente (MENDES, 2011). Os transtornos mentais compartilham fatores de risco para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, tais como consumo de bebida alcoólica e tabaco, inatividade física, dentre outros (TAVARES; PEREIRA, 2018). Conforme estes autores, a ocorrência simultânea de um transtorno mental e uma doença crônica não transmissível pode reduzir expectativa de vida em até 20 anos.

A pesquisa denominada de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizada em todas as capitais brasileiras traz dados alarmantes em sua versão mais recente. Entre a população acima de 18 anos: 9,3% eram fumantes, 55,7% apresentavam sobrepeso, 13,7% eram sedentários fisicamente e 44,1% não

praticavam o mínimo de atividade física, 25,7% apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial e 8,9% de diabetes (BRASIL, 2019).

O sedentarismo onera a economia da saúde em todo mundo e é causa dos altos custos com consultas, hospitalizações e consumo de medicamentos; consitui-se, assim, como um dos principais gastos de saúde pública (BUENO *et al*., 2016). As pessoas em sofrimento psíquico não estão isentas destas condições crônicas não transmissíveis, pelo contrário, podem ter sua morbidade agravada conforme os tratamentos medicamentosos recebidos e pelo curso clínico dos transtornos mentais podem apresentar comportamentos não saudáveis com maior frequência (TAVARES; PEREIRA, 2018).

Conforme Wageck *et al*. (2018), a doença cardiovascular é a principal causa de morte em pacientes com transtorno bipolar. Estes autores pesquisaram em Porto Alegre/RS no grupo de indivíduos com este diagnóstico a ocorrência de fatores de risco cardiovasculares e identificaram associação positiva entre a gravidade do transtorno com a ocorrência de calcificações coronárias. Outro estudo feito no sul do Brasil com adultos jovens verificou a relação entre síndrome metabólica e transtorno mental identificando associação estatística significativa com excesso de peso, transtornos de ansiedade e humor atuais e risco de sucídio (MOREIRA *et al*., 2019).

Segundo Figueiredo *et al*. (2017), a depressão é considerada fator de risco para síndrome coronariana aguda. Esses autores analisaram pacientes internados nas unidades cardíacas de hospitais públicos no Rio de Janeiro e constataram prevalência de 23% de depressão maior, a qual teve associação estatística significativa com as variáveis sexo, estado civil e sedentarismo.

A ocorrência de fatores de risco para doenças crônico-degenerativas em pacientes com transtorno mental é relatado com frequência. Portanto, a promoção de comportamentos saudáveis através de programas de prevenção e controle de doenças é essencial para melhorar a qualidade de vida e estado de saúde geral das pessoas que vivem com transtornos mentais.

Considerando a necessidade de se promover a qualidade de vida, a prática de atividade física apresenta-se como um dos fatores que pode contribuir para alcançá-la ao promover bem-estar e, em alguns casos, euforia, decorrente das endorfinas liberadas, resultando em melhora nos quadros de angústia, estresse, depressão e até esquizofrenia (ABREU *et al*., 2013). Conforme Stein e Ribeiro (2004, p. 508), “atividade física compreende qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos e que resulta em dispêndio de energia. Exercício é a atividade física planejada, realizada de forma repetitiva e feita com algum propósito”.

Em estudo realizado em Portugal, um programa de exercício físico, cuja duração foi de 6 meses, possibilitou significativas melhoras da saúde física e psicológica após sua conclusão

(BRANCO *et al*., 2015). Turi *et al*. (2015) identificaram a caminhada como atividade física de lazer mais frequente dos usuários do SUS, sendo ainda associada com significância estatística a gastos menores com medicamentos.

A atividade física relaciona-se a melhor percepção de qualidade de vida mesmo quando comparados grupos identicamente ativos, porém de grupos etários diferentes, sendo que o exercício físico associou-se a maior percepção de qualidade de vida em idosos (SONATI *et al*., 2014). Em um estudo que avaliou o efeito da prática de atividade física em pessoas idosas, tal prática mostrou-se como fator preventivo de ansiedade e depressão em idosos (DE-OLIVEIRA *et al*., 2019).

A prática de atividade física regular promove melhor controle glicêmico, mesmo quando a pessoa passa longos períodos sentadas (MACEDO *et al*., 2018). Os benefícios da prática de atividade física não se relacionam apenas aos aspectos físicos, funcionais e morfológicos, mas também à saúde psicológica, pois reduz níveis de ansiedade e depressão, melhora humor, funções cognitivas e auto-estima (MANTOANI, 2014, STEIN; RIBEIRO, 2004).

Orsano *et al*. (2013) investigaram o nível de atividade física em relação à resiliência psicológica em Teresina/PI, através da separação em dois grupos – o primeiro com idosas fisicamente ativas e o outro com sedentárias. Os pesquisadores constataram diferença significativa dos fatores de autoconfiança e capacidade de adaptação entre as idosas ativas, sugerindo, então, a adoção da atividade física como possibilidade de intervenção em saúde mental.

A prática de atividade física por usuários dos serviços de atenção psicossocial ainda é pouco pesquisada. Após vasta procura nas principais bases de dados foi possível encontrar apenas um estudo referente a qualidade de vida e atividade física por pessoas com transtorno mental (KLEIN *et al*., 2018) e uma pesquisa sobre nível de atividade física de pacientes frequentadores dos CAPS (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009), ambos realizados no Brasil, Porto Alegre/RS e Pelotas/RS, respectivamente.

Estudo conduzido por Adamoli e Azevedo (2009) constatou que o nível de atividade física praticada por indivíduos com transtornos mentais comuns é muito baixo, principalmente entre mulheres e nos momentos de lazer. Os autores afirmam que promover um estilo de vida mais saudável a esta população com tantas dificuldades socioeconômicas não constitui tarefa fácil, mas que deve ser pensada como alternativa viável para melhorar a qualidade de vida e condições de saúde.

Klein *et al*. (2018) investigaram a relação entre qualidade de vida e atividade física de pessoas que vivem em Residências Terapêuticas no Sul do Brasil. A pesquisa identificou que a maioria destes moradores não pratica atividade física suficiente para serem definidos como fisicamente ativos; evidenciou-se também a associação do sedentarismo a percepção de dor, aos aspectos sociais e a mobilidade prejudicados (KLEIN *et al*., 2018).

Foi realizada uma pesquisa multicêntrica com 1071 pacientes com transtornos mentais graves em 93 serviços de saúde para avaliar efetividade de um programa para prevenção do ganho de peso. O programa durou 12 semanas e apresentou atividades relativas à alimentação saudável, autoestima e atividade física. Ao fim do programa, foi encontrada pequena diminuição do peso e cintura abdominal e aumento da prática de atividade física (ATTUX *et al*., 2011).

Estudo feito em Feira de Santana/BA buscou identificar relação entre atividade física no lazer e transtornos mentais comuns nos moradores da área urbana. Constatou-se frequência elevada de pessoas inativas no lazer, cuja associação com a prevalência aumentada de transtornos mentais comuns foi estatisticamente significativa (ROCHA *et al*., 2011).

Uma outra pesquisa – de revisão sistemática de literatura – buscou publicações que abordassem os efeitos da atividade física na saúde mental e constatou apenas oito artigos que apresentavam os benefícios terapêuticos desta prática. Dentre as publicações encontradas três foram da Austrália, duas da Suécia, uma dos Estados Unidos da América, uma de Taiwan e uma do Reino Unido (LOURENÇO *et al*., 2017).

Assim, considerando todos os aspectos envolvidos no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, bem como sua qualidade de vida e nível de atividade física, torna-se necessário pesquisar mais sobre esta população para que seja possível implementar a assistência e melhorar a reinserção psicossocial. Neste sentido, delineou-se como objetivo deste artigo analisar a influência do sofrimento psíquico na qualidade de vida e como a atividade física pode interferir na qualidade de vida destas pessoas.

2.2.2 Métodos

Este artigo constitui-se recorte de uma pesquisa realizada no CAPS II de Ariquemes para identificar os escores de qualidade de vida, sofrimento psíquico e atividade física dos usuários desta instituição. Trata-se de um estudo descritivo cujos dados foram coletados de forma primária (questionários) e secundária (consulta aos prontuários do CAPS).

O CAPS II de Ariquemes, município do estado de Rondônia, onde a pesquisa foi realizada, iniciou suas atividades em 25/02/2005 e já atendeu mais de 9 mil pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente possui equipe formada por dois psiquiatras, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, dois profissionais de nível médio e uma coordenadora, cuja formação é nível técnico em enfermagem.

Além de atender a cidade de Ariquemes, o CAPS presta atendimento aos municípios que constituem a região do Vale do Jamari e não dispõem de CAPS e/ou não possuem psiquiatra. Considerando toda região do Vale do Jamari, no Censo 2010 a população somava 243.253 pessoas com estimativa de que em 2018 chegasse a 248.959 (IBGE, 2017).

Utilizou-se o programa estatístico Epi Info 7 para delimitar o tamanho da amostra, um programa de domínio público criado para auxiliar pesquisadores da saúde coletiva (CDC, 2017). Foram contabilizados para definição da amostra apenas os usuários frequentes do CAPS, totalizando 1077 pacientes regulares, sendo estimado um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e prevalência de 14,7%, resultando em uma amostra de 163 pessoas. Tal prevalência foi utilizada tendo como referência o estudo publicado por Klein *et al*. (2018), realizado com pessoas que vivem em Residências Terapêuticas no Sul do Brasil. As pesquisadoras constataram que 14,7% dos portadores de transtornos mentais apresentaram comportamento sedentário.

A amostra foi definida por conveniência devido à complexidade que o sofrimento psíquico demanda e as entrevistas foram realizadas entre outubro/2018 e fevereiro/2019 em local reservado. Os participantes foram convidados a responder a pesquisa pela própria pesquisadora por convite verbal enquanto estavam no CAPS aguardando atendimento psicossocial.

Os critérios de inclusão dos indivíduos nesta pesquisa foram: ter mais de 18 anos; ser usuário do SUS que fazia tratamento regularmente no CAPS de Ariquemes. Foram excluídos desta pesquisa pacientes que: apresentaram CID nas categorias: F00-09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os somáticos ou F 70-79 Retardo mental; Apresentaram sinais de surto psicótico; foram ao CAPS para emissão de laudo psiquiátrico admissional e aqueles(as) que pertenciam ao sistema prisional.

Os instrumentos utilizados foram:

Questionário sócio-demográfico: elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE C) com informações sobre sexo, idade, renda familiar, exercício de atividade remunerada, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, presença de comorbidades, consumo de álcool e tabaco, uso de psicofármacos, pressão arterial e Índice de Massa Corpórea (IMC).

Self Report Questionnaire (SRQ-20), instrumento de triagem criado pela Organização Mundial de Saúde para detectar possíveis casos de transtornos mentais comuns na população, porém pode ser utilizado em amostras clínicas e não clínicas (GONÇALVES, 2016). É composto por 20 questões auto-aplicáveis cuja resposta deve ser "sim" (um ponto) ou "não" (não pontua). Após somar todas as respostas, considera-se a partir de 8 pontos provável e 20 extrema possibilidade para ocorrência de transtornos mentais comuns (sofrimento psíquico). Embora no CAPS os indivíduos já sejam confirmados com sofrimento psíquico, este questionário foi utilizado para aferir a intensidade deste sofrimento. Portanto, neste artigo, considerou-se o grupo com até 10 pontos como sofrimento psíquico leve e o grupo com mais de 10 pontos como sofrimento psíquico moderado a grave.

World Health Organization Quality of Life Instrument versão abreviada (WHOQOL-Bref). Instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e validado para uso no Brasil por Fleck *et al*. (2000). Trata-se de um questionário constituído por 26 questões cujas respostas variam em escala likert de 0 a 5 pontos; posteriormente, as questões são agrupados conforme os domínios aos quais pertencem e cada domínio apresenta uma média de 0 a 100 conforme preconiza o manual de uso do WHOQOL-Bref, sendo que quanto mais próximo de cem melhor a percepção da qualidade de vida no domínio analisado (FLECK *et al*. 2000).

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ* – versão curta*), validado para uso no Brasil por Matsudo *et al*. (2001). Este questionário é utilizado para identificar indivíduos sedentários e ativos fisicamente considerando o tempo de deslocamento, atividade física no lazer e em serviços domésticos, bem como o tempo de inatividade física.

Os dados foram registrados em uma planilha do Excel, analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS) versão 24 e *Smart Partial Least Squares* (SmartPLS 3) e processados de acordo com os objetivos do artigo

2.2.3 Resultados

As médias de qualidade de vida foram calculadas e comparadas em relação às variáveis de sexo, idade, nível de escolaridade, renda familiar e prática de atividade remunerada, presença de comorbidades, consumo de bebida alcoólica e cigarro, uso de psicofármacos, obesidade e intensidade do sofrimento psíquico. Os resultados estão descritos na tabela 6, sendo que os domínios de qualidade de vida apresentam o valor de média, desvio padrão e valor de significância (valor de p) conforme as variáveis analisadas, os quais foram estabelecidos através

por meio do teste de Kruskal Wallis e Mann Whitney. Para a variável IMC foram estabelecidas apenas duas categorias tendo como ponto de corte o valor que indica obesidade (IMC > 30).

Posteriormente foi feito análise de modelo de equação estrutural dos construtos de sofrimento psíquico e qualidade de vida, conforme disposto na Figura 1. Os itens 1 e 2 do WHOQOL-Bref foram excluídos pois não pontuam nos domínios físico, psicológico, relações sociais e de meio ambiente. Os itens 3, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 21, 23, 24, 25 e 26 do WHOQOL-Bref e quase todos itens do SRQ-20, exceto as questões 3, 9 15, foram excluídos por apresentarem cargas fatoriais abaixo de 0,700 (HAIR *et al*., 2014).

O coeficiente de determinação de Pearson (R^2) calculado para os domínios físico foi de 0,428 e psicológico foi de 0,426, o de relações sociais foi de 0,168 e o meio ambiente foi de 0,187, os primeiros são considerados de efeito grande e os dois últimos de efeito médio (COHEN, 1988). Os coeficientes de caminho indicam o quanto um constructo se relaciona com outro e podem variar de (-1,0) a (+1,0), quanto mais próximo a (+1,0), mais forte é a relação positiva entre dois constructos (HAIR *et al*., 2009). Considerandos os coeficientes de caminho -0,654, -0,653, -0,432 e -0,410 para os domínios físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, e todos valores de $p < 0,001$, demonstra-se o impacto do sofrimento psíquico na qualidade de vida.

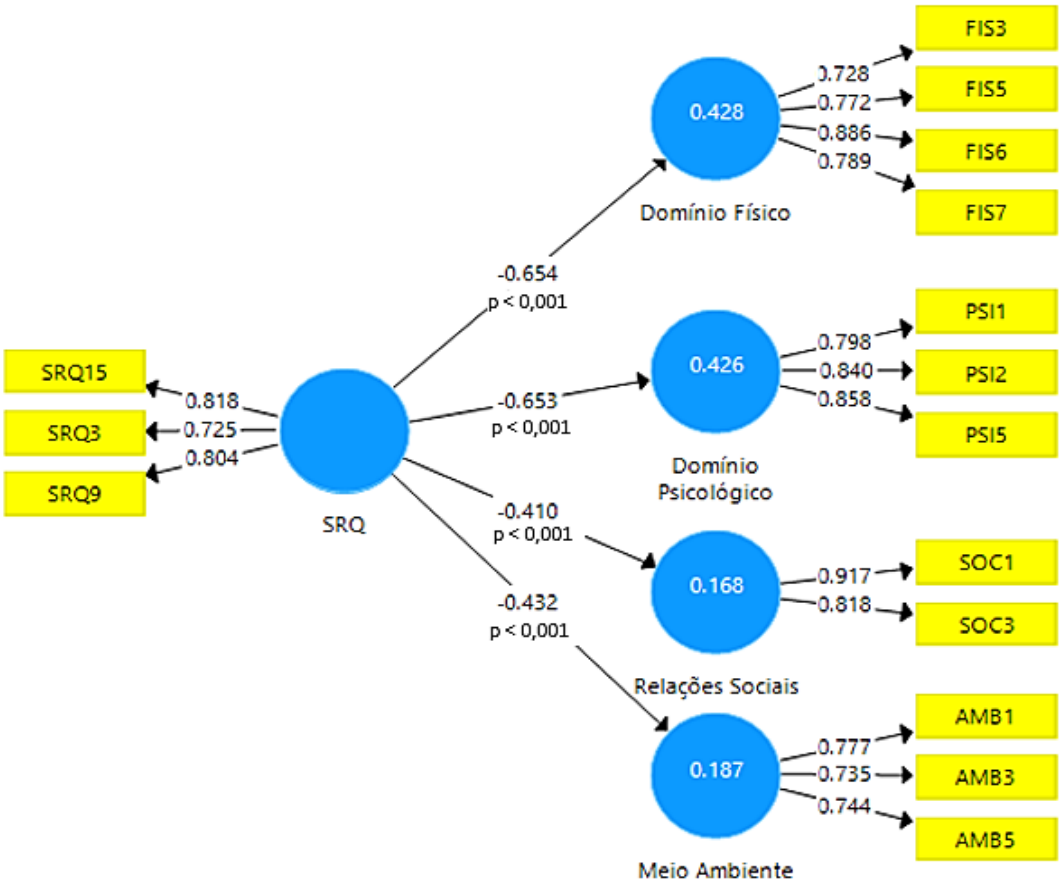
Tabela 6 – Domínios da qualidade de vida conforme variáveis estudadas

	n (%)	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio Ambiente
Sexo					
Feminino	114 (69,9)	46,20 ± 19,07	46,65 ± 19,30	50 ± 21,56	48,95 ± 13,55
Masculino	49 (30,1)	52,11 ± 16,97	50,93 ± 18,75	45,23 ± 18,71	47,76 ± 12,72
Valor de p	-	0,016	0,188	0,202	0,825
Idade					
18 a 29 anos	30 (18,4)	52,61 ± 19,19	52,22 ± 19,86	54,72 ± 20,95	51,35 ± 12,96
30 a 59 anos	122 (74,8)	46,22 ± 18,17	45,96 ± 19,05	46,99 ± 21,18	47,79 ± 13,61
Mais de 60	11 (6,7)	54,87 ± 19,83	57,19 ± 15,26	50,0 ± 12,90	50,0 ± 9,78
Valor de p	-	0,080	0,067	0,199	0,277
Escolaridade					
Fundamental incompleto	36 (22,1)	44,34 ± 19,73	46,99 ± 19,04	46,52 ± 22,83	49,73 ± 12,50
Fundamental completo	72 (44,1)	51,04 ± 16,26	48,49 ± 17,61	49,76 ± 18,34	46,61 ± 13,43
Ensino médio completo	47 (28,8)	46,50 ± 21,37	47,60 ± 22,34	47,87 ± 23,01	50,0 ± 12,75
Ensino superior completo	8 (4,9)	45,53 ± 14,25	47,91 ± 16,51	52,08 ± 21,70	53,12 ± 17,83
Valor de p	-	0,260	0,994	0,893	0,212
Estado civil					
Vive acompanhado	82 (50,3)	43,36 ± 18,15	47,61 ± 17,96	50,20 ± 21,27	48,74 ± 12,06
Vive sozinho	81 (49,7)	48,58 ± 19,17	48,14 ± 20,46	47,01 ± 20,34	48,45 ± 14,53
Valor de p	-	0,591	0,782	0,583	0,878
Atividade remunerada					
Sim	55 (33,7)	50,45 ± 18,89	49,64 ± 21,01	51,06 ± 20,47	50,56 ± 13,28
Não	108 (66,2)	46,72 ± 18,43	47,18 ± 18,25	47,37 ± 20,96	47,59 ± 13,22
Valor de p	-	0,210	0,565	0,529	0,142
Renda familiar					
Até R$ 2000	134 (82,2)	47,92 ± 18,41	47,17 ± 19,09	48,38 ± 20,37	46,85 ± 13,06
De R$ 2000 a 5000	23 (14,1)	49,22 ± 19,29	53,26 ± 20,25	50,0 ± 22,75	54,48 ± 11,14
Acima de R$ 5000	6 (3,6)	44,64 ± 23,55	43,05 ± 15,95	48,61 ± 26,57	65,10 ± 7,76
Valor de p	-	0,781	0,361	0,828	**< 0,001**
Tabagista					
Sim	34 (20,8)	46,21 ± 20,37	41,05 ± 18,15	45,58 ± 21,59	43,56 ± 13,03
Não	129 (79,1)	48,44 ± 18,18	49,67 ± 19,11	49,41 ± 20,62	49,92 ± 13,07
Valor de p	-	0,481	**0,025**	0,336	**0,016**
Consome bebida alcoólica					
Sim	24 (14,7)	49,40 ± 20,19	46 ± 21,4	48,95 ± 22,42	47,13 ± 13,41
Não	139 (85,2)	47,73 ± 18,39	48,20 ± 18,84	48,56 ± 20,60	48,85 ± 13,28
Valor de p	-	0,493	0,647	0,711	0,578
Internação psiquiátrica					
Sim	44 (26,9)	50,08 ± 16,45	51,42 ± 16,59	46,48 ± 20,27	48,72 ± 13,80
Não	119 (73,1)	47,20 ± 19,36	46,46 ± 19,95	48,66 ± 21,09	48,55 ± 13,14
Valor de p	-	0,259	0,146	0,920	0,641
Psicofármacos prescritos					
Um a dois	53 (32,5)	53,16 ± 17,87	52,83 ± 17,52	54,08 ± 20,45	49,94 ± 11,84
Três ou mais	108 (66,2)	45,48 ± 18,52	45,49 ± 19,57	45,98 ± 20,55	47,95 ± 13,92
Valor de p	-	**0,035**	**0,013**	0,125	0,122
Comorbidade clínica*					
Sim	67 (41,1)	41,36 ± 17,66	43,15 ± 18,64	46,89 ± 21,11	46,17 ± 12,46
Não	96 (58,9)	52,60 ± 17,93	51,17 ± 18,97	49,82 ± 20,62	50,29 ± 13,63
Valor de p	-	**< 0,001**	**0,007**	0,262	0,072
Comorbidade psiquiátrica					
Sim	35 (21,4)	42,75 ± 21,33	43,33 ± 19,96	47,85 ± 22,62	45,80 ± 14,01
Não	128 (78,5)	49,41 ± 17,62	49,12 ± 18,86	48,82 ± 20,37	49,36 ± 13,02
Valor de p	-	0,111	0,067	0,628	0,327
IMC[2]					
< 30	80 (49,1)	52,09 ± 18,86	51,56 ± 19,98	48,85 ± 19,56	48,98 ± 12,60
≥ 30	83 (50,9)	44,01 ± 17,58	44,32 ± 17,80	48,39 ± 22,06	48,23 ± 13,98
Valor de p	-	**0,008**	**0,018**	0,795	0,581
Sofrimento psíquico					
SRQ ≤ 10	77 (47,2)	59,27 ± 14,77	60,66 ± 14,26	56,92 ± 17,17	54,22 ± 11,46
SRQ > 10	86 (52,7)	37,87 ± 15,69	36,43 ± 15,47	41,18 ± 21,05	43,56 ± 12,82
Valor de p	-	**< 0,001**	**< 0,001**	**< 0,001**	**< 0,001**

Fonte: Elaboração própria

* Outras doenças que não fossem transtornos mentais

Figura 1 – Modelo de Equação Estrutural



Fonte: Elaboração própria

Os valores das Variâncias Médias Extraídas (AVE) foram maiores que 0,500, confirmando a validade convergente (FORNELL; LARCKER, 1981; HENSELER; RINGLE; SARSTEDT, 2015). Para a análise da confiabilidade, foram calculados os coeficientes Alfa de Cronbach, cujos valores foram maiores que 0,600, e a Confiabilidade Composta (CR), com valores maiores que 0,500. Ambos os valores evidenciam a confiabilidade ótima do modelo (HAIR *et al.*, 2009), como pode ser observado na Tabela 7.

Para verificar a validade discriminante do modelo, foram analisadas os Valores das Cargas Cruzadas e Critério de Fornell e Larcker (1981). Para a análise dos Valores das Cargas Cruzadas, as cargas devem ser maiores nas variáveis latentes originais do que em outras (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). Nesta pesquisa, todas as cargas calculadas foram maiores em suas respectivas variáveis latentes, quando comparadas às outras, fato que indica a validade discriminante do modelo (CHIN, 1998).

Para a análise da validade discriminante pelo critério de Fornell e Larcker (1981), foram comparadas as raízes quadradas dos valores das Variâncias Médias Extraídas (AVE) de cada constructo com as correlações de Pearson entre as variáveis latentes. As raízes quadradas das

Variâncias Médias Extraídas (AVE) apresentaram valores maiores do que as correlações, portanto, foi confirmada a validade discriminante (FORNELL; LARCKER, 1981).

Tabela 7 – Valores da qualidade de ajuste do modelo MEE

Variável Latente	Itens	Cargas	α Cronbach	AVE	CR	R^2
Meio Ambiente	AMB1	0.777	0.622	0.566	0.796	0.187
	AMB3	0.735				
	AMB5	0.744				
Domínio Físico	FIS3	0.728	0.806	0.634	0.873	0.428
	FIS5	0.772				
	FIS6	0.886				
	FIS7	0.789				
Domínio Psicológico	PSI1	0.798	0.781	0.693	0.871	0.426
	PSI2	0.840				
	PSI5	0.858				
Relações Sociais	SOC1	0.917	0.685	0.755	0.860	0.168
	SOC3	0.818				
SRQ-20	SRQ15	0.818	0.683	0.614	0.826	-
	SRQ3	0.725				
	SRQ9	0.804				

Fonte: Elaboração própria

Para analisar os efeitos diretos das variáveis latentes do *Big Five* na Intenção Empreendedora, foi utilizada a técnica *Blindfolding*, que permitiu calcular o valor Q^2 de Stone-Geisser (STONE, 1974; GEISSER, 1974), utilizado como critério de avaliação para a relevância preditiva do modelo. O Q^2 calculado para o Domínio Físico, Domínio Psicológico, Meio Ambiente e Relações Sociais foram maiores que zero, indicando, portanto, que o modelo de caminho PLS tem relevância preditiva para estes constructos (HAIR *et al.*, 2009). Para avaliar o quanto cada constructo é representativo para o modelo, calcula-se o Tamanho do efeito (f^2) ou Indicador de Cohen, obtendo-se os valores de referência 0,02, 0,15 e 0,35, considerados pequenos, médios e grandes, respectivamete (COHEN, 1988; HAIR *et al.*, 2009). Os valores do Q^2 e f^2 são indicados na Tabela 8.

Tabela 8 – Validade discriminante e preditiva (Q^2) e Tamanho do efeito (f^2)

VL	Validade discriminante	CV RED (Q^2)	CV COM (f^2)
Domínio Físico	0,796	0.252	0.387
Domínio Psicológico	0,832	0.273	0.373
Meio Ambiente	0,752	0.094	0.173
Relações Sociais	0,869	0.109	0.267
SRQ-20	0,783	-	0.249

Fonte: Elaboração própria

As questões do SRQ-20 que apresentaram maior carga fatorial foram aquelas relativas a dormir mal, sentimentos de tristeza e perda de interesse pelas coisas. O item dormir mal teve associação estatística significativa com o hábito de fumar (p=0,001), presença de comorbidades clínicas (p=0,001). O relato de sentir-se infeliz foi relacionado ao hábito de fumar (p=0,008) e consumir três ou mais psicofármacos diariamente (p=0,035). A perda de interesse nas coisas foi associada à obesidade (p=0,010). Quando analisadas a pontuação total no SRQ-20, houve interferência do sexo feminino (p=0,02), consumir três ou mais psicofármacos (p=0,001), presença de comorbidades clínicas (p=0,001), comorbidade psiquiátrica (p=0,034) e obesidade (p=0,010).

As questões do WHOQOL-Bref que tiveram maior carga fatorial foram analisadas isoladamente conforme as variáveis sociodemográficas. No domínio físico de qualidade de vida, a faceta correspondente a sono e repouso teve associação significativa com sexo feminino (p=0,011), consumir três ou mais psicofármacos (p=0,009) e obesidade (p=0,005). Já na faceta de dependência de medicamentos ou tratamento, ocorreu associação significativa com o consumo de três ou mais psicofármacos (p=0,010), comorbidades clínicas (p=0,002) e obesidade (p=0,002). A faceta relativa à capacidade de trabalho teve associação negativa com presença de comorbidades clínicas (p<0,001) e ao fato de não exercer atividade remunerada (p=0,026).

No domínio psicológico a faceta de sentimentos positivos teve associação negativa ao hábito de fumar (p<0,001). A faceta relativa à aprendizagem, memória e concentração foi influenciada negativamente pelo consumo de três ou mais psicofármacos (p=0,011) e fumar (p<0,001). A manifestação de sentimentos negativos associou-se a presença de comorbidades clínicas (p=0,016), obesidade (p=0,045) e comorbidades psiquiátricas (p=0,002).

No domínio de relações sociais, a faceta relativa à atividade sexual apresentou associação negativa com o sexo masculino (p=0,045). No domínio do meio ambiente, a faceta da segurança física e proteção teve associação negativa com o consumo de três ou mais psicofármacos (p=0,031) e renda familiar menor que R$ 2.000 (p=0,048). A faceta dos recursos financeiros também teve associação negativa com renda familiar menor que R$ 2.000 (p=0,007). A faceta relacionada às oportunidades de ter novas habilidades e informações teve associação negativa com o fato de ser fumante (p<0,001).

A média de qualidade de vida utilizando o WHOQOL-Bref requer a utilização de todas as questões de 3 a 26 e avaliação de diferentes domínios, entretanto foram excluídos os itens 3, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 21, 23, 24, 25 e 26 deste instrumento por apresentaram carga fatorial abaixo de 0,700. Para não comprometer os dados e facilitar a análise das questões com carga fatorial

acima de 0,700, os resultados dos itens 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22 foram reduzidos a uma dimensão. Deste modo, foi calculado um único valor de média para a qualidade de vida que varia de (-1) a (+1), sendo (-1) a pior avaliação possível e quanto mais próximo de (+1), melhor a qualidade de vida aferida pelos itens com carga fatorial maior que 0,700.

Após a modelagem de equação estrutural foram calculadas a média e variância da qualidade de vida conforme a intensidade do sofrimento psíquico e considerando os diferentes níveis de atividade física. A média de qualidade de vida foi comparada entre pessoas com sofrimento psíquico leve (até 10 pontos no SRQ-20) e moderado a grave (acima de 10 pontos no SRQ-20), conforme consta na tabela 9.

Tabela 9 – Qualidade de vida conforme gravidade do sofrimento psíquico

	SRQ-20	**n**	**Média**	**Desvio padrão**	**Erro padrão da média**	**p**
Qualidade de vida	≤ 10	76	0,689	0,733	0,084	< 0,001
	> 10	87	-0,602	0,792	0,085	

Fonte: Elaboração própria

A ocorrência de média com valor negativo indica pior qualidade de vida no grupo de pessoas que apresentaram mais de 10 respostas positivas no SRQ-20. A média de qualidade de vida foi comparada em relação aos níveis de atividade física estabelecidos pelo IPAQ para verificar se houve variância significativa. A análise da variância (ANOVA) identificou p=0,004 na qualidade de vida entre os grupos. Então, foram realizadas comparações múltiplas dos diferentes grupos com o Teste Tukey para identificar em que grupo ocorreu variância significativa. Conforme exposto na tabela 10, somente no grupo de pessoas muito ativas fisicamente foi encontrada diferença estatisticamente significativa para qualidade de vida.

Tabela 10 – Comparações múltiplas da qualidade de vida com o nível de atividade física

		Diferença	**Erro**		**Intervalo de Confiança 95%**	
Classificação (I)	**Classificação (J)**	**média (I-J)**	**Padrão**	**Sig.**	**Limite inferior**	**Limite superior**
Muito Ativo	Ativo	1,229*	0,407	**0,015***	0,172	2,286
	Irregularmente ativo	1,321*	0,434	**0,014***	0,194	2,448
	Sedentário	1,589*	0,432	**0,002***	0,465	2,713
Ativo	Muito Ativo	-1,229*	0,407	0,015*	-2,286	-0,172
	Irregularmente ativo	0,091	0,204	0,970	-0,439	0,623
	Sedentário	0,359	0,202	0,286	-0,164	0,884
Irregularmente ativo	Muito Ativo	-1,321*	0,434	0,014*	-2,448	-0,194
	Ativo	-0,091	0,204	0,970	-0,623	0,439
	Sedentário	0,268	0,252	0,712	-0,386	0,922
Sedentário	Muito Ativo	-1,589*	0,432	0,002*	-2,713	-0,465
	Ativo	-0,359	0,202	0,286	-0,884	0,164
	Irregularmente ativo	-0,268	0,252	0,712	-0,922	0,386

Fonte: Elaboração própria

2.2.4 Discussão

Neste estudo, o modelo de equação estrutural analisado apresentou validade e confiabilidade para os constructos de qualidade de vida e sofrimento psíquico. O sofrimento psíquico (SRQ-20) influencia negativamente nos domínios físicos, psicológicos, meio ambiente e relações sociais. Sendo o domínio físico e psicológico os mais influenciados negativamente, pois os transtornos mentais representam grande carga de sofrimento psíquico e repercutem na saúde física, de modo que é impossível dissociar mente e corpo.

As questões do SRQ-20 que apresentaram maior carga fatorial foram aquelas relativas a dormir mal, sentimentos de tristeza e perda de interesse pelas coisas. Dormir mal foi relacionado ao hábito de fumar e presença de comorbidades clínicas; sentir-se infeliz foi relacionado ao hábito de fumar e consumir três ou mais psicofármacos diariamente; a perda de interesse pelas coisas foi associada à obesidade.

Gomes *et al*. (2016) buscaram analisar os níveis de prática de atividade física e qualidade de vida entre indivíduos saudáveis e pessoas com esquizofrenia em Portugal. Entre o grupo com diagnóstico de esquizofrenia foi verificada menor qualidade de vida e nível de atividade física, e relação estatisticamente significativa entre maior peso e menor pontuação no aspecto saúde mental. Este último achado corrobora a constatação da presente pesquisa que constatou a obesidade como fator que intensifica o sofrimento psíquico e diminui a percepção da qualidade de vida.

No domínio físico de qualidade de vida, a faceta correspondente a sono e repouso teve associação significativa com sexo feminino, consumir três ou mais psicofármacos e obesidade. Já na faceta de dependência de medicamentos ou tratamento, ocorreu associação significativa com o consumo de três ou mais psicofármacos, comorbidades clínicas e obesidade. A faceta relativa à capacidade de trabalho teve associação negativa com presença de comorbidades clínicas e ao fato de não exercer atividade remunerada.

No domínio psicológico a faceta de sentimentos positivos teve associação negativa ao hábito de fumar. A faceta relativa à aprendizagem, memória e concentração foi influenciada negativamente pelo consumo de três ou mais psicofármacos e fumar. A manifestação de sentimentos negativos associou-se a presença de comorbidades clínicas, obesidade e comorbidades psiquiátricas.

No domínio de relações sociais, a faceta relativa à atividade sexual apresentou associação negativa com o sexo masculino. No domínio do meio ambiente, a faceta da segurança física e proteção teve associação negativa com o consumo de três ou mais

psicofármacos e renda familiar menor que R$ 2.000. A faceta dos recursos financeiros também teve associação negativa com renda familiar menor que R$ 2.000. A faceta relacionada às oportunidades de ter novas habilidades e informações teve associação negativa com o fato de ser fumante.

Na análise de variância entre os níveis de atividade física só foi encontrada diferença estatística significativa para a qualidade de vida no grupo de pessoas muito ativas. Tal achado pode ser explicado pelo fato de que o IPAQ também considera a prática de atividades domésticas como atividade física (MATSUDO et al., 2001).

A escassez de publicações que abordam a prática de atividade física por pessoas com transtorno mental e a relação com a qualidade de vida e sofrimento psíquico limitam a comparação com outras pesquisas semelhantes. Klein *et al*. (2018) identificaram relação significativa entre o nível de atividade física e os domínios sociais e da percepção de dor em residentes de serviços terapêuticos

Stubbs *et al*. (2018) analisaram o perfil de usuários psicóticos de 47 nações em desenvolvimento em relaçao à prática de atividade física. Ao todo, 2407 pessoas responderam à pesquisa que constatou prevalência de 39,2% de sedentários, ou seja, não praticavam o mínimo de atividade física necessária. O fato de ser homem, estar em idade avançada, morar em ambiente urbano, não consumir frutas, apresentar depressão, alterações do sono/disposição e restrições de mobilidade tiveram associação significativa com a inatividade física.

Os achados desta pesquisa confirmam a necessidade de se adotar a prática de exercício físico para promover melhor qualidade de vida e reduzir os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis das pessoas que vivem com transtornos mentais.

2.2.5 Conclusão

O sofrimento psíquico impacta na qualidade de vida das pessoas, mas é possível implementar a assistência a estas pessoas com medidas não farmacológicas. No grupo de pessoas muito ativas foi encontrada diferença estatística significativa para a qualidade de vida, sendo esta maior no grupo de pessoas com sofrimento psíquico menos intenso.

A partir dos achados é possível reafirmar que a prática de atividade física constitui-se um importante instrumento de melhoria da qualidade de vida e redução do sofrimento psíquico de pessoas que vivem com transtorno mental. A obesidade, consumo de três ou mais psicofármacos, tabagismo e a presença de comorbidades clínicas apresentaram-se como fatores associados sofrimento psíquico mais intenso e menor qualidade de vida.

Portanto, a prática de atividade física por esta população não só é importante para reduzir sofrimento psíquico, mas como fator fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (TAVARES; PEREIRA, 2018). Daí a importância de se inserir no processo de reabilitação a prática de atividade física como possibilidade terapêutica não invasiva, sem efeitos colaterais e de baixo custo.

Referências

ABREU, Nayda Parisio de. *Et al*. Atividade física e saúde. In: DINIZ, Denise Pará [Coord.]. **Guia de qualidade de vida:** saúde e trabalho. Barueri: Manole, 2013. p. 35-54.

ADAMOLI, Angélica Nickel; AZEVEDO, Mario Renato. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 243-251, Fev 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2018.

ALVES, Christiano Robles Rodrigues; BRUM, Patricia Chakur. Exercício físico e saúde: introdução ao atual estado da arte. In: BERTUZZI, Rômulo. *Et al*. [Orgs]. **Aptidão aeróbia**: desempenho esportivo, saúde e nutrição. Barueri: Manole, 2017. p. 313-317.

ATTUX, Cecília. *Et al*. *The effectiveness of a non-pharmacological intervention for weight gain management in severe mental disorders: results from a national multicentric study*. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 117-121, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRANCO, Jeronimo Costa. *Et al. Physical benefits and reduction of depressive symptoms among the elderly: Results from the Portuguese "National Walking Program"*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-795, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300789&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 132p.

BUENO, Denise Rodrigues. *Et al*. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 4, p. 1001-1010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.09082015>. Acesso em: 12 set. 2019.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Epi Info**. 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/por/pt_index.html>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CHIN, W. W. **The partial least squares approach for structural equation modeling. in Macroulides,** G.A. (Ed.). Modern methods for business research. London: Lawrence Erlbaum Associates, p. 295- 236, 1998.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.** 2nd ed. New York: Psychology Press, 1988.

FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. *Et al.* Depressão Maior e Fatores Relacionados na Síndrome Coronariana Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 108, n. 3, p. 217-227, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000300217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. *Et al*. *Application of the Portuguese version of the abbreviated instrumente of qualit life WHOQOL-bref*. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FORNELL, C.; LARCKER, D.F. *Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error*. **Journal of Marketing Research**. v.18, n. 1, p. 39-50, 1981.

FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; STEFANELLI, Maguida Costa. Assistência de enfermagem à pessoa submetida à psicofarmacoterapia. In: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. (Orgs.) **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. p. 206-246.

GEISSER, S. *A Predictive Approach to the Random Effects Model*, **Biometrika**, v. 61, n. 1, p. 101-107, 1974.

GIRDWOOD. Vitor Mario Oliveira; ARAÚJO, Igor Sampaio de; PITANGA, Cristiano Penas Seara. Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. **Rev.Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 537-547, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2634.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

GOMES, Eluana. *Et al*. *Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia*. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 157-160, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli. *Self-Reporting Questionnaire (SRQ).* In: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (Orgs.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 82-86.

GRASSMANN, Viviane. *Et al*. *The relationship between moderate-to-vigorous physical activity and executive function among individuals with schizophrenia: differences by illness duration.* **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 309-315, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000400309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

HAIR, J., *et al*. **Multivariate Data Analysis.** 17th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River. 2009.

HAIR, J. F.; *Et al*. **A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)**. Los Angeles: SAGE, 2014.

HENSELER, J.; RINGLE, C.M; SARSTEDT, M. **J. of the Acad.** Mark. Sci. v. 43, p. 115. 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 nov. 2018.

JORGE, Maria Salete Besa; BEZERRA, Indara Cavalcante. A medicalização social e suas repercussões nos serviços de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida:** epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 57-64.

KLEIN, Simone Karine. *Et al*. Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1521-1530, maio 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501521&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LOURENCO, Bruno da Silva. *Et al*. Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

MACEDO, G. A. D. *Et al*. Efeito do tempo prolongado sobre marcadores cardiometabólicos em adultos fisicamente ativos e inativos. **Rev. Bras. Ati. Fís. Saúde**. v. 23, 2018. Disponível em: < http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13849>. Acesso em: 20 maio 2019.

MANTOANI, Leandro C. **Efeitos a longo prazo de um programa de promoção de atividade física em tabagistas**. 2013. 68 p. Dissertação de mestrado (Pós-Graduação em Ciência da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

MATSUDO, Sandra. *Et al*. Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. Atividade física e saúde** [Internet]. v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIRANDA, Elisângela Domingos; FREIRE, Luana de Almeida; OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de. Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 163-169, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319571022>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MOREIRA, Fernanda Pedrotti. *Et al . Metabolic syndrome and psychiatric disorders: a population-based study.* **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 38-43, fev. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000100038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2019.

ORSANO, Francisco Evaldo. *Et al*. A prática de atividade física e sua influência sobre fatores de resiliência psicológica de idosas. **Brazilian Journal of Biomotricity**. v. 7, n. 1, p. 28-36, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93026211004>. Acesso em: 14 nov. 2018

RINGLE, C.; SILVA, D.; BIDO, D. S. *Structural Equation Modeling with the SmartPLS*. Brasilian **Journal of Marketing**, v. 13, n. 2, p. 54-71, 2014.

ROCHA, Saulo Vasconcelos. *Et al*. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2018.

ROEDER, Maika Arno; PETROSKI, Edio Luiz; FARIAS, Sidney Ferreira. Análise da composição corporal em pessoas com transtornos mentais em tratamento. **Rev. Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 3, n. 1, p. 71-82, jan. 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3998/16868>. Acesso em: 20 out. 2018.

SAMULSKI, Dietmar. *Et al*. Atividade física, saúde e qualidade de vida. In: SAMULSKI, Dietmar. **Psicologia do esporte**: conceitos e novas perspectivas. 2. ed. Barueri/SP: Manole, 2009. p. 357-382.

SAUDE. Conselho Nacional de. **Resolução 466** de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SONATI, Jaqueline Girnos. *Et al.* Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 731-739, dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

STEIN, Ricardo; RIBEIRO, Jorge Pinto. Atividade física e saúde. In: DUNCAN, Bruce B. *Et al*. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 508- 515.

STONE, M. *Cross-Validatory Choice and Assessment of Statistical Predictio*ns, **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 36, n. 2, p. 111-147, 1974.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**: Uma abordagem biopsicossocial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 509 p.

STUBBS, Brendon. *Et al*. *Physical activity correlates among people with psychosis: Data from 47 low- and middle-income countries.* ***Schizophrenia Research***, n. 193, p. 412-417, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28637633>. Acesso em: 20 out. 2018.

TURI, Bruna Camilo. *Et al* . Caminhada e gastos com saúde em adultos usuários do sistema público de saúde brasileiro: estudo transversal retrospectivo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3561-3568, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103561&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

WAGECK, Aline R. *Et al. Cardiovascular risk and bipolar disorder: factors associated with a positive coronary calcium score in patients with bipolar disorder type 1*. **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo , v. 40, n. 2, p. 163-168, June 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000200163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2019. Epub Oct 02, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2253.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário estimular a reabilitação psicossocial visando promover melhor qualidade de vida aos pacientes com transtornos mentais, visto que o intenso sofrimento psíquico com o qual convivem comprometem os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Para consolidar a reabilitação psicossocial dessas pessoas é imprescindível o matriciamento das insituições de saúde visando melhorar a oferta e disponibilidade de serviços de atenção integral, considerando o indivíduo em sua totalidade. Deve-se fortalecer ainda a autonomia e empoderamento dessas pessoas, fatores fundamentais para a adequada manutenção da saúde mental.

Como limitações do estudo, cita-se a seleção da amostra por conveniência, que não compromete a qualidade dos dados mas impede a generalização dos resultados para todos os frequentadores do CAPS no qual foi realizada a pesquisa. A proporção de mais mulheres que responderam à pesquisa pode ser encarada como fator limitante, mas também como demonstrativo da cultura patriarcal que não aceita que o homem fique doente, principalmente por questões psíquicas.

A utilização do SRQ-20 não compromete os resultados, pois como todos os indivíduos que frequentam o CAPS certamente possuem transtorno mental, tal instrumento foi utilizado com objetivo de aferir a gravidade do sofrimento psíquico e a repercussão na qualidade de vida e nível de atividade física.

Embora não seja possível generalizar os achados deste estudo, as informações encontradas serão de grande valia para conhecer o perfil dos frequentadores desta instituição no interior da Amazônia, bem como seu índice de qualidade de vida, sofrimento psíquico e nível de atividade física. Recomenda-se que pesquisas futuras que abordem este público e temática incluam perguntas sobre as diferentes modalidades de atividade física para identificar quais apresentar maior relação positiva com a qualidade de vida e negativa com sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 123 p.

BLAY; Sergio Luís; ANTUNES, Hanna Karen Moreira; MELLO, Marco Túlio de. Exercícios e transtornos psiquiátricos. In: VAISBERG, Mauro; MELLO, Marco Túlio de. (Coord.). **Exercícios na saúde e na doença**. Barueri: Manole, 2010. p. 351- 359.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa. *Et al*. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 191-204, Maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2001.

_____. **Portaria GM n° 2.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2011.

_____. **Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2002.

DE OLIVEIRA, Lucineide da Silva Santos Castelo Branco. *Et al. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community.* ***Trends Psychiatry Psychother.***, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 36-42, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892019000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

HENRICH, Joseph; HEINE, Steven J.; NORENZAYAN, Ara. *The weirdest people in the world?* ***Behavioral and Brain Sciences***, v. *33, supl.* 2-3, p. 61-83, 2010. Disponível em: <doi:10.1017/S0140525X0999152X>. Acesso em: 20 out. 2018.

KLEIN, Simone Karine. *Et al*. Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1521-1530, maio 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501521&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MARI, Jair de Jesus. *Et al*. Epidemiologia em Saúde Mental – Panorama geral e contribuição da epidemiologia psiquiátrica brasileira. In: ALMEIDA-FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. [Reimp.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 545-558.

MIRANDA, Elisângela Domingos; FREIRE, Luana de Almeida; OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de. Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). Sal. & Transf. Soc., Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 163-169, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319571022>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ONU. **OMS: mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo.** 2017a. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/02/1578281-oms-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-no-mundo>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas e é doença que mais incapacita pacientes**, diz OMS. 2017b. Disponível em: <ttps://nacoesunidas.org/depressao-afeta-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-e-e-doenca-que-mais-incapacita-pacientes-diz-oms/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUES, Ivanildes S. **Manifestações do sofrimento psíquico**: caminhos percorridos por usuários de um ambulatório de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

STEFANELLI, Maguida Costa. *Et al*. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. In: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. (Orgs.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. p. 415-438.

TAVARES, Hermano; PEREIRA, Lygia Maria de França. Integração da psiquiatria à atenção primária à saúde: dez ideias sobre por que e como. In: FORLENZA, Orestes Vicenza; MIGUEL, Eurípedes Constantino [Editores]. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. rev. e atual. Barueri: Manole, 2018. p. 794-808

WHO. *World Health Organization*. **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra: 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

À Secretaria Municipal de Saúde de Ariquemes – RO,

Dirijo-me às Vossas Senhorias, e no intuito de solicitar autorização para a realização de uma pesquisa junto aos usuários que realizam o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial II de Ariquemes/RO. A pesquisa intitulada "atividade física, qualidade de vida e sofrimento psíquico de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na amazônia", sob a orientação da Dra. Ivete de Aquino Freire, docente do Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), tem como objetivo: investigar os níveis de qualidade de vida, atividade física e sofrimento psíquico dos usuários que realizam tratamento no CAPS II em Ariquemes-RO. A metodologia utilizada será a aplicação de três instrumentos para verificar qualidade de vida, prática de atividade física e perfil psicopatológico aos usuários do CAPS, além de um questionário sociodemográfico e de saúde. Também será necessário acessar os prontuários dos pacientes para identificar os que preenchem os critérios de inclusão e exclusão e para conseguir contatá-los.

Proponho que os contatos com os pacientes durante a pesquisa sejam realizados durante o segundo semestre do ano de 2018, no próprio CAPS, sendo que só serão efetuadas as aplicações dos questionários aos que aceitarem participar da pesquisa, de maneira que assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando-se que serão mantidas em sigilo as possíveis informações que revelem suas identidades, sendo publicados somente os dados que não os expõem. Os participantes poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos.

Informo ainda que a pesquisa respeitará os preceitos éticos da ciência e em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo seu início somente após a análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia. Se estiver de acordo com a proposta, solicito que assine a autorização a seguir.

Atenciosamente,
Juliana Barbosa Framil[1]

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Juliana Barbosa Framil a realizar a pesquisa nesta instituição conforme os termos mencionados anteriormente.

Diretor Executivo da Secretaria Municipal de Saúde Portaria N. 206/2017	Diretora do Centro de Atenção Psicossocial Decreto N. 14263, de 6/6/2018

[1] Enfermeira. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail: juliana.framil@ifro.edu.br, Telefone para contato: (69) 98423-7777

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA AMAZÔNIA Pesquisadora Responsável: Juliana Barbosa Framil
Número do CAAE: 93822818.4.0000.5300

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Esta pesquisa intitulada "Atividade física, qualidade de vida e sofrimento psíquico de usuários de um centro de atenção psicossocial na Amazônia", sob a orientação da Dra. Ivete de Aquino Freire, docente do Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), tem como objetivo: Analisar a prática de atividade física, qualidade de vida e sintomas psicológicos dos usuários deste CAPS.

Esta pesquisa respeitará os preceitos éticos da ciência e em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo seu início somente após a análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia.

Eu, voluntário nesta pesquisa, assinando este termo de consentimento, estou ciente de que:

- ✓ O objetivo do estudo é coletar dados do pesquisado sobre sua qualidade de vida, prática de atividade física, sofrimento psíquico e dados sócio-demográficos e de saúde;
- ✓ Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- ✓ Estou livre para interromper, a qualquer momento, minha participação na pesquisa sem sofrer qualquer forma de retaliação;
- ✓ Não haverá qualquer tipo de gasto financeiro e não receberei nenhuma forma de pagamento para participar da pesquisa;
- ✓ Meus dados pessoais e outras informações que possam me identificar serão mantidos em sigilo;
- ✓ Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- ✓ Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em congresso ou em revista científica especializada;
- ✓ Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento;
- ✓ Poderei contatar a pesquisadora responsável pela pesquisa através do telefone (69) 98423-7777 ou e-mail: juliana_framil@hotmail.com.

_____ Data: ____/_____/_____

Assinatura do participante

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares para execução desta pesquisa. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/_____/_____

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Nome: _____

1 Idade: _____

2 Sexo: Masculino ( )

Feminino ( )

3 Escolaridade: Ensino fundamental completo ( )

Ensino médio completo ( )

Ensino superior completo ( )

4 Estado civil: Vive acompanhado ( )

Vive sozinho ( )

5 Exerce atividade remunerada: Sim ( )

Não ( )

6 Renda familiar: Até R$ 2.000 ( )

De R$ 2.000 a 5.000 ( )

Acima de R$ 5.000 ( )

7 Fuma cigarro? Sim ( )

Não ( )

8 Consome álcool? Sim ( )

Não ( )

9 CID (conforme prontuário): _____

10 Já esteve em internação psiquiátrica? Sim ( )

Não ( )

11 Atualmente consome medicamentos? Se sim, quais?

_____

_____

_____

12 Possui alguma doença associada? Se sim, qual?

_____

_____

_____

13 Pressão arterial: _____mmHg

14 Peso _____kg

15 Altura _____m

16 IMC _____k/m^2

*Classificação Internacional de Doenças

ANEXOS

ANEXO A - WHOQOL-Bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Fonte: FLECK *et al*. (2000)

ANEXO B – *SELF REPORT QUESTIONNAIRE* (SRQ-20)

Responda às seguintes perguntas sobre a sua saúde:		**Sim**	**Não**
1.	O(a) Sr(a). tem dores de cabeça com frequência?		
2.	Tem falta de apetite?		
3.	O(a) Sr(a). dorme mal?		
4.	O(a) Sr(a). fica com medo com facilidade?		
5.	Suas mãos tremem?		
6.	O(a) Sr(a). se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7.	Sua digestão não é boa, ou sofre de perturbação digestiva?		
8.	O(a) Sr(a). não pensar com clareza?		
9.	Sente-se infeliz?		
10.	O(a) Sr(a). chora mais que o comum?		
11.	Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?		
12.	Acha difícil tomar decisões?		
13.	Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldades em fazer seu trabalho?		
14.	O(a) Sr(a). não é capaz de ter um papel útil na vida?		
15.	O(a) Sr(a). perdeu o interesse nas coisas?		
16.	Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
17.	O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18.	O(a) Sr(a). se sente cansado o tempo todo?		
19.	O(a) Sr(a). tem sensações desagradáveis no estômago?		
20.	Fica cansado(a) com facilidade?		
	Total		

Fonte: Goncalves, 2016

ANEXO C - IPAQ VERSÃO CURTA

Nome:_____
Data: _____/ _____ / _____ Idade : _____ Sexo: F ( ) M ( )

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:
- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar

moderadamente sua respiração ou batimentos do coração **(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)**

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?
_____horas ____minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?
_____horas ____minutos

Fonte: Matsudo *et al*. (2001)

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA AMAZÔNIA
Pesquisador: JULIANA BARBOSA FRAMIL
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 93822818.4.0000.5300
Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.829.226

Apresentação do Projeto:
Trata-se Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Acadêmico (MAPSI) da Universidade Federal de Rondônia, intitulado ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA AMAZÔNIA.

Objetivo da Pesquisa:
Analisar se a prática de atividade física interfere na qualidade de vida e intensidade de sofrimento psíquico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II em Ariquemes/RO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Desconforto ao responder as questões. Visando minimizar os riscos decorrentes destas avaliações, todos os participantes serão entrevistados individualmente e em local exclusivo para tal.
Benefícios:
Os resultados desta pesquisa permitirão embasamento para identificar situações que demandam maior atuação no CAPS visando promover melhor qualidade de vida aos pacientes e reduzir sofrimento psíquico.

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala anexa ao Nusau
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2111 **E-mail:** cepunir@yahoo.com.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados desta pesquisa são de grande relevância pois permitirão embasamento para identificar situações que demandam maior atuação nos CAPS visando promover melhor qualidade de vida aos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos exigidos pela Resolução 466/12 CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1166783.pdf	27/06/2018 15:12:28		Aceito
Outros	questionarioatividadefisicaipaq.pdf	27/06/2018 15:08:39	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Outros	questionariosrq20.pdf	27/06/2018 15:07:31	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Outros	questionariosociodemografico.pdf	27/06/2018 15:06:35	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Outros	questionarioqualidadevidawhoqol.pdf	27/06/2018 15:05:50	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisajulianaframil.pdf	27/06/2018 15:03:08	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaopesquisajulianaframil.pdf	27/06/2018 13:45:05	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/06/2018 13:38:45	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito
Folha de Rosto	folharostojulianaframil.pdf	27/06/2018 13:29:23	JULIANA BARBOSA FRAMIL	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO VELHO, 18 de Agosto de 2018

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala anexa ao Nusau
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2111 **E-mail:** cepunir@yahoo.com.br