

ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI

**ACADEMIA DA SAÚDE COMO RECURSO
COMUNITÁRIO PARA O BEM-ESTAR E INCLUSÃO
NA PSICOSE: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2019

ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI

**ACADEMIA DA SAÚDE COMO RECURSO
COMUNITÁRIO PARA O BEM-ESTAR E INCLUSÃO
NA PSICOSE: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom
Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da
Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

A659a Arakaki, Elina Hideko Hokama

Academia da saúde como recurso comunitário para o
bem-estar e inclusão na psicose : efeitos de um programa
de atividade física ao ar livre / Elina Hideko Hokama
Arakaki; orientador André Barciela Veras.-- 2019.

88 f.: il.; 30 cm+ anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2019

Inclui bibliografia

1. Promoção da saúde. 2. Transtorno mental. 3. Saúde
mental. 4. Psicose - Exercícios físicos. 5. Atividades
físicas. I.Veras, André Barciela. II. Título.

CDD: 616.891

A dissertação apresentada por **ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI**, intitulada “**ACADEMIA DA SAÚDE COMO RECURSO COMUNITÁRIO PARA O BEM-ESTAR E INCLUSÃO NA PSICOSE: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi..... *aprovada*.....


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. André Barciela Veras - UCDB (orientador)



Prof. Dr. Sérgio Machado - Universidade Salgado de Oliveira



Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes - UCDB



Profa. Dra. Fabiana Maluf Rabacow - UCDB

Campo Grande-MS, 19 de fevereiro de 2019.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha família, Augusto, Daniela e meu querido esposo Oscar pela compreensão, carinho, apoio e incentivo nos momentos difíceis na minha jornada acadêmica, vocês são uma benção.

Aos queridos amigos: Elisa Oshiro, Luzia, Alessandra Adania e Nathali Adania, Marilena que estiveram presente em toda as fases da minha vida, me motivando, ofertando palavras de conforto, principalmente oração.

Aos meus irmãos(as), sobrinhos (as) e cunhados(as), mesmos distantes, estiveram presente minha caminhada.

Ao meu orientador pelas horas incansáveis que facilitava meu aprendizado, entendimento e transpunha as barreiras e demais obstáculos que sozinha jamais teria alcançada. Muitas vezes a ansiedade tomava conta, eram vários momentos de desespero, tristeza, angustia e vontade de desistir, mas você me cativou, iluminou com ideias maravilhosas, fortalecendo de tal maneira, que sentia renovada e pronta para desafiar. Grata pela paciência e dedicação. A minha eterna gratidão.

Ao estatístico Igor, que com sua sabedoria colaborou na análise dos dados do projeto.

A minha amiga Alessandra Laudelino Neto, pelas horas incansáveis na formatação do projeto, os meus sinceros agradecimentos.

A Rosany, minha querida parceira, que nunca dispensou sequer um minuto de sua atenção para me confortar no momento de aflição ao longo dos anos. Sua disposição e companheirismo foi decisivo na minha jornada. Eram tantas coisas em comum, o meu muito obrigada.

Aos demais corpo docente, secretaria, biblioteca da instituição e colegas de turma mestrando e doutorando que, de alguma forma, contribuíram para minha formação,

esclarecendo minhas dúvidas e compartilharam seus conhecimentos comigo, proporcionando conforto e esperança, a minha gratidão.

Aos queridos amigos da Santa Casa, setores onde diariamente recebo apoio, incentivo durante a jornada como unidade de pediatria, cardiologia, queimado/plástica, CTI pediátrica, ambulatório geral e demais, que no momento não me recordo.

A toda equipe da Santa Casa, queridos amigos, fonte de inspiração no projeto de pesquisa. Muitos deles já não permanecem lá, devido a desativação do serviço da psiquiatria, aos profissionais e toda equipe de serviço de psiquiatria da Santa Casa. Especialmente ao Dr. Luiz Salvador Mirando de Sá Junior, muito obrigada.

A toda equipe de serviço do CAPS da Vila Almeida: secretaria, copa, serviço de higienização, equipe médica, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, farmácia e serviço segurança e vigilância, principalmente a direção do CAPS e aos participantes e suas famílias, o meu muito obrigada por permitir que este projeto acontecesse e fomentar avanço no conhecimento na área da saúde.

A comunidade em torno da academia, que aguardava ansiosamente os dias da academia para participar juntamente com os participantes do projeto de maneira direta ou indireta que colaborou para sanar/e ou diminuir estigma presente no passado, que perpetuaram nos dias de hoje. Sua presença foi imprescindível pois facilitou vínculo, contribuiu enormemente para socialização e proporcionou a inclusão social dos participantes, motivando para convívio fraterno;

Agradeço ao André Monte Gomeri, que colaborou com técnicas maravilhosas de relaxamento.

A todos muito, muito obrigada!

RESUMO

O programa Academia da Saúde incentiva a prática de atividade física igual ou superior à 150 minutos semanal na perspectiva de prevenção e promoção de cuidado em saúde. A atividade física é definida pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como um artifício de reabilitação psicossocial. **Objetivo**-Avaliar o impacto biopsicossocial na sintomatologia das enfermidades dos participantes com esquizofrenia e/ou transtorno afetivo bipolar tipo I com um programa de atividade física na academia da saúde ao ar livre. **Método**- estudo longitudinal de intervenção quase experimental do tipo antes e depois, com avaliação da percepção de atividade física em relação a qualidade de vida dos participantes, com duração de 10 encontros, envolvendo vinte pacientes divididos em quatro grupos (A, B, C e D) e tendo como os grupos C e D na fila de espera e controle que também participaram de atividade física, sendo avaliado nos três momentos. Os participantes foram pacientes que realizavam tratamento regular no CAPS III no município. Foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas-DI-PAD; Escala da Síndrome Positiva e Negativa-PANSS; *WHOQOL* – breve versão português; Escala de Calgary de Depressão para Esquizofrenia - ECDE; Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Versão Curta; Escala de Estigma Internalizado. **Resultados**- Encontramos em todos os grupos (A,B, C e D) elevados níveis de pontuação nos sintomas positivo e negativo como delírio e alucinação visual e auditiva, ($dp \pm sd$ 88,80 \pm 2,20) pontos; na depressão os dados foram semelhantes ($dp \pm sd$ 2,37 \pm 0,16), principalmente participantes com pensamento suicida de repetição e várias tentativas de suicídio; quanto ao estigma, todos os grupos também apresentaram elevado pontuação ($dp \pm sd$ 2.29 \pm 0.03) de estigma, dificultando tratamento na comunidade; na qualidade de vida e atividade física todos os grupos apresentaram baixa pontuação, considerado qualidade de vida ruim e inatividade atividade física, não atingindo a recomendação proposta do MS. Posteriormente, após intervenção, todos os grupos melhoraram sua performance, e gradativamente as pontuações foram melhorando. **Conclusão**- o programa apresentou efeitos positivos sobre os parâmetros avaliados como diminuição da psicose, relativo ao bem estar físico e mental, com diminuição de estresse, depressão e melhoria no humor, autoestima, disposição, além de minimizar estigma. Estudo realizado pelo programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia da Saúde na UCDB.

Palavras Chaves: Academia da Saúde; Recurso Comunitário; Transtorno Mental Grave.

ABSTRACT

The Health Academy program encourages the practice of physical activity equal to or greater than 150 minutes weekly from the perspective of prevention and promotion of health care. Physical activity is defined by the World Health Organization (WHO) as a device for psychosocial rehabilitation. Objective-To evaluate the biopsychosocial impact on the symptomatology of the diseases of the participants with schizophrenia and / or type I bipolar affective disorder with a program of physical activity in the outdoor health academy. **Methods:** A longitudinal, almost experimental, before-and-after study with a physical evaluation of the perception of physical activity in relation to the participants' quality of life, with a duration of 10 meetings, involving twenty patients divided into four groups (A, B, C and D) and having as groups C and D in the waiting and control queue who also participated in physical activity, being evaluated in the three moments. Participants were patients who underwent regular treatment in CAPS III in the city. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire; Diagnosis for Psychoses and Affective Disorders-DI-PAD; Scale of Positive and Negative Syndrome-PANSS; WHOQOL - brief Portuguese version; Calgary Depression Scale for Schizophrenia - ECDE; International Physical Activity Questionnaire - IPAQ Short Version; Internalized Stigma Scale. **Results:** We found in all groups (A, B, C and D) high scores on positive and negative symptoms such as delirium and visual and auditory hallucination, (mean \pm sd 88,80 \pm 2,20); in the depression the data were similar (mean \pm sd 2.37 \pm 0.16), mainly participants with repetitive suicidal thoughts and several suicide attempts; As to stigma, all groups also presented high scores (mean \pm sd 2.29 \pm 0.03) of stigma, making treatment difficult in the community; in quality of life and physical activity all groups presented low scores, considered poor quality of life and inactivity physical activity, not reaching the proposed MS recommendation. Subsequently, after intervention, all groups improved their performance, and gradually the scores improved. **Conclusion-** The program had positive effects on the parameters evaluated as a decrease in psychosis, related to physical and mental well-being, with decreased stress, depression and improvement in mood, self-esteem, disposition, and minimize stigma. Study carried out program of Post-Graduate Master's Degree in Health Psychology at UCDB.

Keywords: Health Academy; Community Resource; Severe Mental Disorder.

LISTA DE SIGLAS

AF	Atividade Física
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRATA	Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtorno Mental
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CDC	Centro de Controle Prevenção de Doença
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CID	Classificação Internacional de Doenças
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DI-PAD	Entrevista de Diagnóstico para Psicose e Perturbações Afetivas
EST	Estatura
IBGE	Instituto Brasileira Geografia Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCRA	Instituto Nacional de Câncer
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo da Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANSS	Escala de Sintomas Positivo e Negativo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema d Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Terno Consentimento Livre Esclarecido
WHOQOL-breve	World Health Organization Quality of Life, brief
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doença Crônica por Inquérito Telefônico

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1.	Demonstrativo das fases das atividades físicas aos participantes do CAPS da Vila Almeida.....	51
------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Academia da saúde e intersetorialidade.....	21
Figura 2.	Proposta do Programa de Academia da Saúde.....	22
Figura 3.	Localização de Academia ao ar livre-Campo Grande-MS.....	25
Figura 4.	Modelos de aparelhos de academia ao ar livre.....	28
Figura 5.	Índice de Massa Corporal-IMC ou Índice de Gordura Corporal para pessoa adulta.....	29
Figura 6.	Panorama geral de índice de diabetes tipo II no Brasil no ano de 2016.....	29
Figura 7.	Panorama geral de índice de excesso de no Brasil no ano de 2016.....	30
Figura 8.	Profissionais habilitados para academia ao ar livre, segundo o Ministério da Saúde.....	31
Figura 9.	Instruções de alongamentos.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Situação de construção de programa de academia ao ar livre no Brasil.	24
Gráfico 2.	Resultado geral de escala PANSS positivo.....	59
Gráfico 3.	Resultado geral de escala PANSS negativo.....	60
Gráfico 4.	Resultado escala PANSS positivo e negativo.....	61
Gráfico 5.	Resultado Calgary Depression Scale (CDS).....	62
Gráfico 6.	Resultado de escala estigma internalizado para transtorno mental (ISMI).....	63
Gráfico 7.	Resultado geral de questionário de atividade física internacional - IPAQ versão curta quanto a duração de atividade.....	64
Gráfico 8.	Resultado geral de questionário de atividade física internacional - IPAQ versão curta quanto a frequência de atividade.....	65
Gráfico 9.	Resultado das médias das avaliações dos domínios referente a primeira avaliação, WHOQOL breve.....	68
Gráfico 10.	Resultado das médias das avaliações dos domínios referente a segunda avaliação, WHOQOL breve.....	69
Gráfico 11.	Resultado das médias das avaliações dos domínios referente a terceira avaliação, WHOQOL breve.....	69

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1.	Dados Sociodemográficos (Perfil Econômico Geral).....	56
Tabela 2.	Dados Sociodemográficos (Perfil de Tratamento).....	57
Tabela 3.	Dados Sociodemográficos (Perfil de Atividade Física).....	57
Tabela 4.	Resultado geral da PANSS positivo.....	58
Tabela 5.	Resultado geral da PANSS negativo.....	59
Tabela 6.	Resultado geral PANSS positivo e negativo	60
Tabela 7.	Resultado geral - Calgary depression scale (CDS).....	61
Tabela 8.	Resultado de escala estigma internalizado para saúde mental (ISMI)..	62
Tabela 9.	Resultado de questionário internacional de atividade física-IPAQ versão curta, quanto a duração de atividade.....	64
Tabela 10.	Resultado de questionário internacional de atividade física-IPAQ versão curta, quanto a frequência de atividade.....	65
Tabela 11.	Resultado geral WHOQOL-breve.....	67
Tabela 12.	Resultado de distribuição geral entre os instrumentos: PANSS, CALGARY, IPAQ e WHOQOL-breve.....	70
Tabela 13.	Correlação entre WHOQOL, estigma internalizado para saúde mental..	71
Quadro 1.	Recomendações mundiais para atividade física/exercício físico.....	27

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Apêndice B.	Questionário Sociodemográfico.....	93
Apêndice C.	Termo de Autorização para a Pesquisa.....	97

LISTA DE ANEXOS

Anexo A.	Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta.....	99
Anexo B.	Escala da Síndrome Positiva e Negativa – PANSS.....	101
Anexo C.	WHOQOL – Abreviado.....	104
Anexo D.	Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – EEITM.....	109
Anexo E.	Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afectivas.....	114
Anexo F.	Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.....	115

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Referencial Teórico-Metodológica.....	19
2.1. Academia da Saúde	20
2.1.1 Academia da Saúde e Intersetorialidade	20
2.2 Psicose.....	31
2.2.1 Esquizofrenia.....	32
2.2.2 Transtorno Afetivo Bipolar – TAB.....	34
2.3 Estigma em Relação aos Transtornos Mentais.....	41
2.4 Reabilitação Psicossocial, Transtornos Mentais x Atividade Física.....	43
2.5 Objetivo Geral.....	46
2.5.1 Objetivos Específicos.....	46
2.6 Metodologia da Pesquisa.....	46
2.6.1 Tipo de Estudo, População e Local	46
2.6.2 Duração.....	47
2.6.3 Aspectos Éticos.....	47
2.6.4 Instrumentos da Pesquisa.....	48
2.6.5 Procedimentos.....	50
2.6.6 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	52
2.7 Análise de Dados.....	53

3. Resultados	54
4. Discussão.....	72
5. Considerações Finais.....	76
Referências Bibliográficas.....	79
Apêndices.....	90
Anexos.....	98

1. INTRODUÇÃO

Após décadas de trabalho no serviço de psiquiatria da Santa Casa e vivenciando e debatendo junto com colegas a problemática dos transtornos mentais graves, nasceu a ideia de formular um estudo com terapêutica integrativa com essa população, por meio da prática diária de atividade física na Academia da Saúde.

Este estudo é parte integrante da investigação genética multicêntrica *Genomic Psychiatric Cohort Study-GPC* da Universidade da Califórnia (*University of Southern California- USC*) nos Estados Unidos, sendo Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, um dos polos de estudo do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Esquizofrenia em Psiquiatria, mediante parceria com o Centro Médico da Universidade de Nova York (*New York University Medical Center-NYUMC*) e com a Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.

Esquizofrenia (F. 20) e Transtornos Afetivo Bipolar (F. 31) são transtornos mentais graves que causam sofrimentos ou comprometimentos cognitivos, inadaptação social, entre outros, e em geral, representam significativo impacto na vida do sujeito e seus familiares (Ministério da Saúde, 2014). Ballone (2005) ressalta que são doenças crônicas e de distribuição universal, que acomete cerca de 1,5% as pessoas em todo o mundo. A Associação Brasileira de Psiquiatria -ABP (2013), elenca que cerca de 10 a 15% dos adolescentes com episódios depressivos maiores recorrentes evoluem para um Transtorno Bipolar, tipo I. Enfermidades estas que demandam aumentos significativos na utilização de serviços de saúde pública, principalmente internação hospitalar na fase aguda da doença, em relação a pessoas sem outras comorbidades psiquiátrica (Judd, 1997).

Diante disso, este projeto que se insere nessa pesquisa maior, pretendeu avaliar o impacto que a atividade física¹, efetuada na academia ao ar livre, tende a provocar na sintomatologia dos transtornos mentais como esquizofrenia e/ou transtorno afetivo bipolar tipo I, principalmente relacionado ao bem estar físico e mental, vinculado, por exemplo, a redução da psicose e possível diminuição do estresse, depressão, melhoria no humor, autoestima, disposição, e propiciar inclusão social, favorecer desempenho de atividade de vida diária e instrumental.

¹ Atividade física: é utilizado como conceito para qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso (Caspersen *et al.* 1985).

Embora a prática de exercício físico² na academia ao ar livre seja uma modalidade destinada ao grupo de terceira idade, ou seja, população idosa, com intuito de promover a prevenção e promoção à saúde frente ao envelhecimento populacional, conforme indicação do Ministério da Saúde (2014), tal atividade física, ao ser destinada para a população com transtorno mental grave no mesmo espaço/geográfico e uso compartilhado de aparelho aumenta o desafio para a pesquisadora, com vistas a avaliar qual o comportamento da população com transtorno mental (esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar I) frente a essa atividade.

O Ministério da Saúde (2015) preconiza que o sujeito entre 18 a 64 anos devem acumular, ao longo da semana, um total de 150 minutos de atividade física de moderada a vigorosa ou intensidade vigorosa de 75 minutos de atividade física. O *American College of Sports Medicine -ACSM-*(2016) recomenda 30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração. Entretanto, encontramos ausência na literatura de parâmetros para população com transtornos mentais graves, devendo se adequar ao perfil do sujeito e estar acompanhado por profissional especializado. Para Vancampfort et. al (2018) a AF deve ser priorizada de moderada-vigorosa, promovendo benefícios desejado à saúde, porém nosso estudo sugere AF de leve a moderada para promoção de melhoria e fortalecimento cardiorrespiratório.

Ressalta-se que compreender detalhadamente os fatores associados às enfermidades para a elaboração de estratégias específicas de intervenção para promover a adesão dessa população à atividades físicas se faz necessário, sendo, por exemplo, a promoção de melhoria de humor, na psicose, depressão, fobia social, estigma, a interação com a comunidade.

Grieve & Gnanasekaran (2010) pontuam que a perturbação mental no ciclo vital do sujeito afeta seu nível de funcionamento pessoal, afetivo, profissional e interfere significativamente na qualidade de vida. Portanto a inatividade física é prejudicial à saúde da população com enfermidade mental, causando reclusão social, apatia e isolamento social. Prado, Sá e Miranda (2009), informam que o paciente com transtorno mental apresenta maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas como a diabetes, hipertensão arterial,

² Exercício físico: utilizando o conceito de ser um subconjunto de atividades físicas, com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física (Carpersen, *et al.* 1985).

doença cardiovascular, pulmonar, da tireóide, entre outros, em razão de hábitos não saudáveis, como a falta de exercício físico, alimentação pouco saudável, uso de drogas lícitas e ilícitas.

Pesquisadores e profissionais da saúde frequentemente pontuam a prática de atividade física como uma necessidade em melhorar os hábitos de vida. “A importância do corpo para a autoconsciência está intimamente relacionada ao papel do movimento nesse processo ... [sendo] a função da consciência corporal, um processo multifatorial, discutida no processo de aprendizagem como uma dimensão reflexiva presente nos movimentos corporais e na percepção do corpo” (Santos da Silva, 2017, p. 12). Nesse sentido, possuir academias ao ar livre, espalhadas em locais de grande circulação de pessoas e em várias cidades, propicia uma nova modalidade de exercícios físicos que pode colaborar na melhoria da qualidade de vida dos frequentadores que a praticam regularmente.

Nesse sentido compreende-se a Academia da Saúde como um dispositivo indutor de boas práticas, de atividade física ao ar livre, recreativa, lazer, local de encontro, entretenimento e atualmente, mediante definição do Ministério da Saúde como ‘academias da saúde’, no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011, com o objetivo fundamental de cooperar com a promoção da saúde da população, mediante atividades físicas e de lazer e modo de vida saudável (Souza, 2008; Ministério da Saúde, 2014).

Existem diversas instalações de academias ao ar livre em diferentes pontos estratégicos na cidade de Campo Grande-MS, principalmente nos parques urbanos públicos, como nos demais municípios dos estados brasileiros, de livre acesso e gratuito, construído em parceria com órgãos governamentais e não governamentais. Contudo ressalta-se que “os parques urbanos são espaços que estruturam parte da vida pública no espaço urbano. Neles a cidade se encontra em sua diversidade, tornando visíveis as diferentes matizes que compõem o tecido urbano” (Souza, 2008, p. 90).

Assim, a intervenção em saúde mental na Psicologia da Saúde se torna um desafio para a pesquisadora, com intuito de promover novas possibilidades, abordagem essa que facilite aderir ao hábito saudável, desmistificando a doença mental, qualificando as condições, modos de vida e de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: CONEXÕES ENTRE A TEORIA, CONCEITOS E MÉTODOS

Neste capítulo será abordado uma breve descrição de revisão de literatura utilizando-se diversos autores e estudiosos. As ciências da saúde podem contribuir para a psicologia da saúde de modo a articular a perspectiva diagnóstica da área e favorecer às ações estratégicas de prevenção, promoção e proteção da saúde.

2.1 Academia da Saúde

Academia da Saúde como estratégia da Atenção Básica é um fomento de programa de cuidado em saúde proposta pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 719, de abril de 2011, tendo como principal objetivo contribuir para a promoção de saúde da população, ampliar o acesso, fortalecer a participação da população e estimular o aumento do nível de atividade física, esporte, lazer e entretenimento (Ministério da Saúde, 2014).

O projeto piloto da implantação da academia da saúde surgiu em Maringá, PR-Brasil, em 2005, sendo proposto a partir de uma versão do modelo chinês para prática de exercícios ao ar livre, como alongamento, fortalecimento e estimulação da musculatura, além de trabalhar a capacidade aeróbica (Oliveira, Facina, & Siqueira Júnior, 2012), visando a promoção e prevenção à saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, com foco na saúde preventiva.

2.1.1 Academia da Saúde e Intersetorialidade

Em 1978, na cidade de Alma Ata, ocorreu a “Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários da Saúde”, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Fundo das Nações Unidas para Infância-UNICEF, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde à todos os povos do mundo (Relatório de Atenção Primária, 1978). Como resultado deste encontro, foi emitido a “Declaração de Alma Ata” que defende a saúde como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos, principalmente nos países em desenvolvimento. O documento ainda reafirma a responsabilidade de todos os governos pela promoção de saúde, e a reivindicação da atenção primária como fator de viabilidade para uma universalização dos cuidados, mediante a abrangência e a melhoria social que possibilita, integrando o governo com todos os setores da sociedade, em prol da igualdade social.

Em 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, no qual criou-se um documento denominado “Carta de Ottawa”, em que as lideranças mundiais, mediante os progressos alcançados após a Declaração de Alma-

Ata para a atenção primária à saúde, do documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos” e do debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações Intersectoriais necessárias, estabelece fatores de grande importância para o alcance de uma política de saúde para todos. Assim, fica evidente a importância que a comunidade internacional destaca sobre o desenvolvimento de ações que promovam a saúde da população.

A Portaria GM/MS 2681 de 7 de novembro de 2013 – reformulou o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que antes era restrito a grupo da terceira idade e hoje ampliado a partir de 18 anos, buscando incentivar a prática e promoção de cuidado em toda área da saúde e a comunidade até então pouco discutida, sobre o uso deste dispositivo a comunidade com transtorno mental. Alguns eixos são previstos na Portaria n. 2.681/2013 que orientam a organização e desenvolvimento das ações e serviços.

O Programa Academia da Saúde contempla serviço diversificado formado por rede de atenção à saúde, como componente da Atenção Básica, fazendo parte das linhas de cuidados em saúde. Para isto, destaca-se maior resolubilidade, facilitando a articulação intersectorial, gerindo a integralidade no cuidado dos usuários do SUS no Brasil. Assim sendo, a Unidade Básica Saúde é a porta de entrada que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Produção Social da Saúde, dentre outras, conforme as articulações apresentadas na figura 1:

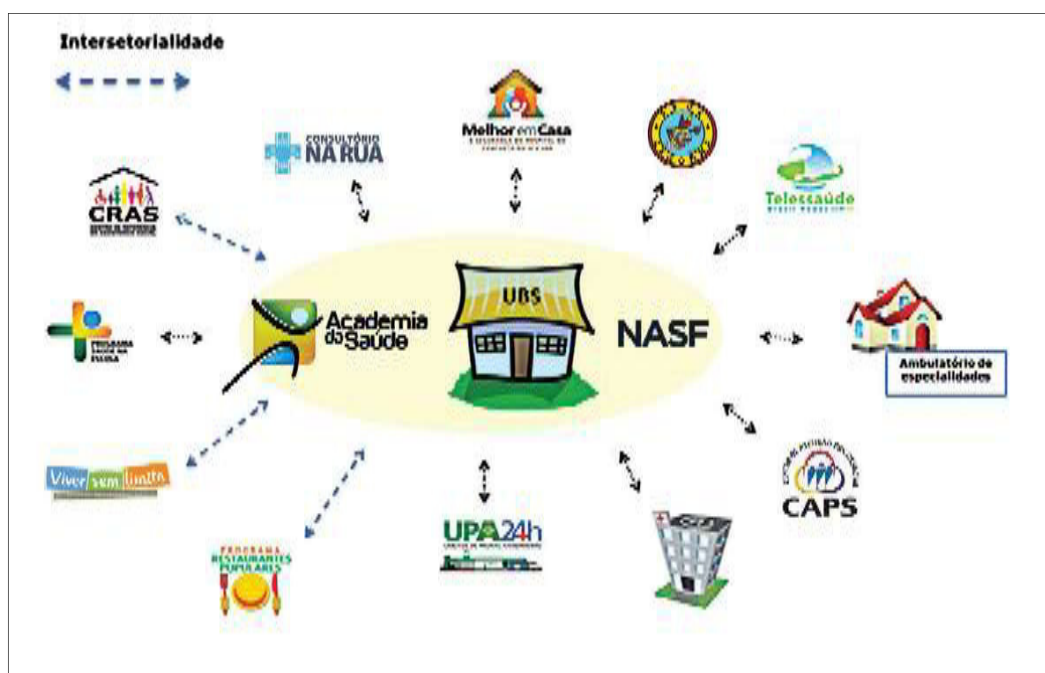


Figura 1. Academia da saúde e intersectoriedade
Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

A RAS é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, a atenção integral e regionalizado. De acordo com Ministério da Saúde, na portaria nº 4.279, de 30/12/2010, a RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cidadão. Veja as propostas do programa Academia da Saúde na figura 2.

EIXOS PREVISTOS PARA O PROGRAMA ACADEMIA DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none">• Práticas corporais e atividades físicas.• Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis.• Promoção da alimentação saudável.• Práticas integrativas e complementares.• Práticas artísticas e culturais.• Educação em saúde.• Planejamento e gestão.• Mobilização da comunidade.

Figura 2. Proposta do Programa de Academia da Saúde
Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

O Programa Academia da Saúde, conforme Ministério da Saúde (2013), possui os seguintes objetivos:

- Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;
- Desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral;
- Promover educação em saúde;
- Promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território;
- Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- Aumentar o nível de atividade física da população em geral;
- Promover hábitos alimentares saudáveis;

- Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade.

Os incentivos financeiros para a construção dos polos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os municípios e o Distrito Federal, variam de acordo com a modalidade do polo habilitado pela entidade. As modalidades de construção do Programa Academia da Saúde, segundo o Ministério da Saúde (2013) são:

- Modalidade Básica: metragem 300 m², composta de espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso;
- Modalidade Intermediária: metragem acima de 312 m², composta de espaço de vivência com estrutura de apoio (depósito, sanitário masculino e sanitário feminino), espaço com equipamentos e espaço multiuso;
- Modalidade Ampliada: composta de espaço de vivência com estrutura de apoio (sala de orientação, depósito, sanitário masculino e sanitário feminino, depósito de material de limpeza e copa), espaço com equipamentos e espaço multiuso.

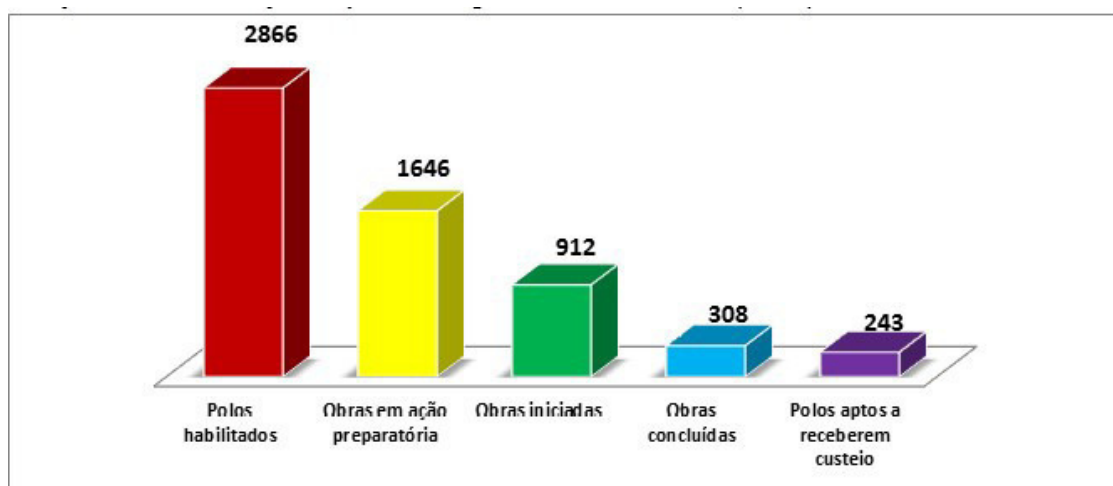
A localização adequada de um polo do Programa Academia da Saúde depende da complexidade socioespacial nas diferentes escalas do território urbano e será definida a partir de diretrizes relacionadas, em termos gerais, à infraestrutura urbana e à realidade social da população, em um contexto local (unidade de vizinhança) associado ao desenho urbano e ao desenho universal e global (bairro e cidade) e à mobilidade urbana, além de fatores socioeconômicos. De maneira ampla, as questões relativas à mobilidade, a ambiente efetivo, à vulnerabilidade social e à acessibilidade forme a base conceitual que deva perpassar as demais análises sobre a escolha do local.

A implementação na legislação do programa foram realizadas, tais como: a Portaria GM/MS 2684 de 8 de novembro de 2013 –que determinou regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento; a Portaria 24 SAS/MS de 14 de janeiro de 2014 – o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES) e sua articulação; e a Portaria 183 de 31 de janeiro de 2014 – que regulamentou o incentivo financeiro de custeio para implantação, manutenção de ações, serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013 para as entidades.

No Brasil, a estratégia de implantação de academia ao ar livre propõe-se a estimular a população em geral no combate ao sedentarismo e a obesidade, alicerçada na prevenção, promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida. Em 2015, eram 2866 polos habilitados em todo Brasil, 1646 obras em fase de construção, 912 iniciadas e a meta é habilitar 4000 polos custear e todos as obras até 2016, sendo arcado um investimento total de 380 milhões (Ministério da Saúde, 2015). A seguir o gráfico 1 apresenta o cenário da implantação dos polos do Programa Academia da Saúde no Brasil.

Gráfico 1.

Situação de construção de Programa da Academia ao ar livre no Brasil.(2015).



Fonte: Ministério da Saúde (2015).

A prática de atividade física está associada não somente a uma questão estética, ela impacta diretamente na prevenção a doenças crônicas e degenerativas. A proposta tende a melhorar a qualidade de vida da população, preconizada pelo Ministério da Saúde, por meio da criação e instalação de várias academias ao ar livre distribuído em todo Brasil de fácil acesso à população e gratuito, como aponta estudo de Secretaria Municipal de Rio de Janeiro, 2013.

Para Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Porto Real, Rio de Janeiro (2013, p. 5), em uma pesquisa realizada com 10.094 usuários de Academia ao ar Livre, os gastos com medicamentos foram reduzidos, 68% dos usuários diminuíram a dose, 14 % usam menos vezes ao dia e 4% deixaram de usar medicamentos. Quanto à qualidade de vida, as atividades físicas demonstraram ser eficiente, sendo que 88% dos usuários sentem menos dores, 92 % notaram uma melhora na qualidade de sono, 78% se sentem mais felizes e 69 % sentiram melhorar a autoestima. O conjunto compreende atividade física para fortalecer, alongar e relaxar, dar agilidade e promover a flexibilidade à maioria dos músculos do corpo humano.

Desse modo, a atividade física na população em geral e população com transtorno mental é imprescindível, sendo considerada importante alternativa auxiliar de estilo de vida

saudável dentro de uma perspectiva de saúde apropriada. O município de Campo Grande-MS, Brasil, conta com dispositivo na internet, onde o cidadão pode obter informação e localização dos locais da academia ao ar livre mais próxima da sua residência, propiciando a prática de atividade física e exercício físico. Conforme podemos observar na figura 3.

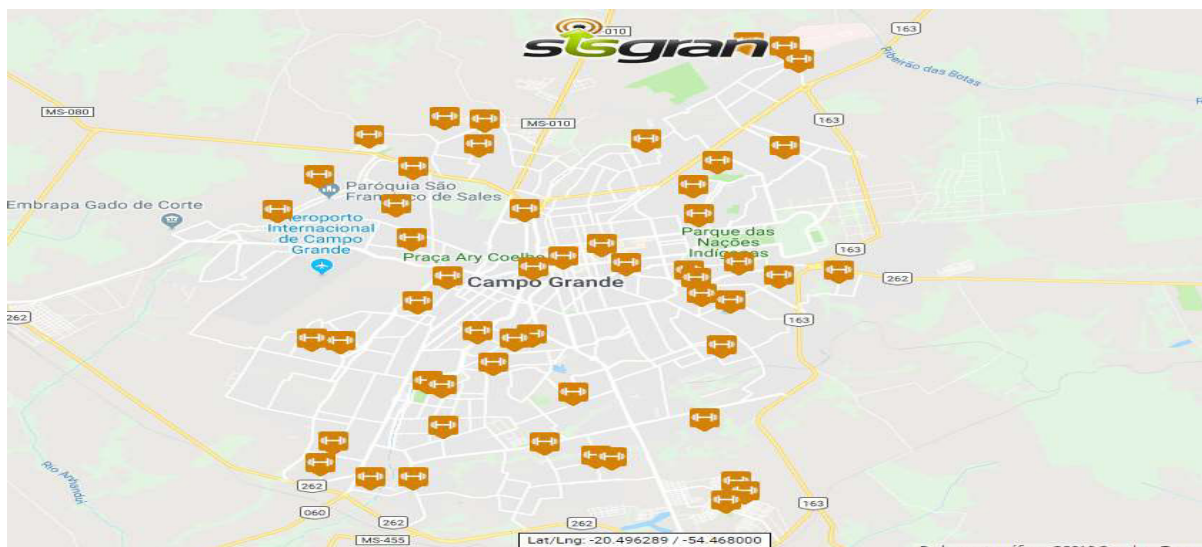


Figura 3. Localização de Academia ao ar livre-Campo Grande-MS.
Fonte: Instituto Municipal de Planejamento Urbano (PLANURB) (2018).

A atividade física é uma necessidade para o sujeito que atualmente convive com elevado nível de estresse, ansiedade e sedentarismo em boa parte das populações de países desenvolvidos ou em desenvolvimento como o Brasil. Porém, a condição prevalente do sedentarismo, observada na população em geral, representa uma séria ameaça para o organismo, com tendência a surgimento de doenças crônico-degenerativas, como transtorno de humor, diminuição das funções fisiológicas e cognitivas, provocando imunossupressão, piora do perfil lipídico, glicêmico e da qualidade do sono (Antunes *et al.*, 2006). Além disso, o sedentarismo diminui o humor, aumentando a ansiedade, nervosismo, irritabilidade, podendo ainda contribuir para o agravamento de quadros de depressão, dentre outros.

[...] pacientes com transtornos mentais graves continuam a apresentar altos índices [...] sedentarismo, comorbidades [...] Somam-se a estas condições, as evidências científicas de que os medicamentos antipsicóticos de segunda geração podem produzir efeitos colaterais, entre eles o aumento de massa corporal e a hiperdislipidemia (Gomes, 2011, p. 9).

O uso de antipsicóticos nos portadores de esquizofrenia e TAB tem sido fundamental nos tratamentos, possibilitando a permanência do sujeito junto a suas famílias e comunidades,

reduzindo número e tempo de hospitalização, auxiliando na manutenção de quadro clínico, prevenindo recaída e nova hospitalização, porém observa-se aumento de peso corporal em mais de 50% dos pacientes com transtornos mentais (Baptista, 1999). Para Bobes et al. (2003) vários estudos convergem e sugerem que alguns antipsicóticos atípicos implicam ganho de peso significativamente maior após a administração em curto e em longo prazo.

Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de programas que estimulem atividades físicas nos grupos populacionais em toda a faixa etária, principalmente aquele com diagnóstico prévio de transtorno mental de acordo com CID 10 ou DSM V, a fim promover um estilo de vida mais ativo, com melhoria na funcionalidade, na vida privada ou social. Assim a prática de atividade física tem sido defendida pela (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2010) como um artifício de reabilitação psicossocial.

Estudo indica que adoção de exercício físico para esta população apresenta influência na melhora dos sintomas negativos como tristeza, apatia, isolamento social, abulia, alogia, anedonia dentre outros, encontrado nas pessoas com esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar bem como os sintomas positivos (delírio, alucinação, desorganização mental e outros) que dificultam a percepção na melhoria do desenvolvimento do controle corporal, da função cognitiva, do perfil lipídico, do controle de peso, da autoestima, diminuição do isolamento social, (Gomes, 2011). Desta forma, o Ministério da Saúde (2015) preconiza que o sujeito entre 18 a 64 anos devem acumular, ao longo da semana, um total de 150 minutos de atividade físicas de moderadas a vigorosa ou intensidade vigorosa de 75 minutos de atividade física, porém para grupo especial, como artrite reumatoide, fibromialgia, dentre outros, não mencionado transtorno mental, Thompson, (2014) ressalta que temos que adequar a atividade física conforme a preferência do sujeito. Segue recomendações dos indicadores, apresentadas no quadro 1.

Organização Mundial da Saúde (OMS)/2010.	150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração.
Definição das metas recomendadas a <i>American College of Sports Medicine. (ACSM)/2007.</i>	30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração.
Institute of Medicine (IOM)/2004.	60 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana.
União Europeia/2008	30 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)/2005.	30 minutos de atividade física moderada 5 ou mais dias por semana; 20 minutos de atividade física vigorosa ou mais dias por semana; ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET-minutos/semana

Quadro 1. Recomendações mundiais para atividade física/exercício físico.

Fonte: Lima, Levy e Luiz (2014) & *American College of Sports Medicine-ACSM, Thompson, (2016).*

Para Matsudo et al. (2001) considera-se inativo o sujeito que não pratica nenhuma quantidade de atividade física durante pelo menos 10 minutos contínuo durante uma semana. Ativo insuficiente: quando realiza atividade física abaixo do nível recomendado; Ativo: quando alcança as metas recomendadas. Muito ativo: quando ultrapassa as metas recomendadas. As atividades são pontuadas de acordo com frequência de duração durante uma semana em qualquer atividade seja leve, moderada ou vigorosa, porém paciente com transtornos mentais praticam à baixos níveis recomendados AF 150 minutos semanais, sendo considerado pouco ativo (Stubbs et. al.,2018).

Estimular a prática diária de atividade física/exercício físico com a amostra de população esquizofrenia e TAB é fundamental a fim de prevenir doenças degenerativas que se agravam com avanço da idade. Assim demonstraremos alguns equipamentos e os objetivos na figura 4.

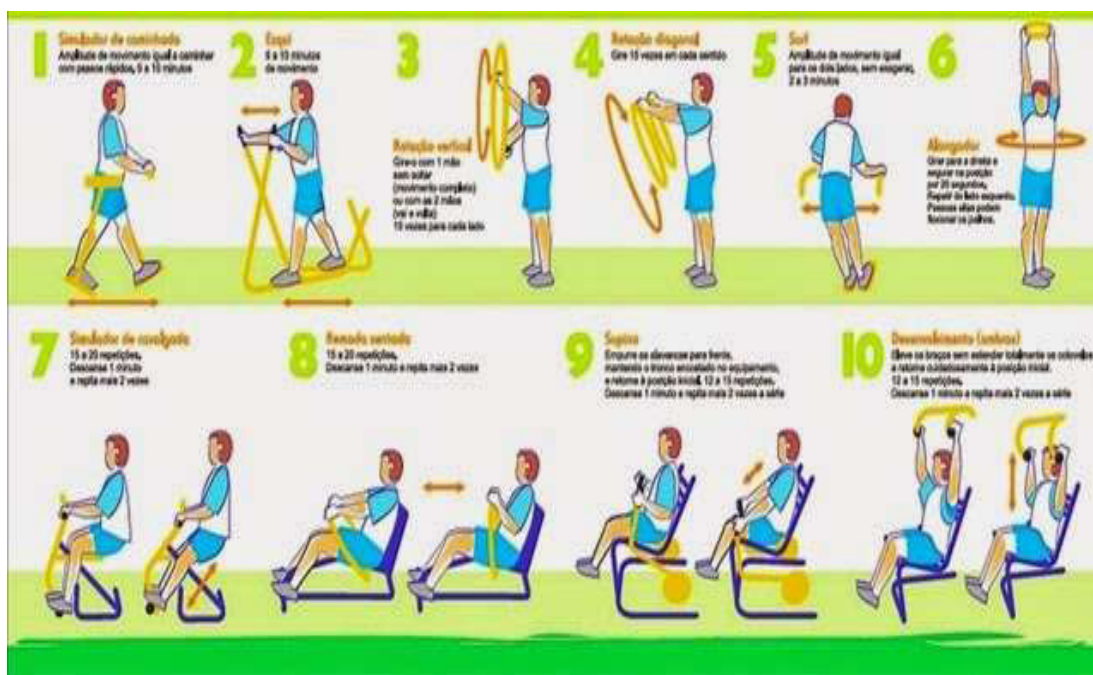


Figura 04. Modelos de aparelhos de academia ao ar livre.

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Para isto, foram implementados, nos últimos anos, inúmeros projetos comunitários que inicialmente, era de uso exclusivo de pessoa terceira idade ou melhor idade de incentivo à prática de atividade física ao ar livre à população, sendo observado a possibilidade de ser utilizado pelos participantes com transtornos mentais graves que poderiam ser acompanhadas ou não pelas suas famílias nas atividades em suas comunidades após treino e orientação aos mesmos.

Assim, esse tipo de iniciativa busca sensibilizar e auxiliar na mudança de hábitos, facilitar a percepção de entendimento da população com transtorno mental grave junto ao CAPS sendo um desafio para pesquisadora, apresenta-se a seguir parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde (2014) com Índice de Massa Corpórea-IMC ou índice de gordura corporal para a população adulta em geral.



Figura 5. Índice de Massa Corporal-IMC ou Índice de Gordura Corporal para pessoa adulta.
Fonte: Ministério da Saúde (2014).

O sedentarismo ou a inatividade física, podem trazer inúmeros prejuízos ao sujeito como a diabetes tipo II, hipertensão arterial, doença osteomuscular, câncer e dentre outros, e é considerada uma das maiores causas de problemas de saúde no Brasil. O estado do Rio de Janeiro possui maior prevalência de diagnóstico médico de diabetes com 10,4% e Boa Vista com menor taxa de diabetes de 5,3%, veja o panorama geral do Brasil, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL-MS (Ministério da Saúde, 2017).



Figura 6. Panorama geral de índice de diabetes tipo II no Brasil no ano de 2016.
Fonte: Ministério da Saúde (2017).

O estudo realizado pela VIGITEL/MS (Ministério da Saúde, 2017) apontou um aumento de obesidade no Brasil em 60% nos últimos dez anos. Em 2006, 11,8% dos brasileiros eram obesos – em 2016, pulou para 18,9%. Ou seja, quase um em cada cinco brasileiros está com sobrepeso. O excesso de peso também subiu de 42,6% para 53,8% no período, do estudo, o estado do Acre supera com percentual de 60,60% e Tocantins com menor índice de peso 47,70%, veja panorama geral no Brasil, segundo VIGITEL/MS (Ministério da Saúde, 2017).



Figura 7. Panorama geral de índice de excesso de no Brasil no ano de 2016.

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Estudo realizado por Silva, Aguiar e Fonseca (2015), informa que a obesidade é um problema de saúde pública, vêm crescendo na população mundial e chama a atenção dos estudiosos e pesquisadores para o estabelecimento de uma relação causal entre eles. O excesso de peso na população em geral é resultante de uma dieta pouco saudável e a presença de outros vícios, como tabaco e bebida alcóolica que contribuem para causar obesidade ou sobrepeso. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2017) informa que excesso de peso corporal e obesidade, é responsável por 21,0% dos cânceres em mulheres e 22,4% em homens, representando uma estimativa de 126 mil novos casos para o ano de 2017.

A obesidade ou sobrepeso também é preocupante com a população com transtorno mental, as dificuldades encontrada ainda são maiores, haja visto que a baixa autoestima, apatia, isolamento social, preconceito, estigma, *bullying*, causam prejuízos funcionais, e outros, diminuí a chance dessa população de praticar exercício físico e por isso a necessidade de profissionais habilitados e capacitados para auxiliá-los e são essenciais para inclusão dessa

população nos programas de academia ao livre, veja na figura 8 os profissionais preconizado pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2015) .

CÓDIGOS DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde
2516-05	Assistente Social
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2236-05	Fisioterapeuta Geral
2238-10	Fonoaudiólogo Geral
2237-10	Nutricionista
2515-10	Psicólogo Clínico
312-C1	Sanitarista
5153-05	Educador Social
2263-05	Musicoterapeuta
2263-10	Arteterapeuta
2628*	Artistas da dança (exceto dança tradicional e popular)
3761*	Dançarinos tradicionais e populares

Figura 8. Profissionais habilitados para academia ao ar livre, segundo o Ministério da Saúde.
Fonte: Ministério da Saúde (2014).

As atividades são desenvolvidas nos polos por profissionais do Programa e são potencializadas pelos profissionais junto ao Núcleo de Saúde da Família-NASF ou da Estratégia de Saúde da Família-ESF em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) à população com transtorno mental.

2.2. Psicose

A esquizofrenia é o transtorno mais comum do grupo de psicose e é caracterizado pela incapacidade de expressão, comunicação, afetividade inadequada e apatia, sendo a psicose a perda de contato com a realidade, muito comum e recorrente nos pacientes com transtornos mentais graves (Elkis, 2013).

Para este estudo constitui-se transtornos mentais grave: a Esquizofrenia (F. 20) e Transtornos Afetivo Bipolar (F. 31) tipo I, enfermidades que causam sofrimentos ou comprometimentos cognitivos, inadaptção social, risco de suicídio e em geral representa significativo impacto na vida do sujeito e seus familiares (Ministério da Saúde, 2014).

2.2.1. Esquizofrenia

O conceito de esquizofrenia sofreu modificações e foram elencadas algumas causas, o que levou a uma classificação diagnóstica mais objetiva e biomédica. Dentre elas estão a herança genética, anormalidades da estrutura cerebral ou bioquímica cerebral, dieta, estado gestacional, agentes virais hipotéticos, estresse social, eventos cotidianos e a estrutura familiar ressaltam Beebe et al. (2010). A OMS (2010) sugere considerável relevância da hereditariedade, sem, no entanto, conhecer o modo de transmissão genética. Crozara, Souza, Silva, Souza e Martins (2015), afirmam que as causas da esquizofrenia são endógenas ou intrínsecas, dentro da dessa perspectiva médica. O transtorno pode ser herdado geneticamente, seja por complicações da gravidez, no parto ou infecções que possa manifestar no Sistema Nervoso Central (SNC). Entre os fatores ambientais, Silveira, Oliveira, Viola, Marques da Silva e Machado (2014) aponta o uso abusivo de drogas (álcool, maconha, tabaco, dentre outros produtos tóxicos), como fator propulsor e/ou antecipador da esquizofrenia.

Para Fleck (2008) as características pessoais e individuais impactam na forma como o indivíduo se relaciona com fatores estressores e ambientais, pode estar ligada com a peculiaridade da manifestação da doença em cada sujeito, sendo que eles podem ter diferentes sintomas. No entanto é importante que o profissional tenha um olhar crítico e abrangente, focar na sintomatologia do transtorno, ressaltando que ainda há pouco critério para afirmar no estudo, sendo definido de forma vaga e expressamente biológica. Consequentemente, tal definição acaba sendo aplicada a toda e qualquer pessoa que tem um comportamento reprovado e incoerente Costa, (2003) e Van (2011) acrescentam que a esquizofrenia ainda é um dos transtornos mentais misteriosos e onerosos em termos de sofrimento humano e gastos sociais.

Diante disso, é preciso admitir um olhar analítico, priorizando o sujeito em sua singularidade e propor um manejo de modo a fortalecer suas potencialidades, retardar a perda da capacidade mental, formar o máximo de conexões com a realidade e priorizar vínculos que fortalecem a adesão ao tratamento. Assim a detecção precoce dos sintomas é imprescindível para traçar a terapêutica desejável e apresentar um prognóstico satisfatório.

De acordo com a OMS, a esquizofrenia é considerada a oitava causa mundial de sobrecarga em anos de vida ajustado por incapacidade no grupo com idade entre 15 a 44 anos (Daltio, Mari, & Ferraz, 2007). A frequência na população geral é da ordem de 1 para cada 100 pessoas, com 40 casos novos para cada 100.000 habitantes por ano. No Brasil estima-se que há

1,6 milhão de pacientes com esquizofrenia e, a cada ano cerca de 50.000 pessoas manifestam a doença pela primeira vez. Atinge em igual proporção homens e mulheres, independente da cultura ou classe social e inicia-se mais cedo no homem, por volta dos 20-25 anos de idade e na mulher, por volta dos 25-30 anos de idade (Silva, 2006; Oliveira et al., 2012).

O diagnóstico de esquizofrenia para a medicina é clínico e baseado nos critérios da CID-10. Necessita estar presente pelo menos um dos sintomas e sinais das síndromes listados abaixo no item (1) ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados no item (2) devem estar presentes durante a maior parte do tempo de um episódio de doença psicótica, durando pelo menos um mês, ou pelo menos algum tempo durante grande parte do dia. Os critérios para diagnóstico de esquizofrenia, segundo o Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo pelo menos um dos seguintes itens:

- a) Eco de pensamento, inserção ou bloqueio de pensamento ou irradiação de pensamento.
- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante.
- c) Vozes alucinatórias fazendo um comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
- d) Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos (ex., ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas).

Ou pelo menos dois dos seguintes:

- e) Alucinações persistentes em qualquer modalidade, que ocorram cotidianamente durante pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (que podem ser fugazes ou meio formados) sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias supervalorizadas persistentes.
- f) Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.
- g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor.

- h) Sintomas "negativos" como apatia marcante, escassez de fala e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

A esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave, de difícil manejo e caracterizado por alteração do contato com a realidade, devido à desorganização dos processos mentais e com a presença de delírios e alucinações, com sintomas positivos e negativos. Os sintomas negativos são caracterizados pela cronicidade e pela deficiência de algumas funções como a afetividade, a iniciativa e o interesse, provocando no indivíduo indiferença frente às atividades rotineiras e um quadro de passividade e ociosidade que compromete as atividades produtivas que o indivíduo realizava anteriormente ao transtorno, deste modo podendo até resultar de um quadro de depressão, com risco aumentado para o suicídio (Oliveira et al., 2012).

Durante o surto psicótico, delírio e alucinação, denominados como sintomas positivos, que ocorre devido a uma desorganização psíquica intensa, ocorre uma cisão da realidade. Os indivíduos podem manter ideias fixas de perseguição, mantendo comentários constantes sobre elas. Em algumas ocasiões os pacientes acreditam que são detentores de poderes especiais e que seus pensamentos e ações estão fora de controle, que catástrofes estão prestes a ocorrer ou que se é alguém famoso ou rico (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2007).

O sujeito pode ouvir ruídos, visualizar objetos ou pessoas sem a presença delas. Nas alucinações olfativas e gustativas, o sujeito tem a convicção de que cheiros e sabores estranhos estão presentes, mas na realidade são inexistentes, entre outros. Também podem ocorrer delírios somáticos, com crenças de que sua saúde ou órgãos estão seriamente comprometidos. Esses sintomas provocam no indivíduo uma sensação de medo irracional e intenso sofrimento. Assim as distorções no pensamento e na percepção apresentam, por vezes, um comportamento desorganizado e embotamento afetivo (Brischke et al., 2012; Ministério da Saúde, 2013). Portanto, deve-se trabalhar a necessidade do sujeito, dentro da sua singularidade.

2.2.2. Transtorno Afetivo Bipolar-TAB

O conceito de transtorno afetivo bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado pela alternância de episódios de depressão, mania ou hipomania. A Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP (2013) ressalta que diferentemente de alto e baixo, é considerado uma doença

crônica, causa grande sofrimento ao sujeito, afetando negativamente sua vida em diversas áreas, seja no estudo, trabalho, no lazer e nos relacionamentos interpessoais.

Para ABP (2013) o TAB, possui apresentação clínica complexa, e cursa com elevada morbidade e mortalidade. Na fase maníaca possui um componente fundamental para o diagnóstico precoce e tratamento adequado. As principais características de sinais e sintomas são: exaltação do humor, aceleração do pensamento com fuga de ideias, aumento da atividade motora, distrabilidade, atividade imprudente, dentre outros. O aumento de energia causa excesso de atividade normalmente (com diminuição da necessidade de sono), pressão de fala, taquialia, exaltação no humor, irritabilidade, agressividade, hipersexualidade, impulsividade, delírio e alucinação.

Ballone (2005) ressalta que é uma doença crônica, grave e de distribuição universal, acomete cerca de 1,5% as pessoas em todo o mundo. Para a ABP (2013) cerca de 10 a 15% dos adolescentes com episódios depressivos maiores recorrentes evoluem para um Transtorno Bipolar I. Episódios mistos parecem ser mais prováveis em adolescentes e adultos jovens do que em adultos mais velhos. Sua forma típica de euforia e depressão é bem caracterizada e reconhecível, permitindo o diagnóstico confiável. A base genética do TAB é clara: se o portador apresentar pelo menos um familiar afetado ou filho, possui risco aumentado de apresentar a enfermidade, quando comparado com a população geral (Associação Brasileira de Familiares e Amigos de Transtornos Afetivos [ABRATA], 2012).

O TAB resulta em prejuízo significativo e impacto negativo na qualidade de vida do sujeito e meio familiar. Para Moreno, Moreno e Ratzke (2005), ressaltam que a fase maníaca é a forma mais graves associadas a delírios paranoides, agitação e irritabilidade. Para ABP (2013) aproximadamente 60% experimentam dificuldades interpessoais ou profissionais crônicas entre episódios agudos. Sintomas psicóticos podem desenvolver-se dentro de dias ou semanas em um episódio maníaco ou episódio misto anteriormente não-psicótico. Quando um indivíduo apresenta episódio maníacos com característica psicótica, o episódio maníaco subsequente tende a ser característica psicótica. Cujas recuperações incompletas entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por características psicóticas incongruentes com o humor. Entretanto o sujeito acometido por TAB, demandam aumentos significativos na utilização de serviços de saúde pública, principalmente internação hospitalar na fase aguda da doença ao longo da vida, em relação a pessoas sem outras comorbidades psiquiátricas, (Judd, 1997).

Para Murray e Lopez (1996) e Leite et al. (2015), doenças neuropsiquiátricas são as primeiras causas de incapacidade em países desenvolvido e segunda na América Latina, perdendo apenas para as doenças infecciosas e parasitárias. O TAB é a quarta maior causa de prejuízo funcional entre os transtornos neuropsiquiátricos, sendo superado apenas pelas depressões unipolares, transtornos associados ao uso de álcool e a esquizofrenia (Collins et al., 2011).

Para este estudo será considerada apenas TAB tipo I na medicina, caracterizado por alterações de humor que se manifesta com episódios depressivos alternando-se com episódios de euforia (também denominados de mania), em diversos graus de intensidade, (ABRATA, 2012). Denomina-se TAB tipo I a forma clássica do transtorno afetivo bipolar, em que o paciente apresenta o episódio maníaco alternado com quadro depressivo. Neste tipo, na fase maníaca não precisa necessariamente ser seguida por fase depressiva, nem a depressiva por maníaca. Na prática há uma tendência de ocorrerem várias crises de um tipo e pouca do outro. Muitos deprimidos só tiveram uma fase maníaca enquanto a depressiva foram numerosas. Só para mencionar tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, e sim de hipomania seguida de depressão.

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaniacos ou depressivos maiores de acordo com DMS V e CID 10.

Para Episódio Maníaco:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B. Durante o período da perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade;
2. Redução da necessidade do sono (por exemplo, sente-se descansado com apenas três horas de sono).

3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distrabilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. A perturbação do humor não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex, droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.

Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Nota: Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Episódio Hipomaníaco:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distrabilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo, mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Maior:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado)
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por – relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. No DSM-5, existem dois tipos básicos de Transtorno Bipolar. O tipo I inclui um episódio de mania, enquanto que o tipo II há a ausência da mania.

Quanto ao tratamento para Esquizofrenia e TAB, referencialmente deve ser efetuado por uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social, dentre outros). Visa, ainda, o controle dos sintomas mediante uso regular das medicações. O tratamento medicamentoso é realizado com antipsicóticos ou neurolépticos (Ministério da Saúde, 2013). Os processos cognitivos de memória e raciocínio são afetados e o portador do transtorno sente-se frustrado pelas limitações que faz parte de sua vida e antes não existiam. A cronicidade que caracteriza o transtorno torna oneroso o tratamento e por tempo indeterminado, a fim de evitar novos episódios de surtos, prevenir limitações e minimizar a deterioração cognitiva.

No entanto, o sujeito necessita superar e ter apoio para o enfrentamento de estigma, empoderando-se de si e da família e principalmente do profissional da saúde, responsável para acolher, ouvir e orientá-lo, onde os saberes e as ciências são agregados numa forma de promoção, prevenção e cuidado à saúde. Possibilitar ainda a intervenção e a detecção precoce de novas recaídas, a orientação e o suporte da equipe, dentre outros procedimentos, objetivando capacitá-las para lidar com mais facilidade às dificuldades do cotidiano, imposta pela enfermidade (Shirakawa, 2010; Saporito, Ryan, & Teachman, 2011; Brischke et al., 2012).

Assim, o sujeito necessita promover e ampliar o conhecimento inclusive sua família acerca do que é uma doença e seu tratamento, ajudar o núcleo familiar na compreensão da experiência vivida e proporcionar a incorporação desse entendimento em seu cotidiano como forma de valorizar a vida e a intervenção psicoeducacional de forma dinamizada para atender familiares de pacientes em sofrimento psíquico, garantir assim convívio na comunidade, evitando recaídas e internações prolongadas e minimizando estigma.

Estima-se que em cada ano 38,2% da população da União Europeia sofre de algum transtorno mental, o que corresponde a 164,8 milhões de pessoas afetadas, que revelam aumentos das licenças médica, visto que necessitam de reflexões das reformas e alternativas de tratamentos. Para Peluso e Blay (2011), no Brasil, um estudo na cidade de São Paulo revelou que crenças relacionadas ao estigma público em relação a pessoas com esquizofrenia são muito frequentes e os portadores de esquizofrenia foram considerados potencialmente perigosos por cerca de 70% dos entrevistados; e quase 60% consideraram que os indivíduos com esquizofrenia são capazes de despertar reações negativas e discriminação social. O combate ao estigma é fundamental para que o portador de transtorno mental possa ter oportunidade genuína

de trabalho, possa viver de forma independente, perseguir suas metas e usufruir de oportunidades, com vida digna e plenamente inserida na sociedade.

2.3. Estigma em Relação aos Transtornos Mentais.

Desmistificar e/ou sanar o estigma em relação ao transtorno mental junto à comunidade em geral seria imprescindível para favorecer a inclusão social do sujeito com transtorno mental, para beneficiar e utilizar o recurso existente em sua comunidade para a prática de atividade física e/ou exercício físico, dentre outras alternativas oferecida no local.

O termo “estigma”, derivado do grego, refere-se originalmente a um sinal corporal que estaria possivelmente associado ao caráter de quem os apresentava (Goffman, 1988). Estigma é um termo originado da Grécia antiga, em que se denotavam sinais físicos para indicar algo extraordinário ou negativo no status moral do indivíduo, e que este deveria ser evitado ou excluído. O sinal era feito com corte ou fogo e avisava que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor. A atitude estigmatizante associada à doença mental é relatada por Foucault, no fim da Idade Média, quando os loucos passaram a ocupar o lugar dos leprosos, sendo excluídos da sociedade (Foucault, 1978).

Ao longo do tempo, o sujeito com transtorno mental foi exposto às variadas informações, que, mediante os veículos de comunicação televisiva, propiciaram a formação de conceito estigmatizante. Alguns se tornaram nocivos pelo preconceito e o estigma, transformado pelo senso comum. A imprensa como um dos condutores de conhecimento, tem um papel crucial na apresentação de tais informações públicas ABP (2013). A veiculação e dispersão de dados referentes à saúde mental na mídia possui um papel importante, por promover a inclusão ou não de um sujeito portador de um transtorno mental que necessita cuidado.

Os transtornos mentais são habitualmente apresentados pela imprensa de maneira precipitada e pouco aprofundada (Associação Brasileira de Familiares e Amigos de Transtornos Afetivos [ABRATA], 2015). Dessa forma, contribuiu-se para a disseminação do mito de que todo portador de um transtorno mental é naturalmente um indivíduo instável ou até mesmo violento e do qual devemos nos manter afastados a fim de garantir nossa integridade física. Imprime ao sujeito certo alto grau de periculosidade, autores de crimes hediondos e com grande

repercussão junto à sociedade são rotulados como loucos, em sua grande maioria, como “psicopatas” ou “esquizofrênicos” (Guarniero, Bellinghini, & Gattaz, 2012).

Esses termos sobrevieram de forma pejorativa, desvalorizando a dor e o sofrimento do portador de transtornos como a Esquizofrenia e TAB, reforçando o estigma dentro de um contexto de abuso e criminalidade. Isso intensifica o comprometimento das relações sociais deste sujeito, na perda de sua autoestima, de sua cidadania e dos direitos comuns (Leite, Sampaio, & Caldeira, 2015), além da baixa adesão ao tratamento propriamente dito.

A visão estereotipada de uma parcela da população e dos profissionais de saúde decorre pelo desconhecimento do transtorno e da crença em afirmações errôneas como “ninguém sobrevive à esquizofrenia” ou “a loucura pode ser transmitida” (Almeida, Schal, Martins, & Modena, 2010). A maneira como é vista pela sociedade pode levar ao descaso com os portadores destas enfermidades, submetendo-os a tais sentenças e contribuindo para a falta de um acesso rápido e eficiente, com danos maiores e permanentes ao indivíduo e sua família. Leva-o a uma estrada de dor e sofrimento, ampliada pelo isolamento social infringido e outras modalidades de cuidados, ao desemprego, à perda de moradia, ao comprometimento da vida familiar, ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, além de internações prolongadas em algumas instituições. Assim o medo e a vergonha que o sujeito em sofrimento psíquico carrega, pode minimizar as chances de recuperação e crescer em sofrimento para o portador, familiar e amigos próximos, as vezes irreparáveis.

No entanto, o sujeito com enfermidade mental tratada adequadamente raramente apresenta comportamento violento. Entretanto, são frequentes os problemas cognitivos, afetivos e sociais. Marca o transtorno, os pensamentos pouco compreensíveis, consequente dos delírios e alucinações - auditivas olfativas ou visuais - que iniciam após um episódio agudo psicótico e que assinala a instalação do transtorno. O modo de encarar a realidade é diferente dos demais, com situações e experiências que somente ele consegue perceber. Consequentemente, provoca-lhe medo e o sentimento de exclusão por não se fazer compreender (Barros, Tung, & Mari, 2010).

Quando ocorre a internação em um ambiente hospitalar, a vida social do portador de esquizofrenia e TAB ficam ainda mais prejudicadas. A pessoa pode ser vista pela sociedade como improdutiva e não confiável (Oliveira et al, 2012). Tal situação ocasiona ao sujeito

adoecido sentimentos de fracasso com impactos na inclusão social e pode conduzi-lo a um quadro de depressão e ansiedade, agravando seu problema mental durante a vida.

Todavia, os meios de comunicação em massa e a política de saúde mental são primordiais para conscientizar a população de que o indivíduo com adoecimento mental deve ser tratado com respeito e ter garantido seus direitos como cidadão, incluindo o acesso a tratamento médico e apoio psicossocial, proporcionando maior capacidade de executar suas tarefas, exercer sua autonomia e poder funcional (ABRATA, 2015). Cuja assistência e o apoio à família também precisam ser garantidos pela rede de saúde mental de forma ampliada (Almeida et al, 2010), adequando qualidade de vida e inclusão na sociedade da qual fazem parte.

O estigma é resultado da construção social dos significados dos estereótipos e dos atributos de uma pessoa, determinando uma “identidade deteriorada”. Estabelece a sociedade como elemento fundamental na construção das posturas e comportamentos negativos que o caracterizam (Goffman, 1988). Em uma cultura, por exemplo, os padrões físicos relacionados ao belo, e assim considerados, induzem a padrões morais de bom e o tido como feio, à ideia do mal, repulsivo (Goffman, 1988; Leite et al., 2015). Assim o estigma é referenciado como depreciativo expressando o mal a ser evitado e excluído como uma identidade deteriorada a partir das dificuldades surgidas no enfrentamento dos problemas sociais e econômicos (Ornela & Pereira, 2003; Goffman, 1988; Leite et al., 2015).

Diante disso, destaca-se a relevância da compreensão dos estigmas e suas influências, para a busca do seu enfrentamento do sujeito, sendo um tema pertinente que dever ser discutido e debatido amplamente e refletido por todos, em todos segmentos, inclusive por meio de política de saúde mental, fomentar, minimizar ou sanar sofrimento do sujeito acometido por transtorno mental. Portanto a intervenção em saúde mental se torna um desafio para equipe de saúde e promover novas possibilidades de vida, não se restringir à cura de enfermidades, mas estimular a parte saudável existente do sujeito.

2.4. Reabilitação Psicossocial, Transtornos Mentais x Atividade Física.

Prado et al., (2009) ressalta que, historicamente, o sujeito com esquizofrenia e TAB foram tratados de uma forma agressiva durante sua internação em hospital psiquiátrico, manicômio, local de prática e saber médico cuja atenção, restringia-se a internação

configurando a exclusão social e a medicalização, excluindo-os do vínculo e da interação social de seu contexto social e familiar.

A partir do processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o tratamento passou a ser realizado preferencialmente na comunidade, próximo ao convívio familiar e social, fortalecendo o laço afetivo apoio no cotidiano, havendo internação hospitalar apenas nos momentos de crises ou surto psicótico. A evolução dos medicamentos antipsicóticos contribuiu para a manutenção do tratamento ambulatorial.

O acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, através de intervenção multiprofissional representa uma melhora no convívio dos familiares, o qual está relacionado diretamente com inúmeras situações que advêm da doença. A proposta de tratamento no CAPS prioriza a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, ressalta Tomasi et al. (2010). Fortalecer as ações através de parcerias com órgão governamental e não governamental para fomentar e implementar projetos que auxiliam na promoção e melhoria de qualidade de vida do sujeito.

Godoy (2002) & Cid et. al. 2007 relataram nos estudos que o exercício físico de maneira geral é uma alternativa eficaz no combate a ansiedade, depressão, alivia estresse, aumenta de auto estima, melhora auto imagem, reduz isolamento social dentre outros, veja os benefícios psicossociais dos participantes que praticam atividade física regularmente.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2001) afirma que a reabilitação psicossocial como o conjunto de atividades capazes de maximizar a oportunidade de recuperação do sujeito e minimizar os efeitos “desabilitantes” da cronicização das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Pitta (1996) e Lourenço, Peres, Porto, Oliveira, & Dutra (2017) informam que a ansiedade é um componente presente na sociedade em um contexto geral. O estresse diário, em diferente nível, pode desencadear no sujeito quadro ansioso de forma a prejudicar o desempenho cotidiano e a AF pode servir como uma forma de distração e lazer, permitindo que o participante encontre algum tempo de silêncio para quebrar o ciclo de pensamentos negativos que alimentam a depressão ou a psicose (Morgan e Fisher, 2006; Cid et. al., 2007; Bazello, Portela, Antunes e Gatti, 2016).

Além disso reduz estresse, pode também prevenir declínios funcionais associados à doença mental, e ainda, para Costa et.al. (2005), Cid et.al. (2007) e Oliveira et. al. (2016), AF auxilia no aumento da autoestima, reduzir a depressão, ansiedade, favorecer a auto estima, fortalecer vínculo familiar, reduzir isolamento social, aumentar o bem estar, melhorar auto imagem, aliviar estresse, favorece a criatividade, favorecer a socialização, possibilitando a melhora da qualidade de vida do sujeito.

A prática regular de atividade física é capaz de melhorar a circulação sanguínea, fortalecer o sistema imunológico, ajudar a emagrecer, diminuir o risco de doenças cardíacas e fortalecer os ossos, por exemplo. Esses benefícios podem ser alcançados em cerca de 1 mês após o início da atividade física regular, como caminhadas, pular corda, correr, dançar ou praticar musculação.

Quanto aos benefícios físicos da AF são vários, desde efeito anti-inflamatória por suprimir proteína que causam prejuízo na captação de glicose, contribuindo para melhorar a sensibilidade à insulina, melhora na circulação sanguínea, redução na taxa de glicose, controle de peso, perfil lipídica, controle de pressão arterial como ressaltaram Paull et. al (2009) e Freitas (2014). Além de fortalecer a densidade óssea, promove aumento na mobilidade articular prevenindo contra eventual queda, dentre outros benefícios comentados em estudos de Civinski (2011).

Segundo INCA, a prática de AF regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama. Para Chant, Mcgrath e Welham (2007) paciente com esquizofrenia morre de 12 a 15 anos prematuramente, principalmente por causa da doença cardíaca isquêmica e câncer de vários tipos, e estes podem ser beneficiado por AF para promoção de saúde. Então, o estudo aponta para prevenção ou redução de risco de hipertensão arterial, previne contra ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), que posteriormente auxilia na prevenção ou redução da osteoporose e transtornos mentais. Todavia, a atividade física promove o equilíbrio dos níveis de hormônios, reduz o tempo de trânsito gastrointestinal, fortalece as defesas do corpo e ajuda a manter o peso corporal adequado. Com isso, contribui para prevenir contra o câncer de intestino (cólon), endométrio e mama (pós-menopausa) dentre outros. Estudos apontam que existem ocorrência de alterações metabólicas ressaltam Hert, Schreurs, Vancampfort e Van (2009) que nos pacientes com esquizofrenia é 2 a 3 vezes maior em comparação com população em geral (Fagiolini & Goracci, 2009).

Praticar AF promove diversos tipos de mudanças no cérebro do participante, incluindo o crescimento neural, redução da inflamação e novos padrões de atividade cerebral que promovem sentimentos de calma e bem-estar. Assim, ela também libera endorfinas, produtos químicos poderosos em seu cérebro que energizam seu espírito e fazem você se sentir “bem”. Assim, indivíduo que pratica AF regularmente fortalece os ossos, melhora equilíbrio, melhora da postura, da estrutura muscular, flexibilidade, da mobilidade, articular, evitar o risco de queda e, conseqüentemente, a fratura por fragilidade. Conseqüentemente, reduzindo risco à várias enfermidades indesejáveis. Portanto, este projeto foi relevante à população com transtorno mental.

2.5. Objetivo Geral

Avaliar o impacto biopsicossocial na sintomatologia das enfermidades dos participantes com esquizofrenia e/ou transtorno afetivo bipolar tipo I, em um programa de atividade física na Academias da Saúde.

2.5.1 Objetivos Específicos

1. Realizar intervenções de atividade física na Academia da Saúde com a amostra;
2. Investigar os efeitos do programa da Academia da Saúde nos sintomas positivos e negativos da amostra;
3. Observar as percepções dos participantes sobre as sintomatologias;
4. Verificar o impacto do programa nos níveis de atividade física;
5. Favorecer educação em saúde;
6. Realizar a intervenção quase experimental, conforme os protocolos;
7. Relacionar os dados obtidos.

2.6 Metodologia da Pesquisa

Os procedimentos serão abordados ao longo do estudo, conforme exemplificação do esquema 1.

2.6.1. Tipo de Estudo, População e Local

Trata-se de um estudo de intervenção quase experimental do tipo antes e depois, de acordo com Cozby, (2014), o pesquisador observa os efeitos de um determinado alteração de

comportamento no sujeito, baseada na intervenção em atividade física na academia da saúde, com duração de 10 encontros, com duas sessões semanais, envolvendo 20 pacientes previamente selecionados e indicados, por conveniência, pela equipe técnica do serviço e confirmado com diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar e que realizam tratamento regular no CAPS III da Vila Almeida, localiza-se na Rua Marechal Hermes, 854 Vila Palmira no município de Campo Grande-MS, dividido em quatro grupos (A, B, C e D).

Os participantes foram os pacientes que recebem atendimentos e assistência no Centro de Reabilitação Psicossocial – CAPS, diagnosticados com esquizofrenia e transtorno bipolar tipo I, de acordo com classificação Internacional de Doenças-CID-10.

A pesquisadora possui formação: Terapeuta Ocupacional e Enfermeira, conforme as inscrições em seus respectivos conselhos (CREFITO/13.7250-TO; COREN-MS 408.908), além da pesquisa ser supervisionada por um profissional de Educação Física, que atuou como parte da equipe.

Os participantes foram previamente selecionados, por conveniência, e indicados pela equipe técnica do serviço e confirmado com diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar e que realizam tratamento regular no CAPS III, Campo Grande-MS. Foram divididos em quatro grupos (A, B, C e D), aleatoriamente, sendo cinco participantes para cada grupo.

2.6.2. Duração

Foram totalizados dez encontros com cada grupo, não considerando feriados, duas vezes na semana, num total de aproximadamente setenta minutos cada encontro, conforme protocolo de atividades físicas apresentada mais adiante.

2.6.3. Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bom de Mato Grosso do Sul (UCDB), número do parecer: 2.584.003/2018.

Foram respeitados os aspectos éticos preconizados na Resolução 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

foram assinados por todos os integrantes da amostra, assegurado o sigilo e o anonimato aos participantes.

2.6.4. Instrumentos da Pesquisa

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário Sociodemográfico, elaborada pela pesquisadora e foi utilizado para identificar as variáveis, como: idade, sexo, religião, estado civil, educação, hábito diário, sono, alimentação, uso de tabaco, bebida, medicação, tratamento, tempo de tratamento, internação hospitalar, prática de atividade física, dentre outros. Para aferir a Massa Corporal-MC e Estatura-EST, foram utilizados balança e fita métrica. Sendo pesado descalço, podendo estar usando ou não meias, sem casaco ou sobre blusas que poderão aumentar o peso. Foram pesados prioritariamente no primeiro horário de cada grupo (A, B, C e D) antes e depois. O Índice de Massa Corporal-IMC foi calculado dividindo -se a MC(kg) pela EST, ao quadrado (m^2). Conforme diretriz do (MS, 2014) peso abaixo de $18,50 \text{ kg/m}^2$ é considerado desnutrido e acima ou igual a $18,50 \text{ kg/m}^2$ até $25,00 \text{ kg/m}^2$ é considerado peso normal. De $25,00$ a $29,90 \text{ kg/m}^2$ é considerado sobrepeso, e necessita realizar vigilância alimentar, nutricional, ações de promoção da alimentação adequado e saudável, realizar AF, e plano de ação para retornar ao IMC normal (até $25,00 \text{ kg/m}^2$). O participante com sobrepeso sem comorbidade, necessita de prescrição dietética e por último obesidade mórbida com comorbidade de $30,00$ a $40,00 \text{ kg/m}^2$, todas recomendações anteriores mais terapia comportamental e farmacológica, como citado anteriormente na tabela 2 de acordo com Programação Nutricional do Ministério da Saúde-PNMS (2014).
2. Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas: DI-PAD, é um instrumento muito utilizado na psiquiatria, rastreia psicose e comprometimento funcionamento mental do participante, manifestado por delírios, alucinações, confusão e comprometimento da memória. Este instrumento foi elaborado pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade do sul da Califórnia, traduzido para português pela Dr^a Susana Rute Ferreira e Dr^a Célia Carvalho (2009) em versão português/Brasil.
3. Escala da Síndrome Positiva e Negativa-PANSS, esta é uma escala de avaliação de sintomatologia da Esquizofrenia mais utilizada no campo da saúde mental,

elaborada na década de 1980, por Haro et. al. Foi utilizada a versão portuguesa devidamente validada por Vessoni (1993). A PANSS foi desenvolvida para suprir a falta de instrumentos com boa capacidade psicométrica para avaliação de sintomas em pacientes com Esquizofrenia. A interpretação da PANSS é de 1 a 7, sendo 1 ausência de sintoma, 2 sintoma mínima, 3 sintoma leve, 4 sintoma moderado, 5 sintoma moderadamente grave, 6 sintoma grave e 7 caso extrema. Contempla três domínios: sintomas positivos, sintomas negativos, psicopatologia geral, totalizando 33 itens. Pontua-se, quanto maior o número, maior a gravidade do caso e quanto menor o número, menor a gravidade do caso.

4. *WHOQOL* – Abreviado (Fleck *et al*, 2000) - Versão em Português, é uma medida genérica, multidimensional para avaliação subjetiva de qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológico e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. A estrutura do instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida sendo: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio Ambiente, totalizando de 26 itens. A pontuação da WHOQOL Breve, considera-se: de 1 a 2,9 pontos, o participante necessita melhorar a qualidade de vida; 3 pontos qualidade de vida regular; 4 pontos qualidade de vida boa e 5 pontos, qualidade de vida muito bom. Soma-se os números e divide-se pela quantidade de ítems.
5. O *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ (Craig *et al*. 2003), foi desenvolvido em 1998, pela OMS, pelo *Center for Disease Control and Prevention* -U.S.A. (CDC) e pelo Instituto Karolinska, na Suécia, com finalidade de desenvolver e testar um instrumento que permitisse obter medidas de atividades físicas que fossem internacionalmente comparáveis. O objetivo é verificar o dispêndio energético semanal em atividade física (Matsudo et al., 2001). Assim, este instrumento possibilita a avaliação desse comportamento do participante na última semana em suas atividades seja no trabalho, tempo livre, atividade doméstica ou como deslocamento. A pontuação é realizado de acordo com somas dos pontos obtido nas atividades durante última semana: considerando sujeito ativo aquele que realiza acima 150 minutos ou mais minutos por semana de atividade física de moderada ou vigorosa, insuficientemente ativo: sujeito que realiza entre 110 a 149 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana ou sedentário sujeito que não realiza

qualquer atividade física moderada ou vigorosa por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

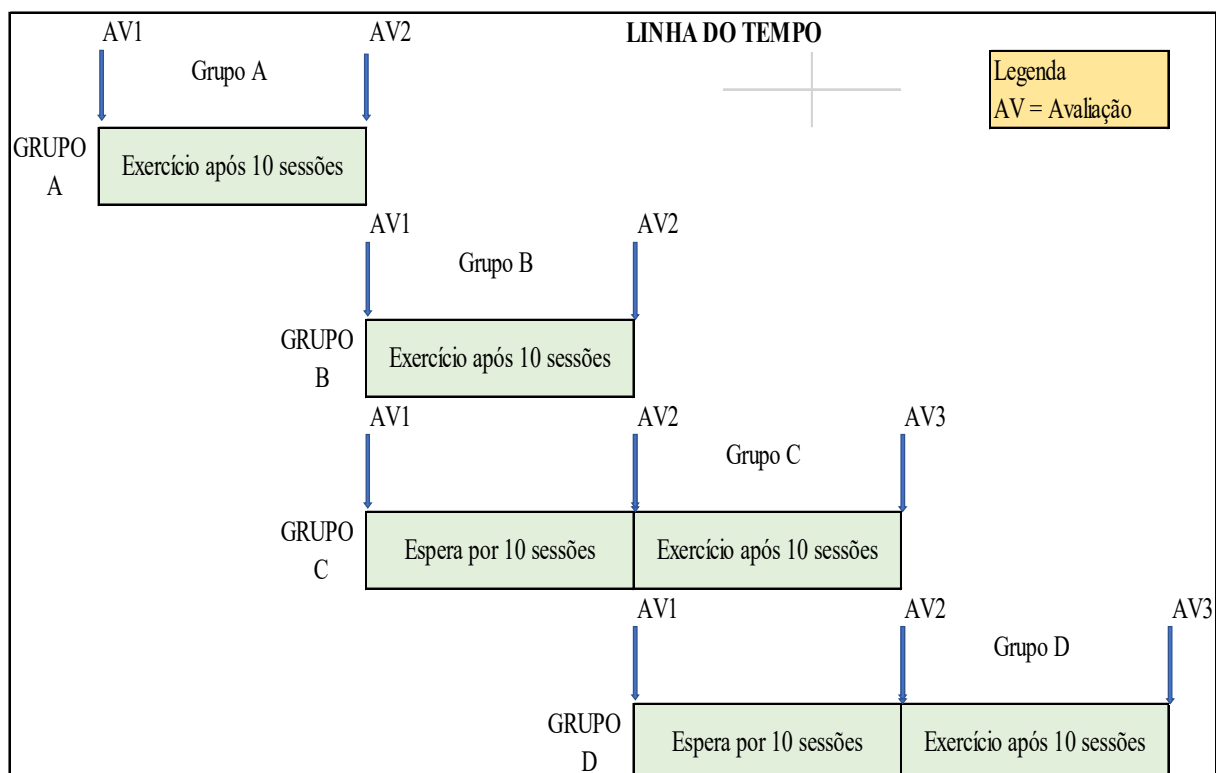
6. Escala de Calgary elaborado por Addington et. al. (1990) é utilizado para avaliar sintomas depressivos em esquizofrenia nas últimas duas semanas. É uma escala semi-estruturada composta por 9 itens, foi traduzido e validado por Bressan, 1998, versão português/Brasil. Pontua-se 0 para ausência de, 1 para depressão leve, sendo expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder, 2 para depressão moderado, apresentando humor deprimido evidente, persistindo até o período das duas últimas semanas ou presente diariamente, e 3 para depressão severa, humor marcadamente deprimido, diariamente, por mais da metade do período, interferindo no funcionamento motor e social habitual.
7. Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental, versão brasileira, apresenta 29 itens, e a interpretação determinado como sendo: discordo totalmente 1, discordo 2, concordo 3 e concordo totalmente 4.

Lembrando que estes instrumentos foram aplicados no início de cada grupo (A, B, C e D) e no final de cada grupo, individualmente num local reservada pela pesquisadora.

2.6.5. Procedimentos

A pesquisadora realizou contato com gerente/responsável de CAPS, solicitando autorização para execução do projeto, bem como os objetivos pretendidos. A equipe forneceu uma lista contendo nome dos participantes, e os mesmos foram convidados para assistir uma palestra e a proposta do projeto, juntamente com familiares.

Em seguida foi esclarecido as dúvidas, confirmação do diagnóstico (esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar tipo I) juntamente com auxílio do orientador da pesquisadora e equipe técnica do CAPS, posteriormente a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação dos demais instrumentos pela pesquisadora e determinação dos grupos (A, B, C e D). Cada grupo foi composto por cinco participantes, avaliados antes e depois, posteriormente pesado, mensurado altura e cintura abdominal para cálculo de IMC de cada participante. O primeiro grupo foi denominado de grupo A e fez 10 sessões ininterruptos e assim sucessivamente, porém o grupo C e D temos a fila de espera que é o grupo controle sendo avaliado nos três momentos como segue o esquema.



Esquema 1. Demonstrativo das fases da AF na academia ao ar livre aos participantes do CAPS da Vila Almeida.

Fonte: Elaboração da autora.

A AF foi realizado de forma lúdica, saindo do CAPS em direção à praça, caminhando cerca de setecentos metros. Cada participante ficou aproximadamente três minutos em cada aparelho, não sendo necessário passar por todos os aparelhos. A graduação e a intensidade da AF depende da necessidade de cada participante e a pré-disposição do sujeito e acompanhada individualmente. Antes de utilizar os aparelhos, os participantes fizeram alongamento conforme segue a figura 9.

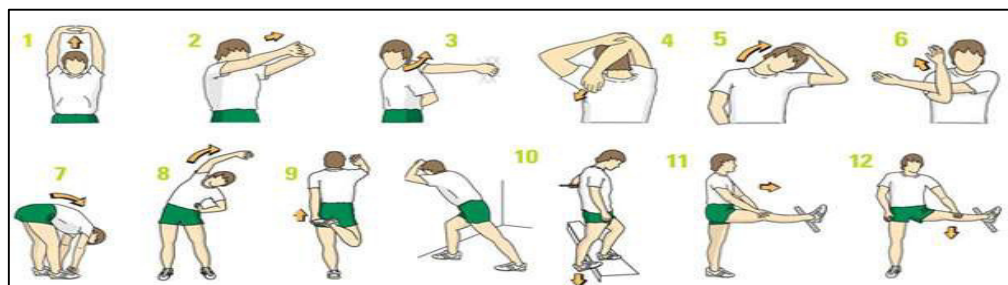


Figura 9. Instruções de alongamentos.

Fonte: Projeto Caminhar – G1 (2011).

Os aparelhos para AF foram utilizados de forma alternada entre membro superior e membro inferior ou podendo ser usado sincronizado como no aparelho multiexercitador.

A graduação de esforço cardiorrespiratório relacionado a AF foi de leve a moderado, sendo que nosso objetivo não foi, *a priori*, investigar o efeitos da prática do exercício físico como atividade de força e flexibilidade, porém melhorar seus parâmetros cardiorrespiratório que o capacite para próxima etapa mais avançada cujo a frequência cardíaca máxima (BPM) de 50 a 60% ou de acordo com fórmula de Tanaka. A Fórmula de Tanaka é utilizada para determinar a percentagem da frequência máxima teórica: $FC \text{ máxima teórica} = 208 - 0,7 \times \text{Idade}$. Com objetivo de melhorar condicionamento aeróbico dos participantes.

Após AF todos os participantes realizaram técnica de relaxamento orientada e treinando técnica de auto massagem. Em seguida aberto para roda de conversa. Nesta roda de conversa foi realizado escuta e orientação ao grupo. A dinâmica consiste em ouvir o próprio participante, fomentar discussão e estimular a comunicação entre eles a respeito de AF. Veja a estrutura em síntese do programa:

Acolhimento do grupo=saída do CAPS

1. Caminhada =10 minutos
 2. Alongamento= 5 minutos
 3. Atividade Física= 30 minutos
 4. Relaxamento/auto massagem =5 minutos
 5. Roda de conversa= 10 minutos
 6. Retorno ao CAPS= 10 minutos
- Total= 70 minutos

2.6.6. Critérios de Inclusão.

1. Ser maior de idade (18 anos);
2. Ter diagnóstico de Esquizofrenia e/ou Transtorno Afetivo Bipolar - TAB;
3. Realizar acompanhamento no CAPS da Vila Almeida;
4. Assinar TCLE;
5. Ter indicação médica apto (a) para atividade física;
6. Utilizar vestimenta adequada para atividade física.

Critério de exclusão.

1. Ser menor de idade (18 anos);
2. Estar sonolento(a);

3. Apresentar hostil/agressividade;
4. Estar em jejum;
5. Utilizar droga licita ou ilícita.

2.7. Análise de dados.

Os resultados foram analisados por meio dos programas estatístico *Medcalc e IBM SPSS Statistics 25.0*, através do teste de ANOVA para medidas repetidas, com o objetivo de identificar diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os valores observados durante as avaliações realizadas em diferentes períodos.

3. RESULTADOS

Os dados estão apresentados separadamente para melhor visualização das variáveis referentes a cada conjunto de instrumento: Sintomas Positivos e Negativos (PANSS), *The World Organization Quality of Life-WHOQOL-brief*, Escala de Depressão na Esquizofrenia, Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental e Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ versão curta.

Os participantes da pesquisa foram 20 inicialmente, havendo desistência de uma participante devido ao retorno ao trabalho, se ausentando no último dia do programa, na décima sessão. Dezenove (n=19) participantes concluíram as atividades conforme a proposta do projeto. A amostra foi caracterizada por indivíduos entre 25 a 78 anos, sendo que 8 participantes tinham idade entre 41 a 50 anos, totalizando 40% da amostra, predominantemente do sexo feminino (n=13), com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar - TAB (n=11) correspondendo a 55% dos participantes. A religião predominante era católica (n=12) totalizando 60%, porém não praticante. Quanto ao nível sócio educacional (n=7) cerca 35% da amostra tinha ensino fundamental incompleto. Em relação ao estado civil a maior parte da amostra eram separados (n=7), equivalente a 35% da amostra, e a maioria possuía filhos (n=12). A maioria dos indivíduos residia com seus filhos (n=14) num total de 70% da amostra. A respeito da situação ocupacional, (n=8) indivíduos alegaram afastamento de atividade laboral, por se sentirem incapazes de trabalhar, perfazendo 40% da amostra. A maioria convive com rendimento mensal de um salário mínimo (n=15), correspondendo 75% dos participantes. Os participantes apresentaram dificuldade no seguimento da dieta recomendada pela equipe de saúde, não realizando portanto dieta (n=17) em 85% da amostra.

Quanto ao tempo de tratamento psiquiátrico, 50% (n=10) realizavam tratamento psiquiátrico há mais de 11 anos. Outro dado importante é a dificuldade de sono, com cerca de (n=18) participantes, totalizando 90% da amostra, sendo bastante expressiva. Cerca de 70% (n=14) da amostra conhecia a academia ao ar livre, mas não sabiam como utilizá-la e cerca de 85% (n=17) relataram a existência da academia ao ar livre próximo de suas residências, porém (n=16) não frequentavam, perfazendo um total de 80% dos participantes. As tabelas 1, 2 e 3 demonstram as variáveis sócio demográficas em estudo.

Tabela 1. *Dados referentes ao Perfil econômico geral.*

		n	%
Idade	21 a 30 anos	3	15
	31 a 40 anos	4	20
	41 a 50 anos	8	40
	51 a 60 anos	2	10
	Acima de 61 anos	3	15
Sexo	Masculino	7	35
	Feminino	13	65
Diagnóstico	Esquizofrenia	9	45
	Transtorno Afetivo Bipolar	11	55
Religião	Católico	12	60
	Evangélico	5	25
	Espirita	1	5
	Outras	2	10
Sócio Educacional	Fundamental completo	1	5
	Fundamental incompleto	7	35
	Médio completo	2	10
	Médio incompleto	5	25
	Superior completo	2	10
	Superior incompleto	3	15
Estado Civil	Solteiro	7	35
	Casado	5	25
	Separado	7	35
	Amasiado	1	5
Filhos	Nenhum	6	30
	1 a 3 filhos	12	60
	4 a 5 filhos	2	10
Reside	Sozinho	3	15
	Irmãos	14	70
	Pais	2	10
	Outros	1	5
Situação Atual	Aposentado	6	30
	Desempregado	4	20
	Benefícios INSS	2	10
	Outros	8	40
Situação Financeira	Um salário mínimo	15	75
	2 a 3 salários mínimos	2	10
	Não possui renda	3	15

Nota: Amostra composta por 20 indivíduos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 2. *Dados referentes ao Perfil de tratamento.*

		n	%
Tempo de tratamento Psiquiátrico	Até um ano	1	5
	2 a 5 anos	4	20
	6 a 10 anos	5	25
	Acima de 11 anos	10	50
Meio de Locomoção	Próprio carro	3	15
	Gratuidade/Passage Livre	10	50
	Outros	7	35
Número de Internações	Nenhuma	2	10
	1 a 5 vezes	7	35
	6 a 10 vezes	8	40
	Acima de 11 vezes	3	15
Dias de Internação	Até 10 dias	5	25
	21 a 30 dias	5	25
	Acima de 31 dias	10	50
Possui outra Doença	Sim	8	40
	Não	12	60
Realizou Cirurgia	Sim	5	25
	Não	15	75
Realiza Dieta	Sim	3	15
	Não	17	85
Possui Vício	Nenhum	16	80
	Cigarro	3	15
	Outros	1	5
Dificuldade do Sono	Sim	18	90
	Não	2	10
Quantos Medicamentos	2 a 3 tipos	5	25
	4 a 5 tipos	13	65
	Acima de 6 tipos	2	10

Nota: Amostra composta por 20 indivíduos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 3. *Dados referentes ao Perfil de Atividade Física.*

		n	%
Realiza Atividade Física	Sim	2	10
	Não	18	90
Conhece atividade ao ar livre?	Sim	6	30
	Não	14	70
Existe academia ao ar livre próximo a sua casa?	Sim	17	85
	Não	3	15
Vai a academia ao ar livre sozinho(a)?	Sim	4	20
	Não	16	80

Nota: Amostra composta por 20 indivíduos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme o esquema apresentado anteriormente (esquema 1) os grupos A e B não tiveram fila de espera (grupo controle), sendo analisados na avaliação um e avaliação dois e os grupos C e D tiveram fila de espera, sendo considerados nos três momentos de avaliação. Todos

os grupos (A, B, C e D) eram formados por cinco integrantes, cada grupo, totalizando n=20, sendo que, apenas uma integrante não finalizou totalmente a proposta do programa, se ausentando na 10ª sessão, dia da última avaliação, devido ao retorno a atividade laboral.

Resultado da Escala de Sintoma Positivo e Negativo-PANSS.

A escala de PANSS permitiu identificar nos participantes do estudo múltiplas dimensões psicopatológicas, com sintomas positivos e negativos, apresentando como resultado: desorganização funcional devido a delírio, alucinação, ansiedade, quadro depressivo, disfunção cognitiva, anedonia, dentre outros.

Observa-se, por meio da escala de PANSS, dentro dos sintomas positivos, a pontuação inicial de 34 ($dp \pm sd$ 34,20 \pm 1,23) e, após as intervenções, respectivamente, as médias das avaliações foram: segunda avaliação 37 ($dp \pm sd$ 37,40 \pm 1,74) e terceira avaliação 16 ($dp \pm sd$ 16,60 \pm 2,67). A diferença entre a primeira e terceira avaliação indicam uma redução na pontuação dos sintomas positivos da PANSS (valor $p=0,0001$), sendo também apresentada a diferença da segunda avaliação para a terceira (valor $p=0,0003$), como demonstrado na tabela 04.

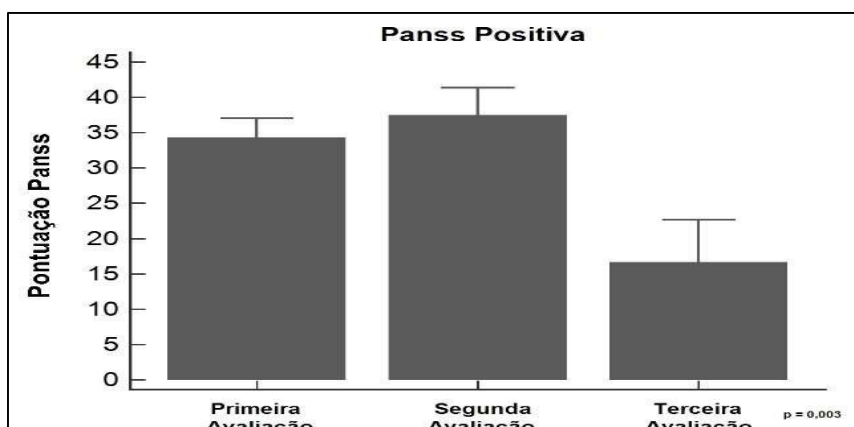
Tabela 4. Resultado geral- PANSS Positivo.

VARIÁVEL	PANSS P 1	PANSS P 2	PANSS P 3
PANSS P 1			
PANSS P 2	1,0000		
PANSS P 3	0,0001*	0,0003*	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância $<0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação a primeira avaliação para terceira avaliação houve uma redução de 18 pontos, observando-se melhora significativa nos sintomas apresentadas, e após a intervenção, nos sintomas positivos dos itens da escala: delírio, desorganização conceitual, comportamento alucinatória, excitação, grandeza, desconfiança e hostilidade e alucinação, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 02. Resultado geral de escala- PANSS Positivo.

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Para os sintomas negativos, observa-se uma pontuação média inicial de 34 (dp±sd 34,90±2,98) e em seguida, respectivamente, as médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 34 (dp±sd 34,90±2,98) e terceira avaliação (pós-teste) 16 (dp±sd 16,00±2,49). A diferença entre a primeira e terceira avaliação indica uma redução na pontuação dos sintomas negativos da PANSS (valor p=0,0003), sendo também observado na diferença da segunda avaliação para a terceira (valor p=0,0003), apresentado na tabela 5.

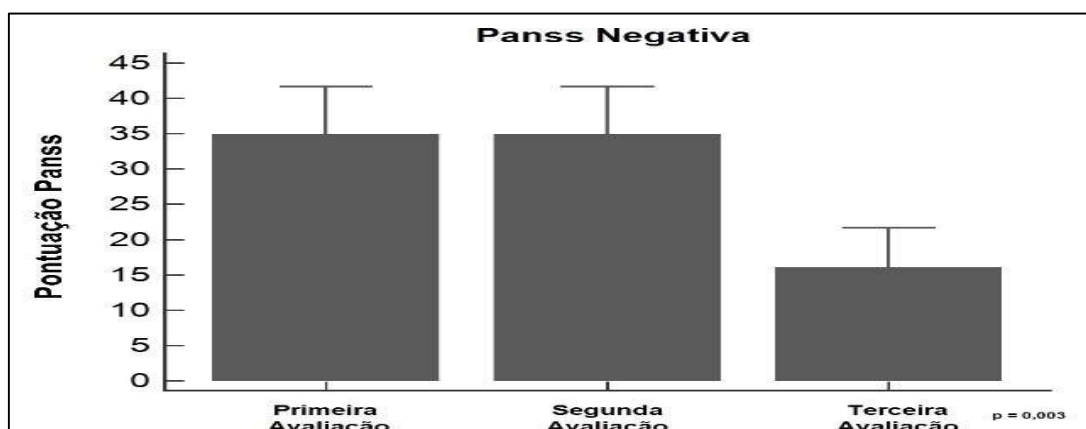
Tabela 5. Resultado geral de escala-PANSS Negativo.

VARIÁVEL	PANSS N 1	PANSS N 2	PANSS N 3
PANSS N 1			
PANSS N 2	1,0000		
PANSS N 3	0,0003*	0,0003*	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na última avaliação nota-se redução significativa em relação a primeira avaliação nos quesitos: afetividade embotada, retraimento social, dificuldade de pensamento abstrato, falta de espontaneidade e pensamento estereotipado, sendo os itens que apresentaram melhora observada, com uma diferença de 18 pontos em relação a primeira e terceira avaliação, de acordo com o gráfico 3.

Gráfico 3. Resultado geral escala-PANSS Negativo.

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na pontuação total da escala PANSS positivo e negativo, observa-se uma pontuação média inicial de 88 ($dp \pm sd$ 88,80 \pm 2,20), respectivamente, as médias das demais avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 89 ($dp \pm sd$ 89,40 \pm 3,74) e terceira (pós-teste) avaliação 39 ($dp \pm sd$ 39,60 \pm 5,56). A diferença entre a primeira e terceira avaliação indica uma redução na pontuação dos aspectos negativos da PANSS (valor $p=0,0001$), sendo observado na diferença da segunda avaliação para a terceira (valor $p=0,0003$), conforme tabela 6.

Tabela 6. Resultado geral- escala PANSS Positivo /Negativo.

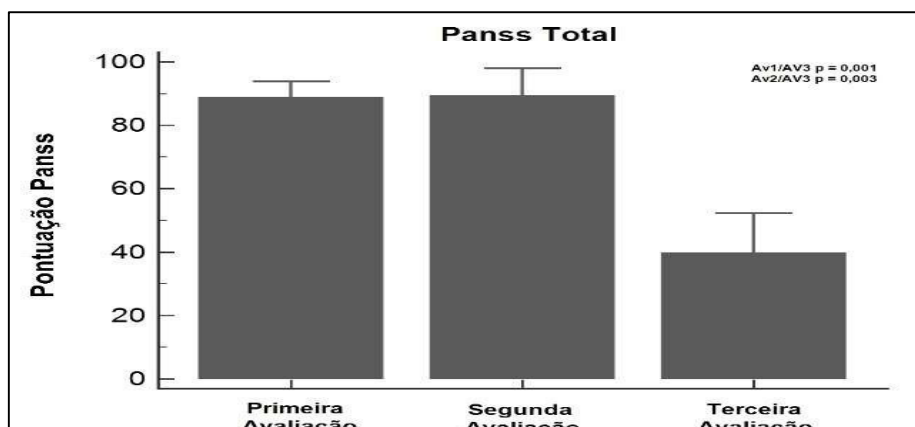
VARIÁVEL	PANSST 1	PANSST 2	PANSST 3
PANSST 1			
PANSST 2	1,0000		
PANSST 3	0,0001*	0,0003*	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Percebe-se, ainda, da primeira para a terceira avaliação, uma redução expressiva na pontuação de 49 pontos, ou seja, todos os grupos apresentaram melhora significativa. Segue a descrição do resultado da PANSS geral quanto aos aspectos positivo e negativo das três fases no gráfico 4.

Gráfico 4. Resultado geral de escala PANSS Positivo /Negativo.



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Escala de Depressão Calgary

Na escala de depressão Calgary, observa-se uma pontuação média inicial de 2,3 ($dp \pm sd$ 2,37 \pm 0,16), respectivamente, as médias das avaliações posteriores foram as seguintes: segunda avaliação 1,98 ($dp \pm sd$ 1,98 \pm 0,17) e terceira avaliação (pós-teste) 1,38 ($dp \pm sd$ 1,38 \pm 0,15).

Dessa forma, verifica-se uma redução dos valores da pontuação da primeira avaliação para a terceira avaliação (valor $p=0,0001$) e da segunda para a terceira avaliação (0,0002), indicando que a pontuação inicial classificava os participantes com sintomas moderados de depressão e ao final obtiveram classificação como sintomas leves de depressão, conforme descrição na tabela 7.

Tabela 7. Resultado Geral - Calgary depression scale (CDS)

VARIÁVEL	CDS 1	CDS 2	CDS 3
CDS 1			
CDS 2	0,1038		
CDS 3	0,0001*	0,0002*	

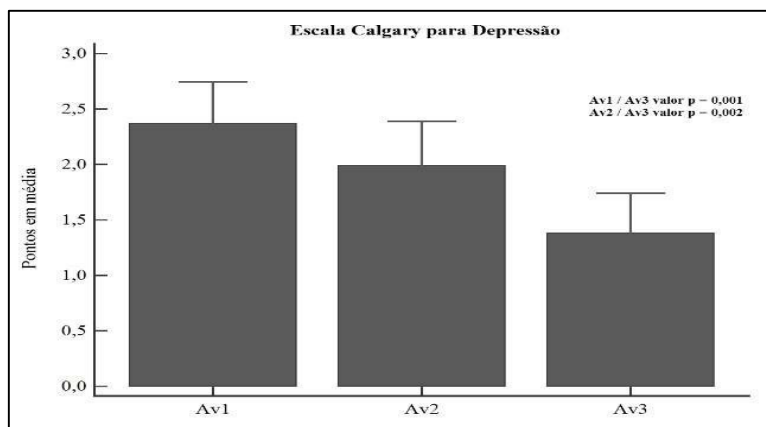
Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Ressalta-se que na primeira avaliação os itens depressão, desesperança, auto depreciação, depressão matutina, suicídio e depressão observada demonstraram escore de pontuação moderado. Na terceira avaliação, níveis satisfatórios são encontrados,

principalmente em relação aos itens suicídios, desesperança, despertar precoce e depressão observada, conforme os dados no gráfico 5.

Gráfico 5. Resultado Calgary depression scale (CDS).



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI.

Na escala de estigma internalizado de transtorno mental, observa-se uma pontuação média inicial 2,9 ($dp \pm sd$ 2.29 \pm 0.03) e, respectivamente, as médias das avaliações posteriores foram as seguintes: segunda avaliação 2,78 ($dp \pm sd$ 2.78 \pm 0.33) e terceira avaliação (pós-teste) 1,95 ($dp \pm sd$ 1.95 \pm 0.05). Ressalta-se uma redução dos valores de forma significativa da pontuação da primeira para a segunda avaliação (valor $p=0,0001$), também da primeira para a terceira avaliação (valor $p=0,0001$), além da segunda para a terceira avaliação (0,0001), como demonstrado nos resultados na tabela 8.

Tabela 8. Resultado de escala de estigma internalizado de transtorno mental (ISMI)

VARIÁVEL	ISMI 1	ISMI 2	ISMI 3
ISMI 1			
ISMI 2	0,0001 *		
ISMI 3	0,0001 *	0,0001 *	

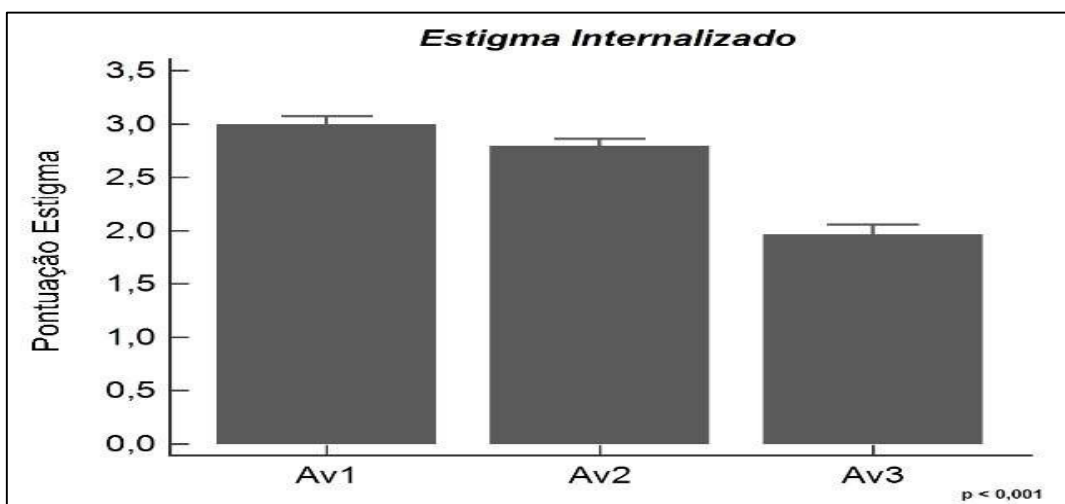
Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na escala de pontuação estigma observa-se inicialmente um elevado índice de pontuação em todos os grupos, o que indica alto estigma. Na terceira avaliação, em relação a primeira avaliação, nota-se uma diferença de aproximadamente 49% de redução no estigma

internalizado na amostra, após intervenção encontramos resultado satisfatório, conforme apresentado o resultado no gráfico 6.

Gráfico 6. Resultado de escala de estigma internalizado de transtorno mental (ISMI)



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância $<0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) Versão Curta.

Este instrumento foi utilizado para avaliar quão ativo os participantes eram no seu cotidiano. Observa-se uma pontuação quanto a duração média inicial de 61 minutos ($dp \pm sd$ 61,11 \pm 12,15). As médias das avaliações posteriores foram as seguintes: segunda avaliação 75 minutos ($dp \pm sd$ 75,00 \pm 11,75) e terceira avaliação 123 minutos ($dp \pm sd$ 123,33 \pm 5,0). Nesse sentido, a diferença entre a primeira e terceira avaliação indicam um aumento na pontuação em minutos (valor $p=0,0063$), sendo, ainda, observado um aumento da segunda avaliação para a terceira (valor $p=0,0165$), tabela 9.

Tabela 9. Resultado geral de questionário internacional de atividade física (IPAQ, versão curta-quanto a duração)

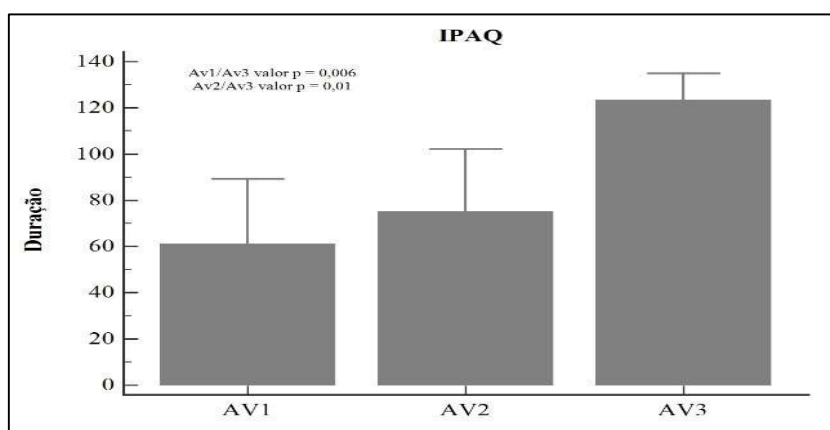
VARIÁVEL	1	2	3
IPAQd 1			
IPAQd 2	0,6269		
IPAQd 3	0,0063	0,0165	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme apresentado na tabela 11, observa-se baixa demandada de AF na primeira avaliação, não respeitando o quesito mínimo de atividade física recomendada semanalmente pela Organização Mundial de Saúde. Na segunda avaliação observa-se um aumento de 22% em relação a primeira avaliação. Da primeira avaliação para terceira avaliação, após as intervenções, observa-se um aumento significativo de mais de 100% relacionado ao tempo de duração de AF. Relata-se que houve, ainda, diminuição de peso, melhora nas dores articulares e amplitude de movimento dos membros superior e inferior. A caminhada foi o tipo de atividade preferida pela maioria dos participantes, além de uso dos aparelhos. Dos vinte participantes, apenas dois participantes passaram a realizar AF/exercício físico de intensidade moderado a vigoroso, como andar de bicicleta e correr nos fins de semana. Apresenta-se no gráfico 7 os resultados satisfatórios.

Gráfico 7. Resultado geral de questionário internacional de atividade física (IPAQ versão curta-quanto a duração)



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se, inicialmente, uma frequência média de 5 dias/mês ($dp \pm sd$ 5,11 \pm 0,93). As médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 5 dias/mês ($dp \pm sd$ 5,66 \pm 0,83) e a terceira avaliação 11 dias/mês ($dp \pm sd$ 11,33 \pm 0,60). A diferença entre a primeira e terceira avaliação indicam um aumento na pontuação de frequência dia/mês (valor $p=0,0001$), sendo ainda entre a segunda avaliação e a terceira (valor $p=0,0001$), conforme relatado na tabela 10.

Tabela 10. Resultado geral de questionário internacional de atividade física (ipaq versão curta-quanto frequência)

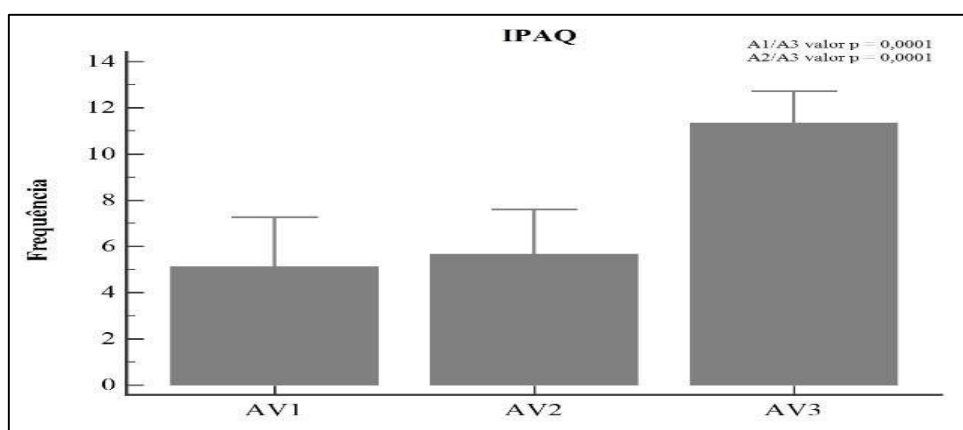
VARIÁVEL	IPAQf 1	IPAQf 2	IPAQf 3
	1	2	3
IPAQf 1			
IPAQf 2	0,6434		
IPAQf 3	0,0001 *	0,0001 *	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância $<0,05$.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Cerca de 90% dos participantes não praticavam AF com regularidade. Na primeira avaliação a adesão era menor em relação da segunda avaliação, de acordo com entrevista coletada. Da primeira avaliação para terceira avaliação encontramos resultado satisfatório como demonstra no gráfico 8.

Gráfico 8. Resultado geral de questionário internacional de atividade física (IPAQ versão curta-quanto frequência).



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância $<0,05$.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Avaliação de Qualidade de Vida-WHOQOL-breve

Na *WHOQOL-brief*, foram avaliadas as diferenças significativas para os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente. Para o domínio físico, observa-se uma pontuação média inicial de 42 (dp±sd 42,46±1,38). As médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 46 (mean±sd 46,03±5,96) e terceira avaliação 59 (dp±sd 59,92±2,24). Ressalta-se que as intervenções ocorreram após a segunda avaliação. Foi analisado diferença (valor $p = 0,0001$) da primeira para a terceira avaliação com aumento de 17 pontos (dp±ed 17,46±2,88) e da segunda avaliação para a terceira avaliação (valor $p=0,0157$) indicando aumento da pontuação no domínio físico de 13 pontos (dp±sd 13,88±6,19), e aumento significativo na pontuação para este domínio somente do momento inicial para o último.

No domínio psicológico, observamos uma pontuação média inicial de 36 (dp±sd 36,11±2,77). As médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 36 (dp±sd 36,57±4,75) e terceira avaliação 55 (dp±sd 55,55±2,50). Percebe-se diferença (valor $p = 0,0001$) da primeira para a terceira avaliação com aumento de 19 pontos (dp±ed 19,44±2,19) e da segunda avaliação para a terceira avaliação (valor $p=0,0002$), indicando aumento da pontuação no domínio psicológico em 18 pontos (dp±sd 18,98±3,54), não obtendo valores significativos da primeira para segunda avaliação.

No domínio social, observa-se uma pontuação média inicial de 43 (dp±sd 43,51±4,76). As médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 50 (dp±sd 50,92±6,86) e terceira avaliação 66 (dp±sd 66,66±3,67). Foi analisado diferença (valor $p = 0,0001$) da primeira para a terceira avaliação com aumento de 23 pontos (dp±ed 23,14±2,31) e da segunda avaliação para a terceira avaliação (valor $p=0,0014$), indicando aumento da pontuação no domínio social de 15 pontos (dp±sd 15,74±4,03) não obtendo valores significativos, da primeira para segunda avaliação.

No domínio ambiente, observa-se uma pontuação média inicial de 50 (dp±sd 50,69±2,48). As médias das avaliações foram as seguintes: segunda avaliação 53 (dp±sd 53,81±3,11) e terceira avaliação 68 (dp±sd 68,75±2,01). Foi analisado diferença (valor $p = 0,0001$) da primeira para a terceira avaliação com aumento de 18 pontos (dp±ed 18,05±1,45) e da segunda avaliação para a terceira avaliação (valor $p=0,0001$) indicando aumento da pontuação no domínio ambiente de 14 pontos (dp±sd 14,93±2,43), não obtendo valores significativos, da primeira para segunda avaliação, tabela 11.

Tabela 11. *Resultado geral de WHOQOL-breve.*

Domínio Físico	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 3
Avaliação 1			
Avaliação 2	0,0923		
Avaliação 3	0,0001 *	0,0157	
Domínio Psicológico			
Avaliação 1			
Avaliação 2	0.0999		
Avaliação 3	0.0001 *	0.0002 *	
Domínio Relação Social			
Avaliação 1			
Avaliação 2	0.0237		
Avaliação 3	0.0001 *	0.0014 *	
Domínio fator ambiental			
<i>Avaliação 1</i>			
<i>Avaliação 2</i>	0.0478		
<i>Avaliação 3</i>	0.0001 *	0.0001 *	

Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

No resultado do domínio físico de WHOQOL-breve nos quatro grupos observa-se: da primeira em relação à segunda avaliação um aumento pouco significativo, menos de 10%, assinalado pelas dores articulares e limitação de movimento pela maioria dos participantes. Após as intervenções as pontuações aumentaram da primeira para terceira avaliação, resultando em 40% de diminuição de desconforto físico. Com isso, o resultado no domínio físico foi satisfatório melhorando capacidade funcional, seguida de qualidade de vida.

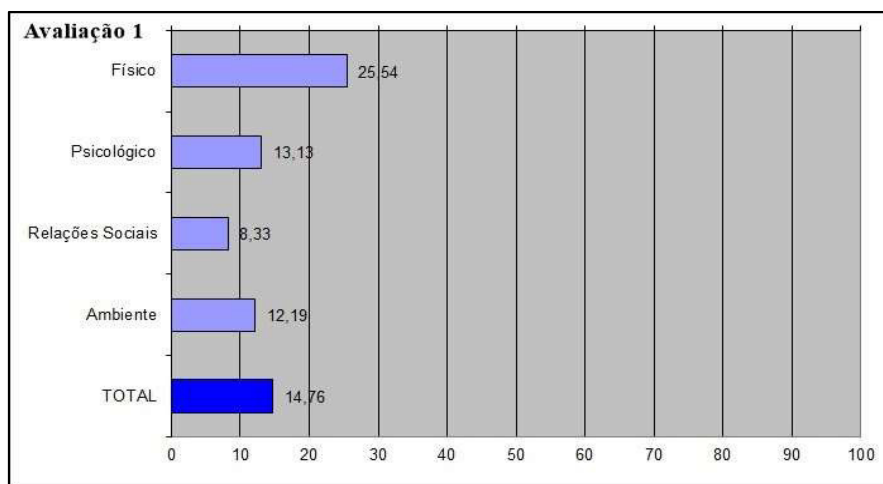
Relata-se que não foi observada diferença de pontuação entre a primeira avaliação e a segunda avaliação no aspecto psicológico. Cinco participantes apresentaram, inicialmente, pontuação semelhante (2,17) no domínio psicológico, porém, de modo geral, todos os grupos

aumentaram as pontuações na terceira avaliação em relação a primeira avaliação, apresentando um aumento de 52% nas pontuações.

No domínio social encontra-se uma das menores pontuações obtidas na primeira avaliação (8,33) entre todos os outros domínios. Neste domínio, na pergunta “quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas?” a maioria dos participantes assinalaram baixa pontuação, ou seja, resposta “muito pouco satisfeito”.

No domínio meio ambiente as dificuldades foram semelhantes ao domínio social. Nas respostas da pergunta “em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?” as respostas apresentadas pelos grupos na primeira avaliação foram de baixa pontuação, ressaltando a dificuldade em participar de eventos como lazer, sentindo-se pouco seguro, conforme relatado no gráfico 9.

Gráfico 9. Resultado da média das avaliações dos domínios referente a primeira avaliação-*WHOQOL* breve.

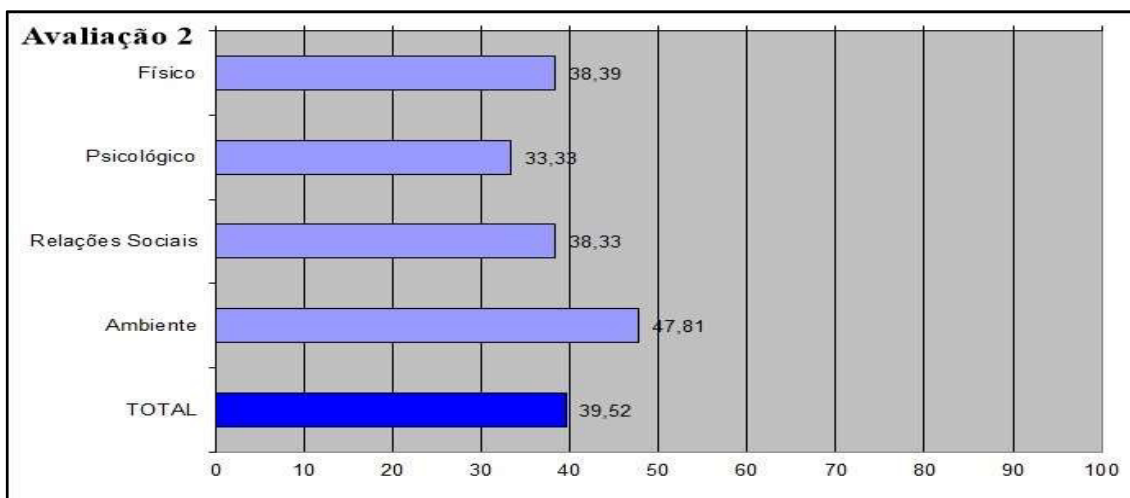


Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na segunda avaliação observa-se uma melhora em todos os domínios do WHOQOL breve, principalmente em relação ao apoio ao meio ambiente, impulsionado pela melhora física, e a possibilidade de apoio ofertado pelo grupo e seu familiar, gráfico 10.

Gráfico 10. Resultado das médias das avaliações dos domínios referente a segunda avaliação, WHOQOL breve.

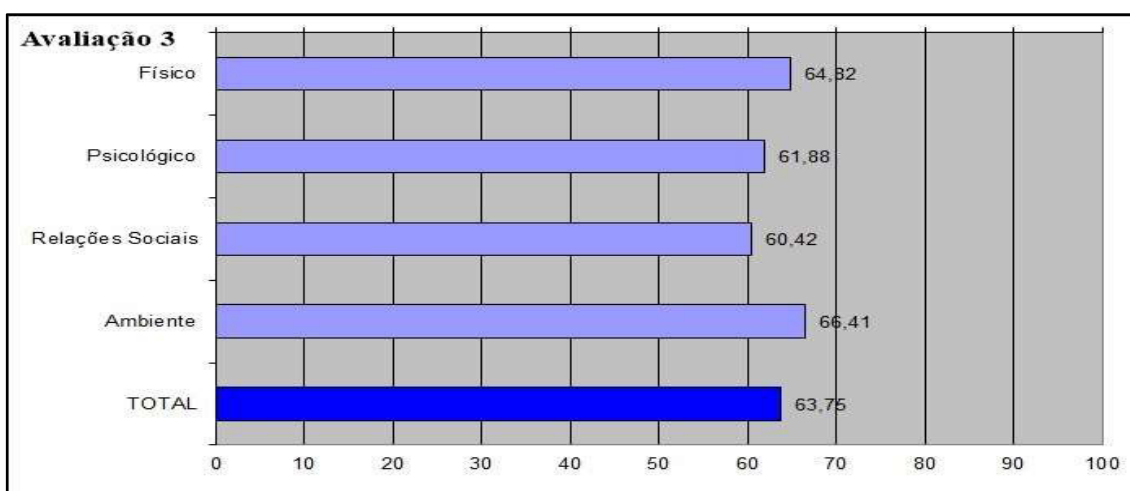


Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na terceira avaliação observa-se uma continuidade na melhora em todos os domínios, principalmente em relação ao meio ambiente, que na primeira avaliação se encontrava com baixa pontuações, gráfico 11.

Gráfico 11. Resultado da média das avaliações dos domínios referente a terceira avaliação WHOQOL breve.



Nota: Teste Anova para medidas repetidas. * Valor de significância <0,05.

Fonte: Elaborada pela autora.

No panorama geral, a intervenção da AF com pacientes com transtorno mental, conforme os instrumentos PANSS, CALGAY, ESTIGMA, IPAQ e WHOQOL-breve,

apresentou resultados satisfatórios. Esse resultado traduz melhoria na dinâmica pessoal, beneficiando o participante e sua família, tabela 12.

Tabela 12. Resultado de distribuição geral dos valores em média e desvio padrão entre os instrumentos PANSS, Calgary, Estigma, IPAQ e WHOQOL-breve.

	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 3	
PANSS	(dp/±sd)	(dp/±sd)	(dp/±sd)	P. VALOR
PANSSp	34.20±1.23*	37.40±1.74*	16.60±2.67*	0,0001* 0,0003*
PANSSn	34.90±2.98*	34.90±2.98*	16.00±2.49*	0,0003* 0,0003*
PANSSt	88.80±2.20*	89.40±3.74*	39.60±5.56*	0,0001* 0,0003*
CALGARY				
Total	2.29±0.03*	2.78±0.33*	1.95±0.05*	0,0001* 0,0002*
ESTIGMA				
Total	2.29±0.03*	2.78±0.33*	1.95±0.05*	0,0001* 0,0001*
IPAQ				
IPAQd	61.11±12.15*	75.00±11.75*	123.33±5.0*	0,0063* 0,0165*
IPAQf	5.11±0.93*	5.66±0.83*	11.33±0.60*	0,0001* 0,0001*
WHOQOL breve				
WHOQOL físico	42.46±1.38*	46.03±5.96*	59.92±3.24*	0,0001* 0,0157*
WHOQOL psico	36.11±2.77*	36.57±4.75*	55.55±2.50*	0,0001* 0,0002*
WHOQOL social	43.51±4.76*	50.92±6.86*	66.66±3.67*	0,0001* 0,0014*
WHOQOL ambie	50.69±2.48*	53.81±3.11*	68.75±2.01*	0,0001* 0,0001*

Fonte: Elaborada pela autora.

Correlação - Qualidade de Vida e Estigma Internalizado

Para finalizar, realizou-se o teste de correlação de *Pearson* entre a WHOQOL-breve e a Escala de estigma internalizado de transtorno mental seguindo os domínios para a qualidade de vida. Observou-se que, entre o Domínio Físico (WHOQOL-breve) e a Escala de estigma internalizado de transtorno mental identificou-se uma correlação negativa moderada ($r = -0,659$; $p=0,001$), apontando que, quanto maior a pontuação para qualidade de vida no domínio físico, menor é a pontuação de estigma internalizado, ou seja, ao melhorar a qualidade de vida no domínio físico, ocasionou uma menor percepção de estigma de transtorno mental, conforme relatado na tabela 13.

Tabela 13. *Correlação entre os Resultados WHOQOL-breve e Escala de estigma internalizado (ISMI)*

<i>WHOQOL</i>	Escala de estigma internalizado (ISMI)	
	<i>Coeficiente de correlação</i>	<i>P</i>
<i>Domínio Físico</i>	-0,659	0,001
<i>Domínio Psicológico</i>	-0,773	0,001
<i>Domínio Relação Social</i>	-0,731	0,001
<i>Domínio Fator Ambiental</i>	-0,834	0,001
<i>Correlação entre as variáveis pelo coeficiente de Pearson</i>		

Fonte: Elaborada pela autora.

Na relação entre o Domínio Psicológico (WHOQOL-breve) e a Escala de estigma internalizado observa-se uma correlação negativa forte ($r = -0,773$; $p=0,001$), indicando que quanto maior a pontuação para qualidade de vida no domínio psicológico, menor pontuação de estigma internalizado, ou seja, ao melhorar a qualidade de vida no quesito psicológico, ocasionou-se uma menor percepção de estigma de transtorno mental. Resultados semelhantes foram encontrados para os Domínios Relação Social ($r = -0,731$; $p=0,001$) e Fator Ambiental ($r = -0,834$; $p=0,001$). Esses resultados tendem a demonstrar que na ocorrência de aumento nos valores da pontuação no instrumento WHOQOL-breve, sucede a diminuição da percepção do estigma internalizado da amostra com transtorno mental.

Obteve-se, nesse estudo, resultados satisfatórios na intervenção proposta para essa população pesquisada, composta por integrantes com transtornos mentais graves do CAPS da Vila Almeida. Nesse sentido, a prática de atividade física ou exercício físico pode ter um papel importante no tratamento de paciente com transtorno mental. Ressalta-se, ainda, reduções nos delírios e alucinações, tanto visual, auditiva e gustativa, o que, possivelmente, dificultava na autonomia do sujeito e em sua qualidade de vida. Houve melhora no humor, afeto, participação ativa e interação no núcleo familiar na comunidade, dentre outros, que tendem a favorecer o desempenho no cotidiano, possibilitando melhoria na qualidade de vida do sujeito e de sua família. Estudo conduzido por Acil, Dogan e Dogan (2008), com um grupo de pacientes com esquizofrenia, submetido a um programa de 10 semanas de AF e utilizando como avaliação o questionário *WHOQOL* –breve, encontrou dados semelhantes, sendo uma melhoria no domínio físico e psicológico, corroborando com nosso estudo.

Dessa forma, os resultados indicam que a academia da saúde possibilitou melhora na qualidade de vida dos participantes com transtornos mentais graves mediante a prática de AF estruturada na academia ao ar livre. Os resultados coletados apontaram que os participantes, anteriormente as intervenções, eram considerados como inativos, com baixa demanda de atividade física ou exercício físico diário. Em pesquisas semelhantes Peluso e Andrade (2005) e Adenoli (2009), ressaltam que, grande parcela da população com transtorno mental não atinge as recomendações atuais da Organização Mundial da Saúde quanto a prática de AF. Vancampfort et al. (2015) estudaram durante 4 meses, com amostra de 55 participantes, 17 mulheres e 38 homens com diagnóstico de esquizofrenia, e relataram que os sintomas negativos estão associados à menor motivação autônoma em relação à AF.

O estudo de Lima et al. (2014), utilizando método transversal com dados em domicílio de 52.779 adultos de ambos os sexos e sem diagnóstico prévio de transtorno mental, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, investigou sobre duração, intensidade e frequência semanal de AF obtidas junto ao sistema de VIGITEL (Ministério da Saúde, 2017) e também pontuaram baixa atividade física nessa população, sendo classificados como inativos. Salienta-se, ainda, que os estudos de Roeder (1999) e Galper, Trivedi, Barlow, Dunn e Kampert, (2006) informaram que AF regular associa-se a menor sintomatologia depressiva e a maior níveis de bem-estar emocional. Mather et al. (2002) verificaram que após 10 semanas de AF houve um declínio de 30% na depressão dos participantes, em seus estudos. Beebe, Tian, Goodwin, Allen e Kuldau (2005) e Bredin Wasburton e Lang (2013), estudaram um grupo de indivíduos com

esquizofrenia (N=13) que efetuavam exercícios aeróbicos e de força muscular realizados em sessão individualizada por 12 semanas, concluindo que o exercício físico possui potencial para melhorar a função cognitiva, capacidade funcional e fisiológica, promoção do bem estar geral, evitando risco de doenças cardiovascular e metabólicas.

Firth et al. (2016) em estudo de meta-análise com 385 pacientes com esquizofrenia descobriram forte evidências de que o exercício físico pode melhorar o funcionamento cognitivo em pessoas com esquizofrenia, particularmente a partir de intervenções nos domínios cognitivos da memória de trabalho, cognição social, e atenção / vigilância. Já na pesquisa de Kirk et al. (2011), em estudo randomizado controlado com 120 idosos sem demencia, (n=60) intervenção e (n=60) controle, no treinamento com exercícios aeróbicos durante um ano, apresentaram um aumento no tamanho do hipocampo anterior, levando a melhoria na memória espacial, observando aumento do volume do hipocampo em 2%. O mesmo foi demonstrado em uma neurogenese da célula glia no hipocampo posteriormente com aumento de nível sérico de níveis de BDNF.

Pearsall, Smith, Pelose e Geddes (2014), em estudo de revisão sistemática com grupo de indivíduos com esquizofrenia com vários tipos de modalidade de atividade como: caminhada, ciclismo, exercício de musculação e observaram melhora nos sintomas positivos da esquizofrenia e TAB. Rastad, Martin e Asenlöf (2014), em seu estudo, ressaltam que os pacientes com esquizofrenia e TAB são muitas vezes fisicamente inativos, existindo muitas limitações de conhecimento sobre os fatores, tais como barreiras e incentivos, que podem influenciar a atividade desta população. Rocha, Hara e Paprocki (2015) ressaltam que estigma é considerado um obstáculo, sendo um fator preponderante que necessita ser melhor estudado, para beneficiar a população com transtornos mentais, no sentido de apoiar o sujeito no enfrentamento e superação dos problemas ou barreiras existentes.

Assim, pesquisadores e estudiosos evidenciaram o efeito positivo da atividade física ou exercício físico sobre a saúde mental. Esses dados corroboram com os resultados desse estudo, que identificou simultaneamente o impacto da AF em uma população de indivíduos portadores de transtornos mentais graves em reabilitação psicossocial sobre a sintomatologia e a qualidade de vida e a correlação deste último benefício sobre a sensação de estigma nesta população.

Portanto a AF, conforme demonstrado detalhadamente nos resultados dessa pesquisa, demonstrou-se tendência a ser efetiva aos sujeitos com transtornos mentais graves participantes

desse estudo, atuando não somente como uma medida terapêutica para a sintomatologia e qualidade de vida, como também para a reabilitação psicossocial e inserção comunitária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos conforme indicado nesta discussão, evidenciaram que a prática regular de atividade física/exercícios físicos é um recurso terapêutico eficaz e eficiente na prevenção de doenças e na promoção de saúde, propiciando satisfação com qualidade de vida. Entretanto, é necessário que o profissional da área seja habilitado, entenda o sujeito com transtorno mental grave na sua singularidade, apoie, incentive e auxilie em adquirir hábitos mais saudáveis.

A reinserção social dos portadores de transtornos mentais, sobretudo os graves, mediante a utilização da academia da saúde trouxe inúmeros benefícios, individuais e coletivos, melhorando a auto estima, reduzindo a ansiedade, diminuindo a depressão, eliminando as barreiras/obstáculos impostos pela doença ao longo dos anos e possibilitando uma melhora significativa no bem estar e na qualidade de vida, entre outros.

Inicialmente foram vinte participantes na amostra, porém apenas uma não finalizou o programa alegando estar apta ao trabalho, refletindo possíveis novas aquisições, percepções, projetos de vida e anseios. Os demais participantes completaram integralmente a proposta do projeto. Foram utilizados vários instrumentos simultaneamente para validar este estudo, com avaliação pré e pós intervenções. A quantidade ($n=5$) de participantes em cada grupo foram suficientes para comportar as demandas apresentadas pelos integrantes. O estudo evidenciou novas ações integrativas à saúde mental, especialmente utilizando um recurso disponível na comunidade, de fácil acesso e gratuito.

Como limitação para este estudo, encontramos ausência na literatura sobre Academia da Saúde e Transtorno Mental, além dos parâmetros para mensurar os níveis de atividade física nessa população, pois são grupos especiais.

Devemos destacar que apesar do resultado de ter sido controlado pelo período de fila de espera dos grupos C e D, em virtude da pesquisadora que realizou a intervenção ter sido a mesma que realizou as avaliações, estas não foram feitas de forma cega. Entretanto, muitas das escalas eram de auto avaliação e demonstraram modificação de forma tão significativa quanto as escalas aplicadas pela pesquisadora. Pela natureza da intervenção, não se mostrava possível realizar um estudo duplo-cego.

Espera-se que este estudo contribua para a utilização da atividade física/exercícios físicos como recursos terapêuticos para qualidade de vida, bem estar e, também, como reinserção social dos portadores de transtornos mentais, principalmente os transtornos mentais

graves. Almeja-se, ainda, que a pesquisa forneça subsídios aos profissionais de saúde que atuam com essa população, além de inspirar políticas públicas, bem como novos estudos na área, especialmente estudos longitudinais, que poderão confirmar estes dados, incluir novas variáveis para análise, como, por exemplo, hábitos familiares e participação dos membros familiares, dentre outros fatores que facilitem adesão dos participantes no programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acil, A.A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (10), 808–815. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x
- Adenoli, A.N. (2009). Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciências e Saúde Coletiva*.14(1), 243-51.
- Almeida, M. M.; Schal, V. T.; Martins, A. M.; Modena, C. M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul*. 32(3), 73-79.
- Antunes, H.K.M., Santos, R.F., Cassilhas, R., Santos, R.V.T., Bueno, O.F.A., & Mello, M.T. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(2), 108-114. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922006000200011>
- Associação Brasileira de Familiares e Amigos de Transtornos Afetivos (ABRATA). (2012). O que é *Transtorno Bipolar*. Disponível em: <http://www.abrata.org.br/new/oqueE/transtornoBipolar.aspx>.
- Associação Brasileira de Familiares e Amigos de Transtornos Afetivos (ABRATA). (2015). *Estigma & Saúde Mental*. Disponível em: <http://abrata.org.br/blogabrata/?p=2025>.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (2013). Transtorno de Humor. Disponível em: <https://www.psiquiatriageral.com.br/humor/tb01.htm>.
- Ballone GJ. (2005). Transtorno Afetivo Bipolar, in. PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br.
- Baptista, T. (1999). Body weight gain induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management. *Acta Psychiatr Scand*, 100(1), 3-16.
- Barros, R.E.M., Tung, T.C., & Mari, J.J. (2010). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(Suppl. 2), S71-S77. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>.

- Bazello, B.; Portella, F. C.; Antunes, P. P.; Gatti, A. L.(2016). Prática esportiva do idoso: autoimagem, autoestima e qualidade de vida. *Boletim de Psicologia*, v. LXVII, Nº 145: 187-197.
- Beebe, L. H. ; Tian, L.; Goodwin, A.; Allen, S. S.; & Kuldau, J. (2005). Effects of Exercise on Mental and Physical health parameters of persons with schiphrenia. *Issues Ment Health Nurs.*, 26, 661-76.
- Beebe, L.H.; Smith, K.; Bennett, C.; Bentley, K.; Walters, A.B.; Hancock, B.; Farmer, S.Y.; Earle, K., & White, S. Keeping in touch. Cell phone use in people with schizophrenia disorders. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 48(4):32-7. doi: 10.3928/02793695-20100304-99.
- Bobes, J.; Rejas, J.; Garcia-Garcia, M.; Rico-Villademoros, F., García-Portilla, M.P.; & Fernández, I. et al. Weight gain in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: results of the EIRE study. *Schizophr Res.* 62(1-2), 77-88.
- Bredin, S.; Wasbuurton, E.; & Lang, J. (2013). The Heath Benefits and Chllenges of exercisi training in persons living with schizophrenia: a pilot study. *Brain Sciences*, 3: 821-848.
- Bressan, R. A. A (1998). A depressão na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl I):27-30. Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM.
- Brischke, C.C.B., Loro, M.M.; Rosanelli, C.L.P.; Cosentino, S.F.; Gentile, C.S.; & Kolankiewicz, A.C.B. (2012). Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: Perspectiva de familiares. *Rev. Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(4), 657-664. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i4.21652.
- Caspersen, C.J.; Powell, K.E.; & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-relates research. *Public Health Reports*, 100(2), 172-9.
- Chant, D.; Mcgrath, J.; & Welham, J. (2007). Esquizofrenia: uma visão geral concisa da incidência, prevalência e mortalidade. *Epidemiol. Rev.*, 30, 67-76.

- Cid, L.; Silva, C.; & Alves. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior Motricidade. Escola superior de desporto de Rio Maior, dep. psicologia e ciências sociais do desporto 3(2): 47-55.
- Civinski, C.; Montibeller, A.; Braz, A. L. O. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. Revista da Unifebe. 9(jan/jun):163- 175. ISSN 2177-742X.
- Collins, P.Y.; Patel, V.; Joestl, S. S.; March, D.; Insel, T.R.; & Daar, A. S. et al. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27-30.
- Costa, I.I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Editora Positiva/ABRAFIPP.
- Costa, R. A.; Soares, H. L. R.; Teixeira, J. A. C. (2016). Benefício d atividade física e do exercício físico na depressão. *Rev. Dep. Psicol. UFF*. vol.19 n.1. ISSN 0104-8023.
- Cozby, P. C. (2014). Método de pesquisa em ciências do comportamento. Ed. Atlas, ISBN 978-85-224-3363-6.
- Craig, C. L.; Marshall, A. L.; Sjostrom, M.; Bauman, A. E.; Booth, M. L.; Ainsworth, B.; Pratt, M. Ekelun, Ulf.; Yngve, A.; Sallis, J. F.; & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12 Country Reliability and Validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395.
- Crozara, M. A.; Souza, A. P. M.; Silva, T. R.; Souza, J. L. M.; & Martins, I. F. (2015). Esquizofrenia. In: *III Simpósio de Assistência Farmacêutica*. São Paulo: São Camilo.
- Daltio, C.S., Mari, J.J., & Ferraz, M.B. (2007). Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 34(Suppl. 2), 208-212. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800012>
- Elkis, H. (2013). *Curso de Capacitação e Saúde Mental*. Módulo 3. Clínica da Atenção Psicossocial - Esquizofrenia. São Luís, MA: UFMA/UNASUS.
- Fagiolini, A.; & Goracci, A. (2009). The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry*, 70(suppl), 22–29.

- Freitas, M. C.; Ceschini, F. L.; Ramallo, B. T.(2014). Resistencia à insulina associada à obesidade: efeitos anti-inflamatórios do exercício físico. *Rev. Bras. Ci. E Mov.* 22(3): 139-147. Unesp. São Paulo.
- Firth, J.; Stubbs, B.; Rosebaum, S.; Vancampfort, D.; Malchow, B.; Schuch, F.; Elliott, R. Nuechterlein, K.H.; & Yung, A.R. (2016). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbw115.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Fleck, M.P.A.; & Cols. (2008). *A Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Galper, D. I.; Trivedi, M. H.; Barlow, C. E.; Dunn, A. L.; & Kampert, J. B. (2006). Inverse Association between Physical Inactivity and Mental Health in and Women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(1), 173-8.
- Godoy, R. F. (2002). Benefício do exercício físico sobre a área emocional. *Movimento* Porto Alegre. mai/ago. v.8, n. 2, p.7-16.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gomes, E.A. (2011). *Atividade física e desportiva para indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo: implantação de um programa e análise da aplicabilidade de um teste de capacidade funcional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56764/2/TESE%20Eluana.pdf>
- Grieve, J.; & Gnanasekaran, L. (2010). *Neuropsicologia para Terapeutas Ocupacionais: cognição de desempenho ocupacional*. (3ª ed.). São Paulo: Ed. Santos.

- Guarniero, F. B.; Bellinghini, R. H.; & Gattaz, W. R. (2012). O Estigma da Esquizofrenia na Mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Revista Psiq. Clínica*, 39 (3), 80-4.
- Hert, M.; Schreurs, V.; Vancampfort, D.; & Van, W.R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8, 15–22.
- Instituto Municipal de Planejamento Urbano (PLANURB). (2018). *Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande - MS* (SISGRAN). Disponível em <http://www.campogrande.ms.gov.br/sisgran/geo/>.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ministério da Saúde (2017). Atividade Física. *Rev. Bras. de Cancerologia*, 63(1), 7-12.
- Judd, L.L. (1997). The Clinical Course of Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-91. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830230015002.
- Kaplan, H.; Sadock, B.; & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kirk, I.; Voss, M. W.; Prakash, R. S.; Basak, Ch.; Szabo, A.; Chaddock, L.; Kim, J.S.; Heo, S.; Alves, H. White, S.M.; Wojcicki, T. R.; Mailey, E.; Vieira, V. J.; Martin, S. A.; Pence, B. D.; Woods, J. A.; McAuley, E.; Kramerb, A. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Journal List Proc. Natl. Acad Sci.*, 108(7).
- Leite, I. C.; Valente, J. G.; Schramm, J. M. A.; Rodrigues, R. P. D.; Santos, M. F.; Oliveira, A. F.; Silva, R.S.; Campos, M. C. (2015). Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública*, 31(7), 1551-1564.
- Leite, S.C.C.; Sampaio, C. A.; Caldeira, A.P. (2015). “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis*, 25(1), 121-138.
- Lima, D. F.; Levy, R. B.; Luiz, O. C. (2014). Recomendações para Atividade Física e Saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(3), 164–70.

- Lourenço, B.S., Peres, M.A.A., Porto, I.S., Oliveira, R.M.P., & Dutra, V.F.D. (2017). Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 21(3). <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0390>
- Mather, A.S.; Rodriguez, C.; Guthrie, M. F.; Mchar, A. M.; Reid, I.C.; Mcmurdo, T. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 411-5.
- Matsudo, S.; Araújo, T. Matsudo, V.; Andrade, D.; Andrade, E.; Oliveira, L. C.; & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ: estudo de validade e reprodutividade no Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 6(2), 05-18.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2013). *Cadernos de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, Brasília, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2014). *Academia da Saúde*. Encontro do NASF. Rede Região Metropolitana na Grande Florianópolis. Santa Catarina, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2015). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2017). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/publicacoes-svs>.
- Moreno, R. A.; Moreno, D. H.; & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Mania e da Hipomania no Transtorno Bipolar. *Rev. Psiqu. Clín.*, 32, 39-48.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2006). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 3-10.
- Murray, C.J.L, Lopez, A.D. (1996). *World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected*

- to 2020. C.J.L., Murray; & A.D., Lopez. (Edit). Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/41864>.
- Oliveira, R.M., Facina, P.C.B.R., & Siqueira Júnior, A.C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>.
- Oliveira, A. R. F.; Azevedo, S. M.; (2016). Estigma na doença mental; estudo observacional. *Rev. Port. Med Geral Fam.v.30. n.4 Lisboa. ISSN. 2182-5173*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). Recomendações dos Níveis de Atividade Física para todos. Disponível em: www.saude.br/...atividade-fisica/229-recomendacoes-da-oms-dos-niveis-de-atividade. Acessado: 06/2016.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2001). Relatório sobre a saúde mental no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS.
- Ornela, P.M.A.; Pereira, A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 37(4), 92-100.
- Paull, J. R.; Cintra, D. E.; Souza, C. T.; Ropelle, E. R. (2009). Novos mecanismos pelos quais o exercício físico melhora a resistência à insulina no músculo esquelético. *Arq. Bras. End. Met. Unifesp*. 53/4
- Pearsall, R.; Smith, D. J.; Pelose, A.; & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. doi.org/10.1186/1471-244X-14-117.
- Peluso, É.T.P., & Blay, S.L. (2011). Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(2), 130-136. doi.org/10.1590/S1516-44462010005000004
- Peluso, M.A.M., & Andrade, L.H.S.G. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70. <https://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000100012>.
- Pitta, A. (1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

- Paull, J. R.; Cintra, D. E.; Souza, C. T.; Ropelle, E. R. (2009). Novos mecanismos pelos quais o exercício físico melhora a resistência à insulina no músculo esquelético. *Arq. Bras. Endocrino. Metab.* 53/4.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro. (2013). *Pesquisa com 10.094 usuários de Academia ao ar Livre*. Portal Câmara Municipal e Defesa Civil de Porto Real. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cmportalreal.rj.gov.br>.
- Prado, M.F.; Sá, M.C.; Miranda, L. (2009). O Paciente com Transtorno Mental Grave no Hospital Geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde Debate*, 39.
- Projeto Caminhar – G1. (2011). *Instruções de alongamento*. Recuperado de <http://g1.globo.com/minas-gerais/projeto-caminhar/noticia/2011/01/aprenda-alguns-alongamentos-para-antes-e-depois-da-caminhada.html>
- Rastad, C.; Martin, C.; Asenlöf, P. D. C. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Phys Ther.* 2014 Oct;94(10):1467-79. doi:10.2522/ptj.20120443.
- Rocha, F. L.; Hara, C.; & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Rev. Med.*, 25(4), 590-596. doi:105935/2238-20150127.
- Roeder, M.A. (1999). Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Revista de Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 4(2). doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.4n2p62-76>.
- Santos da Silva, D.K. (2017). *Autopercepção corporal e o desempenho em funções motoras de crianças com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/9061/1/tese_9648_DISSERTA%C3%87%C3%83O%20OFICIAL.pdf.
- Saporito, J.M.; Ryan, C.; Teachman, B.A. (2011). Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. *Stigma Res Action*, 1(2): 9–21.
- Shirakawa, I. (2010). Aspectos Gerais do Manejo do Tratamento de Paciente com Esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 22(Supl), 56-8.

- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicol. (on line)*, 17(04), 263-285. doi.org/10.1590/S0103-65642002000400014.
- Silva, T.M., Aguiar, O.B., & Fonseca, M.J.M. (2015). Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 24-31. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000053>.
- Silveira, J.L.F., Oliveira, R.L., Viola, B.M., Marques da Silva, T.; & Machado, R.M. (2014). Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15 (3), 436-446.
- Souza, F. S. (2008). O espaço público contemporâneo: A complexidade vista a partir de parques urbanos de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Geociências. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/13539>.
- Stubbs, B.; Vancampfort, D. Firth, J.; Hallgren, M. Schuch, F.; Veronese, N.; Solmi, M. Gaughan, F.; Kahl, K. G.; Rosenbaum, S.; Ward, P. B.; Carvalho, A. F.; Koyanagi, A. (2018). Physical activith correlates among people with psychosis: Data from 47 low and middle-income countries. *Schizophr Res.* Mar;193:412-417.
- Thompson, P.D.; Riebe, D.; Pescatello, L.S.; & Arena, R. (2016). *Diretriz para testes de esforços e sua prescrição*. Ed. 10. ed. Guanabara Koogan. ISBN. 9788527732871.
- Tomasi, E.; Facchini, L.A.; Piccini, R.X., Thumé, E., Silva, R.A.; Gonçalves, H.; & Silva, S.M. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>
- Van, J. T. (2011). *A world consensus on prevention of schizophrenia*. World Health Organization, The World Bank, Switzerland, EUA.
- Vancampfort, D.; Hert, M.; Stubbs, B.; Ward, P.B.; Rosenbaum, S.; Soundy, A.; & Probst, M. (2015). Negative Symptoms Are Associated With Lower Autonomous Motivations

Towards Physical Activity In People With Schizophrenia. *Comp. Psych.*, 56, 128-32. Doi: 10.1016 /2014.10.007.

Vancampfort, D. Gorczynski, P.; Hert, D. M.; Probst, M.; Naisiga, A. Basangwa, D.; Mugisha, J. (2018). Exercise self-efficacy correlates in people with psychosis. *Psychiatry Res.* Apr; 262:359-362. Sep. 8.

Vessoni, A.L.N. Adaptação e estudo da confiabilidade da Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa para a esquizofrenia no Brasil. São Paulo, Dissertação de Mestrado em Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina, 1993.

APÊNDICE - A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Pesquisadora responsável: ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI

Orientadora: Prof. Dr. André Barciela Verás.

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **ACADEMIA DA SAÚDE COMO RECURSO COMUNITÁRIO, BEM ESTAR E INCLUSÃO NA PSICOSE: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE**. O principal objetivo do estudo é investigar o benefício da atividade física utilizando recursos comunitários disponíveis nas comunidades na promoção e prevenção da saúde. Serão fornecidas explicações específicas sobre o objetivo da pesquisa, a fase em que se encontra e como os resultados serão usados e analisados após as entrevistas e atendimentos.

A pesquisadora estará a disposição para esclarecer todas as dúvidas sobre a metodologia ou qualquer outro tema relacionado à pesquisa, antes, durante e depois das entrevistas e atendimentos. Aceitando participar do estudo, será realizada uma entrevista, de duração média de 40 minutos, com base em roteiro semi-estruturado de identificação da paciente, será utilizado escala para investigar o tempo gasto para fazer o exercício físico na ultima semana, avaliação de determinação do grau de psicopatologia, de qualidade de vida, assim como coleta de sangue para investigação genética.

Estas informações possibilitarão analisar a existência da doença e os resultados dos estudos serão analisados e arquivados pela pesquisadora, prestando atenção ao sigilo destas informações. Após a entrevista os pacientes serão conduzidos à academia da saúde próximo do CAPS citado acima, duas vezes por semana, com duração de 70 minutos, incluindo caminhada, alongamento, exercício físico e relaxamento, num total de dez sessões cada grupo. Qualquer dúvida sobre os procedimentos de entrevista e atendimentos perguntar a pesquisadora para que este possa lhe fornecer mais informações. Cabe ainda informar, que os resultados serão utilizados para publicações apenas no meio acadêmico e científico respeitando o sigilo dos nomes dos entrevistados assim como dos conteúdos das entrevistas e atendimentos. A participação nesta pesquisa é livre, se você sentir qualquer desconforto poderá interrompê-la assim que decidir, sem prejuízo algum. Não haverá nenhum custo relacionado aos

procedimentos previstos no estudo. **Esta pesquisa obedece às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.** Esse estudo será conduzido pela Terapeuta Ocupacional Elina Hideko Hokama Arakaki, da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, telefone para contato (67) 99247-6224, sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras, telefone (67)9922-8119. Em caso de dúvidas a pesquisadora poderá ser contatada por telefone ou de segunda a sexta 07:00 às 17:00 na Coordenação de curso de Mestrado em Psicologia da Saúde, UCDB, fone: 3312-3605, Av. Tamandaré, 6000, Jardim Seminário, Campo Grande - MS.

Eu, _____, estou ciente da natureza e objetivos do estudo que fui convidada a participar, dos benefícios que podem ser obtidos, assim como das formas de tirar possíveis dúvidas em relação a minha participação ou ao estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, podendo interromper a minha participação a qualquer momento, sem ter que prestar explicações e sem prejuízo nenhum a minha pessoa. Declaro que fui informado que os dados fornecidos por mim, serão tratados de forma confidencial.

Eu concordo voluntariamente em participar desse estudo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Pesquisador responsável pela coleta de dados

Data: ____/____/____

ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI

APÊNDICE – B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Rua: _____

Fone: _____

2. IDADE: A: () Até 20 anos

B: () 21 a 30 anos

C: () 31 a 40 anos

D: () 41 a 50 anos

E: () 51 a 60 anos

F: () 61 acima

3. SEXO: () Feminino () Masculino

4. RELIGIÃO:

A: () católico

B: () evangélico

C: () espírita

D: () outros

5. SOCIO EDUCACIONAL: A: () fundamental completo

B: () fundamental incompleto

C: () ensino médio completo

D: () ensino médio incompleto

E: () superior completo

F: () superior incompleto

6. ESTADO CIVIL:

A: () solteiro (a)

B: () casado (a)

C: () Separado (a)

D: () Amasiado(a)

E: viúvo (a)

7. POSSUI FILHOS?

- A: () Nenhum
- B: () 1 a 3
- C: () 4 a 5
- D: () acima de 6 filhos

8. RESIDE COM QUEM?

- A () Sozinho (a)
- B () Familiar
- C () pais
- D () outros

9. SITUAÇÃO ATUAL

- A: () aposentado (a)
- B: () pensionista
- C: () desempregado (a)
- D: () Benefício do INSS.

10. SITUAÇÃO FINANCEIRA:

- A: () um salário mínimo
- B () 2 a 3 salário mínimo
- C () acima de 4 salário mínimo.
- D () não possui renda

11. MEIO DE LOCOMOÇÃO:

- A) () Condução própria carro
- B) () Gratuidade/cartão de passe livre
- C) () Outros

12. QUANTO TEMPO REALIZA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICA?

- A: () até um ano
- B: () 2 a 5 anos
- C: () 6 a 10 anos
- D: () acima de 11

13. QUANTO VEZES FOI INTERNADO?

- A: () nenhum
- B: () 1 a 5
- C: () 6 a 10
- D: () acima de 11 vezes

14. QUAL PERIODO DE INTERNAÇÃO?

- A: () até 10 dias
B: () 11 a 20 dias
C: () 21 a 30 dias
D: () acima de 31 dias

15. POSSUI OUTRA DOENÇA ALÉM DE TRANSTORNO MENTAL?

- A () Sim
B () Não

16. FEZ ALGUMA CIRURGIA?

- A. Sim ()
B. Não ()

17. ALIMENTAÇÃO: Realiza dieta?

- () Sim -----
() Não-----

18. HÁBITO

- () cigarro () bebida () outros

19. APRESENTA DIFICULDADE DE SONO?

- () Sim
() Não

Fale da sua rotina diária: _____

_____.

20. QUANTOS TIPOS DE MEDICAÇÃO UTILIZA?

- A: () 0 a 1 tipo
B: () 2 a 3 tipos
C: () 4 a 5 tipos
D: () acima de 6 tipos

21. REALIZA ATIVIDADE FISICA?

- A: () Sim
B: () Não

22. CONHECE ACADEMIA AO AR LIVRE?

- A. Sim ()
B. Não ()

23. EXISTE ACADEMIA AO LIVRE PROXIMO DA SUA CASA?

A. Sim ()

B. Não ()

24. VAI A ACADEMIA AO LIVRE SOZINHO(A) ?

A: () Sim

B: () Não

25. ACADEMIA AO AR LIVRE**1º fase: Academia ao ar livre:**

A) peso _____

B) cintura _____

C) altura -----

D) Esta satisfeito? () Sim () Não

2º fase: Da academia ao ar livre:

A) peso _____

B) cintura _____

C. Altura-----

C) satisfeito ? () Sim () Não

3ª Fase: Academia ao ar livre.

A) peso _____

B) cintura _____

C) altura -----

D) Esta satisfeito? () Sim () Não

APÊNDICE – C


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA
COORDENADORIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III / VILA ALMEIDA


AUTORIZAÇÃO

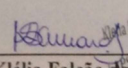
Eu, Elina Hideko Hokama Arakaki, venho por meio deste, solicitar a V.Sª autorização para realização da pesquisa Academia da Saúde: Recurso Comunitário para Saúde, Bem Estar e Inclusão na Psicose, sob minha responsabilidade e tendo como orientador André Barciela Veras, a ser realizada no CAPS III Vila Almeida, sito a Rua Marechal Hermes nº 854, bairro Vila Almeida.

A pesquisa tem como objetivo analisar a prática de exercício físico como promoção da saúde física, mental e social, nos participantes com transtornos mentais graves. A coleta de dados será realizada por mim, para apresentação de dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB nos períodos de 2017 a 2018.

Atenciosamente,

Campo Grande, 20 de novembro de 2017.


Elina Hideko Hokama Arakaki
Pesquisadora


Klélia Falcão do Amaral
Gerente Administrativa CAPS III Vila Almeida

ANEXO - A**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – 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. 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:

- As atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- As 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 ultima 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 exercícios?

Dias _____ por SEMANA () Nenhum.

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

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 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.

ANEXO - B

ESCALA DA SÍNDROME POSITIVA E NEGATIVA-PANSS

1	2	3	4	5	6	7
Ausente	Mínimo	Leve	Moderado	Moderadamente Grave	Grave	Extremo

ESCALA POSITIVA (P)

P1 Delírio	1	2	3	4	5	6	7
P2 Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3 Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandeza	1	2	3	4	5	6	7
P6 Desconfiança	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
Escore da Escala Positiva							

ESCALA NEGATIVA (N)

N1 Afetividade embotada	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Contato pobre	1	2	3	4	5	6	7

N4 Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificuldade pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6 Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escore da Escala Negativa							

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL (G)

G1 Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3 Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5 maneirismo postura	1	2	3	4	5	6	7
G6 depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7 Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9 Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11 Déficit de atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12 Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6	7

G13 Distúrbio de volição	1	2	3	4	5	6	7
G14 Má controle de impulso	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16 Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7
Escore da Escala de Psicopatologia Geral							

PANSS TOTAL: _____

DATA: ____/____/____

AVALIADO POR: _____

ANEXO - C

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

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 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 sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente 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 você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito 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	1	2	3	4	5

	seu meio de transporte?					
--	-------------------------	--	--	--	--	--

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimento negativo tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO – D

**ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO DE TRANSTORNO MENTAL-
EEITM.**

PREPOSIÇÃO ES	Discor do totalmente	Discor do	Concor do	Concor do totalmente
1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental?	1	2	3	4
2. Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas?	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por ter um transtorno mental?	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem transtorno mental para evitar rejeição?	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental?	1	2	3	4
6. Pessoa com transtorno mental não deveria se casar?	1	2	3	4
7. As pessoas com transtorno	1	2	3	4

mental fazem importantes contribuições para a sociedade?				
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental?	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque seu transtorno mental poderia fazer parecer ou se comportar “estranho”?	1	2	3	4
10. Pessoa com transtorno mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória?	1	2	3	4
11. Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com o seu transtorno mental?	1	2	3	4
12. Imagens negativas sobre o transtorno mental te mantem afastado do mundo “normal”?	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem	1	2	3	4


transtorno mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado?				
14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental?	1	2	3	4
15. As pessoas frequentemente e te tratam condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem um transtorno mental?	1	2	3	4
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental?	1	2	3	4
17. Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida?	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que	1	2	3	4

<p> você tem um transtorno mental pela sua aparência? </p>				
<p> 19. Por você ter um transtorno mental, você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você? </p>	1	2	3	4
<p> 20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento? </p>	1	2	3	4
<p> 21. Pessoas sem transtorno mental possivelmente não conseguiriam te compreender? </p>	1	2	3	4
<p> 22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um transtorno mental? </p>	1	2	3	4
<p> 23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter um transtorno mental? </p>	1	2	3	4
<p> 24. Viver com um transtorno mental te tornou um </p>	1	2	3	4

forte sobrevivente?				
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem um transtorno mental?	1	2	3	4
26. Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer?	1	2	3	4
27. Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental?	1	2	3	4
28. Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter um transtorno mental?	1	2	3	4
29. As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você?	1	2	3	4

ANEXO - E

DI-PAD GPC version 1.4 rev. 01-14-2009



ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO PARA PSICOSES E PERTURBAÇÕES AFECTIVAS

Actualizada para o OPCRIT 4.0
Algoritmos DSM-IV & ICD-10

DI-PAD

CGP versão 1.4

Centro de Psiquiatria Genómica
Departamento de Psiquiatria & de Ciências Comportamentais
Escola de Medicina Keck
Universidade do Sul da Califórnia
Los Angeles, CA

Para mais informação acerca da DI-PAD contactar
Helena Medeiros, LICSW hmedeiro@usc.edu (323) 442-4026
Randy J. Semple, Ph.D. semple@usc.edu
© 2008, 2009 revista a 03-27-2009

ANEXO – F

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACADEMIA DA SAÚDE COMO RECURSO COMUNITÁRIO, BEM ESTAR E INCLUSÃO NA PSICOSE: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE

Pesquisador: ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI

Versão: 2

CAAE: 80886917.9.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.584.003

Apresentação do Projeto:

As academias da saúde agem como um dispositivo indutor de práticas de atividade física de fácil acesso, sendo a prática da atividade física defendida pela Organização Mundial da Saúde como um artifício de reabilitação psicossocial. Dessa forma, programas que estimulem atividades físicas em pacientes com transtornos mentais graves podem promover um estilo de vida mais ativo, com melhoria na funcionalidade na vida privada ou social. Objetivo- Avaliar a influência de um programa de intervenção em atividades físicas efetuada na academia da saúde como promoção de saúde física, mental e social em pacientes com transtornos mentais graves. Método- Trata-se de um estudo de intervenção quase experimental do tipo antes e depois, baseado na intervenção em atividade física na academia da saúde, com duração de 10 encontros, com duas sessões semanais, envolvendo 15 pacientes previamente selecionados e indicados, por conveniência, pela equipe técnica do serviço e confirmado com diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar segundo o DSM-5 e que realizam tratamento regular no CAPS III da Vila Almeida, Campo Grande, MS. Os voluntários serão divididos em três grupos (A, B e C. Serão utilizados os instrumentos: A: Questionário Sociodemográfico; B: Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas-DI-PAD; C: Escala da Síndrome Positiva e Negativa-PANSS; D: WHOQOL – breve versão português (Fleck et al, 2000) E: Escala de Calgary de Depressão para Esquizofrenia-ECDE; F: Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Versão Curta; G: Escala de Estigma Internalizado, traduzido para população brasileira. Espera-se que o programa de intervenção de atividades físicas na academia da saúde tenha efeitos positivos sobre os parâmetros avaliados.

Continuação do Parecer: 2.584.003

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto biopsicossocial na sintomatologia das enfermidades dos participantes (esquizofrenia e/ou transtorno afetivo bipolar tipo I) com um programa de atividade física nas Academias da Saúde

1 . Programar intervenções de exercícios físicos na Academia da Saúde com a amostra; 2.Descrever as características sócio-demográficas dos participantes; 3.Efetuar coleta pré e pós-intervenção; 4.Realizar a intervenção quase experimental, conforme os protocolos; 5.Relacionar os dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não possui risco, apenas a não participação podendo persistir os sintomas presente e perdas nas atividades funcionais e agravamento do quadro.

Favorecer a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, a intervenção em saúde mental na psicologia da saúde se torna um desafio para equipe de saúde para promover novas possibilidades, abordagem este que facilite aderir ao hábito saudável, desmistificar a doença mental, qualificar as condições, modos de vida, de saúde e não se restringir à cura de enfermidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora fez as alterações sugeridas anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão de acordo com o solicitado. Recomenda-se que no TCLE a pesquisadora insira o endereço e o contato do CEP/UCDB

Recomendações:

Os termos estão de acordo com o solicitado. Recomenda-se que no TCLE a pesquisadora insira o endereço e o contato do CEP/UCDB

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os termos estão de acordo com o solicitado. Recomenda-se que no TCLE a pesquisadora insira o endereço e o contato do CEP/UCDB

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o parecer do relator.

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 2.584.003

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1027340.pdf	15/03/2018 10:48:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.docx	21/12/2017 14:48:29	ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEplataformabrasil.docx	07/12/2017 09:24:09	ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI	Aceito
Folha de Rosto	folharostoucdb.pdf	07/12/2017 09:16:49	ELINA HIDEKO HOKAMA ARAKAKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 05 de Abril de 2018

Assinado por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br