RODRIGO INOUE GOUVEIA

Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico

VERSÃO ORIGINAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti.

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Gouveia, Rodrigo Inouye

Atividade física e o primeiro episódio psicótico. Ribeirão Preto, 2017.

82 p. : il. ; 30 cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

1. Atividade física. 2. Qualidade de vida. 3. Funcionalidade. 4. Psicose. 5. Síndrome metabólica.

GOUVEIA, Rodrigo Inouye

Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

APRESENTAÇÃO

Ainda adolescente, jogava futebol de salão no meu colégio e de campo em alguns clubes de Ribeirão Preto. O ambiente dos treinamentos e jogos, as amizades e “resenhas” (bate-papo entre os atletas), me despertaram uma grande paixão pelo esporte e influenciaram fortemente a minha escolha por uma profissão.

No ano de 2000, ingressei na faculdade de Educação Física e apreendi, entre os diversos temas abordados durante a graduação, a complexidade da dinâmica funcional do ser humano. Não concebia o rendimento físico como algo decorrente apenas da capacidade física, mas reconhecia a significativa influência da esfera cognitiva neste processo.

Mais tarde, já no mercado de trabalho, e de posse deste conhecimento, comecei a me questionar sobre como seria possível aumentar a participação e a adesão das pessoas em um programa de treinamento físico. Naturalmente, a resposta a essa questão passou a requerer o estudo dos elementos cognitivos e emocionais.

No ano de 2014, houve um diálogo entre mim e minha atual orientadora, Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, docente da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, a qual praticava corrida de rua. Quando relatei meu interesse em estudar essa temática, as ideias foram aclarando e percebemos que poderíamos colaborar com os pacientes atendidos no ambulatório Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no que se refere à promoção da prática de atividade física. Foi a oportunidade que eu esperava para aprofundar meus estudos sobre os processos cognitivos e sua interação com o corpo físico. Era a gênese deste projeto de mestrado.

Assim, o presente estudo objetiva correlacionar o nível de atividade física com algumas variáveis de pessoas que vivenciam o primeiro episódio psicótico, na expectativa de que seus resultados possam ajudar outros profissionais da área da saúde e subsidiar projetos direcionados para promoção de saúde mental e física. Destaco que investigar tal objeto foi uma experiência transformadora em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Karla Campos Favaro Inouye que, ao longo deste projeto, sempre foi compreensiva com as minhas ausências. Obrigado por todo apoio e pelo grande presente de nossas vidas que nasceu este ano e se chama Felipe.

À minha mãe Maria Luiza, essencial na minha vida e que sempre esteve ao meu lado, contribuindo para minha formação e desenvolvimento.

À minha amiga e orientadora Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, pela valiosa oportunidade e apoio ao longo deste caminho.

Aos pacientes e profissionais do ambulatório do Primeiro Episódio Psicótico, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Espero que os resultados deste estudo possam subsidiar abordagens terapêuticas e proporcionar maior bem-estar aos pacientes.

Aos meus amigos Leonardo Peracine e Adonis Carnevale Galeti, que me ajudaram muito no período da coleta de dados. Com vocês, as manhãs de terças-feiras foram mais divertidas e produtivas.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que desenvolvem um importante trabalho à sociedade brasileira por meio da educação e pesquisa científica.

RESUMO

GOUVEIA, R. I. **Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico**. 2017. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudo quantitativo transversal cujo objetivo geral foi correlacionar o nível de atividade física e as variáveis sociodemográficas e clínicas, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, adesão aos tratamentos e síndrome metabólica de pessoas que vivenciam o primeiro episódio psicótico. O estudo foi realizado no ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A amostra por conveniência foi constituída por 85 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Para a coleta de dados foram utilizados um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36), a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Os valores dos exames laboratoriais foram obtidos por meio de consulta aos prontuários dos pacientes, e as medidas de circunferência abdominal e pressão arterial, pelo pesquisador no referido ambulatório. A avaliação do funcionamento global foi realizada pela equipe médica do serviço, em 2016. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do Excel, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) e, em seguida, submetidos, primeiramente, a uma análise bivariada e, posteriormente, aos testes Qui-quadrado de Pearson, *U* de Mann Whitney e teste de correlação de Pearson. Adotou-se nível de significância de 0,05. Os resultados obtidos permitem concluir que a maioria dos participantes era do sexo masculino, vivia sem companheiro, tinha média de idade de 32 anos e quase a metade cursou até o segundo grau completo. Quanto ao nível de atividade física classificado pelo IPAQ, a maioria foi classificada como ativa. Os resultados obtidos pela aplicação da MAT evidenciam que a maior parte dos pacientes do referido ambulatório aderiu aos tratamentos. Em relação à síndrome metabólica, 21 (25,3%) apresentavam essa patologia. Quanto aos domínios referentes à qualidade de vida em saúde, obteve-se média para o domínio capacidade funcional de 83,90 (dp=19,9); limitação por aspectos físicos de 62,1 (dp=41,1); dor, 74,3 (dp=30,8); estado geral de saúde, 69,4 (dp=23,1); vitalidade, 58,4 (dp=23,5); aspectos sociais, 66,6 (dp=32,5); limitações por aspectos emocionais, 51,0 (dp=43,5); e saúde mental, 63,9 (dp=25,2). A média de

funcionamento global foi de 66,3. Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e as variáveis sociodemográficas, síndrome metabólica, adesão aos tratamentos, diagnóstico médico, opção terapêutica e uso de substâncias. Os pacientes classificados como ativos apresentaram maiores médias em relação ao funcionamento global quando comparados àqueles sedentários e essa diferença foi significativa ($p=0,011$). Quanto aos domínios do questionário sobre qualidade de vida em saúde - SF-36, os pacientes classificados como ativos apresentaram maiores médias para o domínio capacidade funcional em relação aos sedentários, e essa diferença foi significativa ($p=0,016$). Esses resultados fornecem subsídios importantes para o planejamento de ações que incluam a atividade física na prática assistencial em saúde mental.

Palavras-chave: Atividade física. Qualidade de vida. Funcionalidade. Psicose. Síndrome metabólica.

ABSTRACT

GOUVEIA, R. I. **Physical Activity and the First Pshychotic Episode**. 2017. 82 f. Dissertation (Master's degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This was a quantitative cross-sectional study whose general goal was to correlate the level of physical activity and sociodemographic and clinical variables, health quality of life, overall functioning, adherence to treatments and metabolic syndrome of pleope who experience the first psychotic episode. The study was carried out at the of First Episode Psychosis of the Clinical Hospital of the Medical School of Ribeirão Preto at the University of São Paulo. The convenience sample consisted of 85 patients who met the pre-established inclusion and exclusion criteria. For data collection, forms containing sociodemographic and clinical data were used, their names being: International Questionnaire of Physical Activity (IPAQ), *The Medical Outcomes Study 36 - Short Form Health Survey* (SF-36), Global Assessment of Functioning (GAF), and Treatment Compliance Measure (MAT). The values of the laboratory tests were obtained by the researcher of the said outpatient clinic, who consulted the patient's chart, the measurements of waist circumference and blood pressure. The evaluation of overall functioning was done by the service medical team, in 2016. The collected data was organized in Excel spreadsheets and transported to the *Statistical Package for Social Science* (SPSS) program and then submitted to bivariate analysis, and then to Pearson's Chi-square test, Mann Whitney U test and Pearson's correlation test. The level of significance was set at 0.05. The results obtained led to the conclusion that most of the 85 participants were male, lived without a partner, the average age was 32 and almost half of the participants had only completed high school. As for the physical activity level classified by IPAQ, most of PEP participants were classified as active. The results obtained through MAT application showed that the majority of PEP patients adhered to the treatments. Regarding the metabolic syndrome, 21 (25.3%) of PEP patients presented the pathology. As for the domains of life quality in terms of health, the research concluded that the functional capacity domain average was 83.90 (SD = 19.9); Limitation by physical aspects, 62.1 (SD = 41.1); Pain, 74.3 (dp = 30.8); General health status, 69.4 (SD = 23.1); Vitality, 58.4 (dp = 23.5); Social aspects, 66.6 (SD = 32.5); Limitations for emotional aspects, 51.0 (SD = 43.5) and mental health, 63.9

(SD = 25.2). The overall operating average was 66.3. There was no significant association between physical activity levels and sociodemographic variables, metabolic syndrome, adherence to treatments, medical diagnosis, therapeutic option and substance usage. PEP patients classified as active had higher mean values in relation to the overall functioning when compared to sedentary patients, and this difference was significant ($p = 0.011$). Regarding the domains of the questionnaire about quality of life in terms of health (SF-36), patients classified as active had higher mean values for the functional capacity domain in relation to sedentary patients, and the difference was significant ($p = 0.016$). These results provide important subsidies for the planning of actions that include physical activity in the practice of mental health care.

Key-words: Physical Activity. Quality of life. Functionality. Pshycosis. Metabolic Syndrome.

RESUMEN

GOUVEIA, R. I. **La actividad física y el primer episodio psíquico**. 2017. 82 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudio cuantitativo transversal cuyo objetivo general fue correlacionar el nivel de actividad física y las variables sociodemográficas y clínicas, calidad de vida en salud, funcionamiento global, adhesión a los tratamientos y síndrome metabólico de pacientes en el primer episodio psicótico. El estudio fue realizado en el ambulatorio de Primer Episodio Psicótico del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. La muestra por conveniencia fue constituida por 85 pacientes que atendieron a los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Para la recolección de datos se utilizó un formulario que contenía datos sociodemográficos y clínicos, el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ); El estudio de la salud de corto plazo (SF-36), la escala de evaluación global del funcionamiento (AGF) y la medida de adhesión a los tratamientos (MAT). Los valores de los exámenes de laboratorio fueron obtenidos por medio de consulta a los prontuarios de los pacientes y las medidas de circunferencia abdominal y la presión arterial, por el investigador en el referido ambulatorio. La evaluación del funcionamiento global fue realizada por el equipo médico del servicio, en 2016. Los datos fueron organizados en hojas de cálculo de Excel y transportados al programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) y luego sometidos, primero, al análisis bivariado y luego a las pruebas Chi-cuadrado de Pearson, U de Mann Whitney y prueba de correlación de Pearson. Se adoptó un nivel de significancia de 0,05. Los resultados obtenidos permiten concluir que de los 85 participantes, la mayoría era del sexo masculino y vivía sin compañero. El promedio de edad fue de 32 años y casi la mitad cursaron hasta la educación secundaria completa. En cuanto al nivel de actividad física clasificado por el IPAQ la mayoría de los pacientes en el PEP fue clasificado como activo. Los resultados obtenidos por la aplicación de MAT mostró que la mayoría de los pacientes en el PEP tienen adherencia a los tratamientos. En relación al síndrome metabólico 21 (25,3%) de los pacientes en el PEP presentaban esa patología. En cuanto a los dominios referentes a la calidad de vida en salud se obtuvo que la media para el dominio capacidad funcional fue de 83,90 (dp = 19,9); Limitación por aspectos físicos, 62,1 (dp = 41,1); Dolor, 74,3 (dp = 30,8); Estado general de salud, 69,4 (dp = 23,1); Vitalidad, 58,4 (dp = 23,5); Aspectos sociales, 66,6 (dp = 32,5); Limitaciones por aspectos

emocionales, 51,0 (dp = 43,5) y salud mental, 63,9 (dp = 25,2). El promedio de funcionamiento global fue de 66,3. No hubo asociación significativa entre los niveles de actividad física y las variables sociodemográficas, síndrome metabólico, adhesión a los tratamientos, diagnóstico médico, opción terapéutica y uso de sustancias. Los pacientes en el PEP clasificados como activos presentaron mayores promedios en relación al funcionamiento global en comparación con los pacientes sedentarios y esa diferencia fue significativa ($p = 0,011$). En cuanto a los dominios del cuestionario sobre calidad de vida en salud - SF-36, los pacientes clasificados como activos presentaron mayores promedios para el dominio capacidad funcional en relación a los pacientes sedentarios, y esa diferencia fue significativa ($p = 0,016$). Estos resultados proporcionan subsidios importantes para la planificación de acciones que incluyan la actividad física en la práctica asistencial en salud mental.

Palabras clave: Actividad física. Calidad de vida. Funcionalidad. Psicosis. Síndrome metabólico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas.....	34
Tabela 2 -	Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo as variáveis clínicas.....	36
Tabela 3 -	Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo nível de atividade física, adesão aos tratamentos, presença de síndrome metabólica, funcionamento global e domínios do SF-36.....	38
Tabela 4 -	Frequência de atividade física tipo caminhada e outras modalidades nas categorias laboral, doméstica, como meio de transporte e de lazer.....	39
Tabela 5 -	Teste de associação entre os níveis de atividade física e sexo, situação conjugal, idade, escolaridade e renda familiar de pacientes no PEP.....	40
Tabela 6 -	Teste de associação entre os níveis de atividade física e a síndrome metabólica, adesão aos tratamentos, diagnóstico médico, opção terapêutica e uso de substâncias em pacientes no PEP	41
Tabela 7 -	Teste de comparação da média do tempo de tratamento no APEP e do tempo do PEP entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP.....	42
Tabela 8 -	Teste de comparação da média dos domínios da SF-36 entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP.....	42
Tabela 9 -	Teste de comparação da média do funcionamento global entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP.....	43
Tabela 10 -	Correlação entre as medidas do AGF e do domínio capacidade funcional do SF-36 e os respectivos valores de probabilidades (p) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson.....	43

LISTA DE SIGLAS

AGF	Escala de Avaliação Global do Funcionamento
AP	Antipsicóticos
APEP	Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
PEP	Primeiro Episódio Psicótico
PPNT	Período de Psicose Não Tratada
QVS	Qualidade de Vida em Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey
SM	Síndrome Metabólica
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	Statistical Package for the Social Science
USP	Universidade de São Paulo
VO ₂ máx	Potência Aeróbica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 O primeiro episódio psicótico	17
1.2 Atividade física e primeiro episódio psicótico.....	20
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3. HIPÓTESES.....	24
4. MÉTODO.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Local do estudo.....	25
4.3 Participantes do estudo.....	25
4.4 Variáveis do estudo.....	26
4.4.1 Variáveis sociodemográficas.....	26
4.4.2 Variáveis clínicas e laboratoriais.....	27
4.4.3 Variáveis relacionadas à atividade física.....	28
4.4.4 Variáveis relacionadas à qualidade de vida em saúde.....	28
4.4.5 Variáveis relacionadas ao funcionamento dos pacientes.....	28
4.4.6 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.....	28
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	28
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	32
4.7 Organização de dados para análise.....	32
4.8 Aspectos éticos	33
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Caracterização dos pacientes segundo as variáveis sociodemográficas	35
5.2 Caracterização dos pacientes segundo as variáveis clínicas.....	36
5.3 Níveis de atividade física, adesão aos tratamentos, presença de síndrome metabólica, funcionamento global e qualidade de vida em saúde dos pacientes no PEP.....	38

5.4 Níveis de atividade física e fatores relacionados.....	40
6. DISCUSSÃO.....	45
7. CONCLUSÕES.....	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A.....	59
APÊNDICE B.....	61
ANEXO A.....	63
ANEXO B.....	70
ANEXO C.....	75
ANEXO D.....	76
ANEXO E.....	78
ANEXO F.....	79
ANEXO G.....	81

1. INTRODUÇÃO

Em âmbito global, a saúde tem sido influenciada por uma série de fatores, tais como envelhecimento populacional, falta de planejamento urbano e efeitos da globalização, os quais, por sua vez, têm causado modificações no comportamento da população no que se refere à adoção de hábitos saudáveis, sobretudo em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Nos últimos anos, a inatividade física tem sido identificada como o quarto maior fator de risco de mortalidade no mundo. O aumento do número de indivíduos identificados como inativos fisicamente associa-se à alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, até o início do século passado, às doenças infecciosas eram atribuídas as principais causas de morte e, atualmente, as DCNT respondem por 62% dos casos de óbitos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde passou a enfatizar a importância da atividade física para a saúde da população e prevenção das DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Define-se atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto calórico (MARTIN-SIERRA et al., 2011). Exercício físico é um tipo de atividade física, um movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo, executado para melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Portanto, há diferença conceitual quando a atividade física ou exercício físico são realizados.

Na atividade física, há o movimento, mas este não é realizado com a intenção de se exercitar. Um exemplo de prática de atividade física é o indivíduo que caminha até o trabalho por necessidade. No exercício físico, o movimento é feito de forma planejada e intencional, com a finalidade de se exercitar, por exemplo, caminhar intencionalmente para melhorar a saúde. Quando se exercita, o indivíduo mantém ou melhora seu condicionamento físico, que tende a diminuir com o envelhecimento, em um processo natural. O exercício físico é capaz de manter ou diminuir o peso, a gordura corporal e a frequência cardíaca, bem como aumentar a força muscular, a capacidade oxidativa, o transporte de glicose, a potência aeróbica (VO_{2max}), o débito cardíaco e promover efeitos benéficos nos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos (MATSUDO, 2000).

Nesse sentido, exerce importante papel na prevenção e no manejo da síndrome metabólica (SM), por constituir fator protetor para controle do peso, prevenção da obesidade, diminuição da pressão arterial e dos níveis de glicose sanguínea. A SM é definida com base nos fatores de risco para doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Dentre os fatores incluídos na SM, destacam-se: obesidade visceral, dislipidemia, hipertensão arterial e resistência à insulina. Existem várias fontes nas quais podem ser consultados os critérios para identificar a SM (NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM, 2001; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006). Contudo, os critérios estabelecidos pela Federação Internacional de Diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006) são os mais utilizados na maioria dos estudos clínicos, devido à sua praticidade.

A atividade física também foi associada ao funcionamento e qualidade de vida em saúde em pacientes com esquizofrenia (VANCAMPFORT et al., 2015a). A qualidade de vida em saúde (QVS) refere-se ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo, a percepção geral de seu estado de saúde, bem como a satisfação com a sua vida e atividades desenvolvidas (MARCOLIN; RATZKE, 2008). Assim, por relacionar-se à qualidade de vida em saúde, a atividade física pode promover ao indivíduo um estilo de vida mais ativo e, conseqüentemente, atuar como um fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais ou controle de seus agravos. Há evidências da relação entre atividade física e saúde mental, o que a torna um importante recurso para a efetividade do tratamento de pessoas com transtornos mentais (STUBBS et al., 2016; DEIGHTON; ADDINGTON, 2014; SCULLY et al., 1998). Estudos mostram que ela exerce importante papel para o sucesso do tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, especialmente daqueles com transtornos psicóticos (LEE et al., 2013; ELLIS et al., 2007).

Por se tratar de uma intervenção simples, de baixo custo e não invasiva, a atividade física pode constituir um importante recurso para o tratamento dos transtornos mentais, em especial psicóticos, principalmente nos estágios iniciais (LEE et al., 2013). Nessa vertente, após constatada a escassez de estudos sobre os benefícios da atividade física para pacientes no primeiro episódio psicótico (PEP), propõe-se o presente estudo.

1.1 O Primeiro Episódio Psicótico

O termo psicose descreve um estado mental no qual a pessoa sofre delírios e/ou alucinações, apresenta discurso e/ou comportamento desorganizado, com ausência de *insight* do paciente sobre a doença e comprometimento do juízo crítico da realidade (DEL-BEN et al., 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995; BRUINS et al., 2014).

O período compreendido entre o surgimento dos sintomas psicóticos e início do tratamento é definido como de psicose não tratada (PPNT) e pode durar dias, meses ou até anos. Estudos sugerem que quanto maior o PPNT, pior o prognóstico da doença (MGLASHAN, 2006; KOUTRA et al., 2014).

O primeiro episódio psicótico (PEP) ou o início da psicose refere-se à primeira vivência de um episódio psicótico (BOWIE et al., 2014). A maioria dos estudos com pacientes no PEP foi realizada no primeiro contato do paciente com o serviço de saúde ou durante a primeira internação hospitalar. No entanto, há consenso entre os especialistas de que, para classificação do PEP, deve-se considerar a primeira visita ao serviço de saúde após a manifestação dos sintomas psicóticos (DEL-BEN et al., 2010; MENEZES et al., 2007; FLAUM; ANDREASEN; ARNDT, 1992).

O PEP pode abranger vários diagnósticos clínicos, tais como de esquizofrenia, equivalente a 40,8% dos casos, seguido de transtornos de humor, transtorno psicótico breve e outras psicoses, incluindo aquelas induzidas pelo uso de substâncias psicoativas (TURNER; SMITH-HAMEL; MULDER, 2006; PAYNE et al., 2006). Após o PEP, estudos mostram que 70% dos diagnósticos estabelecidos são mantidos por até 18 meses de seguimento e, entre eles, a esquizofrenia é considerada o mais estável (CARREIRO et al., 2008; SCHIMMELMANN et al., 2005).

Apesar da importância do reconhecimento do PEP e de que o diagnóstico precoce do paciente pode levar a um melhor prognóstico, há escassez de estudos sistemáticos sobre sua epidemiologia (CARREIRO et al., 2008; BALDWIN et al., 2005). Pesquisas mostram que a incidência do PEP pode estar relacionada ao sexo, sendo que ele ocorre em 16,7 por 10.000 pessoas/ano no sexo masculino e 8,1 por 10.000 pessoas/ano; em mulheres, o pico concentra-se entre 15 e 24 anos (CARREIRO et al., 2008; AMMINGER et al. 2006). Desse modo,

geralmente, o PEP ocorre no final da adolescência e início da vida adulta, período relacionado a intensas transformações e mudanças no ciclo vital. Cabe destacar que a adolescência ou o início da vida adulta é marcado pelo desenvolvimento da identidade, independência, sexualidade, relacionamentos íntimos, organização dos planos de estudo e profissionais (KOUTRA et al., 2014). O tratamento deve envolver o uso de medicamentos psicotrópicos e abordagens psicossociais, simultaneamente, e incluir a participação da família (DEL-BEN et al., 2010). A participação dos familiares no tratamento é de suma importância, pois esta fase do PEP é caracterizada por uma série de mudanças que podem gerar desorganização no grupo familiar na tentativa de se adaptar à nova situação do membro adoecido (BIRCHWOOD; MACMILLAN, 1993; GLESSON et al., 1999)

O tratamento farmacológico deve priorizar a maximização dos benefícios terapêuticos e a redução dos efeitos adversos (CHAVES, 2007). Os medicamentos utilizados para o tratamento da psicose são os antipsicóticos (AP), cuja principal ação consiste no bloqueio de receptores dopaminérgicos no sistema nervoso central, com a finalidade de diminuir a presença de delírios e/ou alucinações, e de discurso e/ou comportamento desorganizado. Atualmente existem dois tipos de AP: os tradicionais ou típicos e os modernos ou atípicos. Os primeiros agem no bloqueio de receptores dopaminérgicos estriatais e, por isso, podem gerar efeitos colaterais extrapiramidais como a síndrome de Parkinson, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e síndrome neuroléptica maligna (SILVA, 2006). Contudo, os AP de nova geração vêm gradualmente substituindo os AP tradicionais ou típicos no tratamento do PEP devido à sua ação terapêutica eficaz e menor incidência de efeitos colaterais extrapiramidais (DEL-BEN et al., 2010).

Por outro lado, estudo mostrou que medicamentos AP de primeira e segunda geração têm pouca eficácia na melhora das funções neurocognitivas dos doentes mentais e novas substâncias vêm sendo testadas com essa finalidade (KIMHY et al., 2014). Embora os AP de nova geração causem no indivíduo um número reduzido de efeitos colaterais extrapiramidais, o seu uso coincide com o surgimento de efeitos metabólicos adversos, tais como dislipidemia, hiperglicemia, aumento da pressão arterial, do peso corporal, da circunferência abdominal e do apetite (REMYNGTON; KAPUR; ZIPURSKY, 2011; ALLISON et al., 1999; PAULIN et al., 2007), que são fatores de risco para as doenças cardíacas prematuras de pacientes no PEP (BONFIOLI et al., 2012; BRUINS et al., 2014).

As doenças cardíacas representam a principal causa de redução da expectativa de vida desses pacientes. Além disso, os indivíduos por elas acometidos apresentam pior saúde física e aumento de duas a três vezes no risco de mortalidade quando comparados à população geral (ABDEL-BAKI et al., 2013). Acresce-se que as pessoas que sofrem de transtornos psicóticos são mais propensas a desenvolver um estilo de vida que favorece o risco de doença cardiovascular, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo (GALLETLY et al., 2012).

Os pacientes que apresentam adesão ao tratamento farmacológico geralmente têm um melhor prognóstico e a maioria apresenta remissão completa dos sintomas psicóticos. Por outro lado, a baixa adesão ao tratamento está relacionada a altas taxas de recaídas, sendo necessário o acompanhamento sistemático dos indivíduos (LOUZÃ NETO, 2000). As recaídas psicóticas são definidas como a recorrência de sintomas psicóticos que têm significância clínica, persistem por um tempo, e seguidas por remissão parcial ou total dos sintomas (GLEESON et al., 2010). Cabe destacar que as recaídas psicóticas nos primeiros cinco anos após o diagnóstico do PEP são frequentes e, somadas à baixa adesão ao tratamento, podem aumentar o risco de novas recaídas, de suicídio e de cronicidade da doença (GLEESON et al., 2010).

Desse modo, intervenções precoces no PEP são fundamentais para o alívio do estresse e da ansiedade relacionados aos sintomas psicóticos, com vistas à redução do risco de suicídio e prevenção de recaídas (KOUTRA et al., 2014; LOUZÃ NETO, 2007). Além disso, favorecem a adesão ao tratamento e manutenção da qualidade de vida em saúde (MARSHALL et al., 2015; COTTON et al., 2010).

Para a estruturação de medidas de intervenção precoce, ao considerar o risco de comprometimento da saúde física e emocional de pacientes no PEP, é necessário o monitoramento do seu estado de saúde, tais como o nível de atividade física, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, alterações metabólicas e uso de medicamentos AP (PAULIN et al., 2007).

1.2 Atividade física e o Primeiro Episódio Psicótico

O PEP é uma excelente fase da doença para o planejamento de atividade física, pois se trata de um período crítico para atenuação dos efeitos colaterais metabólicos decorrentes do tratamento. Além disso, os indivíduos que vivenciam o PEP geralmente são jovens, estão na fase mais ativa da vida e apresentam menor prejuízo no seu funcionamento global (FIRTH et al, 2016). Estudo evidenciou que intervenções comportamentais e o desenvolvimento de um programa de atividade física melhoraram o controle de peso corporal e o perfil metabólico de pacientes com esquizofrenia e no PEP (ABDEL-BAKI et al., 2013).

A prevenção de ganho de peso corporal parece ser mais efetiva do que a sua perda, o que sugere que quanto mais precocemente for iniciado o programa de intervenção, melhor o resultado do controle do efeito colateral relacionado ao ganho de peso e do perfil metabólico de pacientes em uso de medicamento AP (BRUINS et al., 2014; CORRELL et al., 2014). Além disso, outros estudos também mostraram que diferentes tipos de exercícios físicos como o treinamento aeróbico contínuo (MALCHOW et al., 2015), aeróbico intervalado (MORA-RODRIGUEZ et al., 2014), combinado de força e aeróbico contínuo (PAULIN et al., 2007) e até mesmo a dança (KALTSATOU et al., 2015) são eficazes no controle de peso e da síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. Em pacientes no PEP, o treinamento intervalado de alta intensidade também apresentou resultados positivos (ABDEL-BAKI et al., 2013).

Estudo mostrou associação entre a capacidade aeróbica e o funcionamento global do paciente (VANCAMPFORT et al., 2012) e sugeriu que, anteriormente ao desenvolvimento de programas de treinamento aeróbio, seja realizada a avaliação da capacidade aeróbica, a fim de preservar o paciente psicótico, que pode estar fragilizado e apresentar risco de doenças cardiorrespiratórias (ROSENBAUM et al., 2015).

As modificações no condicionamento aeróbico em pacientes sedentários geram resultados efetivos em programas de curto prazo, aumentando em média 25% do VO₂ máximo depois de oito semanas de treinamento de exercícios aeróbicos (WILMORE et al., 2001), sendo este um fator protetor para doenças cardiovasculares. Por outro lado, ainda há

controvérsias sobre o tipo de treinamento físico ideal para os pacientes com transtornos psicóticos (BRUINS et al., 2014).

Acresce-se ser importante considerar que os sintomas psicóticos estão relacionados à qualidade de vida em saúde, assim como ao condicionamento aeróbico (VANCAMPFORT et al., 2015a). Os benefícios da atividade física extrapolam os parâmetros fisiológicos em pacientes no PEP. Estudo conduzido com pacientes nesta condição e submetidos a um programa de exercício aeróbico durante três meses mostrou mudanças estruturais no cérebro, com aumento, em média, de 12% da plasticidade neural, o que é importante ao considerar que perdas de neurônios podem acompanhar os pacientes com esse transtorno (PAJONK et al., 2010).

Outra investigação envolveu pacientes com esquizofrenia e evidenciou que a melhora do condicionamento cardiorrespiratório esteve associada ao engrossamento cerebral ou, pelo menos, à atenuação da diminuição da massa cinzenta, ocasionada pela presença do transtorno. Porém, a plasticidade neural não ocorreu de maneira significativa nos participantes submetidos aos exercícios aeróbicos durante uma ou duas horas semanais por seis meses (SCHEEWE et al., 2013). Por outro lado, outra pesquisa evidenciou ganhos neurocognitivos em indivíduos com esquizofrenia submetidos a treinamento aeróbico de alta intensidade (KIMHY et al., 2016).

Estudo mostrou que, entre os adolescentes com predisposição para o desenvolvimento de psicose, os menos ativos fisicamente e que apresentavam menor condicionamento cardiorrespiratório, apresentavam sintomas psicóticos mais precocemente do que os adolescentes mais ativos fisicamente. Os resultados deste estudo sugerem que o estilo de vida sedentário acompanha a vida dos adolescentes antes mesmo da manifestação dos sintomas psicóticos. Portanto, oferecer um suporte que encoraje a prática de atividade física por parte dos adolescentes pode prevenir os problemas decorrentes da adoção de um estilo de vida sedentário na vida adulta (KOIVUKANGAS et al., 2010).

A adesão pode ser um desafio para a efetividade de um programa de exercício físico (FIRTH et al. 2016). Numa abordagem psicossocial, reconheceu-se que fatores culturais também podem influenciá-la. No Brasil, a cultura da prática de atividade física é uma barreira a ser transposta, apesar de estimulada por meio de políticas públicas. O estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (BRASIL, 2014) mostrou que, nas

capitais do país, 33,8% dos brasileiros saudáveis realizavam algum tipo de atividade física regularmente. Em relação às taxas entre pacientes no PEP, estudo que objetivou avaliar a prevalência da inatividade física nessa clientela por meio da avaliação do nível de atividade física, funcionamento global, sintomatologia e efeitos colaterais dos antipsicóticos (AP) encontrou que apenas 33,9% dos pacientes eram fisicamente inativos. Além disso, a atividade física foi relacionada à melhoria do funcionamento global do paciente no PEP, exercendo papel modulador, ou seja, houve melhora cognitiva, da sintomatologia e da saúde física. Também houve relação entre pacientes com comportamento sedentário e baixo nível de atividade física com sintomas psicóticos mais graves (LEE et al., 2013).

Desse modo, conhecer as necessidades e condições do estado de saúde física e mental dos indivíduos pode contribuir para a elaboração de propostas de intervenção e tratamento dos pacientes no PEP que incluam a atividade física. Todavia, no contexto nacional, não foram identificados estudos acerca dos fatores que podem estar relacionados ao nível de atividade física em pacientes na fase inicial da psicose (PEDERSEN; KARTERUD, 2012).

Diante do exposto, ao considerar a importância da atividade física para o tratamento de pacientes no PEP e a escassez de estudos dessa natureza, faz-se necessário investigar a relação entre atividade física e as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, adesão ao tratamento e síndrome metabólica em pacientes que vivenciam o primeiro episódio psicótico. O estabelecimento dessa relação pode fornecer subsídios importantes para o planejamento de ações que incluam a atividade física na prática assistencial em saúde mental, e, desse modo, ampliar oportunidades para melhorar os resultados relacionados à dinâmica funcional de pacientes no PEP.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relacionar a atividade física e variáveis sociodemográficas e clínicas, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, medida de adesão ao tratamento medicamentoso e síndrome metabólica em pacientes no PEP.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os pacientes no primeiro episódio psicótico segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Identificar o nível de atividade física, a adesão ao tratamento medicamentoso e a presença de síndrome metabólica em pacientes no primeiro episódio psicótico;

Analisar a qualidade de vida em saúde e o funcionamento global dos pacientes no primeiro episódio psicótico.

3. HIPÓTESES

As seguintes hipóteses foram testadas:

Hipótese 1

Há associação entre os níveis de atividade física e sexo, situação conjugal, idade, escolaridade e renda familiar em pacientes no PEP.

Hipótese 2

Há diferenças entre data do PEP, tempo de tratamento no ambulatório de PEP, funcionamento global, domínios da qualidade de vida em saúde e os níveis ativo e sedentário de atividade física em pacientes no PEP.

Hipótese 3

Há associação entre os níveis de atividade física e diagnóstico médico, síndrome metabólica, opção terapêutica, uso de substâncias e adesão aos tratamentos entre pacientes no PEP.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com o objetivo de relacionar a atividade física e as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, medida de adesão ao tratamento medicamentoso e síndrome metabólica em pacientes no PEP.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (APEP/HCFMRP-USP). O APEP instituiu-se como uma unidade ambulatorial para atendimento especializado de PEP. Atualmente, são acompanhados no referido ambulatório aproximadamente três casos novos por semana e 15 retornos todas as terças-feiras. O tratamento é ofertado desde abril de 2012 a pacientes com idade superior a 12 anos, residentes em um dos 26 municípios da DRS XIII de Ribeirão Preto- SP e atende à demanda de pacientes com sintomas psicóticos. O atendimento é realizado por médicos contratados, médicos residentes da psiquiatria, supervisores, psicólogo e enfermeiro.

4.3 Participantes do estudo

A população foi composta por todos os pacientes diagnosticados com transtornos psicóticos de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) que fazem seguimento no referido

ambulatório. Para este estudo, foram estabelecidos como critérios de inclusão ter idade acima de 18 anos e diagnóstico médico de transtornos psicóticos de acordo com o DSM V. Constituíram critérios de exclusão: apresentar danos cerebrais orgânicos e retardo mental diagnosticado e registrado em prontuário de saúde.

No período de novembro de 2015 a junho de 2016 foram recrutados 99 pacientes. Desses, dez foram excluídos, por não atenderem aos critérios de seleção. Desse modo, 89 pacientes foram potencialmente elegíveis para participar do estudo, dos quais quatro se recusaram. Foram consideradas recusas os casos de pacientes que não consentiram a participação no estudo após três tentativas. Portanto, a amostra de conveniência foi constituída por 85 pacientes no PEP.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo: feminino e masculino.

Situação conjugal: com e sem companheiro.

Idade: em anos completos, calculada a partir da data de nascimento, e de acordo com as seguintes categorias: 18 a 21, 22 a 31 e acima de 32 anos.

Escolaridade: em anos completos, referida pela pessoa, e de acordo com as seguintes categorias: primeiro grau incompleto, segundo grau completo e superior completo.

Renda Familiar: valor em reais, e de acordo com as seguintes categorias: até 2.000,00 reais, de 2.000,01 a 6.000,00 e acima de 6.000,00.

Pessoas dependentes da renda familiar: em número de indivíduos, considerando as categorias: até dois, entre três e quatro e cinco ou mais.

Renda per capita: valor em reais referente à divisão entre a renda familiar e as pessoas dela dependentes.

4.4.2 Variáveis clínicas e laboratoriais

Data do PEP: a data do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos, segundo registro no prontuário de saúde.

Tempo de tratamento no APEP: considerado com base no registro do primeiro atendimento no serviço no prontuário de saúde.

Peso: em quilogramas.

Altura: em centímetros.

IMC: em quilogramas por metro quadrado.

Diagnóstico médico do paciente: considerado o registro do diagnóstico médico no prontuário de saúde de acordo com DSM V.

Síndrome metabólica: considerada a presença de três ou mais critérios relacionados com: circunferência da cintura superior a 88 cm em mulheres e 102 cm em homens; taxa de triglicerídeos maior que 150mg/dl; HDL-colesterol menor que 40mg/dl em homens ou 50mg/dl em mulheres; pressão arterial maior ou igual a 130/85 mmHg e glicose circulante maior ou igual a 100mg/dl. Para a circunferência da cintura, considerou-se a cintura em centímetros no ponto médio, entre o último arco costal e a crista ilíaca. Para a pressão arterial, utilizou-se média de duas aferições, com intervalo de 15 minutos entre ambas, de acordo com o protocolo: em sala apropriada, com o participante sentado, em repouso por pelo menos 15 minutos. Verificou-se a circunferência braquial para a escolha do tipo de manguito e, em seguida, este foi colocado dois a três cm da fossa cubital, com o centro do diafragma sobre a artéria braquial (SBC, 2010). Os valores dos exames laboratoriais foram obtidos por meio de consulta ao prontuário de saúde.

Opção terapêutica: considerado o número da combinação medicamentosa prescrita para o tratamento do paciente no APEP.

Consumo de substâncias psicoativas: consideradas aquelas registradas em prontuário de saúde e confirmadas pelo paciente e/ou familiar.

Tipo de substância psicoativa: consideradas as opções não utiliza, álcool, maconha e cigarro.

Medicamento utilizado: considerou-se aquele registrado em prontuário de saúde e confirmado pelo paciente e/ou familiar.

Quantidade de medicamento utilizado: considerado o número de medicamentos utilizados diariamente de acordo com as seguintes categorias: até um, dois ou três e quatro ou mais.

4.4.3 Variáveis relacionadas à atividade física: utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

4.4.4 Variáveis relacionadas à qualidade de vida em saúde: utilizado o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36), versão brasileira.

4.4.5 Variáveis relacionadas ao funcionamento dos pacientes: adotada a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

4.4.6 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso: utilizada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para este estudo foram utilizados cinco instrumentos de coleta de dados.

Formulário contendo as variáveis sociodemográficas (sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, renda familiar, número de pessoas dependentes da renda familiar e renda per capita) e clínicas dos pacientes (data do PEP, tempo de tratamento no APEP, peso, altura, circunferência da cintura, IMC, diagnóstico médico de acordo com o DSM V, síndrome metabólica, opção terapêutica, consumo de substâncias psicoativas, tipo de substância, medicamento utilizado, quantidade de medicamento utilizado e exames laboratoriais (triglicerídeos, HDL-colesterol, pressão arterial e glicose de jejum). (APÊNDICE A)

Cabe destacar que, segundo o protocolo de tratamento estabelecido no local do estudo, os medicamentos que compõem a primeira opção terapêutica são prescritos de acordo com o tipo de transtorno diagnosticado.

Para os **Transtornos do Espectro da Esquizofrenia** (Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Esquizofreniforme, Esquizofrenia e Transtorno delirante) e Transtornos Psicóticos secundários ao uso de substâncias psicoativas (SPA) (maconha, cocaína, crack, entre outras), o primeiro medicamento de escolha é o Haloperidol, seguido da Risperidona ou de outro antipsicótico de segunda geração.

Para os **Transtornos de Humor** (Transtorno Afetivo Bipolar e Transtornos Depressivos), o medicamento de primeira escolha, quando o diagnóstico é de episódio maníaco com sintomas psicóticos, é o Haloperidol, associado a um estabilizador de humor (carbonato de lítio ou ácido valpróico), seguido da Risperidona ou de outro antipsicótico de segunda geração associado aos mesmos estabilizadores de humor. Quando há diagnóstico de episódio depressivo com sintomas psicóticos, o primeiro medicamento de escolha é a Risperidona, associada a um antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina.

Para os **Transtornos Psicóticos secundários a outras condições médicas**, o primeiro medicamento de escolha é o Haloperidol, associado ao tratamento de outras condições médicas, seguido da Risperidona ou de outro antipsicótico de segunda geração, também associado ao tratamento de outras condições médicas.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (1998) e pelo *Center for Disease Control and Prevention* para avaliar o nível de atividade física, tendo sido validado no Brasil por Matsudo et al. (2001). Para este estudo, será utilizado o questionário no formato longo, o qual contém 27 questões relativas a atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade leve, moderada e vigorosa e duração de dez minutos contínuos, divididas em quatro categorias de atividade física, a saber: trabalho, transporte, atividades domésticas e de lazer. Para a classificação dos pacientes segundo o IPAQ foram considerados os seguintes aspectos:

Sedentário: paciente que não realiza atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;

Irregularmente ativo B: realiza atividade física, mas de maneira insuficiente, ou seja, com frequência inferior a cinco dias/semana e duração menor que 150 minutos/semana;

Irregularmente ativo A: realiza atividade física de maneira insuficiente, mas atingiu ao menos um dos critérios recomendados (frequência: cinco dias/semana ou duração: 150 minutos/semana);

Ativo: cumpre as recomendações de atividade física vigorosa por três ou mais dias/semana, com duração mínima de 20 minutos por sessão ou pratica atividade física moderada/caminhada por cinco ou mais dias/semana, com duração mínima de 30 minutos por sessão, ou realiza qualquer outra atividade, por cinco ou mais dias/semana e duração de, no mínimo, 150 minutos por semana;

Muito ativo: cumpre as recomendações de frequência de, no mínimo, cinco dias/semana de atividade física vigorosa, com duração mínima de 30 minutos por sessão, ou realiza atividade física vigorosa por pelo menos três dias/semana, com duração mínima de 20 minutos por sessão, ou pratica atividade física moderada e/ou caminhada por, no mínimo, cinco dias/semana, com duração mínima de 30 minutos por sessão. (ANEXO A)

No presente estudo, o valor do alpha de Cronbach foi de 0,713, o que confere boa consistência interna ao instrumento.

Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36) versão brasileira. Esse instrumento, construído por Ware Jr., 1992 e validado no Brasil por Ciconelli et al (1997), permite a avaliação do nível da qualidade de vida em saúde. Trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida em saúde, de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor. A pontuação varia de 1 a 2 nas questões 4 (a, b, c, d) e 5 (a, b, c), de 1 a 3 na questão 3 (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j), de 1 a 5 nas questões 1, 2, 6, 8, 10 e 11 (a, b, c, d), e de 1 a 6 pontos nas questões 7 e 9 (a, b, c, d, e, f, g, h, i). (ANEXO B)

Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF). Essa escala corresponde ao Eixo V do DSM-IV-TR e avalia o funcionamento global de pacientes quanto a: presença de sintomas, funcionamento social, ocupacional ou escolar, relações interpessoais, comportamento, capacidade de autocuidado, risco de agressão ou suicídio, pensamento e capacidade de julgamento, entre outros. A pontuação varia de 0 a 100, em que zero é o pior grau e 100 o melhor grau de funcionamento (SILVA, 2011). (ANEXO C)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Esse instrumento foi desenvolvido por Morisky, Green e Levine (1986), adaptado e validado em Portugal por Delgado e Lima (2001), apresentando boa consistência interna (coeficiente α de Cronbach de 0,74). Auxilia na identificação dos comportamentos dos pacientes quanto à sua adesão ao tratamento medicamentoso. Contém sete itens e as respostas são obtidas em uma escala ordinal que varia de nunca (1) a sempre (6). Os valores obtidos das respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, variando de 1 a 6. Em seguida, os valores maiores ou iguais a cinco serão computados como um (o que, na escala original, corresponde a aderente) e os demais serão computados como zero (não aderente na escala original), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente) (DELGADO; LIMA, 2001). (ANEXO D)

O valor do coeficiente α de Cronbach no presente estudo foi de 0,841, o que confere boa consistência interna ao instrumento.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Os pacientes foram recrutados no APEP/HCFMRP-USP. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos foram abordados antes do atendimento médico, conforme a rotina do ambulatório, e esclarecidos sobre a natureza e os objetivos do estudo. Os pacientes que concordaram em participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Agendou-se a coleta de dados conforme disponibilidade e horário dos participantes, tendo sido realizada mediante entrevista, em ambiente privativo, onde todos puderam se expressar sem interferências.

Os dados referentes aos exames laboratoriais foram obtidos do prontuário do paciente, posteriormente. No caso daqueles que não dispunham de exames laboratoriais, fazia-se contato com o médico para que os solicitasse. Os dados sobre circunferência abdominal e pressão arterial foram coletados pelo próprio pesquisador, e a AGF preenchida pela equipe médica do serviço após avaliação do paciente.

4.7 Organização dos dados para análise

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha no programa Excel em dupla digitação e, em seguida, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). A estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis do estudo. As variáveis categóricas (sexo do paciente, situação conjugal, idade, escolaridade, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar, diagnóstico médico, síndrome metabólica, opção terapêutica, consumo de substâncias psicoativas, tipo de substância, medicamento utilizado, quantidade de medicamento utilizado, níveis e tipos de atividade física e adesão aos tratamentos) foram analisadas por frequência simples. As variáveis numéricas (idade, escolaridade, renda per capita, data do PEP, tempo de tratamento no APEP, peso, altura, IMC, funcionamento global e medidas dos domínios da QVS) foram analisadas por medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão) e intervalo.

Para realizar os testes de associação, os resultados do IPAQ foram agrupados em duas categorias: ativo (para aqueles classificados como ativos ou muito ativos) e sedentário (para aqueles classificados como sedentários, irregularmente ativos A e B). O teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis categóricas síndrome metabólica, adesão ao tratamento, diagnóstico médico, ensaio clínico, uso de substâncias e níveis de atividade física. Para verificar a distribuição das variáveis numéricas, adotou-se o teste Shapiro-Wilk. Nenhuma variável apresentou distribuição normal. Desse modo, aplicou-se o teste de Mann Whitney para comparar a média entre os domínios do SF-36, funcionamento global, tempo de tratamento no APEP e níveis de atividade física.

Calculou-se o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos itens dos instrumentos MAT e IPAQ.

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para as medidas do funcionamento global e do domínio capacidade funcional. Utilizou-se a classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1980) para analisar os valores dos coeficientes de correlação, ou seja, valores menores que 0,30 indicaram correlações fracas e de pouca aplicabilidade clínica, valores entre 0,30 e 0,50, moderadas e, acima de 0,50, fortes. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$.

4.8 Aspectos éticos

O projeto recebeu, em 19 de maio de 2014, a autorização do responsável pelo Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para que fosse desenvolvido (ANEXO E). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de setembro de 2014 (of. CEP – EERP/USP 814.563, CAAE: 32683914.6.0000.5393) (ANEXO F), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como instituição coparticipante, em 01 de outubro de 2014. (ANEXO G)

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos que seriam realizados. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, e os instrumentos foram preenchidos de forma que os entrevistados não fossem identificados, a fim de assegurar o anonimato. Os participantes receberam uma cópia do TCLE e a outra ficou de posse do pesquisador (APÊNDICE B). Neste estudo, foram observadas as orientações estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos pacientes segundo as variáveis sociodemográficas

Dos 85 (100%) participantes, a maioria era do sexo masculino (57,6%) e vivia sem companheiro (81,2%). Quanto à idade, 41,2% tinham mais de 32 anos, média de 32 anos (dp=14,5) e 48,2% cursaram até o segundo grau completo. Para 62,4% dos pacientes investigados, a renda familiar média foi de R\$1.976,44 (dp=1.1572,85), sendo que a média de pessoas dela dependentes foi de 3,6 (dp=1,74) e a renda per capita média alcançou R\$630,73 (dp=R\$493,80) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Sexo			
Feminino	36(42,4)		
Masculino	49(57,6)		
Situação conjugal			
Com companheiro	16(18,8)		
Sem companheiro	69(81,2)		
Idade		32(14,5)	26(18-86)
18 a 21 anos	29(34,1)		
22 a 31 anos	21(24,7)		
Acima de 32 anos	35(41,2)		
Escolaridade			
Até 1º grau incompleto	33(38,8)		
Até 2º grau completo	41(48,2)		
Até Superior completo	11(12,9)		
continua			

continuação

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Renda familiar*		1.976,44(1.572,85)	1.500,00(0-10.000,00)
Até R\$2.000,00	53(62,4)		
R\$2.000,01 a R\$6.000,00	26(30,6)		
Acima de R\$6.000,00	1(1,2)		
Número de pessoas/renda familiar**		3,6(1,74)	3(1-9)
Até 2	23(27,1)		
3 ou 4	43(50,6)		
5 ou mais	18(21,2)		
Renda per capita		R\$630,73(R\$493,80)	R\$500,00(R\$0,00-R\$2.500,00)

*n=80, **n=84

5.2 Caracterização dos pacientes segundo as variáveis clínicas

O tempo médio do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos foi de 15,6 meses (dp=13,8), e o tempo médio de tratamento no APEP de 10,1 meses (dp=8,9). Em relação às variáveis antropométricas, obteve-se IMC médio de 26,1 kg/m² (dp=5,4). Quanto ao diagnóstico médico dos pacientes no PEP, verificou-se que 63(74,1%) tinham o registro de transtornos psicóticos no prontuário de saúde, 11 (12,9%) de transtorno bipolar com sintomas psicóticos e 11 (12,9%) de depressão maior com características psicóticas (Tabela2).

Dos pacientes investigados, apenas 21 (25,3%) apresentavam síndrome metabólica, 71 (83,5%) estavam na primeira opção terapêutica e 59 (69,4%) negaram uso de substâncias psicoativas. Entre os usuários, a substância referida como a mais utilizada foi a maconha (14,1%). Em relação ao uso de medicamentos, a maioria 44 (51,8%) utilizava de dois a três, e os antipsicóticos isoladamente eram os mais prescritos (27,7%) (Tabela2).

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo as variáveis clínicas (n=85).
Ribeirão Preto, 2016

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Data do PEP (meses)*		15,6(13,8)	14(0-46)
Tempo de tratamento no APEP (meses)		10,1(8,9)	7(0-34)
Peso		73,7(17,8)	72,0(39,2-148,5)
Altura		1,7(0,1)	1,7(1,5-1,9)
IMC		26,1(5,4)	25,8(16,8-47,4)
Diagnóstico médico			
Transtornos psicóticos	63(74,1)		
Transtorno bipolar com sintomas psicóticos	11(12,9)		
Depressão maior com características psicóticas	11(12,9)		
Síndrome metabólica**			
Sim	21(25,3)		
Não	62(74,7)		
Opção terapêutica			
Primeira	71(83,5)		
Segunda ou mais	14(16,5)		
Uso de substâncias			
Sim	26(30,6)		
Não	59(69,4)		
Tipo de substância***			
Não utiliza	59(69,4)		
Álcool	2(2,4)		
Maconha	12(14,1)		
Cigarro	7(8,2)		
Quantidade de medicamentos			
Até um	24(28,2)		
Dois ou três	44(51,8)		
continua			

continuação

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Quatro ou mais	17(20,0)		
Medicamento utilizado**			
Antipsicótico (AP)	23(27,7)		
Antidepressivo (AD)	3(3,6)		
Estabilizador de Humor (AH)	4(4,8)		
AP+AD	17(20,5)		
AP+EH	6(7,2)		
AP+AD+EH	3(3,6)		
Sedativo	1(1,2)		
AP+Sedativo	15(18,1)		
AP+outros	5(6)		
AP+AD+Sedativo	6(7,2)		

*n=79, **n=83, ***n=80

5.3 Níveis de atividade física, adesão aos tratamentos, presença de síndrome metabólica, funcionamento global e qualidade de vida em saúde dos pacientes no PEP

Quanto à classificação da atividade física pelo IPAQ, obteve-se que a maioria, 45 (54,1%), dos pacientes no PEP foi classificada como ativa. Da amostra, 72 (84,7%) foram classificados como aderentes aos tratamentos. A média de funcionamento global foi de 66,3 (dp=19,9). Em relação aos domínios referentes à qualidade de vida em saúde, obteve-se média para o domínio capacidade funcional de 83,90 (dp=19,9); limitação por aspectos físicos, 62,1 (dp=41,1); dor, 74,3 (dp=30,8); estado geral de saúde, 69,4 (dp=23,1); vitalidade, 58,4 (dp=23,5); aspectos sociais, 66,6 (dp=32,5); limitações por aspectos emocionais, 51,0 (dp=43,5) e saúde mental, 63,9 (dp=25,2) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes no PEP segundo nível de atividade física, adesão aos tratamentos, presença de síndrome metabólica, funcionamento global e domínios do SF-36 (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
IPAQ			
Sedentário	20(23,5)		
Irregularmente ativo B	15(17,6)		
Irregularmente ativo A	4(4,7)		
Ativo	45(52,9)		
Muito ativo	1(1,2)		
IPAQ Categorizado			
Sedentário	39(45,9)		
Ativo	46(54,1)		
MAT*			
Adesão	72(84,7)		
Não adesão	6(7,1)		
AGF**		66,3(19,9)	70(20-95)
SF36 Categorizado			
Capacidade funcional		83,9(20,9)	90(0-100)
Limitação por aspectos físicos		62,1(41,1)	75(0-100)
Dor		74,3(30,8)	84(0-100)
Estado geral de saúde		69,4(23,1)	75(0-100)
Vitalidade		58,4(23,5)	60(0-100)
Aspectos sociais		66,6(32,5)	75(0-100)
Limitações por aspectos emocionais		51,0(43,5)	33,3(0-100)
Saúde mental		63,9(25,2)	68(0-100)

*n=78,**n=81

Em relação à frequência de atividade física classificada pelo IPAQ, obteve-se que a caminhada foi a mais praticada pelos pacientes no PEP do referido ambulatório em diversos

momentos: durante as atividades laborais, como lazer e meio de transporte, mencionada 69 vezes; porém, apenas 20 (29,0%) daqueles que caminhavam foram classificados como ativos segundo os critérios do IPAQ. Os demais tipos de atividade física referidos como atividades laborais, de lazer e como meio de transporte foram citados 35 vezes pelos pacientes, mas apenas 11 (31,4%) deles foram classificados como ativos. A segunda maior frequência de atividade física envolveu a categoria de atividades domésticas, citada por 49 pacientes, contudo, apenas 21 (42,9%) foram classificados como ativos. A caminhada, quando analisada isoladamente na categoria de lazer, foi relatada por 26 pacientes, porém, somente sete (26,9%) incluídos nesta categoria foram classificados como ativos (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de atividade física tipo caminhada e outras modalidades nas categorias laboral, doméstica, como meio de transporte e de lazer (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	Categoria da atividade física	Ativos n(%)	Percentual total (%)	Total n
Caminhada	Laboral, transporte e lazer	20(29,0)	81,2	69
Outras atividades físicas	Laboral, transporte e lazer	11(31,4)	41,2	35
Caminhada	Lazer	7(26,9)	30,6	26
Outras atividades físicas	Lazer	5(35,7)	16,5	14
Outras atividades físicas	Doméstica	21(42,9)	57,6	49

5.4 Níveis de atividade física e fatores relacionados

Não houve associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de atividade física de pacientes no PEP (Tabela 5).

Tabela 5 - Teste de associação entre os níveis de atividade física e sexo, situação conjugal, idade, escolaridade e renda familiar de pacientes no PEP (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	Sedentário n(%)	Ativo n(%)	p-valor
Sexo			0,820*
continua			

continuação			
Feminino	16(18,8)	20(23,5)	
Masculino	23(27,1)	26(30,6)	
Situação conjugal			0,714*
Com companheiro	8(9,4)	8(9,4)	
Sem companheiro	31(36,5)	38(44,7)	
Idade (anos)			0,833*
18 a 21	12(14,1)	17(20,0)	
22 a 32	10(11,8)	11(12,9)	
Acima de 32	17(20,0)	18(21,2)	
Escolaridade			0,414*
Até 1º grau incompleto	16(18,0)	17(20,0)	
Até 2º grau completo	20(23,5)	21(24,7)	
Até superior completo	3(3,5)	8(9,4)	
Renda familiar**			0,598
Até R\$2.000,00	24(30,0)	29(36,3)	
R\$2.000,01 a R\$6.000,00	13(16,3)	13(16,3)	
Acima de R\$6.000,00	0(0,0)	1(1,3)	

*Qui-quadrado de Pearson, **n=80

Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e as variáveis síndrome metabólica, adesão aos tratamentos, diagnóstico médico, opção terapêutica e uso de substâncias. Porém, cabe destacar que a maioria dos pacientes no PEP (39,8%) classificados como ativos não apresentou SM, era aderente aos tratamentos (47,5%), tinha diagnóstico de transtornos psicóticos (40,0%), estava na primeira opção terapêutica (47,1%) e não fazia uso de substâncias (37,6%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Teste de associação entre os níveis de atividade física e a síndrome metabólica, adesão aos tratamentos, diagnóstico médico, opção terapêutica e uso de substâncias entre pacientes no PEP (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	Sedentário n(%)	Ativo n(%)	P Valor
Síndrome Metabólica***			
Sim	9(10,8)	12(14,5)	0,805*
Não	29(34,9)	33(39,8)	
MAT****			
Adesão	35(44,9)	37(47,5)	1,000*
Não adesão	3(3,8)	3(3,8)	
Diagnóstico médico*****			
Transtornos psicóticos	29(34,1)	34(40,0)	0,999**
Transtorno bipolar com transtornos psicóticos	5(5,9)	6(7,1)	
Depressão maior com características psicóticas	5(5,9)	6(7,1)	
Opção terapêutica*****			
Primeira	31(36,4)	40(47,1)	0,392*
Segunda ou outra	8(9,4)	6(7,1)	
Uso de substâncias*****			
Sim	12(14,1)	14(16,5)	1,000*
Não	27(31,8)	32(37,6)	
Total	39(45,9)	46(54,1)	

*Exato de Fisher, **Qui-quadrado de Person, ***n=83, ****n=78

Não houve diferença significativa entre o tempo de tratamento no APEP e tempo do primeiro episódio psicótico e os níveis de atividade física dos pacientes no PEP (Tabela 7).

Tabela 7 - Teste de comparação da média do tempo de tratamento no APEP e tempo do PEP entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP (n=85). Ribeirão Preto, 2016

	Tempo de tratamento APEP	p-valor	Data do PEP (meses)*	p-valor
	Média (DP)		Média (DP)	
Nível de atividade física		0,058*		0,017*
Ativo	12(8,9)		13(13,5)	
Sedentário	8(8,6)		18(13,8)	

* *U de Mann-Whitney*, **n=79

Quanto aos domínios do questionário sobre qualidade de vida em saúde - SF-36, os pacientes classificados como ativos apresentaram maiores médias para o domínio capacidade funcional em relação àqueles sedentários, e essa diferença foi significativa ($p=0,016$) (Tabela 8).

Tabela 8 - Teste de comparação da média dos domínios da SF-36 entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	Sedentário	Ativo	p-valor
	Média (DP)	Média (DP)	
Capacidade funcional	80,1(20,5)	87,1(20,9)	0,016*
Limitação por aspectos físicos	60,9(41,7)	63(41,1)	0,711*
Dor	73,5(31,1)	74,5(30,8)	0,996*
Estado geral de saúde	65,5(24,9)	72,8(21,3)	0,186*
Vitalidade	59,9(23,6)	57,1(23,6)	0,710*
Aspectos sociais	66,7(33,9)	66,6(31,7)	0,889*
Limitações por aspectos emocionais	52,1(42,4)	50(44,9)	0,748*
Saúde mental	62(25,7)	65,6(25)	0,480*

**U de Mann-Whitney*

Quanto à avaliação global do funcionamento (AGF), os pacientes no PEP classificados como ativos apresentaram maiores médias quando comparados àqueles sedentários, e essa diferença foi significativa ($p=0,011$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Teste de comparação da média do funcionamento global entre os níveis ativo e sedentário de pacientes no PEP (n=85). Ribeirão Preto, 2016

Variável	Sedentário	Ativo	P Valor
	Média (DP)	Média (DP)	
AGF	60,1(20,9)	71,5(17,6)	0,011*

*U de Mann-Whitney

O teste de Pearson foi utilizado para avaliar a correlação entre o funcionamento global descrito pela equipe médica mediante aplicação da AGF e a capacidade funcional referida pelo paciente por meio aplicação da SF-36. Houve correlação positiva, de moderada magnitude ($r=0,32$) e significativa ($p=0,010$), entre as variáveis avaliadas. (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlação entre as medidas do AGF e do domínio capacidade funcional do SF-36 e os respectivos valores de probabilidades (p) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson (n=81). Ribeirão Preto, 2016

Variável	r*	p
AGF	0,32	0,010
Capacidade funcional		

*Teste de Pearson

6. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou correlacionar os níveis de atividade física e as variáveis sociodemográficas e clínicas, qualidade de vida em saúde, funcionamento global, adesão ao tratamento e síndrome metabólica em pacientes que vivenciam o primeiro episódio psicótico. Os principais resultados mostraram que a maioria dos participantes era ativa (54,1%), não apresentava síndrome metabólica (74,7%) e obteve médias de pontuação nas subescalas de qualidade de vida de 83,9 na capacidade funcional; 62,1 na limitação por aspectos físicos; 74,3 na dor; 69,4 no estado geral de saúde; 58,4 na vitalidade; 66,6 nos aspectos sociais; 51,0 na limitação por aspectos emocionais; 63,9 na saúde mental; 66,3 na escala de avaliação global do funcionamento e era aderente aos tratamentos (84,7%). Os pacientes ativos apresentaram maiores médias para a capacidade funcional e funcionamento global em relação àqueles sedentários, e as diferenças foram significantes. Não houve associação significativa entre síndrome metabólica, variáveis sociodemográficas e clínicas, adesão aos tratamentos e os níveis de atividade física dos participantes.

Desse modo, nos estágios iniciais da psicose, os participantes apresentaram nível de atividade física com valores próximos aos da população em geral na mesma faixa etária de 18 a 24 anos (49,7%) e de 25 a 34 anos (39,3%) (BRASIL, 2013). Ainda, estudo de meta-análise que avaliou o nível de atividade física de pacientes com esquizofrenia encontrou frequência semelhante à do nosso estudo, com mais de 50% classificados como ativos (STUBBS et al., 2016). Os resultados mostraram que os pacientes no PEP apresentavam excesso de peso, com IMC médio de 26,1 e mediana de 25,8, dados semelhantes à média nacional reportada, ou seja, 49% dos adultos brasileiros apresentam excesso de peso (BRASIL, 2010).

Portanto, nos estágios iniciais dos transtornos mentais, há pouca alteração do comportamento do paciente em relação à atividade física e aos hábitos alimentares quando comparado à população em geral, o que reforça a importância da abordagem terapêutica nesta fase, a fim de minimizar futuros prejuízos decorrentes da inatividade física e do ganho de peso corporal.

O tempo médio de tratamento no ambulatório de PEP foi de 10,1 meses, e 83,5% estavam na primeira opção terapêutica, ou seja, utilizavam como antipsicótico o Haloperidol.

Quando analisados os achados do presente estudo relacionados ao baixo nível de síndrome metabólica entre os pacientes, é possível inferir estejam associados tanto com a

média de tempo de tratamento no serviço (10,1 meses), que foi baixa, quanto ao fato da maioria fazer uso dos medicamentos que compõem a primeira opção terapêutica (83,5%) adotada pelo serviço, ou seja, como antipsicótico, o Haloperidol. Destaca-se que o Haloperidol faz parte dos medicamentos antipsicóticos de primeira geração, que têm alta eficácia para o tratamento da psicose, porém podem apresentar como efeitos colaterais sintomas extrapiramidais. Quando prescritos em dosagens baixas, por exemplo 5 mg ao dia, podem ser efetivos para o controle da psicose e não causar os efeitos colaterais indesejáveis e, portanto, não gerar prejuízos aos pacientes (MCEVOY et al., 2014). Já a segunda opção terapêutica inclui os antipsicóticos de segunda geração, os quais podem desencadear efeitos indesejados como alterações metabólicas, acarretando síndrome metabólica.

Em relação ao nível ativo dos pacientes encontrado em nosso estudo, diz respeito à prática de atividade física vigorosa por três ou mais dias/semana, com duração mínima de 20 minutos por sessão, ou atividade física moderada/caminhada por cinco ou mais dias/semana, durante pelo menos 30 minutos por sessão, ou qualquer outra atividade associada e praticada por cinco ou mais dias/semana, com duração de, no mínimo, 150 minutos por semana.

Ainda segundo o instrumento IPAQ, a atividade física pode ser dividida em atividades laborais, domésticas, meio de transporte e recreacionais. Portanto, a caminhada tem um papel importante para os pacientes com transtorno mental na sua classificação como ativos, pois pode ser considerada um fator de proteção para o desenvolvimento da SM e doenças associadas (BONFIOLI et al., 2012). Além disso, estudo encontrou que ela é a atividade física preferencial de pacientes com transtornos mentais (SOUNDY et al., 2014), o que pode ser explicado pelo fato de ser utilizada como meio de transporte para essa população (VANCAMPFORT et al., 2013a) e, ainda, por se tratar de uma atividade de baixo custo e fácil execução. Nesse sentido, observa-se que a caminhada é o meio de transporte mais comum utilizado pelos pacientes do APEP, e esse dado pode estar associado à baixa renda per capita dessa clientela.

Nota-se que ela também foi a atividade física mais praticada pelos pacientes que participaram do presente estudo, tendo sido citada 69 vezes como meio de transporte, atividades laborais e de lazer, ou seja, 81,2% deles a praticavam. Porém, apenas 29% do total puderam ser classificados como ativos segundo os critérios do IPAQ. Outros tipos de atividade física foram citados 35 vezes, ou seja, 41,2% dos pacientes praticavam outras modalidades de atividades físicas como meio de transporte, atividades laborais e de lazer, dos

quais 31,4% foram classificados como ativos. Cabe destacar que as atividades domésticas foram citadas 49 vezes, ou seja, 57,6% dos pacientes realizavam trabalhos domésticos. Entretanto, 42,9% destes foram classificados como ativos. É muito importante a participação dos pacientes com transtornos mentais em atividades laborais ou domésticas, uma vez que o tratamento deve priorizar a recuperação psicossocial do paciente e não somente a remissão da doença (TOMÁS et al., 2011).

Quando analisadas apenas as atividade de lazer, a caminhada foi citada 26 vezes (31%), sendo 26,9% dos participantes classificados como ativos; já outros tipos de atividades foram mencionados 14 vezes (16,5%), sendo que 35,7% daqueles que os referiram foram classificados como ativos.

De acordo com os achados, é possível inferir que a caminhada, apesar de amplamente praticada pelos pacientes do PEP, tem uma utilidade sobretudo como meio de transporte e laboral do que como fonte de lazer. Por esse motivo, ela pode não explorar todo potencial de benefícios para a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de transtorno mental. Nesse sentido, deve-se considerar que atividades físicas escolhidas deliberadamente pelos indivíduos em seus momentos de lazer estão mais próximas de promover melhorias na sua saúde em geral e proporcionar melhor qualidade de vida (CHIU et al., 2014; GOMES et al., 2016; VANCAMPFORT et al., 2015a).

Aspecto muito importante na qualidade de vida é a funcionalidade do indivíduo no PEP (COTTON et al., 2010), a qual, neste estudo, foi avaliada por meio das medidas obtidas na aplicação do SF-36 e do preenchimento da AGF pelo médico responsável pelo serviço selecionado. Houve correlação positiva, de moderada magnitude e significativa, entre as duas medidas avaliadas, ou seja, o modo como o paciente avalia sua capacidade funcional correlaciona-se com a avaliação realizada pelo profissional, o que fortalece os resultados relacionados à descrição do funcionamento do participante.

Ainda no que se refere à funcionalidade, os achados evidenciaram que os pacientes classificados como ativos também apresentavam maiores médias para a funcionalidade global quando comparados àqueles classificados como sedentários, e essa diferença foi significativa. Há evidências de que exercícios de moderada/alta intensidade são mais benéficos para melhoria do estado de saúde geral e funcionalidade das pessoas com transtornos mentais (MORA-RODRIGUEZ et al., 2014; STUBBS et al., 2016). Há discordâncias na literatura a respeito da intensidade preferencial por parte deste público, tendo sido observado em um

estudo que a população em geral apresenta maior frequência e disponibiliza mais tempo para a prática de exercícios físicos do que os pacientes com transtornos mentais, porém, a intensidade foi a mesma para ambos (DEIGHTON; ADDINGTON, 2014). Em outra pesquisa, demonstrou-se preferência por exercícios de baixa/moderada intensidade neste grupo (STUBBS et al., 2016).

Mesmo sendo os exercícios de alta intensidade melhores do ponto de vista fisiológico, eles exigem mais presença e suporte de profissionais no acompanhamento do treinamento proposto, pois as taxas de adesão neste tipo de programa são mais baixas se não houver este suporte mais próximo (FIRTH et al., 2016). Assim, uma vez que nem sempre o acompanhamento presencial na rotina de exercícios físicos desses pacientes é possível, exercícios, mesmo em intensidades leves/moderadas, devem ser estimulados, pois favorecem a adoção de um estilo de vida mais ativo em longo prazo (BONFIOLI et al., 2012).

Em contrapartida, é importante assinalar que, por se tratar de um estudo transversal, os efeitos da funcionalidade acerca do nível ativo identificado entre os participantes também devem ser considerados. Estudo conduzido no Reino Unido demonstrou que quanto maior a funcionalidade do indivíduo, melhor sua qualidade de vida e seu processo de recuperação (FIRTH et al., 2016). Assim, pacientes com o funcionamento global preservado podem ser mais ativos devido a essa condição.

Mesmo não tendo sido encontrada associação entre síndrome metabólica e nível de atividade física no presente estudo, cabe ressaltar que esta constitui um dos principais fatores protetores contra alterações fisiológicas responsáveis pela classificação da síndrome. Quando analisados os resultados do estudo em relação à baixa frequência relacionada com a síndrome metabólica nos pacientes na fase inicial do processo de adoecimento, faz-se fundamental destacar a importância de investir em medidas que estimulem a prática de atividade física nessa clientela. Além disso, estudos mostram que o exercício físico pode atenuar os efeitos colaterais da medicação antipsicótica (BONFIOLI et al., 2012; MARSHALL et al., 2015).

Nessa direção, investigações têm ressaltado a importância de considerar alguns aspectos relacionados aos pacientes para a implantação de programas que incluam a prática de atividade física (KALTSATOU et al., 2015; VANCAMPFORT et al., 2015b; FIRTH et al., 2016; DEIGHTON; ADDINGTON, 2014). Estudos identificaram que os pacientes com transtornos mentais apresentam dificuldade para aderir à prática de atividade física e, entre os motivos identificados para tanto, destacaram-se questões culturais e o fato de não serem

consideradas as preferências pessoais em relação ao tipo de exercício (KALTSATOU et al., 2015; VANCAMPFORT et al., 2015b). Outros estudos assinalaram que aspectos como baixa autoestima, baixa confiança e pouco suporte social devem ser avaliados para o sucesso das medidas interventivas (FIRTH et al., 2016; DEIGHTON; ADDINGTON, 2014). Ainda, pacientes acometidos por transtornos mentais podem se afastar da prática de atividade física por se considerarem fora de padrões estéticos de beleza quando apresentam sobrepeso ou se julgarem incapazes de realizar tarefas físicas por sentirem dores ou terem medo de se machucar (DEIGHTON; ADDINGTON, 2014). Entretanto, o exercício físico é um dos principais aliados para aumentar a autoestima e auto percepção acerca do corpo. Porém, para que tais benefícios possam ser alcançados é necessário considerar aspectos individuais no momento de planejar programas de treinamento com vistas ao condicionamento, à diminuição dos riscos de lesões, dores e, também, para que essas pessoas se sintam mais capazes e, assim, possam elevar sua autoestima e motivação (FIRTH et al., 2016).

Estudo realizado na Bélgica para investigar os principais motivos referidos por pacientes com esquizofrenia para não participarem de um programa de atividade física pontuou a falta de motivação e de interesse (VANCAMPFORT et al., 2013b). Os autores propuseram aplicar a Teoria da Autodeterminação para auxiliar no controle desses fatores e, dessa forma, aumentar a motivação e aderência a uma rotina mais ativa.

A Teoria da Autodeterminação tem sido aplicada em vários contextos, inclusive para avaliar a atividade física. Neste caso, ela analisa o grau de motivação dos indivíduos para praticá-la em busca de satisfazer três necessidades psicológicas: autonomia, competência e relacionamentos (LONSDALE et al., 2016).

Estudo que avaliou a relação entre esta Teoria e a motivação de pacientes com esquizofrenia para a prática de atividade física identificou associação entre os sintomas negativos e uma menor motivação, que é justamente um dos tripés da Teoria da Autodeterminação para a prática de atividade física por parte desses pacientes (VANCAMPFORT et al., 2015b).

Contudo, não podemos generalizar os dados da presente investigação. Pesquisas com amostras maiores e em outras localidades devem ser realizadas, com a finalidade de melhorar o tratamento e a recuperação psicossocial dos pacientes no PEP. Porém, o presente estudo preenche uma lacuna, dado o reduzido número de investigações sobre este tema. Cabe destacar este ter sido o primeiro estudo nacional a avaliar os níveis de atividade física e sua

relação com as variáveis sociodemográficas, síndrome metabólica, qualidade de vida e funcionamento global de pacientes no PEP.

Diante do exposto, verifica-se que o estímulo para a prática de atividade física e sua adesão a ela são fundamentais nos estágios iniciais do PEP (LEE et al, 2013), momento em que a maioria dos pacientes ainda é ativa e apresenta menor prejuízo de suas capacidades funcionais (KOIVUKANGAS et al., 2010; COTTON et al, 2010).

7. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitem concluir que a maioria dos participantes era do sexo masculino e vivia sem companheiro. A média de idade foi de 32 anos e quase a metade concluiu o segundo grau.

Quanto ao nível de atividade física classificado pelo IPAQ, a maioria dos pacientes no PEP foi classificada como ativa, e os resultados obtidos pela aplicação da MAT mostraram que a maior parte era aderente aos tratamentos. Em relação à síndrome metabólica, 21 (25,3%) pacientes a apresentavam. Quanto aos domínios referentes à qualidade de vida em saúde, obteve-se média para o domínio capacidade funcional de 83,90 (dp=19,9); limitação por aspectos físicos, 62,1 (dp=41,1); dor, 74,3 (dp=30,8); estado geral de saúde, 69,4 (dp=23,1); vitalidade, 58,4 (dp=23,5); aspectos sociais, 66,6 (dp=32,5); limitações por aspectos emocionais, 51,0 (dp=43,5); e saúde mental, 63,9 (dp=25,2). A média de funcionamento global foi de 66,3.

De todas as hipóteses testadas neste estudo foi possível confirmar apenas a presença de diferenças entre o domínio capacidade funcional e o funcionamento global entre pacientes no PEP classificados como ativos e sedentários. Desse modo, aqueles classificados como ativos apresentaram maiores médias em relação ao funcionamento global quando comparados aos pacientes sedentários, e essa diferença foi significativa ($p=0,011$). Quanto aos domínios do questionário sobre qualidade de vida em saúde - SF-36, os participantes classificados como ativos apresentaram maiores médias para o domínio capacidade funcional em relação aos sedentários, e essa diferença foi significativa ($p=0,016$).

Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e as variáveis sociodemográficas, síndrome metabólica, adesão aos tratamentos, diagnóstico médico, opção terapêutica e uso de substâncias. Porém, cabe destacar que a maioria dos pacientes no PEP (39,8%) classificados como ativos não apresentou SM, era aderente aos tratamentos (47,5%), tinha diagnóstico de Transtornos Psicóticos (40,0%), estava na primeira opção terapêutica (47,1%) e não fazia uso de substâncias.

Importante ressaltar que este é o primeiro estudo conduzido no contexto brasileiro que buscou identificar a relação entre atividade física e o funcionamento de pacientes no primeiro episódio psicótico. No entanto, outras investigações dessa natureza devem ser desenvolvidas. Os achados fornecem importantes subsídios para a estruturação de medidas que incluam a

atividade física no tratamento e prevenção em Saúde Mental e, em especial, no manejo dos transtornos psicóticos em sua fase inicial.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-BAKI, A. et al. Effects of aerobic interval training on metabolic complications and cardiorespiratory fitness in young adults with psychotic disorders: a pilot study. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 149, n. 1-3, p. 112–115, sep. 2013.
- ALLISON, D. B. et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 156 n. 11, p. 1686-1696, nov. 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- AMMINGER, G. P. et al. Treated incidence in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 114, n. 5, p. 337-45, nov. 2006.
- BALDWIN, P. et al. Epidemiology of first- episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan Study at 8 years. **Schizophrenia Bulletin**, Chevy Chase, v. 31, n. 3, p. 624-638, jul. 2005.
- BIRCHWOOD, M.; MACMILLAN, F. Early intervention in schizophrenia. **The Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 27, n. 3, p. 374-78, sep. 1993.
- BONFIOLI, E. et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **BMC Psychiatry**, London, v. 12, p. 78, jul. 2012.
- BOWIE, C. R. et al. Cognitive remediation in schizophrenia: efficacy, and effectiveness patients early versus long-term course of illness. **Early Intervention in Psychiatry**, Carlton v. 8, n. 1, 32-38, feb. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brazil 2013: protective and risk factors for chronic diseases by telephone survey**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisas de orçamentos familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- BRUINS, J. et al. The effects of lifestyle interventions on (Long-Term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 12, p. e112276, 2014.

CARREIRO, S. V.; MARTINS, R. Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação após oito anos. **Revista PsiLogos**, Amadora, v. 5, n. 1, p. 98-108, 2008.

CHAVES, A. C. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl 2, p. 174-178, 2007.

CHIU, Y. et al. Leisure-time physical activity and neuropsychiatric symptoms of community-dwelling persons with cognitive impairment. **Geriatric Nursing**, New York, v. 35, n. 5, p. 345-350, sep./oct. 2014.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997. 148f. Tese [Doutorado em Medicina] - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORREL, C. U. et al. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders baseline results from the RAISE-ETP Study. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 71, n. 12, p. 1350-1363, dec. 2014.

COTTON, S. M. et al. Quality of life in patients who have remitted from their first episode of psychosis. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 121, n. 1-3, p. 259-265, aug. 2010.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, nov. 2001.

DEIGHTON, S.; ADDINGTON, J. Exercise practices of young people at their first episode of psychosis. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 152, n. 1, p. 311-312, jan. 2014.

DEL-BEN, C. M. et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, suppl 2, p. s79-s86, oct. 2010.

ELLIS, N. et al. Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. **The British Journal of Clinical Psychology**, London, v. 46, pt. 1, p. 95-111, mar. 2007.

FIRTH, J. et al. Long-term maintenance and effects of exercise in early psychosis. **Early Intervention in Psychiatry**, Carlton, sep. 2016.

FLAUM, M. A.; ANDREASEN, N. C.; ARNDT, S. The Iowa prospective longitudinal study of recent-onset psychoses. **Schizophrenia Bulletin**, Chevy Chase, v. 18, n. 3, p. 481-90, 1992.

GALLETT, C. A. et al. Cardiometabolic risk factors in people with psychotic disorders: The second Australian national survey of psychosis. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 46, n. 8, p. 753-761, aug. 2012.

GLEESON, J. M. F. et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first- episode psychosis. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 4, p.475- 483, apr. 2010.

GOMES, E. et al. Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 38, n. 2, 157-160, jan. 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **International Diabetes Federation consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**. Brussels: IDF, 2006.

KIMHY, D. et al. Aerobic exercise for cognitive deficits in schizophrenia - the impact of frequency, duration, and fidelity with target training intensity. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 172, n. 1-3, p. 213-215, apr. 2016.

KIMHY, D. et al. Aerobic fitness and body mass index in individuals with schizophrenia: Implications for neurocognition and daily functioning. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 220, n. 3, p. 784-791, dec. 2014.

KALTSATOU, A. et al. Effects of exercise training with traditional dancing on functional capacity and quality of life in patients with schizophrenia: a randomized controlled study. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 29, n. 9, p. 882-891, sep. 2015.

KOIVUKANGAS, J. et al. Physical activity and fitness in adolescents at risk for psychosis within the Northern Finland 1986 Birth Cohort. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 116, n. 2-3, p. 152-158, feb. 2010.

KOUTRA, K. et al. Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 49, n. 7, p. 1023-1036, jul. 2014.

LEE, E. H. M. et al. Impact of physical activity on functioning of patients with first-episode psychosis - a 6 months prospective longitudinal study. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 150, n. 2-3, p. 538-541, nov. 2013.

LOUZÃ NETO, M. R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl 2, p. 169-73, 2007.

LOUZÃ NETO, M. R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, suppl 1, p. 45-46, 2000.

LONSDALE, C. et al. An internet-supported physical activity intervention delivered in secondary schools located in low socio-economic status communities: study protocol for the activity and motivation in physical education (AMPED) cluster randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London, v. 16, p. 17, jan. 2016.

MALCHOW, B. et al. Effects of endurance training combined with cognitive remediation on everyday functioning, symptoms, and cognition in multiepisode schizophrenia patients. **Schizophrenia Bulletin**, Chevy Chase, v. 41, n. 4, p. 847-858, jul. 2015.

MARCOLIN, M. A.; RATZKE, R. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**: escalas de avaliação da qualidade de vida em esquizofrenia. São Paulo: Leitura Médica, 2008.

MARSHALL, M. et al. **The HELPER programme**: healthy living and prevention of early relapse - three exploratory randomized controlled trials of phase-specific interventions in first-episode psychosis. Programme Grants For Applied Research. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015.

MARTIN-SIERRA, A. et al. Walking capacity is associated with health related quality of life and physical activity level in patients with schizophrenia: a preliminar report. **Actas Españolas de Psiquiatria**, Madrid, v. 39, n. 4, p. 211-216, jul./aug. 2011.

MATSUDO, S. M. et al. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

MCEVOY, J. P. et al. Effectiveness of paliperidone palmitate vs haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia a randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 19, p. 1978-1986, may 2014.

MENEZES, P. R. et al. Incidence of first-contact psychosis. **The Brazilian Journal of Psychiatry: Supplement**, São Paulo, v. 51, p. 102-106, dec. 2007.

MGLASHAN, T. H. Is active Psychosis Neurotoxic? **Schizophrenia Bulletin**, Chevy Chase, v. 32, n. 4, p. 609-613, oct. 2006.

MORA-RODRIGUEZ, R. et al. Time-course effects of aerobic interval training and detraining in patients with metabolic syndrome. **Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases**, Heidelberg, v. 24, n. 7, p. 792-798, jul. 2014.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) (Adult Treatment Panel III). **JAMA**, Chicago, v. 285, n. 19, p. 2486-2497, may. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde**. Washington: OPAS, 2007.

PAJONK, F. G. et al. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 133-143, feb. 2010.

PAULIN, M. J. et al. Management of antipsychotic induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. **The Royal Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 41, n. 12, p. 980-989, dec. 2007.

PAYNE, J. et al. Status of first- episode of psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 14, n. 2, p. 146-149, jan. 2006.

PEDERSEN, G.; KARTERUD, S. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 53, n. 3, p. 292-298, apr. 2012.

REMYINGTON, G.; KAPUR, S. K.; ZIPURSKY, R. B. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. **The British Journal Psychiatry. Supplement**, London, v. 172, n. 33, p. 66-70, 2011.

ROSENBAUM, S. et al. Aerobic exercise capacity: an important correlate of psychosocial function in first episode psychosis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 131, n. 3, p. 234, oct. 2015.

SILVA, C. J. **Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama**. 2011. 207f. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SCHEEWE, T. W. et al. Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomized controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v. 23, n. 7, 675-685, jul. 2013.

SCHIMMELMANN, B. G. et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first episode psychosis. **Journal Clinic Psychiatry**, Memphis, v. 66, n. 10, p. 1239-1246, oct. 2005.

SCULLY, D. et al. Physical exercise and psychological well-being: a critical review. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 32, n. 2, p. 111-120, jun. 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento Oficial SBD**: n. 4. São Paulo: SBD, 2015.

SOUNDY, A. et al. The benefits of walking for individuals with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, London, v. 21, n. 9, p. 410-420, 2014.

STUBBS, B. et al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 176, n. 2-3, p. 431-440, oct. 2016.

TOMÁS, E. P. et al. Effectiveness of family work interventions on schizophrenia: evidence from a multicenter study in Catalonia. **The International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 58, n. 6, p. 587-595, nov. 2011.

TURNER, M.; SMITH-HAMEL, C.; MULDER, R. Pathways to care in a New Zealand first-episode of psychosis cohort. **The Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 40, n. 5, p. 421-428, may. 2006.

VANCAMPFORT, D. et al. Associations between physical activity and the built environment in patients with schizophrenia: a multi-centre study. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 35, n. 6, p. 653-658, nov./dec. 2013a.

VANCAMPFORT, D. et al. Health-related quality of life and aerobic fitness in people with schizophrenia. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 24, n. 5, 394-402, oct. 2015a.

VANCAMPFORT, D. et al. The functional exercise capacity is correlated with global functioning in patients with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 125, n. 5, p. 382-387, may. 2012.

VANCAMPFORT, D. et al. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 210, n. 3, p. 812-818, dec. 2013b.

VANCAMPFORT, D. et al. Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 56, p. 128-132, jan. 2015b.

WARE JR, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, jun. 1992.

WILMORE, J. H. et al. Relationship of changes in maximal and submaximal aerobic fitness to changes in cardiovascular disease and non-insulin-dependent diabetes mellitus risk factors with endurance training: the heritage family study. **Metabolism**, New York, v. 50, n. 11, p. 1255-1263, nov. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2011.

APÊNDICE A

ENTREVISTA: Dados sociodemográficos		
1. Sexo: 1 (☐) Feminino 2 (☐) Masculino	2. Idade: _____ (anos completos)	3. Escolaridade: _____ anos

4. Renda familiar: _____ (número/salário mínimo)	5: Número de pessoas que vivem com a renda familiar: _____	4. Estado civil: Com companheiro..... .0 (☐) Sem companheiro..... ..1 (☐)
5. Medicamento utilizado: 1 (☐) Antipsicótico atípico Nome: _____ 2 (☐) Antipsicótico típico Nome: _____ 3 (☐) Sedativo Nome: _____ 4 (☐) Antidepressivo Nome: _____ 5 (☐) Estabilizador de humor Nome: _____	6. Peso: _____ (kg) Altura: _____ (m) IMC: _____	7. Uso de substâncias (álcool, maconha, cocaína, crack, entre outras). 1. (☐) Sim Qual? _____ 2. (☐) Não

6 () Outro Nome: _____ —		
8. Tempo do Primeiro Episódio Psicótico: _____ (meses) Data da primeira internação: _____	9. Diagnóstico médico: _____ ____	
10. Circunferência abdominal: _____ (cm)	11. Pressão arterial: _____ / _____ mmHg	12. Glicose sanguínea: _____ mg/dL
13. Triglicerídeo: _____ ml/dL	14. HDL: _____ mg/dL	

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Paciente

Meu nome é Rodrigo Inouye Gouveia, sou educador físico e aluno de pós-graduação sob a coordenação e orientação da Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa chamada “Atividade física e o primeiro episódio psicótico”, que tem como objetivo avaliar a relação entre a atividade física e as variáveis (características sociodemográficas, qualidade de vida, sintomas psicóticos e efeitos colaterais do medicamento) em pacientes no primeiro episódio psicótico. Para isso, precisaremos nos encontrar, pelo menos uma vez, para conversarmos no local e horário que for melhor para você, por exemplo, no ambulatório, ou na sua casa. Em qualquer um dos locais escolhidos, cuidaremos para que você possa falar em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

No nosso encontro, nós precisamos que você responda a alguns instrumentos que contém questões sobre seus dados sociodemográficos como sua idade, escolaridade, sexo, renda familiar, estado civil, medicação em uso, tempo de doença e tempo de início do tratamento, nível de exercício físico que realiza, como está sua qualidade de vida, nível de estresse, sintomas da doença. Também, iremos verificar o seu peso, sua altura, o tamanho da sua barriga e sua pressão arterial. O tempo estimado para responder esses instrumentos e coletar as outras informações é de mais ou menos 40 minutos. Além disso, precisarei consultar seu prontuário para obter dados dos exames laboratoriais (resultados do nível de açúcar no sangue e colesterol) e pedimos a sua permissão. Todas as informações que nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será garantido sigilo assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é seu nome não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a você, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado dos profissionais de saúde aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da sua participação nessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso você poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. Você não precisa responder perguntas que não queira. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o seu tratamento no ambulatório. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das

instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se você concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. Você receberá uma via original assinada desse Termo assinada pelos pesquisadores. Se tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco por meio do endereço ou telefone abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16)3602-3386, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900-Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira por dias úteis no horário das 8:00 às 17:00h. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16)3602-3439 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900-Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____

Pesquisadores responsáveis

Rodrigo Inouye Gouveia

email: rod_inouye@yahoo.com.br

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

email: carolzan@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo com a participação em um encontro para responder aos instrumentos. Durante minha participação, sei que vou falar sobre meus dados sociodemográficos e compromisso com o meu tratamento. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência para mim. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via original deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Nome do participante

Assinatura do paciente

Data

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Data

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

ANEXO A**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ).****Nome:** _____ **Data:** ____/____/____**Idade :** ____ **Sexo:** F () M ()**Você trabalha de forma remunerada:** () Sim () Não.**Quantas horas você trabalha por dia:** ____**Quantos anos completos você estudou:** ____**De forma geral sua saúde está:** () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

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

Para responder as questões, lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluem trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Essas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não - **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1d.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c.**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

2c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da última semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense *somente* naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA**() Nenhum - **Vá para questão 3c.**

3b. Nos dias em que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3e.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas** **no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4c**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4e.**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

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.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____horas _____minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia do fim de semana**?

_____horas _____minutos

ANEXO B

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.

Nome:

Função exercida no trabalho:

Há quanto exerce essa função:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Essas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividades rigorosas que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3

d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se e ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
I. Andar um quarteirão.	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas que gostaria?	1	2
c. Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos amigos ou em grupos?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas quatro semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade e de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5

c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO C

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional como fazendo parte de um continuum hipotético de saúde-doenças mentais. Não incluir a deficiência do funcionamento devida a limitações físicas (ou ambientais).

Funcionamento superior num largo espectro de atividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.	100-----91 <input type="text"/>
Ausência ou sintomatologia mínima (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de atividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia (por exemplo, discussão ocasional com familiares).	90-----81 <input type="text"/>
Se estiverem presentes sintomas, estes representam razões transitórias e esperadas a fatores de estresse psicossocial (por exemplo, dificuldades em concentrar-se depois de uma discussão familiar); apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).	80-----71 <input type="text"/>
Alguma sintomatologia leve (por exemplo, humor deprimido e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio familiar), mas bastante bom no funcionamento de uma maneira geral, algumas relações interpessoais significativas.	70-----61 <input type="text"/>
Sintomatologia moderada (por exemplo, afeto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, poucos amigos, incapaz de manter um emprego).	60-----51 <input type="text"/>
Sintomatologia grave (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer deficiência no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter um emprego).	50-----41 <input type="text"/>
Algumas deficiências em testes de realidade ou na comunicação (por exemplo, o discurso é, por vezes, ideológico, obscuro ou irrelevante) OU deficiência maior em várias áreas, tais como trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamentos ou humor (por exemplo, homem deprimido que evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; é frequente a criança espancar outras mais novas, ter uma atitude de desafio em casa e mau rendimento escolar).	40-----31 <input type="text"/>
O comportamento é consideravelmente influenciado por atividade delirante ou alucinações OU grave deficiência na comunicação ou nos juízos (por exemplo, por vezes incoerente, atua com rudeza despropositadamente, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas (por exemplo, fica na cama todo o dia; não tem trabalho, nem casa, nem amigos).	30-----21 <input type="text"/>
Algum perigo de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, tentativas de suicídio sem esperar claramente a morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU não consegue ocasionalmente manter a higiene mínima pessoal (por exemplo, suja-se com fezes) OU acentuada deficiência na comunicação (por exemplo, muito incoerente na expressão oral).	20-----11 <input type="text"/>
Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal OU suicida grave esperando claramente a morte.	10-----1 <input type="text"/>
Informações insuficiente	0

ANEXO D

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para a sua doença?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

ANEXO E

Autorização do ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico

AUTORIZAÇÃO

Estou ciente da realização do projeto de pesquisa "Atividade física e o primeiro episódio psicótico" dos pesquisadores Rodrigo Inouye Gouveia e Ana Carolina Guidorizzi Zanetti nas dependências do Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto como instituição co-participante. Este projeto tem como objetivo avaliar a relação entre a atividade física e as variáveis (características sociodemográficas, qualidade de vida, sintomas psicóticos e efeitos colaterais do medicamento) em pacientes no primeiro episódio psicótico.

Ribeirão Preto, 19 de Maio de 2014

Prof.ª Dr.ª Cristina Marta Del-Ben
Depto de Neurociências e
Ciências do Comportamento
FMRP/USP

Prof.ª Dr.ª Cristina Marta Del-Ben
Responsável pelo Ambulatório de Primeiro
Episódio Psicótico do HCFMRP-USP

ANEXO F

Aprovação do comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico

Pesquisador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32683914.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 814.563

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Avaliação de resposta de pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação a data de início da coleta de dados, a pesquisadora, em ofício enviado ao CEP, esclarece que "a data e referente ao tempo de implantação do ambulatório e não estava relacionada ao início da coleta de dados do projeto em questão". Além disso, no cronograma apresentado no formulário (Informações básicas do Projeto) a coleta de dados será realizada de 22/09/2014 a 22/06/2015.

Quanto ao TCLE, houve inserção do seguinte trecho (devidamente grifado na nova versão): "Também, iremos verificar o seu peso, sua altura, o tamanho da sua barriga e sua pressão arterial."

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 814.563

O tempo estimado para responder esses instrumentos e coletar as outras informações é de mais ou menos 40 minutos. Além disso, precisarei consultar seu prontuário para obter dados dos exames laboratoriais (resultados do nível de açúcar no sangue e colesterol) e pedimos a sua permissão").

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências observadas no Parecer anterior foram abordadas apropriadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 01 de Outubro de 2014

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO G

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico
Pesquisador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 32683914.6.3001.5440
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.236
Data da Relatoria: 01/10/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência dos responsáveis pelos locais de coleta no HCFMRP-USP.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 818.236

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

RIBEIRAO PRETO, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO		CEP: 14.048-900
Bairro: MONTE ALEGRE		
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO	
Telefone: (16)3602-2228	Fax: (16)3633-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br