UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEONARDO PERACINI MICHEL

**O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes
no primeiro episódio psicótico**

RIBEIRÃO PRETO

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEONARDO PERACINI MICHEL

**O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes
no 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.

Área de concentração: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a Dra Ana Carolina Guidorizzi Zanetti.

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Michel, Leonardo Peracini

O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico. Ribeirão Preto, 2019.

91 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. Estresse Percebido. 3. Ambiente Familiar. 4. Psicose. 5. Funcionalidade.

APRESENTAÇÃO

Desde criança sempre tive muito acesso a prática de atividade física, meu pai, que foi jogador profissional de futebol, foi um grande incentivador. Sempre participei com afinco nos campeonatos, competições estudantis e principalmente nas peladas de rua. O processo de graduação em Educação Física teve seu início na minha infância, afinal, desenvolver aptidões físicas e padrões motores específicos, leva muito mais do que quatro anos de estudo.

No ano de 1998, ingressei na Faculdade de Educação Física e apreendi muito sobre Fisiologia do Exercício, Anatomia, Biomecânica – cheguei a ganhar prêmios por publicações em congressos científicos, porém, algo me incomodava, todas as temáticas sempre foram muito limitadas ao físico e aos processos motores – confesso que ainda não fazia ideia do quanto os processos psicológicos e neurofisiológicos estariam ligados diretamente a minha formação e propósito profissional – mesmo parecendo algo obvio.

Após a formação em Educação Física, e atuação no mercado de trabalho, ingressei na formação Psicanalítica, porém, ainda carregava dentro de mim, aquela insatisfação, hoje, mais clara, manifestada na forma de algumas provocações: Porque a adesão aos programas de treinamento físico é tão baixa? Se a ciência já comprovou importantes benefícios da adesão em programas de treinamento físico no campo da saúde, econômico e social, porque muitas pessoas ainda não estão sendo beneficiadas? Qual é a natureza da atividade física e sua relação no jogo da vida? Naturalmente, para mim, as respostas a essas perguntas sempre serão insuficientes, porém, tenho o dever de me esforçar para avançar, sempre, pois nesses últimos anos, tenho dedicado meus estudos a entender as relações entre um programa de treinamento físico, seus aspectos psicológicos e a vida de qualidade.

No ano de 2015, o diálogo com meu amigo e pesquisador Rodrigo Inouye Gouveia, que estava no início de um projeto, orientado pela Prof^a. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, docente da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com o projeto Atividade Física e o Primeiro Episódio Psicótico aos pacientes atendidos no ambulatório Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi elemento desencadeador para a busca do Programa de Pós – Graduação- Nível Mestrado. Quando o aluno Rodrigo comentou sobre o seu objeto de investigação, imediatamente, e muito entusiasmado, solicitei a ele se poderia participar, e como poderia contribuir com o

referido projeto. Em poucos dias já havia conversado com a Prof^a. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti e fiz minha inscrição no processo seletivo do Programa de Pós – Graduação- Nível Mestrado e dei início ao projeto denominado O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico.

Essa foi a oportunidade que eu esperava para aprofundar meus estudos sobre os processos cognitivos e sua interação com o corpo físico, ao lado de profissionais *com expertise* no tema e apoio de uma grande instituição, bem como, participar e contribuir ativamente de um projeto inovador, em nível ambulatorial. – confesso que não poderia ser melhor.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre os níveis de emoção expressa (EE) e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Espero atender as expectativas daqueles que diretamente depositaram a confiança no meu trabalho e contribuir para que futuras pesquisas e projetos avancem na área da promoção de saúde mental e física.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela luta cotidiana durante os momentos de sofrimento, e por olharem sempre dentro dos meus olhos afirmando que seria capaz de realizar meus sonhos e que conseguiria ajudar centenas de milhares de pessoas.

À Cristiane Peracini, pelos profundos laços que conseguimos criar ao longo de muitos anos. Ao amor que reproduziu o que temos de mais valioso no mundo, nosso filho Miguel Peracini.

Ao meu amigo e companheiro de profissão, Adonis Carnevale, por me acompanhar e ajudar incessantemente em cada dia de coleta, tornando a trajetória mais leve e menos sofrida. Um brinde ao seu entusiasmo pela ciência e por contagiar todos que estão a sua volta.

Ao meu amigo e também companheiro de profissão Rodrigo Inouye, pela oportunidade de apresentar seu projeto de pesquisa e fazer o convite para que acompanhasse todas as etapas, incentivando a continuar o que estava sendo realizado.

A todos meus amigos que me amam e aos que foram e estão sendo tolerantes a mim.

À minha orientadora Prof^a Dra Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, por essa incrível oportunidade de crescimento, de contribuição social. Sinto-me honrado, privilegiado e seguro por ser liderado por uma pessoa com tanta maturidade e inteligência na condução deste projeto – serei eternamente grato!

À enfermeira Miyeko Hayashida e ao estatístico Jonas Bodini Alonso, pelo apoio e orientação no processo de análise dos dados quantitativos.

Aos queridos pacientes e profissionais do ambulatório do Primeiro Episódio Psicótico, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a paciência durante a coleta de dados e serei eternamente grato por cada momento que fui apresentado com suas histórias de vida. Seria impossível descrever aqui o que foi cristalizado dentro de mim. Espero que os resultados deste estudo possam contribuir para orientar, subsidiar abordagens terapêuticas e aliviar o peso de tanto sofrimento.

A todos os colegas e professores dos grupos de estudo que participei ao longo destes últimos anos. Foi muita gentileza da parte de todos me aceitarem e contribuírem de forma tão objetiva e valiosa com cada orientação.

Agradeço a gentileza dos professores em me convidar para proferir palestras as turmas de Graduação, Grupos de Estudos e Ligas Acadêmicas da Universidade.

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

MICHEL, L. P. **O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico.** 2019. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O presente estudo teve como objetivo analisar os níveis de emoção expressa (EE) e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Estudo quantitativo, transversal, 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 e seus familiares. Para coleta de dados foram utilizados um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), Escala de Estresse Percebido (PSS), Family Questionnaire - Versão Português do Brasil (FQ-VPB) e o Inventário de Sobrecarga do Cuidador (ZBI). Os pacientes foram entrevistados para obtenção dos dados referentes ao formulário e aplicação do IPAQ e da PSS e os familiares foram entrevistados para obtenção dos dados do formulário e aplicação do FQ-VPB e do ZBI. A estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis do estudo. As variáveis categóricas foram analisadas por frequência simples. As variáveis numéricas foram analisadas por medidas de tendência central, dispersão e intervalo. Foi utilizada a regressão logística e a variável desfecho foi o nível de Atividade Física. A seleção das variáveis independentes do modelo foi realizada através do teste da Razão de Verossimilhança. Foram calculadas as respectivas razões de chances (OR) com o respectivo Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0.05$). Os resultados mostraram que os pacientes cujos familiares apresentaram maior pontuação para sobrecarga tem menores chances de serem classificados como ativos. Para cada ponto a mais no escore de sobrecarga a chance de ser classificado como ativo aumenta em 0,92 vezes, ou de forma equivalente, uma redução de 8% na chance do paciente ser classificado como ativo. Em relação ao nível de superenvolvimento emocional (SEE), tem-se que para cada ponto a mais na subescala de SEE a chance de o paciente ser classificado como ativo aumenta em 1,15 vezes. Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e estresse percebido. Assim, os resultados podem fornecer subsídios importantes para os profissionais de saúde na identificação dos fatores relacionados ao ambiente familiar que podem agregar valor à qualidade de vida e na promoção de medidas preventivas e de intervenção aos pacientes no PEP.

Palavras-chave: Atividade física. Estresse Percebido. Ambiente Familiar. Psicose. Funcionalidade.

ABSTRACT

MICHEL, L. P. The family environment, the perceived stress and the physical activity level of patients in the first psychotic episode. 2019. 82 f. Thesis (Master's degree) – Nursing school of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The actual study had the objective to analyze the relationship between the levels of expressed emotion (EE) and the family overburden and the levels of physical activity and perceived stress of patients in the first psychotic episode. This is a quantitative, cross-sectional study, performed by The First Psychotic Episode ambulatory of the Hospital das Clínicas of the Medicine School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo. The convenience sample was constituted by 85 patients and their families. For the data gathering it was used a form which had information regarding socio-demographic and clinical data, the International Questionnaire of physical activity (IPAQ), Scale of Perceived Stress (PSS), Family Questionnaire – Portuguese version from Brazil (FQ-VPB) and the Caregiver's overburden inventory (ZBI). The patients were interviewed to obtain the data referred to the forms and to apply the IPAQ and the PSS and the family members were interviewed to obtain data from the forms and to apply the FQ-VPB and the ZBI. The descriptive statistic was used for all the variables in the study. The categorical variables were analyzed through the simple frequency. The numerical variables were analyzed through measurements of central tendency, dispersion and interval. Logistic regression was used and the end-point variable of the study was the level of Physical Activity. The selection of the independent variables from the model was made through the test of the likelihood-ratio. They were calculated both the respective Odds Ratio (OR) with the respective confidence interval (IC) of 95%. In all analysis the significance level adopted was 5% ($\alpha=0.05$). The results showed that patients whose families presented the biggest overburden score have the smallest chances of being classified as active. For each additional point in the overburden score the chance to be classified as active increases in 0,92 times, or in an equivalent way, a reduction of 8% in the chance of the patient to be classified as active. In relation to the level of emotional super-involvement (SEE), it has been for each one increased point in the subscale of SEE the chance of the patient to be classified as active increases in 1,15 times. There wasn't significant association between the levels of physical activity and the perceived stress. Thereby, the results can provide important subsidies to health Professionals to identify the factors related to the family environment that can aggregate value to the life quality and the promotion of preventive and interventional measurements to patients in PEP.

Key-words: Physical Activity. Perceived Stress. Family Environment. Psychosis. Functionality.

RESUMEN

MICHEL, L. P. El ambiente familiar, el estrés percibido y el nivel de actividad física de pacientes en el primero episodio psicótico. 2019. 82 f. Tesis (de maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre los niveles de emoción expresa (EE) y sobrecarga de los familiares y los niveles de actividad física y estrés percibido de pacientes en el primero episodio psicótico. Estudio cuantitativo, transversal, realizado en el ambulatorio de Primero Episodio Psicótico en el Hospital de las Clínicas da Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. La muestra por conveniencia fue constituida por 85 pacientes y sus familiares. Para la colecta de datos fueron utilizados un formulario conteniendo datos sociodemográficos y clínicos, el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), Escala de Estrés Percibido (PSS), Family Questionnaire – Versión Portugués de Brasil (FQ-VPB) y el Inventario de Sobrecarga del Cuidador (ZBI). Los pacientes fueron entrevistados para la obtención de los datos referentes al formulario y aplicación del IPAQ y de la PSS y los familiares fueron entrevistados para la obtención de los datos del formulario y aplicación del FQ-VPB y del ZBI. La estadística descriptiva fue utilizada para todas las variables del estudio. Las variables categóricas fueron analizadas por frecuencia simple. Las variables numéricas fueron analizadas por medidas de tendencia central, dispersión e intervalo. Fue utilizada la regresión logística y la variable producto del estudio fue el nivel de Actividad Física. La selección de las variables independientes del modelo fue realizada a través del test de la Razón de Verosimilitud. Fueron calculadas las respectivas razones de chances (OR) con el respectivo Intervalo de Confiabilidad (IC) de 95%. En todos los análisis el nivel de significancia adoptado fue de 5% ($\alpha = 0.05$). Los resultados mostraron que los pacientes cuyos familiares presentaron mayor puntuación para sobrecarga tiene menores chances de ser clasificados como activos. Para cada punto además en el marcador de sobrecarga la chance de ser clasificado como activo aumenta en 0,92 veces, o de forma equivalente, una reducción de 8% en la chance del paciente ser clasificado como activo. En relación al nivel de superenvolvimiento emocional (SEE), tenemos que para cada un punto más en la subescala de SEE la chance del paciente ser clasificado como activo aumenta 1,15 veces. No hubo asociación significativa entre los niveles de actividad física y estrés percibido. Así, los resultados pueden ofrecer subsidios importantes para los profesionales de salud en la identificación de los factores relacionados al ambiente familiar que pueden agregar valor a la cantidad de vida en la promoción de medidas preventivas y de intervención a los pacientes en el PEP.

Palabras clave: Actividad física. Estrés Percibido. Ambiente Familiar. Psicosis. Funcionalidad.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e classificação segundo níveis de Emoção Expressa, Comentários Críticos, Superenvolvimento Emocional e Sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto – SP, 2019.	32
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e estresse percebido (n=85), Ribeirão Preto, 2019. .	34
Tabela 3 - Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de atividade física dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto-SP 2019.....	35
Tabela 4 - Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos familiares e o nível de atividade física dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto-SP, 2019.	37
Tabela 5 - Teste de comparação de medianas entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e escores de estresse percebido dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto, 2019.	38
Tabela 6 - Teste de comparação de média entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e escores de SEE, CC e sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP segundo os níveis de atividade física (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019.	39
Tabela 7 - Regressão logística múltipla para o nível de superenvolvimento emocional e sobrecarga familiar, (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019	39
Tabela 8 - Razão de chances (OR) para o nível de superenvolvimento emocional e nível de sobrecarga familiar (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019	40

LISTA DE SIGLAS

ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
AF	Atividade Física
APEP	Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CC	Comentários Críticos
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.
DP	Desvio Padrão
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EE	Emoção Expressa
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FQ-VPB	<i>Family Questionnaire</i> - Versão Português do Brasil
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MET	Equivalente metabólico da tarefa
PEP	Primeiro Episódio Psicótico
PSS	Escala de Estresse Percebido
SEE	Superenvolvimento Emocional
SF	Sobrecarga Familiar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
ZBI	Inventário de Sobrecarga do Cuidador

SÚMARIO

APRESENTAÇÃO	4
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. MÉTODO	24
3.1 Tipo de estudo	24
3.2 Local do estudo	24
3.3 Participantes do estudo	24
3.4 Variáveis do estudo	25
3.4.1 Variáveis sociodemográficas dos familiares	25
3.4.2 Variáveis sociodemográficas dos pacientes	25
3.4.3 Variáveis clínicas dos pacientes	26
3.4.4 Variáveis relacionadas à atividade física:	26
3.4.5 Variáveis relacionadas ao estresse percebido:	26
3.4.6 Variáveis relacionadas ao ambiente familiar:	26
3.5 Instrumentos de coleta de dados	27
3.6 Procedimentos de coleta de dados	29
3.7 Organização dos dados para análise	30
3.8 Aspectos éticos	31
4. RESULTADOS	32
4.1 Caracterização dos familiares segundo as variáveis sociodemográficas, níveis de Emoção Expressa, Comentários Críticos, Superenvolvimento Emocional e Sobrecarga.	32
4.2 Caracterização dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e níveis de atividade física e estresse percebido	33
4.3 Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de atividade física dos pacientes no PEP.	35

4.4 Relação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos familiares e níveis de atividade física dos pacientes no PEP.....	36
4.5 Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e escores de estresse percebido dos pacientes no PEP	37
4.6 Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas e escores de SEE, CC e sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP segundo os níveis de atividade física de pacientes no PEP...	38
5. DISCUSSÃO	41
6. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE	56

1. INTRODUÇÃO

Recentemente houve aumento progressivo de investimentos em estudos envolvendo o primeiro episódio psicótico (PEP) (GOUVEA et al., 2014; KOUTRA et al., 2014; JONGSMA et al., 2018). O PEP é caracterizado pela fase inicial da manifestação da psicose, momento em que ocorre arrefecimento do funcionamento do indivíduo (GOUVEA et al., 2014). Desse modo, ampliar e aprofundar estudos sobre a fase inicial da psicose pode contribuir para a identificação de vários fatores biopsicossociais que podem ocasionar ou resultar em pior evolução do paciente, e, assim, garantir um melhor prognóstico (IENCIU et al., 2010).

A psicose é definida pela presença proeminente de delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade (APA, 2013). Os critérios utilizados para a definição do primeiro episódio psicótico são controversos, porém para a maioria dos pesquisadores o PEP refere-se à primeira visita ao serviço de saúde do paciente devido à presença de sintomas psicóticos (DEL-BEN et al., 2010; MENEZES et al., 2007).

Ainda que se reconheça sua importância, no Brasil, há poucos estudos e dados epidemiológicos disponíveis sobre o PEP (CARREIRO, MARTINS, 2008; GOUVEA et al., 2014). Estudo realizado na cidade de São Paulo mostrou que a incidência de PEP é de 15,8/100.000 pessoas ao ano (MENEZES et al., 2007). Estudo recente conduzido em 26 municípios da região administrativa de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo mostrou uma incidência de 21 novos casos por 100 mil habitantes por ano (JONGSMA et al., 2018). A incidência do PEP varia segundo o sexo, sendo que a incidência em homens é de 16,7 por 10.000 pessoas por ano e, em mulheres de 8,1 por 10.000 pessoas ao ano (CARREIRO, MARTINS, 2008). De modo geral, o PEP ocorre durante a adolescência e início da idade adulta, período caracterizado por transformações em diversos âmbitos da vida, sendo que 40% dos casos se iniciam entre os 15 e 18 anos (KOUTRA et al., 2014; GIACON, GALERA, 2013).

O PEP tem repercussões significativas para os indivíduos e gera uma série de mudanças na dinâmica familiar. A família tem um papel relevante no processo de

tratamento dos pacientes. Desse modo, o ambiente familiar configura-se como uma variável importante para o prognóstico do paciente no PEP.

Os principais estudos que abordam o ambiente familiar estão relacionados ao conceito de Emoção Expressa (EE) e sobrecarga familiar (ELOIA et al., 2014). EE é uma medida qualitativa do número de emoção tipicamente exposta no ambiente familiar, no dia a dia, pela família ou cuidadores (VAUGHN; LEFF, 1976; WILLETTS; LEFF, 1997). Esse conceito refere-se à qualidade da interação social entre os membros de uma família, ou seja, aos sentimentos que os familiares expressam em relação ao paciente psiquiátrico. O conceito de EE surge a partir de observações clínicas referentes aos comentários críticos (CC), hostilidade e superenvolvimento emocional (SEE) (ZANETTI et al., 2012; WILLETTS; LEFF, 1997). A variável CC refere-se à avaliação negativa da conduta do paciente. Já a variável SEE, aos sentimentos e atitudes de auto sacrifício e superproteção dos familiares em relação ao paciente. A hostilidade é uma terceira variável, geralmente associada aos CC e à avaliação negativa do paciente como pessoa (ZANETTI et al., 2012; VAUGHN; LEFF, 1976).

Ao longo dos anos, vários estudos conduzidos sobre o ambiente familiar com pacientes com transtorno mental mostraram que níveis elevados de EE tem influência negativa no prognóstico do paciente (BREITBORDE et al., 2009; BUTZLAFF; HOOLEY, 1998).

Estudo recente de revisão de literatura sobre o ambiente familiar de pacientes no PEP e os níveis de EE e seus componentes mostrou que, em Milano, na Itália, a prevalência de EE elevada foi da ordem de 35% e o SEE, a característica mais proeminente (MENEGHELLI et al., 2011). Em Londres, a taxa de EE elevada foi de 44%, sendo que 33% apresentaram nível elevado de CC e 22% nível elevado de SEE (RAUNE et al., 2004). Na Finlândia, os níveis elevados de EE foram de 40%, SEE 24% e CC 17% (HEIKKILA et al., 2002). Porém, estudos conduzidos na Alemanha, Espanha, Suíça e Austrália mostraram níveis elevados de EE superiores a 50%, sendo 52,5%, 53%, 66% e 73,5%, respectivamente, reforçando a relevância do estudo a EE nos diferentes contextos culturais (GONZÁLEZ- BLANCH et al., 2010; BACHMANN et al., 2002; MCNAB; et al., 2007; BARRELET et al., 1990).

Outro componente importante na avaliação do ambiente familiar são os níveis de sobrecarga vivenciada pelos familiares. O termo sobrecarga familiar, refere-se ao impacto

causado nos familiares pela convivência com o paciente, sobretudo em relação aos aspectos emocionais e econômicos. (HANSEN, 2014). Nessa direção, a sobrecarga familiar divide-se em duas categorias: objetiva e subjetiva. A objetiva está relacionada às demandas concretas, tais como o excesso de tarefas, o aumento nos gastos financeiros, privação de atividades destinadas ao lazer, alterações na saúde física e mental do cuidador, entre outras. A subjetiva refere-se ao universo dos sentimentos, dentre eles destacam-se os sentimentos de culpa, frustração, impotência, desamparo entre outros (HANSEN, 2014; KATE, 2013).

Também, ao considerar as repercussões do ambiente familiar na evolução dos pacientes no PEP faz-se necessário investigar outros fatores que podem influenciar mutuamente, e assim, propor estratégias para melhorar o prognóstico dos pacientes.

Nessa vertente, a literatura mostra que a exposição ao estresse está associada ao desenvolvimento, início e recaídas em pacientes com transtornos psicóticos (ALLOT et al., 2015). O termo estresse denota um estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, principalmente, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas alterações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e psicológicos. O termo estressor define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse (MARGIS et al., 2003). Existem três maneiras de medir o nível de estresse (COHEN, WILLIAMSON, 1988). A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira, pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores. Essa percepção individual de estresse, ou melhor, o estresse percebido, é definido como o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes (LUFT, et al., 2007).

Em pacientes psicóticos o estresse percebido, ou seja, o grau em que os eventos de vida são avaliados como estressantes pode sofrer influência dos fatores ambientais e psicológicos, incluindo os níveis de EE dos familiares, apoio social, autoestima, resiliência e auto eficácia (ALLOT et al., 2015). Elevados níveis de estresse percebido, estão diretamente associados com desequilíbrios fisiológicos, como altos níveis de cortisol, triglicérides, interleucina-6, entre outros (GOLDMAN, et al., 2005). Por outro lado, pode-se hipotetizar que o estresse percebido pelos pacientes pode ter impacto no

nível de sobrecarga vivenciada pelos seus familiares, uma vez que o estresse percebido tem repercussões negativas no prognóstico do paciente.

Pessoas com transtornos psicóticos apresentam reatividade emocional a estressores da vida diária (ALLOT et al., 2015). Além disso, níveis elevados de estresse percebido têm sido associados a um aumento da sintomatologia psiquiátrica (ALLOT et al., 2013). Desse modo, o estresse percebido pelos pacientes no PEP pode influenciar seu nível de atividade, dentre elas o envolvimento destes pacientes com a atividade física. A associação entre a prática de atividade física e um melhor padrão de saúde foi confirmada em diversos estudos, assim como sua relação inversa com a mortalidade (SKINNER, et al., 1966, CASPERSEN, et al., 1991, GORDON, et al., 1983, MATSUDO & MATSUDO, 2000;PAFFENBARGER, et al., 1991).

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resultam em dispêndio de energia acima dos níveis basais. O exercício físico é definido uma atividade física que é planejada, estruturada e repetida e tem por finalidade ou objetivo intermediário a melhora ou manutenção do condicionamento físico (ROBERT & ROBERGS, 2002). O treinamento físico é o uso repetido do exercício para melhorar a aptidão física (ROBERT & ROBERGS, 2002). É uma atividade sistemática de longa duração, progressiva, persistente, que visa à modulação de funções fisiológicas e psicológicas, com repetição sistemática de movimentos que produzem reflexos de adaptação morfológica e funcional com o objetivo de aumentar o rendimento num determinado espaço de tempo, o desenvolvimento físico, ético, moral, espiritual e as qualidades volitivas como a força de vontade, a perseverança, a coragem e prioritariamente a saúde do praticante (BARBANTI, 2001).

Nessa direção, o treinamento físico é a melhor forma de considerar os efeitos salutareos para o indivíduo e sociedade, advindos da pratica sistematizada dos exercícios físicos, pois melhora o rendimento, e a desaceleração da velocidade de envelhecimento de forma a melhorar, ou, pelo menos, manter o rendimento físico e a motivação para a vida (BARBANTI, 2001). Uma das características mais marcantes de um programa de treinamento físico é a facilidade com que podem ser adaptados à condição física individual, possibilitando até mesmo o treinamento de pessoas extremamente debilitadas.

Estudo conduzido na Austrália no ano de 2000 identificou as principais doenças e condições relacionadas à inatividade física, e quantificou a relação entre a prevalência de

inatividade física e o risco associado de morbidade e mortalidade por doença, atribuível à população. Os resultados revelaram que para cada aumento de 1% no nível de atividade física da população adulta, haveria uma economia associada de sete milhões de dólares em custos potenciais de tratamento de infarto agudo de miocárdio, derrame cerebral, diabetes Mellitus, câncer de cólon e de mama, e depressão (STEPHENSON et al., 2000).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2010) aponta a inatividade física como o quarto fator de risco que mais leva a mortalidade no mundo, ou seja, por 6% das mortes. As diretrizes do *American College of Sports Medicine* (ACSM) no que se refere à prática de atividade física (AF), no mundo, recomenda que indivíduos adultos devam realizar AF por 30 minutos ou mais com intensidade moderada por pelo menos cinco dias por semana, ou 20 minutos de AF de intensidade vigorosa por pelo menos três dias por semana, além das atividades da vida diária (BLAIR SN, 2004). Outra proposta para alcançar a recomendação do ACSM refere-se a uma combinação de exercícios moderados e vigorosos correspondente a um consumo de 450 a 750 do Equivalente Metabólico da Tarefa (MET) em minutos por semana (considerando-se que 1 MET, ou equivalente metabólico da tarefa, corresponde ao consumo de 3,5 ml de oxigênio para cada kg de massa corporal a cada minuto) (BLAIR SN, 2004, HASKELL WL, 2007).

O Brasil adota a recomendação da Organização Mundial da Saúde (2010) que recomenda aos indivíduos adultos à prática de pelo menos 150 minutos por semana de AF moderada ou 75 minutos por semana de AF vigorosa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, sem determinação de frequência semanal. Todavia torna-se necessário estabelecer um método objetivo para a mensuração da atividade física para se estabelecer a extensão da relação entre a atividade física, a saúde e a doença.

Entre os métodos de mensuração do nível de atividade física destaca-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Esse questionário foi inicialmente proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, em abril de 1998 (MATSUDO, SANDRA et al., 2001). Como parte da Organização Mundial da Saúde, no Brasil, o Comitê Internacional em Atividade Física e Saúde (CELAFISCS) foi um dos 12 centros selecionados para o desenvolvimento do IPAQ, além da Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos (MATSUDO, SANDRA et al., 2001).

O IPAQ é um instrumento que permite realizar a classificação dos níveis de atividade física em sedentário, que considera o indivíduo que não realiza atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana; irregularmente ativo B, aquele indivíduo que realiza atividade física, mas de maneira insuficiente, ou seja, realiza atividade física com frequência menor que cinco dias/semana e com duração menor que 150 minutos/semana; irregularmente ativo A, aquele indivíduo que realiza atividade física de maneira insuficiente, mas que atingiu ao menos um dos critérios recomendados (frequência: cinco dias/semana ou duração: 150 minutos/semana); ativo, aquele indivíduo que 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 e; muito ativo, que 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.

No entanto, é possível perceber que ainda os estudos que relacionam o nível de atividade física e a saúde em pacientes psíquicos são escassos (SCHEEWE et al, 2012; KIMHY et. al., 2015).

Estudo conduzido em Nova York, EUA, investigou os efeitos do exercício aeróbico em 33 indivíduos com esquizofrenia. Nesse estudo os participantes foram subdivididos em dois grupos intervenção e controle. O grupo intervenção realizou três sessões de treinamento aeróbico, por uma hora na semana, durante 12 semanas e o grupo controle, não recebeu intervenção. Os resultados apontaram que o grupo intervenção apresentou melhora na aptidão aeróbia em 18% e em 15,1% na neurocognição em relação ao grupo controle (KIMHY et. al., 2015).

Outro estudo, realizado na Holanda, examinou o efeito do exercício versus terapia ocupacional em saúde mental e física em pacientes com esquizofrenia. Nessa direção, examinou se um programa de exercícios aeróbicos era eficaz para melhorar a capacidade cardiovascular em pacientes com esquizofrenia e evitar comorbidades. Sessenta e três pacientes com esquizofrenia foram distribuídos aleatoriamente em dois subgrupos. Um

grupo (n=31) realizou duas horas de exercício estruturado por semana e outro (n=32) que participou apenas de atividades de terapia ocupacional também por duas horas por semana. A intervenção teve duração de seis meses para os dois grupos. Os resultados mostraram que os pacientes do grupo que realizou exercícios estruturados obtiveram efeitos significativos sobre os sintomas depressivos e aptidão cardiovascular em comparação com o grupo que realizou a terapia ocupacional. Assim, os participantes do grupo de exercícios estruturados reduziram os sintomas da esquizofrenia ($p=0,001$), depressão ($p=0,012$), necessidade de cuidados ($p=0,050$) e aumentaram a aptidão cardiovascular ($p<0,001$). Também houve uma redução na tendência de triglicerídeos ($p=0,08$) em comparação aos participantes da terapia ocupacional (SCHEEWE et. al, 2012).

Outros estudos realizados com a finalidade de examinar as intervenções de exercício físico em pessoas com esquizofrenia mostraram que 90 minutos de exercício aeróbico com intensidade moderada a vigorosa, com três sessões de treinamento por semana, melhora a aptidão aeróbia e o funcionamento (VANCAMPFORT, D. et. al., 2012, ARMSTRONG, H.F et. al., 2016., KIMHY, D et. al., 2016). Porém, estima-se que 75% dos pacientes com esquizofrenia não se engajam em um programa de treinamento físico a fim de experimentar melhoras em sua saúde (FAULKNER G, COHN T, REMINGTON G., 2006).

Pacientes no PEP que vivem sozinhos ou com isolamento tem maiores chances de serem sedentários, com presença de comorbidade cardiometabólicas, efeitos colaterais de medicamentos antipsicóticos e desenvolverem a crença de que um programa de treinamento físico não gera benefícios a sua saúde (MC CORMICK BP et al, 2009, VANCAMPFORT, D. et. al., 2012).

Por outro lado, há escassez de estudos que investigaram a relação entre o ambiente familiar, o nível de atividade física e o estresse percebido de pacientes no PEP. Assim, ao considerar que a prática de atividade física tem efeito na regulação dos hormônios relacionados ao estresse e proporciona maior interação social aos sujeitos envolvidos, acredita-se que investigar a relação entre estas variáveis trará evidências científicas para melhor entendimento da problemática e sua relação no ambiente familiar de pacientes no PEP.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar os níveis de EE e sobrecarga de familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no PEP. Esse estudo poderá fornecer subsídios importantes para os profissionais de saúde na identificação dos fatores relacionados ao ambiente familiar que podem agregar valor a qualidade de vida e na promoção de medidas preventivas e de intervenção aos pacientes no PEP.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os níveis de EE e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os familiares segundo as variáveis sociodemográficas, níveis de Emoção Expressa, Comentários Críticos, Superenvolvimento Emocional e Sobrecarga;

Caracterizar os pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e níveis de atividade física e estresse percebido;

Relacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas dos familiares e níveis de atividade física dos pacientes no PEP;

Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e escores de estresse percebido dos pacientes no PEP;

Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas e escores de SEE, CC e sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP segundo os níveis de atividade física de pacientes no PEP.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo e transversal, pois o grupo foi examinado em um determinado momento no tempo, sem período de acompanhamento. As possíveis relações de causa e efeito foram inferidas a partir de associações entre as variáveis do estudo (HULLEY et al., 2003).

3.2 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 é uma unidade ambulatorial para atendimento especializado de PEP. Desde abril de 2012 são acompanhados no APEP aproximadamente três casos novos por semana e 15 pacientes em seguimento todas às terças-feiras. O tratamento é ofertado aos pacientes com sintomas psicóticos com idade superior a 12 anos e residentes em um dos 26 municípios da Direção Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto - SP. O atendimento é realizado por médicos contratados, médicos residentes da psiquiatria, supervisores, psicólogos e enfermeiros.

3.3 Participantes do estudo

A população foi constituída por todos os pacientes com diagnóstico de transtornos psicóticos de acordo com o DSM V registrados em prontuário de saúde, em seguimento no referido ambulatório e seus familiares. Atualmente, o serviço oferece atendimento para aproximadamente 160 pacientes no PEP. Também, foram incluídos os casos novos. Estabeleceram-se como critérios de inclusão os pacientes com diagnóstico de transtornos psicóticos de acordo com o DSM V registrados em prontuário de saúde. Foram excluídos os pacientes com danos cerebrais orgânicos e retardo mental diagnosticado e registrado em prontuário de saúde.

Critérios de inclusão dos familiares: familiares de pacientes que conviviam no domicílio do paciente há mais de seis meses. O tempo de convivência foi estabelecido baseado na experiência dos pesquisadores com familiares de pacientes com psicose. Foram excluídos os familiares que referiram apresentar diagnóstico de transtorno mental e os que participam ou já participaram da intervenção individual às famílias realizada no ambulatório.

No período de 01 julho de 2017 a 28 de fevereiro de 2018 foram convidados 129 pacientes e familiares para participarem do estudo. Desses, seis foram excluídos, por não atenderem aos critérios de seleção, 38 recusaram participar do estudo após três tentativas. Desse modo, foram incluídos 85 pacientes e seus respectivos familiares. Portanto, a amostra de conveniência foi constituída por 85 pacientes e seus familiares que atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para este estudo.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 Variáveis sociodemográficas dos familiares

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.

Vínculo com o paciente: foi considerado o grau de parentesco com o paciente (pais, esposo (a), irmãos, filhos e outros)

3.4.2 Variáveis sociodemográficas dos pacientes

Sexo: feminino e masculino.

Raça: Branca, mulata e negra.

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 médio em reais.

Número de pessoas vivendo com a renda familiar: média de pessoas.

3.4.3 Variáveis clínicas dos pacientes

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.

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

3.4.4 Variáveis relacionadas à atividade física:

Utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

3.4.5 Variáveis relacionadas ao estresse percebido:

Utilizou-se a Escala de Estresse Percebido (PSS).

3.4.6 Variáveis relacionadas ao ambiente familiar:

Utilizou-se o *Family Questionnaire* - Versão Português do Brasil (FQ-VPB) e o Inventário de Sobrecarga do Cuidador (ZBI). Variáveis: emoção expressa, comentários críticos, superenvolvimento emocional e sobrecarga familiar.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

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

Formulário contendo as variáveis sociodemográficas dos familiares (sexo, idade, escolaridade, vínculo e estado civil) e sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, raça, escolaridade, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar e estado civil) e também clínicas do paciente (data de início no APEP, diagnóstico médico, tempo do PEP e opção terapêutica). (APÊNDICE A e B)

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 e validado no Brasil por Matsudo et al. (2001). Para este estudo, foi utilizado o questionário no formato longo, o qual contém 27 questões relativas à atividade física realizada 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.

Family Questionnaire - Versão Português do Brasil (FQ-VPB): instrumento desenvolvido na Alemanha, por Georg Wiedemann e colaboradores (2002), adaptado e validado no Brasil por Zanetti e colaboradores (2013). Este questionário contém 20 itens, subdivididos em dois domínios: Comentários Críticos (CC) (10 itens – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) e Superenvolvimento Emocional (SEE) (10 itens – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) e foi aplicado nos familiares. Os itens dos dois domínios, CC e SEE refletem diferentes situações que os familiares utilizam para enfrentar os seus problemas no cotidiano. Para o preenchimento do questionário, os familiares devem assinalar com que frequência eles lidam com os pacientes no PEP em determinadas situações. As respostas são computadas em uma escala Likert de quatro pontos nos quais os itens de respostas variam de muito raramente (1) e raramente (2) a quase sempre (3) e sempre (4). Os familiares são classificados com alta emoção expressa quando os valores obtidos alcançam 23 ou mais pontos no domínio CC, ou 27 ou mais no domínio SEE, com intervalo possível para cada domínio de 10 a 40. No teste de avaliação da consistência interna da versão em português do instrumento o valor do α de Cronbach encontrado foi de 0,861 para o domínio CC e 0,655 para o domínio SEE (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012; ZANETTI et al., 2013). (ANEXO B)

Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale - PSS): este instrumento foi desenvolvido por COHEN e colaboradores (1983) e traduzido, adaptado e validado para o português do Brasil por LUFT e colaboradores (2007). Foi aplicado aos pacientes, possui 14 questões com opções de respostas que variam de zero a quatro (0=nunca;

1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) tem sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. (ANEXO C)

Inventário de Sobrecarga do Cuidador (ZBI) desenvolvida por Zarit & Zarit em 1987. Esse inventário foi traduzido para o português por Scazufca (2002). Em 2004, Taub e colaboradores avaliaram sua confiabilidade em familiares de pacientes com demência. Esses estudos mostraram que a versão brasileira do Inventário de Sobrecarga do Cuidador é um instrumento padronizado, válido e confiável para ser utilizado como uma medida da sobrecarga dos cuidadores. A escala reflete a percepção do cuidador quanto à saúde, vida pessoal e social, situação financeira, bem-estar pessoal e de relações interpessoais, desse modo será aplicado nos familiares selecionados para o estudo. O Inventário de Sobrecarga do Cuidador é composto por 22 questões, sendo que as respostas variam em uma escala ordinal de nunca (0) a quase sempre (4). Na última questão os escores são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (3), muito (3), extremamente (4). O escore global varia entre zero e 88 e quanto maior o escore maior a percepção de sobrecarga. A classificação segue os escores: ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21), sobrecarga moderada a leve (escores entre 21 e 40), sobrecarga moderada a severa (escores entre 41 a 60), sobrecarga intensa (escores superiores a 61) (ZARIT, 1987). (ANEXO D)

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Os pacientes e seus familiares foram recrutados no APEP/HCFMRP-USP. Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos foram abordados antes do atendimento médico do paciente conforme a rotina do ambulatório. Para aqueles que concordaram em participar após os esclarecimentos sobre a natureza e os objetivos do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi agendada conforme disponibilidade e horário dos pacientes e seus familiares, separadamente, mediante entrevista, em ambiente privativo, onde puderam emitir suas respostas sem interferências. Os pacientes foram entrevistados para obtenção

dos dados referentes ao formulário e aplicação do IPAQ e da PSS. Já aos familiares foram entrevistados para obtenção dos dados do formulário e aplicação do FQ-VPB.

Cabe ressaltar que além das etapas percorridas pelo presente projeto, também foi utilizado parte do banco de dados provenientes de outros dois projetos de pesquisa já aprovados por esse Comitê de Ética: “Emoção expressa e sobrecarga de familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados” (CAAE-28246014.4.0000.5393) e “Atividade física e o primeiro episódio psicótico” (CAAE-32683914.6.0000.5393).

3.7 Organização dos dados para análise

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha no programa Excel em dupla digitação e, em seguida, transportado para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). A estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis do estudo. As variáveis categóricas (familiar: sexo, situação conjugal, vínculo, idade, escolaridade, comentários críticos, superenvolvimento emocional e sobrecarga familiar – paciente: sexo, raça, situação conjugal, idade, escolaridade, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar, diagnóstico médico, níveis de atividade física, níveis de estresse percebido) foram analisadas por frequência simples. As variáveis numéricas (idade, escolaridade, renda per capita, data do PEP, tempo de tratamento no APEP,) foram analisadas por medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão) e intervalo.

Na Regressão Logística, a variável desfecho do estudo foi o nível de Atividade Física, avaliado pelo instrumento IPAQ; classificado como Ativo (Ativo ou Irregularmente Ativo A) ou Sedentário (Sedentário ou Irregularmente Ativo B). Como variáveis independentes foram utilizadas as escalas de Emoção Expressa (EE), dado pelos domínios Comentários Críticos (CC) e Superenvolvimento Emocional (SEE), e de Sobrecarga ZARIT.

Também como variáveis independentes foram utilizadas Idades do Familiar e Idade do Paciente (ambas em anos), Sexo do Familiar e do Paciente (Masculino ou Feminino), Escolaridades do Familiar e Paciente (ambas em anos de estudo), Situação Conjugal Familiar e do Paciente (Com ou Sem Companheiro), Raça (Branco ou Não

Branco), Número de Moradores, Vínculo com o Doente (Pais ou Outros) e Diagnóstico (Psicose Afetiva ou Não Afetiva).

O Fator de Inflação da variância (VIF) para verificar a presença de Multicolinearidade entre as variáveis independentes do modelo. Valores maiores que 10 indicam presença de Multicolinearidade (MONTGOMERY, PECK E VINING, 2001). A seleção das variáveis independentes do modelo foi realizada através do teste da Razão de Verossimilhança. A variável com pior desempenho (maior p-valor) é removida do modelo e um novo ajuste sem a variável é realizado. O procedimento foi repetido até que permaneçam somente variáveis significantes.

Foram calculadas as respectivas razões de chances (OR) com o respectivo Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0.05$). O programa utilizado foi o R (R Core Team, 2018) versão 3.5.1.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi autorizado pelo responsável pelo Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO E). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 dezembro de 2017 (of. CEP – EERP/USP 814.563, CAAE: 77417717.6.0000.5393) (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 11 de dezembro de 2017. (ANEXO G)

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos 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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficou de posse do pesquisador (APÊNDICE C, D e E). Neste estudo, foram observadas as orientações estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos familiares segundo as variáveis sociodemográficas, níveis de Emoção Expressa, Comentários Críticos, Superenvolvimento Emocional e Sobrecarga.

Dos 85 familiares participantes, 77,6% eram do sexo feminino, com média de idade de 44,2 anos (DP=12,9), média de anos de estudo de 9,5(DP=4,9), 32,9% viviam com companheiro e 50,6% eram mães. A renda familiar média foi R\$1.923,54 (DP=1330,01) e o número de pessoas que vivem com a renda foi em média de 3,6 (DP=1,4). A maioria dos familiares de pacientes no PEP apresentou níveis elevados de EE (80,0%). Para o componente CC a média foi de 22,9(DP=8,4) e para o SEE, de 30,4(DP=5,8). A média da Sobrecarga Familiar foi de 32,6(DP=16,8) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e classificação segundo níveis de Emoção Expressa, Comentários Críticos, Superenvolvimento Emocional e Sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto – SP, 2019.

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Sexo			
Feminino	66(77,6)		
Masculino	19(22,4)		
Idade (anos)*		44,2(12,9)	46,0(16,0-72,0)
Escolaridade (anos)		9,5(4,9)	10,0(0,0-19,0)
Situação conjugal			
Com companheiro	28(32,9)		
Sem Companheiro	57(67,1)		
Grau de parentesco			
Mãe	43(50,6)		
Esposo	12 (14,1)		
Irmão	10 (11,8)		
Filho	7 (8,2)		
Pai	5(5,9)		
Outro	8 (9,4)		
Renda familiar (reais)		1.923,74(1330,01)	1.500,00(5.700,00)

Número de pessoas/renda familiar		3,6(1,4)	3,0(1,0-8,0)
Tempo de convivência com o paciente (horas/dia)		15,2 (7,5)	12,0 (5,0-24,0)
EE			
Elevada	68(80,0)		
Baixa	17(20,0)		
CC		22,9 (8,4)	23,0(10,0-40,0)
Elevado			
Baixo	43 (50,6)		
	42(49,4)		
SEE		30,4(5,8)	31,0(16,0-40,0)
Sobrecarga Familiar		32,6(16,8)	31,0(6,0-74,0)
Ausente	23(27,1)		
Moderada a leve	35(41,2)		
Moderada a severa	20(23,5)		
Intensa	7(8,2)		

DP: desvio padrão; EE: emoção expressa; CC: comentários críticos; SEE: superenvolvimento emocional.

4.2 Caracterização dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e níveis de atividade física e estresse percebido

A maioria dos pacientes no PEP era do sexo masculino (61,2%), raça branca (57,6%) e vivia sem companheiro (94,1%). A média de idade foi de 29,0(DP=12,2) e a média de anos de estudo foi de 10,9(DP=4,6). O tempo médio do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos foi de 14,0 meses (DP=12,7), e o tempo médio de tratamento no APEP foi de 11,0 meses (DP=10,8). Quanto ao diagnóstico médico dos participantes, verificou-se que 58(70,7%) tinham o registro de transtornos psicóticos no prontuário de saúde. Quanto à classificação da atividade física pelo IPAQ, 36,9% dos participantes foram classificados como ativos. A média de estresse percebido foi de 29,7(DP=8,1) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes no PEP segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e estresse percebido (n=85), Ribeirão Preto, 2019.

Variável	n(%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)
Sexo			
Masculino	52(61,2)		
Feminino	33(38,8)		
Raça			
Branca	49(57,6)		
Pardo	26(30,6)		
Negra	9(10,6)		
Amarelo	1(1,2)		
Estado Civil			
Sem companheiro	80(94,1)		
Com companheiro	5(5,9)		
Idade		29,0(12,2)	24,0(16,0-62,0)
Escolaridade		10,9(4,6)	11,0(0,0-30,0)
Data do PEP (meses)		14,0(12,7)	10,0(1,0-51,0)
Tempo de tratamento no APEP (meses)		11,0(10,8)	7,0(1,0-42,0)
Diagnóstico médico			
Transtornos psicóticos	58(70,7)		
Transtorno bipolar com sintomas psicóticos	13(15,9)		
Transtorno psicótico induzido por substâncias psicoativas	4(4,9)		
Outros	6(8,5)		
IPAQ			
Sedentário		20(23,5)	
Irregularmente ativo B		23(27,1)	
Irregularmente ativo A		10(11,8)	
Ativo		31(36,5)	
Muito ativo		1(1,2)	
IPAQ Categorizado			
Sedentário		53(63,1)	
Ativo		32(36,9)	
Estresse percebido		29,7(8,1)	30,0(8,0-56,0)

DP: desvio padrão; PEP: Primeiro Episódio Psicótico; APEP: Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico; IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física.

4.3 Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de atividade física dos pacientes no PEP.

Dos 85(100%) pacientes no PEP obteve-se que a maioria, 35 (66%) era do sexo masculino e foram classificados como sedentários. Dos 53(63,1%) pacientes classificados como sedentários, 50 (94%) viviam sem companheiro. Dos 32(36,9%) pacientes ativos fisicamente, 29 (93%) viviam sem companheiro. De acordo com a cor/etnia e classificação segundo o IPAQ, 29 (54%) foram classificados brancos e sedentários e 19 (61%) brancos e ativos. Do total de pacientes sedentários 53(63,1%), 38 (71,7%) foram diagnosticados com psicose não afetiva. Dos pacientes ativos 32 (36,9%), 16 (51,6%) foram diagnosticados com psicose não afetiva. O teste de associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de atividade física dos pacientes no PEP não apresentou significância estatística (Tabela 3).

Tabela 3 - Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de atividade física dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto-SP 2019.

Pacientes	Sedentário (n= 53)	Ativo (n= 32)	
	n (%)	n (%)	p valor
Sexo			0,191*
Masculino	35 (66)	16 (51)	
Feminino	18 (34)	15 (48)	
Situação conjugal			1,000**
Sem companheiro	50 (94)	29 (93)	
Com companheiro	3 (5)	2 (6)	
Cor/Etnia			0,557*
Branco	29(54)	19 (61)	
Não branco	24 (45)	12 (38)	
Diagnóstico médico			0,064*
Psicose não afetiva	38 (71,7)	16 (51,6)	
Psicose afetiva	15 (28,3)	15 (48,4)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher; p<0,05.

4.4 Relação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos familiares e níveis de atividade física dos pacientes no PEP.

A maioria dos familiares dos pacientes classificados como sedentários 42 (79%) era do sexo feminino, 37 (69%) viviam sem companheiro e dos 32(60%) familiares de pacientes considerados ativos fisicamente, 20 (64%) também viviam sem companheiro. Em relação ao vínculo familiar relacionados aos pacientes sedentários, 32 (60%) eram pais, enquanto que 16 (51%) dos pacientes ativos, o vínculo familiar foi classificado como outros. O teste de associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas dos familiares e os níveis de atividade física dos pacientes no PEP não apresentou significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 - Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos familiares e o nível de atividade física dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto-SP, 2019.

Familiares		Nível de AF dos pacientes		p valor
		Sedentário (n= 53) n (%)	Ativo (n= 32) n (%)	
Sexo				0,593**
	Masculino	11 (20)	8 (25)	
	Feminino	42(79)	23 (74)	
Situação Conjugal Familiar (vive com companheiro)				0,616*
	Não	37 (69)	20 (64)	
	Sim	16 (30)	11 (35)	
Vínculo familiar				0,285*
	Outros	21 (39)	16 (51)	
	Pais	32 (60)	15 (48)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher; p<0,05; AF: Atividade Física.

4.5 Relação das variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e escores de estresse percebido dos pacientes no PEP

A totalidade dos pacientes investigados apresentou mediana de idade de 24 anos, e escolaridade de 11 anos de estudo e foram classificados como ativos e sedentários. A mediana relacionada ao tempo do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos foi de 10 meses para os pacientes considerados fisicamente ativos e 11 meses para os pacientes sedentários e o tempo médio de tratamento no APEP de oito meses para os pacientes ativos e sete para os sedentários. O nível de estresse percebido para os pacientes ativos foi de 29,9 e para os sedentários 29,3. Não houve associação

significante entre nível de estresse percebido e nível de atividade física de pacientes no PEP (Tabela 5).

Tabela 5 - Teste de comparação de medianas entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, níveis de atividade física e escores de estresse percebido dos pacientes no PEP (n=85), Ribeirão Preto, 2019.

	Nível de AF dos pacientes		
	Sedentário (n= 53)	Ativo (n= 32)	p valor
	Mediana (IQR)	Mediana (IQR)	
Idade (anos)	24 (20)	24 (20)	0,908
Escolaridade (anos)	11 (9)	11 (8)	0,751
Tempo de PEP (meses)	10 (3)	11 (5)	0,907
Tempo de tratamento (meses)	8 (1)	7 (1)	0,861
Estresse Percebido	29,9 (9,2)	29,3 (6,2)	0,771

Teste Mann Whitney; $p < 0,05$; IQR: Amplitude Interquartil; AF: Atividade Física; PEP: Primeiro Episódio Psicótico.

4.6 Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas e escores de SEE, CC e sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP segundo os níveis de atividade física de pacientes no PEP.

Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e os escores de SEE e CC. Cabe destacar que 17 (36.9%) dos pacientes no PEP foram classificados como fisicamente ativos e 6 (29.9%) como sedentários, sendo que esses níveis de atividade física apresentaram significância estatística ($p < 0,002$) em relação a sobrecarga dos familiares (Tabela 6).

Tabela 6 - Teste de comparação de média entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e escores de SEE, CC e sobrecarga dos familiares de pacientes no PEP segundo os níveis de atividade física (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019.

Familiares	Nível de AF dos pacientes		p valor
	Sedentário (n= 53) média (DP)	Ativo (n= 32) média (DP)	
CC	21 (17)	23 (15)	0,893
SEE	30.8 (5)	29.9 (6)	0,510
Sobrecarga Familiar	36.9 (17)	25.3 (13)	0,002
Escolaridade Familiar	10(7)	11(7)	0,703
Tempo de Convivência (horas/dia)	24 (12)	24 (10)	0,520
Renda familiar	1500 (1000-2850)	1500 (1000-2500)	0,940
Número de pessoas que vivem com a mesma renda familiar	4 (3)	3 (3)	0,782
Idade Familiar	45 (11)	42 (15)	0,402

Teste t de *Student*; p<0,05; SEE: Superenvolvimento Emocional; CC: Comentários Críticos; AF: Atividade Física

As variáveis incluídas na análise de regressão logística foram aquelas que mostraram uma possível associação com os resultados (Tabela 7).

Tabela 7 - Regressão logística múltipla para o nível de superenvolvimento emocional e sobrecarga familiar, (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019

	Estimativa	Erro padrão	Valor z	Pr(> z)
(Intercept)	-2,0161	1,4322	-1,4077	0,1592
SEE	0,1368	0,0630	2,1733	0,0298
Sobrecarga Familiar	-0,0861	0,0257	-3,3478	0,0008

SEE: Superenvolvimento Emocional

Os pacientes no PEP no convívio de familiares com maiores escores de sobrecarga familiar tem menor chance de serem classificados como ativos. Para cada ponto a mais no escore de sobrecarga familiar a chance de ser classificado como ativo aumenta em 0,92

vezes, ou de forma equivalente, uma redução de 8% na chance de o paciente ser classificado como ativo. Em relação ao nível de SEE, tem-se que para cada ponto a mais na subescala de SEE a chance de o paciente ser classificado como ativo aumenta em 1,15 vezes (Tabela 8)

Tabela 8 - Razão de chances (OR) para o nível de superenvolvimento emocional e nível de sobrecarga familiar (n=85), Ribeirão Preto - SP, 2019

	crude.OR.95.CI.	crude.P.value	adj.OR.95.CI.	P.Wald.s.test.
Superenvolvimento				
Emocional	0.97 (0.9,1.05)	0,5050	1.15 (1.01,1.3)	0,0300
Sobrecarga Familiar	0.95 (0.92,0.98)	0,0040	0.92 (0.87,0.96)	0,0010

5. DISCUSSÃO

Esse estudo analisou os níveis de EE e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Cabe destacar, que este estudo, quando avaliado do vértice da análise das variáveis, suas relações e população estudada, é inovador na literatura científica, e contribui para o avanço do conhecimento da temática atividade física e saúde mental.

Os resultados mostraram que os familiares eram, predominantemente, do sexo feminino (77,6%), mães (50,6%), com média de idade de 44,19 anos, média de 9,47 anos de estudo, com companheiro (32,9%) e media de convivência com o paciente ao dia é de 15,2 horas. A maioria dos familiares (80%) foi classificada com elevado nível de Emoção Expressa, 50,6% com elevado nível de Comentários Críticos, 74,1% com elevado nível de Super Envolvimento Emocional e 41,2% apresentaram nível moderado de Sobrecarga familiar.

Em relação aos pacientes com PEP, a maioria era do sexo masculino (61,2%), raça branca (57,6%) e vivia sem companheiro (94,1%). A média de idade foi de 29,0 anos e a média de anos de estudo foi de 10,91. O tempo médio do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos foi de 14,04 meses, e o tempo médio de tratamento no APEP foi de 11,04 meses. Quanto ao diagnóstico médico dos pacientes no PEP, verificou-se que (70,7%) tinham o registro de transtornos psicóticos no prontuário de saúde. Quanto à classificação do nível de atividade física pelo instrumento IPAQ, 36,9% dos participantes foram classificados como ativos. A média de estresse percebido foi de 29,67.

As características sociodemográficas e clínicas dos pacientes no PEP no presente estudo estão em consonância aos estudos da literatura (CARREIRO; MARTINS, 2008; PAYNE et al., 2006; TURNER; SMITH-HAMEL; MULDER, 2006).

No que se refere à classificação do nível de atividade física, obteve-se nível ativo dos pacientes 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 relacionada e praticada por cinco ou mais dias/semana, com duração de, no mínimo, 150 minutos por semana.

Ao analisar os resultados referentes à classificação do nível de atividade física segundo o IPAQ, a atividade física pode ser subdividida em atividades laborais, domésticas, meio de transporte e de recreação. Estudos indicam que o exercício aeróbico leva a melhoria tanto na aptidão aeróbia quanto no funcionamento cognitivo dos indivíduos no PEP (VANCAMPFORT, D. et. al., 2012, ARMSTRONG, H.F et. al., 2016., KIMHY, D et. al., 2016).

Há evidências também 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). Portanto, espera-se que o volume e intensidade do exercício sejam considerados nos programas para os pacientes no PEP com vistas ao seu funcionamento global, além de constituir em uma modalidade de baixo custo e fácil execução para os pacientes.

Por outro lado, os exercícios de alta intensidade do ponto de vista fisiológico, exigem presença e suporte de profissionais de saúde no acompanhamento do treinamento proposto, pois as taxas de adesão são mais baixas quando não há suporte próximo (FIRTH et al., 2016). Assim, ao considerar que nem sempre é possível o acompanhamento presencial dos profissionais de saúde aos pacientes em um programa de exercícios físicos, mesmo em intensidades leves/moderadas, eles devem ser estimulados, pois a adoção de um estilo de vida mais ativo em longo prazo é recomendável e pode melhorar o seu estado de saúde (BONFIOLI et al., 2012).

Os pacientes no PEP que tem vínculo com familiares com maior nível de sobrecarga familiar tem menor chance de serem classificados como ativos. Para cada ponto a mais no escore de sobrecarga a chance de ser classificado como ativo aumenta em 0,92 vezes, ou de forma equivalente, uma redução de 8% na chance de o paciente ser classificado como ativo.

Nessa direção, ao considerar a importância da sobrecarga familiar na saúde e prognóstico dos pacientes no PEP espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar direcionado para além da patologia do paciente, ou seja, para o ambiente familiar. Os profissionais de educação física ao elaborar programas de treinamento físico devem além de considerar as características dos pacientes no PEP, a situação metabólica e

funcional, importantes como preditores individuais, incluir o ambiente familiar no planejamento das atividades.

Ao analisar os pacientes no PEP classificados como sedentários, é preciso reconhecer que no Brasil, desde 2002, a taxa de sedentarismo teve um aumento superior a 15%. Estudo realizado, em 2016, que analisou 358 pesquisas em 168 países mostrou que 1,9 milhões de indivíduos e aproximadamente 47% dos brasileiros são sedentários, respectivamente (GUTHOLD, R. et. al., 2018). Portanto, o nível de sedentarismo encontrado no presente estudo pode refletir as taxas encontradas no Brasil. A inatividade física é considerada o quarto fator de risco que mais leva a mortalidade no mundo, respondendo por 6% das mortes (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Estudos mostram que populações vulneráveis vivendo em áreas mais pobres tendem permanecer mais tempo na posição sentada e tem menor nível de atividade física o que pode constituir em fator de risco para a sua saúde no futuro (LINDGREN M. et. al., 2016). Esse dado pode estar relacionado à renda familiar, encontrada no presente estudo, ou seja, média mensal de R\$: 1.923,74 reais para uma média de 3,62 pessoas. A baixa escolaridade dos familiares também pode sugerir uma situação econômica desfavorável. No Brasil, existe uma maior probabilidade de utilização do serviço público por indivíduos com menos escolaridade e menor renda familiar per capita (RIBEIRO ET AL., 2006).

Em relação ao escore relacionado ao SEE, tem-se que para cada ponto a mais na subescala de SEE a chance de o paciente ser classificado como ativo aumenta em 1,15 vezes.

Estudo de revisão mostrou que as interações entre o paciente e a família são diferentes dependendo da cultura. Na Índia o SEE pode ser entendido como um comportamento habitual e a sua ausência é identificada como uma negligência ao cuidado (BHUGRA; MCKENZIE, 2003). No México, culturalmente, os familiares são incentivados a mostrar maior grau de envolvimento emocional nas questões familiares (BHUGRA; MCKENZIE, 2003). Já no Egito, os estudos mostram que os pacientes toleram níveis mais elevados de críticas do que aqueles de países ocidentais. Nessa perspectiva, a crítica é um componente aceitável nas relações interpessoais nesse país (BHUGRA; MCKENZIE, 2003; KAMAL, 1995).

O SEE pode representar um fator de proteção para pacientes no PEP (DOMÍNGUEZ - MARTÍNEZ et al., 2014; O'BRIEN et al., 2008). Essa relação pode

estar associada ao fato de que nos estágios iniciais da doença os familiares ainda não desenvolveram atitudes de superproteção e autossacrifício, atitudes pertencentes ao SEE responsáveis pelos efeitos negativos nos pacientes. Nesse caso, o SEE indica sentimentos que podem não ser prejudiciais ao paciente como preocupação e ansiedade (DOMÍNGUEZ - MARTINÉZ et al., 2014; VAUGHN; LEFF, 1985).

Esperava-se que o nível de estresse percebido, quando relacionado ao nível de atividade física dos pacientes, apresentasse resultados significativos. A exposição ao estresse está associada ao desenvolvimento, início e recaídas em pacientes com transtornos psicóticos (ALLOT et al., 2015). Pacientes em isolamento tem níveis de inatividade físicos mais elevados e apresentam comorbidades cardiometabólicas e efeitos colaterais aos medicamentos antipsicóticos (MC CORMICK BP et al, 2009, VANCAMPFORT, D. et. al., 2012).

Esperava-se que quanto maior o nível de estresse percebido pelo paciente, menor o nível de atividade física. Porém, não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e estresse percebido. Quando analisado apenas o estresse percebido, os resultados mostram significância estatística, com média de 29,67. Isto pode se dar, pelo fato da população avaliada, em sua grande maioria, estar na fase inicial da doença.

No Brasil, nas últimas décadas, a inclusão de familiares em programas de intervenção direcionados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais é realizada de forma pouco estruturada e sem apoio (CARDOSO; GALERA, 2011; BESSA; WAIDMAN, 2013).

Nessa direção, não podemos generalizar os resultados 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.

Contudo, cabe destacar, que criar programas de intervenção efetivos, orientar os profissionais da saúde, pacientes e familiares sobre a importância de se engajarem em programas treinamento físico contribui para um melhor prognóstico, gera hábitos mais saudáveis, ajuda a minimizar futuros prejuízos decorrentes da inatividade física, sobrecarga física e mental, melhora os indicadores socioeconômicos, proporciona um suporte social aos familiares e aproveita-se o momento em que a maioria dos pacientes ainda apresenta menor prejuízo de suas capacidades funcionais (KOIVUKANGAS et al., 2010; COTTON et al, 2010).

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitem concluir que:

Os familiares eram, predominantemente, do sexo feminino (77,6%), mães (50,6%), com média de idade de 44,19 anos, média de 9,47 anos de estudo, com companheiro (32,9%) e a media de convivência com o paciente por dia é de 15,2 horas. A maioria dos familiares (80%) foi classificada com elevado nível de Emoção Expressa, 50,6% com elevado nível de Comentários Críticos, 74,1% com elevado nível de Super Envolvimento Emocional e 41,2% apresentaram nível moderado de Sobrecarga familiar.

Os pacientes no PEP, a maioria era do sexo masculino (61,2%), raça branca (57,6%) e vivia sem companheiro (94,1%). A média de idade foi de 29,0 anos e a média de anos de estudo foi de 10,91. O tempo médio do primeiro contato com o serviço de saúde devido a sintomas psicóticos foi de 14,04 meses, e o tempo médio de tratamento no APEP foi de 11,04 meses. Quanto ao diagnóstico médico dos pacientes no PEP, verificou-se que (70,7%) tinham o registro de transtornos psicóticos no prontuário de saúde. Quanto à classificação do nível de atividade física pelo instrumento IPAQ, 36,9% dos participantes foram classificados como ativos. A média de estresse percebido foi de 29,67.

Os pacientes no PEP que tem vínculo com familiares com maior nível de sobrecarga familiar tem menor chance de serem classificados como ativos. Para cada ponto a mais no escore de sobrecarga a chance de ser classificado como ativo aumenta em 0,92 vezes, ou de forma equivalente, uma redução de 8% na chance de o paciente ser classificado como ativo.

Em relação ao nível de superenvolvimento emocional, tem-se que para cada ponto a mais na subescala de SEE a chance de o paciente ser classificado como ativo aumenta em 1,15 vezes. Não houve associação significativa entre os níveis de atividade física e estresse percebido.

Espera-se que este estudo possa oferecer subsídios para os profissionais de saúde na identificação dos fatores relacionados ao ambiente familiar que podem agregar valor à qualidade de vida e na promoção de medidas preventivas e de intervenção aos pacientes no PEP.

REFERÊNCIAS

ALLOTT K.A.; RAPADO-CASTRO M.; PROFFITT T.M.; BENDALL S.; GARNER B.; BUTSELAAR F.; MARKULEV C.; PHASSOULIOTIS C.D., MCGORRY P.D.; WOOD S.J.; COTTON S.M.; PHILLIPS LJ. The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. **Psychiatry Research**, v. 226, p.128–135, 2015.

ALLOTT, K.A.; YUEN, H.P.; GARNER B.; BENDALL S.; KILLACKEY E.J.; ALVAREZ-JIMENEZ M.; PHASSOULIOTIS C.; MARKULEV C.; YUN Y.; MCGORRY P.D.; PHILLIPS LJ. Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.48, p.1045–1052, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise, 2011.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, DSM-5, 2013.

BACHMANN, S.; BOTTMER, C.; JACOB, S.; KRONMÜLLER, K.T.; BACKENSTRASS, M.; MUNDT, C.; RENNEBERG, B.; FIEDLER, P.; SCHRODER, J. Expressed emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder - a comparison. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 112, p. 239–250, 2002.

ARMSTRONG, H.F., BARTELS, M.N., PASLAVSKI, O., CAIN, D., SHOVAL, H.A.A, BALLON, J.S., SLON, R.P., KIMHY, D., **The Impact of Aerobic Exercise Training on Cardiopulmonary Functioning in Individuals with Schizophrenia**, 2016.

BARRELET, L.; FERRERO, F.; SZIGETHY, L.; GIDDEY, C.; PELLIZZER, G. Expressed emotion and first-admission schizophrenia. Ninemonth follow-up in a French

cultural environment. **The British Journal of Psychiatry**, Oxford, v. 156, p. 357–362, 1990.

BLAIR SN, MONTE MJ, NICHMAN MZ. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? **Am J Clin Nutr**. 2004;79(5):913–20.

BREITBORDE, N. J. K.; LÓPEZ, S. R.; NUECHTERLEIN, K. H. Expressed Emotion, Human Agency, and Schizophrenia: Toward a New Model for the EE-Relapse Association. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 33, p. 41- 60, 2009.

BHUGRA, D.; MCKENZIE, K. Expressed emotion across cultures. **Advances in Psychiatric Treatment**, Leeds, v. 9, p. 342-348, 2003.

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.

BUTZLAFF, R. L.; HOOLEY, J. M. Expressed emotion and psychiatric relapse. **Archives of general psychiatry**, Chicago, v. 55, p.547- 552, 1998.

CARREIRO, S. V., MARTINS, R. Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação após oito anos. **Revista Psilogos**, v. 4, n. 2, 2008.

CASPERSEN CJ, BLOEMBERG, B.P.M., SARIS, W.H.M., MERRITT, R.K., E KROMHOUT, D. The prevalence of selected physical activities and their relation with coronary heart disease risk factors in elderly men: The Zutphen Study, 1985. **American Journal of Epidemiology** v.133, p.1078-1092, 1991.

COHEN S, WILLIAMSOM GM. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.

COHEN, S., KARMACK, T., MERMELSTEINM, R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav**, v.24, n. 4, p. 385-96, 1983.

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.

DEL-BEN, C. M.; RUFINO, A. C. T. B. F.; AZEVEDO- MARQUES, J. M.; MENEZES, P.R. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, suplemento 2, 2010.

DOMÍNGUEZ - MARTÍNEZ, T.; MEDINA-PRADAS, C.; KWAPIL, T R. Relatives' illness attributions mediate the association of expressed emotion with early psychosis symptoms and functioning. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 218, p. 48-53, 2014.

ELOIA, S.C; OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C.; LOMEIO, R. C.; PARENTE, J. R. F. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996- 1007, 2014.

FAULKNER G.; COHN T.; REMINGTON G.,;Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. **Schizophr Res.**, v. 82, p. 225-31., 2006.

FIRTH, J., COTTER, J., ELLIOTT, R., FRENCH, P., YUNG, A.R. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. **Psychol. Med.** V. 45, p. 1343 – 1361., 2015.

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

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 321-326, 2013.

GOLDMAN N, GLEI DA, SEPLAKI C, LIU IW, WEINSTEIN.; M. Perceived stress and physiological dysregulation in older adults. **Stress**, v.8, p. 95-105, 2005.

GONZÁLEZ- BLANCH, C.; MARTÍN- MUÑOZ, V.; PARDO- GARCÍA, G.; MARTÍNEZ- GARCÍA, O.; ALVAREZ- JIMÉNEZ, M.; RODRÍGUEZ- SÁNCHEZ, J. M.; VÁZQUEZ- BARQUERO, J.L.; CRESPO- FACORRO, B. Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. **The Spanish Journal of Psychology**, Cantabria, v. 13, n. 1, p. 389-395, 2010.

GORDON DJ, WITZTUM JL, HUNNINGHAKE D, GATES S, GLUECK CJ. Habitual physical activity and high-density lipoprotein cholesterol in men with primary hypercholesterolemia. **Circulation**, v.67, p.512-520: 1983.

GOUVEA, E. S.; NOTO, C.; BONADIA, B.; SENÇO, N. M.; GADELHA, A.; BRESSAN, R. A.; CORDEIRO, Q. Primeiro episódio psicótico: atendimento de emergência. **Revista debates em psiquiatria**, n. 6, p. 16- 18, 2014.

GUTHOLD, R. STEVENS, G.A.; RILEY, L.M.; BULLM F.C.; Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **Lancet Global Health** 2018.

HANSEN, N. F.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I.; DONATO, E. C. S. G.; ZANETTI. A. C. G. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 220-227, 2014.

HASKELL WL, LEE IM, PATE RR, POWELL KE, BLAIR SN, FRANKLIN BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sport Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sport Exerc.** 2007;3(2):1423–34.

HEIKKILA, J.; KARTSSON, H.; TAIMINEN, T.; LAUERMA, H.; IIONEN, T.; LEINONEN, K. M.; WALLENIS, E.; VIRTANEN, H.; HEINIMAA, M.; KOPONEN, S.; JALO, P.; KALJONEN, A.; SALAKANGAS, R. K. Expressed emotion is not

associated with disorder severity in first episode mental disorder. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 111, p. 155– 165, 2002.

HULLEY, B.; CUMMINGS, R.; BROWNER, S. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p: 21-34.

IENCIU, MONICA.; ROMOȘAN, FELICIA.; BREDICEAN, CRISTINA.; ROMOȘAN, R. First episode psychosis and treatment delay – causes and consequences. **Psychiatria Danubina**, v. 22, n. 4, p. 540–543, 2010.

JONGSMA, H. E. et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 36–46, 2018.

KAMAL, A. Variables in expressed emotion associated with relapse: a comparison between depressed and schizophrenic samples in an Egyptian community. **Current Psychiatry**, v. 2, p. 211-216, 1995.

KATE, N.; GROVER, S.; KULHARA, P.; NEHRA, R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 5, p. 380- 388, 2013.

KIMHY, D., VAKHRUSHEVA, J., BARTELS, M.N., ARMSTRONG, H.F., BALLON, J.S., KHAN, S., CHANG, R.W., HANSEN, M. C., ANYANBROUH L., SMITH, E.E., SLOAN, R.P. **Aerobic fitness and body mass index in individuals with schizophrenia: implications for neurocognition and daily functioning**. *Psychiatry Res.* v. 220, p 784 – 791, 2014.

KIMHY D, VAKHRUSHEVA J, BARTELS MN, ARMSTRONG HF, BALLON JS, KHAN S, et al. The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: a single-blind, randomized clinical trial. **Schizophr Bull.** 2015;41(4):859–68.

KIMHY, D., KHAN, S., ANYANROUH, L., CHANG, R.W., HANSEN, M.C., LISTER, A. BALLON, J.S., VAKHRUSHEVA, J., ARMSTRONG, H.F., BARTELS, M.N.,

SLOAN, R.P. Use of active-play vídeo games to enhance aerobic fitness in schizophrenia: feasibility, safety, and adherence. **Psychiatr. Serv.** <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400523>, 2016.

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.; TRILIVA, S.; ROUMELIOTAKI, T.; STEFANAKIS, Z.; BASTA, M.; LIONIS, C.; VGONTZAS, A. N. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. **Psychiatry Research**, v. 30;219, n. 3, p. 486-96, 2014.

LINDGREN M.; BÖRJESSON M.; EKBLOM Ö.; BERGSTRÖM G.; LAPPAS G.; ROSENGREN A. Physical activity pattern, cardiorespiratory fitness, and socioeconomic status in the SCAPIS pilot trial - A cross-sectional study. **Prev Med Rep.** 2016

LUFT, CAROLINE DI BERNARDI.; SANCHES, SABRINA DE OLIVEIRA.; MAZO, GIOVANA ZARPELLON.; ANDRADE, ALEXANDRO.; Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

MARGIS, REGINA.; PICON, PATRÍCIA.; COSNER, ANNELEISE FORMEL.; SILVEIRA, RICARDO DE OLIVEIRA.; Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, v. 25, suplemento 1, p. 65-74, 2003.

MATSUDO VKR, MATSUDO SMM. Evidencias da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Diagnostico & Tratamento** v.5, n.2, p.10-17, 2000.

MATSUDO, SANDRA; ARAÚJO, TIMÓTEO; MARSUDO, VICTOR; ANDRADE, DOUGLAS; ANDRADE, ERINALDO; OLIVEIRA, LUIS CARLOS; BRAGGION, GLAUCIA. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil / International physical activity questionnaire (IPAQ): study

of validity and reability in Brazil. **Revista brasileira Atividade Física e Saúde**, v.6, n.2, p. 05-18, 2001.

MC CORMICK BP.; FREY GC.; LEE CT.; GAJIC T.; STAMATOVIC-GAJIC B.; MAKSIMOVIC M.; A pilot examination of social contexto and everyday physical activity among adults receiving Community Mental Health Services. **Acta Psychiatr Sacand**. p. 119.; 2009.

MCNAB, C.; HASLAM, N.; BURNETT, P. Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 151, n. 1–2, p. 97–106, 2007.

MENEGHELLI, A.; ALPI, A.; PATELLI, G.; PRETI, A.; COCCHI, A. Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: results from the Programma 2000 (Milan, Italy). **Psychiatry Research**, Shannon, v. 189, p. 331–338, 2011.

MENEZES, P. R.; SCAZUFCA, M.; BUSATTO, G.; COUTINHO, L. M.; MCGUIRE, P. K.; MURRAY, R. M. Incidence of first-contact psychosis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p. 102-6, Suplemento. 51, 2007.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A. E VINING, G. G. Introduction to Linear Regression Analysis, Third Edition. **Hoboken: Wiley**, 2001.

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.

O'BRIEN, M. P.; ZINBERG, J. L.; BEARDEN, C. E.; LÓPEZ, S.R.; KOPLEOWICZ, M.D.; CANNON, T.D. Parent attitudes and parent adolescent interaction in families of youth at risk for psychosis and with recent-onset psychotic symptoms. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 2, p. 268-276, 2008.

PAFFENBARGER RS, HYDE R, WING A, JUNG D, KAMPERT J. Influences of changes in physical activity and other characteristics on all-cause mortality. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.23, p.82, 1991.

PAYNE, J.; MALLA, A.; NORMAN, R.; WINDELL, D; NICOLE, B. Status of first-episode of psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ontario, v. 14, n. 2, p. 146-9, 2006.

RAUNE, D.; KUIPERS, E.; BEBBINGTON, P. E. Expressed emotion at first episode psychosis: investigating a carer appraisal model. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 184, p. 321- 326, 2004.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>, 2018.

RIBEIRO, M . C. S. A.; BARATA, R. B., ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n 4. 1011 - 1022, 2006.

ROBERT A. ROBERGS; SCOTT O. ROBERTS. *Princípios Fundamentais de Fisiologia do Exercício para Aptidão, Desempenho e Saúde*, São Paulo - Phorte Editora – 2002.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.12-17, 2002.

SCHEEWE TW, VAN HAREN NEM, SARKISYAN G, SCHNACK HG, BROUWER RM, DE GLINT M, et al. Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomised controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. **Eur Neuropsychopharmacol**. 2012;c:675–85.

SKINNER JS, BENSON H, MCDONOUGH JR, HAMES CG. Social status, physical activity, and coronary proneness. **Journal of Chronic Diseases**, v.19, p.773- 783, 1986.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 372-376, 2004.

STEPHENSON J, BAUMAN A, ARMSTRONG T, SMITH V, BELLEW B. The costs of illness attributable to physical inactivity in Australia. Canberra, Australian Commonwealth of Australia Department of Health and Age Care, and the Australian Sports Commission, 2000.

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.

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

VAUGHN, C, AND LEFF, J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 15, p. 157-165, 1976.

VAUGHN, C. E.; LEFF, J. Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. **Guilford Press**, New York, 1985.

VANCAMPFORT, D., PROBST, M., SCHEEWE, T., KNAPEN, J., DE HERDT, A., DE HERT, M., **The functional exercise capacity is correlated with global functioning in patients with schizophrenia**. Acta Psychiatr Scand., 2012.

WIEDEMANN, G.; RAYKI, O.; FEINSTEIN, E.; HAHLEWEG, K. The family questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 109, p. 265- 279, 2002.

WILLETTS, L. E.; LEFF, J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, p. 1125- 1133, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

ZANETTI, A. C. G.; GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Adaptação cultural do family questionnaire para avaliação da emoção expressada. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-7, 2012.

ZANETTI, A.C.G.; WIEDEMANN, G.; DANTAS, R.A.S.; HAYASHIDA, M.; MARQUES, J.M.A.; GALERA, S.A.F. Cultural adaptation and psychometric properties of the family questionnaire in a Brazilian sample of relatives of schizophrenia outpatients. **Journal of Clinical Nursing**, v.22, n.11-2, p.1521-30, 2013.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. Instructions for the Burden Interview. University Park: Pennsylvania State University; 1987.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. The memory and behavior problems checklist- 1987R and the burden interview (technical report). University Park, Pennsylvania State University, 1987.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - FAMILIARES

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

4. Vínculo: Mãe.....0 (☐) Pai.....1 (☐) Esposo.....2 (☐) Irmão.....3 (☐) Filho.....4 (☐) Outro.....5 (☐)	5. Estado civil: Com companheiro.....0 (☐) Sem companheiro.....1 (☐)
---	--

APÊNDICE B

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - PACIENTES

ENTREVISTA: Dados sociodemográficos - Pacientes		
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. Raça: Branca.....0 () Mulata.....1 () Negra.....2 ()	6. Data de início no APEP: ____/____/____	7. Diagnóstico médico: _____
8. Tempo do PEP: _____	9. Opção Terapêutica: _____	_____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Paciente

Meu nome é Leonardo Peracini Michel, sou aluno de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada " O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico" avaliar a relação entre os níveis de emoção expressa (EE) e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Para isso, precisaremos apenas deste encontro para conversarmos em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Caso aceite participar da pesquisa, neste encontro será necessário que você responda a alguns formulários que contêm questões sobre seus dados sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, como também, dados clínicos (data de início no APEP, diagnóstico médico e tempo do PEP) e nível de atividade física. O tempo estimado é de mais ou menos meia hora. Toda informação que você der será mantida em segredo, exceto quanto se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado. Por exemplo, se o paciente estiver envolvido em algum tipo de risco para ele, para algum membro da família, ou terceiros eu tenho a obrigação de falar com algum profissional do serviço sobre isto. 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 de enfermagem 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 tratamento de seu familiar 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) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: dias úteis no horário das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 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:

Leonardo Peracini Michel

E-mail: contato@leonardoperacini.com.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: 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 meu ambiente familiar. 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 do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FAMILIAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Familiar

Meu nome é Leonardo Peracini Michel, sou aluno de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada " O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico" avaliar a relação entre os níveis de emoção expressa (EE) e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Para isso, precisaremos apenas deste encontro para conversarmos em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Caso aceite participar da pesquisa, neste encontro será necessário que você responda a alguns formulários que contém questões sobre seus dados sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, vínculo com o paciente e seu ambiente familiar. O tempo estimado é de mais ou menos meia hora. 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 de enfermagem 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 ao pesquisador. 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) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: dias úteis no horário das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 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:

Leonardo Peracini Michel

E-mail: contato@leonardoperacini.com.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: 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 do pesquisador	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Responsável legal

Meu nome é Leonardo Peracini Michel, sou aluno de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada " O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico" avaliar a relação entre os níveis de emoção expressa (EE) e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico. Para isso, precisaremos apenas deste encontro para conversarmos em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Neste encontro, nós precisamos que o adolescente responda alguns formulários que contém questões sobre seus dados sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, como também, dados clínicos (data de início no APEP, diagnóstico médico e tempo do PEP) e nível de atividade física. O tempo estimado é de mais ou menos meia hora. Todas as informações que ele nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será garantido sigilo assegurando a privacidade dele quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é o nome dele não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a ele, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da participação nessa pesquisa é a possibilidade

de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso ele poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. O adolescente não precisa responder perguntas que não queira. A participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, ele pode decidir se quer ou não participar do estudo. Ele 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. Vocês não terão gastos e não receberão dinheiro para participar da pesquisa. O adolescente 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 que o menor sob sua responsabilidade participe, 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) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: dias úteis no horário das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 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:

Leonardo Peracini Michel

E-mail: contato@leonardoperacini.com.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: 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 responsável legal	_____ Assinatura do responsável legal	_____ Data
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

APENDICE F

HISTÓRICO ESCOLAR

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

22131 - 10222240/1 - Leonardo Peracini Michel

Email: contato@leonardoperacini.com.br (favor indicar um email usp.br o mais rápido possível)
Data de Nascimento: 03/02/1982
Cédula de Identidade: RG - 53.509.148-5 - SP
Local de Nascimento: Estado de Minas Gerais
Nacionalidade: Brasileira
Graduação: Licenciatura Plena em Educação Física - Universidade de Uberaba - Minas Gerais - Brasil - 2005

Curso: Mestrado
Programa: Enfermagem Psiquiátrica
Data de Matrícula: 25/01/2017
Início da Contagem de Prazo: 25/01/2017
Data Limite para o Depósito: 25/07/2019
Orientador: Prof(a). Dr(a). Ana Carolina Guidorizzi Zanetti - 25/01/2017 até o presente. Email: carolzan@eerp.usp.br
Proficiência em Línguas: Inglês, Aprovado em 25/01/2017
Prazo Máximo para Inscrição no Exame de Qualificação: 27/02/2018
Data de Aprovação no Exame de Qualificação:
Data do Depósito do Trabalho:
Título do Trabalho:
Data Máxima para Aprovação da Banca:
Data de Aprovação da Banca:
Data Máxima para Defesa:
Data da Defesa:
Resultado da Defesa:
Histórico de Ocorrências: Primeira Matrícula em 25/01/2017

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor a partir de 20/04/2013).

Última ocorrência: Matrícula Regular em 29/01/2018

Impresso em: 05/02/2018 17:24:47

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Documento sem validade oficial

FICHA DO ALUNO

22131 - 10222240/1 - Leonardo Peracini Michel

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
5945779-3/1	Figuras do Si Mesmo (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo)	02/03/2017	11/05/2017	120	8	100	A	N	Concluída
ERP5791-1/6	Desenvolvimento Humano: Resiliência e Vulnerabilidade para Transtornos Mentais na Infância e Adolescência	07/03/2017	15/05/2017	90	6	90	A	N	Concluída
ERP5725-9/3	Viver Adulto no Curso de Vida	07/03/2017	19/06/2017	75	5	100	A	N	Concluída
ERP5769-5/1	Saberes e Práticas em Saúde Mental	02/10/2017	12/11/2017	60	4	100	A	N	Concluída
ERP5776-2/4	A Família na Perspectiva Sistêmica	08/03/2018	12/04/2018	45	0	-	-	N	Pré-matricula deferida

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito da dissertação	
Disciplinas:	13	26	23
Estágios:			
Total:	13	26	23

Créditos Atribuídos à Dissertação: 70

Conceito a partir de 02/01/1997:

A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.
 Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

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

QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)

Seu nome: _____

Idade: _____

Nome do (a) paciente: _____

Data: _____

A seguir está listada uma sequência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a frequência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Muito rara- mente	Rara- mente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele(a) eu não presto atenção o em mim mesmo(a)	☐	☐	☐	☐
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	☐	☐	☐	☐
4.	Ele(a) me deixa irritado(a)	☐	☐	☐	☐
5.	Eu penso muito sobre o que causou doença dele(a)	☐	☐	☐	☐
6.	Eu preciso me esforçar para não criticá-lo(a)	☐	☐	☐	☐
7.	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	☐	☐	☐	☐
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	☐	☐	☐	☐
9.	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim	☐	☐	☐	☐

10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	O	O	O	O
11.	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	O	O	O	O
12.	Ele(a) me deixa nervoso	O	O	O	O
13.	Eu me preocupo muito com ele(a)	O	O	O	O
14.	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	O	O	O	O
15.	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	O	O	O	O
16.	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	O	O	O	O
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	O	O	O	O
18.	Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira	O	O	O	O
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	O	O	O	O
20.	Ele(a) me aborrece				

Fonte: Versão em Português Final adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

ANEXO C

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas: 0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...					
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3 4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3 4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3 4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3 4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3 4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3 4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3 4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3 4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3 4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3 4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3 4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3 4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3 4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3 4

ANEXO D**INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR
(ZARIT CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)**

Tradução e confiabilidade Taub et al.

Data: _____ aplicação:

1. Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente precisa?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

2. Você sente que não tem tempo suficiente para você devido ao tempo que você dedica ao seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

3. Você se sente estressado dividindo-se entre tomar conta do seu familiar e assumindo suas responsabilidades para sua família ou trabalho?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

4. Você se sente envergonhado com o comportamento do seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

5. Você se sente irritado quando está próximo do seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

6. Você sente que seu familiar frequentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família ou amigos?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

7. Você tem medo do que possa acontecer com seu familiar no futuro?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

8. Você sente que seu familiar depende de você?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

9. Você se sente estressado quando está próximo do seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

10. Você sente que sua saúde foi prejudicada devido à sua dedicação ao seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

12. Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com o seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

13. Você se sente desconfortável em receber amigos em casa devido ao seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

14. Você sente que seu familiar parece esperar que você cuide dele(a) como se você fosse o único(a) de quem ele(a) pudesse depender?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de suas outras despesas?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

16. Você sente que não vai mais ser capaz de cuidar de seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde que seu familiar adoeceu?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

18. Você gostaria de transferir o cuidado de seu familiar para outra pessoa?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

19. Você sente-se incerto/inseguro acerca do que fazer com o seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

20. Você sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

21. Você acha que poderia fazer um trabalho melhor no cuidado com seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando do seu familiar?

0. Nem um pouco 1. Um pouco 2. Moderadamente 3. Muito 4. Extremamente

ANEXO E**AUTORIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO****AUTORIZAÇÃO**

Estou ciente da realização do projeto de pesquisa "O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico" dos pesquisadores Leonardo Peracini Michel 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 coparticipante. Este projeto tem como objetivo avaliar a relação entre os níveis de EE e sobrecarga dos familiares e os níveis de atividade física e estresse percebido de pacientes no primeiro episódio psicótico.

Ribeirão Preto, 06 de setembro de 2017

Prof. Associada Cristina Marta Del-Ben
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Responsável pelo Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico

Prof. Titular José Alexandre de Souza Crippa
Chefe do Departamento de Neurociências
e Ciências do Comportamento do HCFMRP-USP.

Prof. Dr. José Alexandre de S. Crippa
Chefe do Depto de Neurociências e
Ciências do Comportamento

ANEXO F

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico

Pesquisador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77417717.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.416.397

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. A interessada informou que, além das etapas a serem percorridas pelo presente projeto, utilizará parte do banco de dados provenientes de outros dois projetos de pesquisa já aprovados por esse Comitê de Ética: "Emoção expressa e sobrecarga de familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados" (CAAE- 28246014.4.0000.5393) e "Atividade física e o primeiro episódio psicótico"(CAAE-32683914.6.0000.5393).

2. Informou que as entrevistas serão realizadas em ambiente privativo, dentro das instalações do Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico, localizado nas dependências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.416.397

3. Fez as correções solicitadas nos quatro termos (CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Visto que todas as solicitações foram atendidas, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_943192.pdf	22/11/2017 17:45:24		Aceito
Outros	Oficio_enc_CEP_17112017.pdf	22/11/2017 17:44:43	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_14112017.pdf	16/11/2017 15:41:31	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TALE_PACIENTE_ADOLESCENTE_14112017.pdf	16/11/2017 15:38:04	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_Familiar_14112017.pdf	16/11/2017 15:34:37	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_PACIENTE_14112017.pdf	16/11/2017 15:33:41	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_Responsavel_legal_14112017.pdf	16/11/2017 15:32:21	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	Cronograma_final.pdf	20/09/2017 14:44:55	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO_CRISTINA_E_JOSE_ALEXANDRE_CRIPPA.pdf	13/09/2017 10:33:03	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/09/2017 10:27:56	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLEaprovado.pdf	08/08/2017 17:07:25	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	aprovacaoCEP2.pdf	08/08/2017 17:05:44	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	aprovacao_CEP1.pdf	08/08/2017 17:05:14	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	08/08/2017 17:02:09	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	Oficio_dispenza_TCLE.pdf	08/08/2017 17:01:17	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_assent.pdf	08/08/2017 16:59:34	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.416.397

Ausência	Termo_assent.pdf	08/08/2017 16:59:34	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/08/2017 16:55:46	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO G

AUTORIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ambiente familiar, o estresse percebido e o nível de atividade física de pacientes no primeiro episódio psicótico

Pesquisador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77417717.6.3001.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto Unidade de Emergência

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.427.226

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da Instituição Proponente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e o HCFMRP_USP será uma coparticipante da pesquisa.

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:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes. Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP concorda com o parecer da instituição proponente e aprova o HCFMRP-USP como

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: 2.427.226

coparticipante da pesquisa.

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".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Oficio_enc_CEP_17112017.pdf	22/11/2017 17:44:43	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_14112017.pdf	16/11/2017 15:41:31	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TALE_PACIENTE_ADOLESCENTE_14 112017.pdf	16/11/2017 15:38:04	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_Familiar_14112017.pdf	16/11/2017 15:34:37	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_PACIENTE_14112017.pdf	16/11/2017 15:33:41	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLE_Responsavel_legal_14112017.pdf	16/11/2017 15:32:21	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	Cronograma_final.pdf	20/09/2017 14:44:55	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CRISTINA_E_JOSE_A LEXANDRE_CRIPPA.pdf	13/09/2017 10:33:03	LEONARDO PERACINI MICHEL	Aceito
Outros	TCLEaprovado.pdf	08/08/2017 17:07:25	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	aprovacaoCEP2.pdf	08/08/2017 17:05:44	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	aprovacao_CEP1.pdf	08/08/2017 17:05:14	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	08/08/2017 17:02:09	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
Outros	Oficio_dispensa_TCLE.pdf	08/08/2017 17:01:17	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti	Aceito
TCLE / Termos de	Termo_assent.pdf	08/08/2017	Ana Carolina	Aceito

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

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 2.427.226

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assent.pdf	16:59:34	Guidorizzi Zanetti	Aceito
--	------------------	----------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Luís Vicente Garcia
(Coordenador)

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