



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO  
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**SEDENTARISMO ENTRE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL EM PELOTAS-RS: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS**

**OSVALDO DUARTE JÚNIOR**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> ELAINE TOMASI**

**PELOTAS, DEZEMBRO DE 2010.**

**OSVALDO DUARTE JÚNIOR**

**SEDENTARISMO ENTRE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL EM PELOTAS-RS: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do Título de Mestre em Saúde e  
Comportamento

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> ELAINE TOMASI**

**PELOTAS, AGOSTO DE 2010.**

## AGRADECIMENTOS

A cada vitória o reconhecimento devido ao meu **Deus**, pois só Ele é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigado pelo fim de mais essa etapa.

Agradeço em especial a minha orientadora **Elaine Tomasi**, principalmente pela paciência, perseverança e comprometimento comigo. Pelas diversas reuniões ao longo do mestrado, pela sabedoria passada e pelos “puxões de orelha”, só tenho a agradecer. Hoje reconheço que sem a Tomasi, não teria chegado ao fim desse trabalho.

À minha querida mãe **Jane Ester Barbosa Ramos das Neves**, pelo apoio e confiança que sempre depositou em mim. Sei que em vários momentos fui mais pai do que filho, mas a vida é feita de escolhas e ensinamentos, e tudo serve de aprendizado no final.

Considerando esta dissertação como resultado de uma caminhada que não começou na UCPel, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco de injustiças, agradeço de antemão à todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção dos valores que tenho hoje.

## SUMÁRIO

1. PROJETO DE PESQUISA.....	1
2. Introdução .....	2
3. Objetivos .....	4
3.1. Geral .....	4
3.2. Específicos .....	4
4. Hipóteses .....	4
5. Revisão de Literatura .....	5
5.1. Estratégias de busca .....	5
5.2. Benefícios da atividade física .....	5
5.3. Avaliação de atividade física .....	8
6. Metodologia .....	10
6.1. Delineamento .....	10
6.2. População alvo .....	10
6.3. Amostra .....	10
6.4. Instrumentos .....	10
6.5. Variáveis .....	10
6.5.1. Variável Dependente .....	10
6.5.2. Variável Independente .....	11
6.6. Pessoal envolvido: seleção e treinamento .....	11
6.7. Coleta de dados .....	11
6.8. Controle de qualidade .....	12
6.9. Processamento e análise de dados .....	12
6.10. Divulgação dos resultados .....	12
6.11. Aspectos éticos .....	12
7. Cronograma .....	13
8. Orçamento .....	13
9. Referências .....	15
ARTIGO	
Resumo.....	19
Abstract.....	20
Introdução.....	21
Métodos.....	23
Resultados.....	25
Discussão.....	27

**PROJETO DE PESQUISA**

**SEDENTARISMO ENTRE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL EM PELOTAS-RS: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS**

## 2. Introdução

A reforma psiquiátrica no Brasil, preconizada no final da década de 70, é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado por ideologias de grupos dominantes. No ano de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros de associação de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que começa a construir coletivamente uma crítica ao modelo psiquiátrico antigo e ao modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais. (Gonçalves and Sena 2001)

No ano de 1987 ocorre o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Neste período ressalta-se o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, com a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Em 1989, entra em tramitação o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. É o primeiro passo da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo.

No ano de 1992, baseados no Projeto de Lei, que os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada à saúde mental.

A partir do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, os serviços substitutivos têm sido a principal porta de entrada para as pessoas que buscam o atendimento em saúde mental. Desde 1992, quando o estado do Rio Grande do Sul aprovou a lei da Reforma Psiquiátrica, serviços foram abertos com a proposta de regionalizar o atendimento e reduzir a população atendida no Estado (Gonçalves and Sena 2001).

Contudo, somente em 2001, a Lei Federal 10.216, do Deputado Paulo Delgado, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, é sancionada no Brasil e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais

quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Nos CAPS atuam profissionais de diversas áreas como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, artesãos, auxiliares administrativos e serventes. Nestes serviços, os usuários recebem atendimento médico com a administração se necessário de medicamentos, atendimento psicológico, terapêutico com realização de atividades individuais ou em grupo e participam de atividades recreativas (Ministério da Saúde 2004). Dentre as atividades terapêuticas, está a realização de atividade física com os usuários.

A atividade física é definida como um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas pratica envolvendo gasto de energia e alterações no organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais, com aplicação de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mental e social, de modo que terá como resultados os benefícios à saúde (Gonçalves and Sena 2001).

Além disso, a atividade física planejada, estruturada, repetitiva e intencional parece contribuir com a qualidade de vida das pessoas, sendo um importante instrumento para prevenir o sedentarismo.

Um estudo recente, apoiado pelo MS e CNPq, investigou a realidade dos CAPS de Pelotas, incluindo entrevistas com profissionais, usuários e familiares (Tomasi, Silva et al. 2007). Um dos aspectos estudados foi a atividade física dos frequentadores dos CAPS, na perspectiva de medir o sedentarismo entre este grupo de sujeitos com sofrimento psíquico.

Neste projeto, a proposta é analisar os dados relativos à atividade física e os resultados poderão ser úteis para subsidiar a gestão em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde na implementação de programas que promovam menores níveis de sedentarismo.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Geral**

Descrever a prevalência de sedentarismo entre usuários de Centros de Atenção Psicossocial de Pelotas e investigar fatores associados.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Investigar a associação do sedentarismo com características demográficas e comportamentais.
2. Investigar a associação do sedentarismo com características do sofrimento psíquico, e dos recursos terapêuticos.
3. Investigar a associação do sedentarismo com características da situação cognitiva e da percepção do estado de saúde.
4. Comparar a ocorrência de sedentarismo entre usuários dos CAPS de Pelotas com a população em geral, com base na literatura.

### **4. Hipóteses**

1. A prevalência de sedentarismo é maior entre as mulheres e aumenta com a idade.
2. A prevalência de sedentarismo varia de acordo com o tipo de transtorno.
3. Maiores prevalências de sedentarismo estão associadas com o uso de tabaco e de bebidas alcoólicas.
4. Usuários com *déficit* cognitivo, com má percepção de saúde e com baixa participação em grupos e oficinas apresentam mais sedentarismo.
5. Comparados com a população em geral, os usuários de CAPS apresentam maior prevalência de sedentarismo.

## 5. Revisão de Literatura

### 5.1. Estratégias de busca

Em relação às estratégias de busca, as bases pesquisadas foram PUBMED, LILACS e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram *physical activity*, *exercise*, *inactivity physical*, *depression*, *dementia*, *cognitive*, IPAQ, *mental health*, reforma psiquiátrica e CAPS.

Ao utilizar os descritores *physical activity and mental health*, encontrou-se 519 artigos. Limitando para a língua portuguesa, hispânica e inglesa, foram encontrados 217 artigos. Destes, foram selecionados cinco artigos.

Para os descritores *physical activity and depression* encontrou-se 1088 artigos e foi selecionado um artigo. Para os descritores *physical activity and dementia* encontrou-se 243 artigos e foi selecionado um artigo. Para os descritores *physical activity and cognitive* encontrou-se 1072 artigos e foi selecionado um artigo.

Para o descritor IPAQ, encontrou-se 122 artigos. Limitando para *free text*, encontrou-se 30 artigos e foram selecionados quatro artigos.

Utilizando o descritor reforma psiquiátrica, encontrou-se três artigos e foi selecionado um artigo.

Ao utilizar os descritores CAPS e demência, foram encontrados 167 artigos e foi selecionado um artigo, enquanto para o descritor demência foram encontrados 327 artigos e foi selecionado um artigo.

### 5.2. Benefícios da atividade física

A atividade física de intensidade moderada representa ganhos para a saúde. Reduções nos riscos decorrentes de atividade física regular na idade avançada são tão fortes quanto aqueles encontrados na meia idade, para todas as causas de mortalidade, doenças cardiovasculares e diabetes tipo-2. Nos idosos, atividade física regular também é

importante para o aumento ou preservação da força e potência muscular, a mobilidade e manutenção de uma vida independente, e redução e prevenção de quedas e fraturas (Fox, Stathi et al. 2007).

As pessoas sedentárias tem um substancial aumento do risco de desenvolver diabetes, doenças cardíacas, pressão arterial elevada e doenças crônicas incapacitantes. A modificação no estilo de vida, incluindo dieta para a perda de peso e exercício físico, é fundamental para a melhor qualidade de vida destas pessoas (Richardson, Faulkner et al. 2005).

Manson e colaboradores (2002) realizaram um estudo nos Estados Unidos com o objetivo de comparar caminhada com exercício vigoroso para a prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres. É um estudo de coorte prospectiva, onde foram estudadas 73743 mulheres inscritas num programa de mulheres pós menopausa (Women's Health Initiative Observational Study) entre mulheres 50 a 79 anos. Os níveis de atividade física foram relatados pelas pacientes através de um questionário detalhado. Foram incluídos no estudo observacional 40 centros clínicos entre 1994 e 1998.

Mulheres que caminhavam ou realizavam exercícios vigorosos pelo menos 2,5 horas por semana tiveram uma redução de risco de aproximadamente 30%. As mulheres que participavam de ambas (caminhada e exercício vigoroso) tiveram maiores reduções do risco de ter doença cardiovascular do que aquelas que participavam de um deles sozinho (RR = 0,37) (Manson, Greenland et al. 2002).

Hayashi e colaboradores (1999) realizaram um estudo de coorte prospectiva no Japão afim de investigar a associação entre a caminhada para o trabalho, lazer, atividade física com o risco para a hipertensão. Foram estudados 6017 homens com idade entre 30 e 65 anos, com pressão arterial sistólica inferior a 140 mmHg e diastólica inferior a 90 mmHg, intolerância a glicose normal e sem histórico de hipertensão e diabetes. (Hayashi, Tsumura et al. 1999). Comparados a quem gastava até 10 minutos de caminhada para o trabalho, quem caminhava mais de 20 minutos apresentou 30% menos risco de ter hipertensão (RR=0,70; 0,59-0,95).

Strawbridge e colaboradores (2002) realizaram um estudo nos Estados Unidos com o objetivo de comparar os efeitos dos níveis mais altos de atividade física com a prevalência de depressão em 1947 participantes. A depressão foi medida através do Diagnóstico e Manual Estatístico de Distúrbios Mentais e a atividade física foi medida por uma escala de oito pontos, dividida em três categorias, como baixa, média e alta (escores de 0-2, 3-5 e 6-8, respectivamente). Pessoas que realizavam atividade física nas categorias baixa e média tiveram maior probabilidade de ficarem deprimidas do que aquelas com alta atividade.

Abbott e colaboradores (2004) realizaram um estudo de coorte prospectiva com 2257 homens capacitados fisicamente com idades entre 71 e 93 anos, com o objetivo de examinar a associação entre caminhada e o risco futuro de demências. Durante o estudo, foram identificados 158 casos de demência. Após ajuste para a idade, os homens que caminhavam menos tiveram um risco 1,8 vezes superior de demência em comparação aqueles que caminharam mais; RR=1,77; IC de 95% (1,04-3,01) (Abbott, White et al. 2004).

Laurin e colaboradores (2001) pesquisaram uma amostra de 9008 mulheres de 65 anos ou mais selecionadas aleatoriamente no Estudo Canadense de Saúde e Envelhecimento, com o objetivo de explorar a associação entre atividade física e risco de disfunção cognitiva e demência. Os resultados mostraram que altos níveis de atividade física foram associados com a redução no risco de comprometimento cognitivo (Laurin, Verreault et al. 2001).

Várias hipóteses psicológicas têm sido levantadas para explicar os efeitos benéficos de atividade física sobre a saúde mental. As principais são: 1) distração, 2) auto-eficácia e 3) interação social. A primeira sugere que a distração de estímulos desagradáveis levaria a uma melhora do humor durante e após o exercício; a de auto-eficácia supõe que, sendo o exercício físico uma atividade desafiadora, conseguir se engajar em uma atividade física regular poderia levar a uma melhora do humor e da auto-confiança; a terceira se baseia no fato de que as relações sociais presentes nas atividades físicas, assim como o suporte mútuo que os indivíduos nelas engajados dão uns aos outros, teriam participação importante nos efeitos do exercício sobre a saúde mental (Peluso and de Andrade 2005).

Também hipóteses fisiológicas têm sido levantadas e, entre elas, as mais estudadas se referem à liberação de duas substâncias: monoaminas e endorfinas. A primeira hipótese se apóia no fato de que a atividade física aumenta a transmissão sináptica das monoaminas, funcionando, supostamente, como funcionariam os antidepressivos (Peluso and de Andrade 2005).

A segunda hipótese, por sua vez, baseia-se no fato de que a atividade física provoca a liberação de opióides endógenos (endorfinas – “*endogenous morphines*”). Supostamente os efeitos inibitórios dessas substâncias no sistema nervoso central seriam os responsáveis pela sensação de calma e melhora do humor que ocorre após o exercício, mas isso ainda não foi provado. Também é levantada a hipótese de uma possível ligação entre o aumento de irritabilidade, inquietação, nervosismo e sentimentos de frustração, relatados por indivíduos fisicamente ativos quando impedidos de se exercitar (Peluso and de Andrade 2005).

### 5.3. Avaliação de atividade física

O Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) tem sido utilizado como uma medida normalizada para estimar a prática de atividades físicas de populações de diferentes países e contextos sócio-culturais, que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada (Craig, Marshall et al. 2003).

Duas formas de IPAQ foram desenvolvidas: uma versão curta e uma longa. A versão curta é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada) (Benedetti, Antunes et al. 2007).

A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizada numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve,

com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada (Benedetti, Antunes et al. 2007).

Bauman e colaboradores (2009) realizaram um estudo comparativo internacional de prevalência de atividade física da população em vinte países, entre 2002 e 2004, usando o IPAQ na versão curta (N total de 52.746, com idade entre 18 e 65 anos). A prevalência de atividade física alta variou entre 21% e 63% em oito países. Homens tinham maiores níveis de atividade física do que as mulheres em 17 dos 20 países. De acordo com a idade, os mais jovens tinham maiores níveis de atividade física do que os mais velhos (Bauman, Bull et al. 2009).

Bergman e colaboradores (2008) realizaram um estudo de base populacional, com uma amostra de 1490 pessoas entre 18 e 74 anos, com o objetivo de estimar a proporção da população em aderir à recomendação de pelo menos 30 minutos de atividade física na maioria dos dias, e examinar as influências sócio-demográficas correlacionadas, usando o IPAQ na versão curta. Dos indivíduos, 63% (95% IC: 60,5-65,4) aderiram à recomendação. Os mais jovens tiveram altos níveis de atividade física comparado com os mais velhos (OR=1,8; 95% IC: 1,1-3,3) (Bergman, Grijbovski et al. 2008).

Baretta e colaboradores realizaram um estudo transversal de base populacional em Joaçaba-SC, com uma amostra de 579 pessoas entre 20 e 59 anos, com o objetivo de estimar a prevalência de inatividade física (sedentarismo) na população adulta e os fatores associados. Para avaliar os níveis de atividade física foi utilizado o IPAQ na versão curta. A prevalência de indivíduos classificados como inativos fisicamente foi de 57,4% (95% IC: 53,4-61,4) (Baretta, Baretta et al. 2007).

Siqueira e colaboradores realizaram um estudo transversal em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes em sete estados do Brasil, com 4.060 adultos e 4.003 idosos residentes em áreas de unidades básicas de saúde, com o objetivo de avaliar a prevalência de sedentarismo e fatores associados. A prevalência de sedentarismo foi de 31,8% (IC95%: 30,4-33,2) e 58% (IC95%: 56,4-59,5) para adultos e idosos respectivamente. Baixa renda familiar foi fator de risco para sedentarismo nos dois

grupos, enquanto que a baixa escolaridade apresentou um efeito somente nos idosos. Houve relação inversa entre autopercepção de saúde e sedentarismo em ambos os grupos (Siqueira, Facchini et al. 2008).

## **6. Metodologia**

### **6.1. Delineamento**

Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva.

### **6.2. População alvo**

Usuários dos CAPS de Pelotas/RS.

### **6.3. Amostra**

Entre abril e maio de 2006, foram identificados 1.151 usuários em atendimento nos CAPS, dos quais 1013 (88%) foram entrevistados no primeiro acompanhamento – junho a setembro de 2006 - e 875 (76%) no segundo acompanhamento - maio a agosto de 2007 - , sendo esta última a amostra utilizada para as análises deste estudo.

### **6.4. Instrumentos**

Foi utilizado um questionário padronizado contendo questões pré-codificadas sobre características sócio-demográficas, morbidade, comportamentais, *déficit* cognitivo, percepção de saúde, participação em grupos e oficinas e atividade física (Anexo 1).

### **6.5. Variáveis**

### 6.5.1. Variável Dependente

A variável dependente deste estudo será o sedentarismo avaliado através do IPAQ na versão curta e aqueles que referirem menos de 150 minutos de exercício físico semanal serão considerados sedentários.

### 6.5.2. Variáveis Independentes

Característica	Variável	Escalas
Demográficas	Sexo	Masculino / feminino
	Idade	Anos completos
Morbidade	Grupo diagnóstico CID-10 (Saúde 1996)	Transtorno de humor Esquizofrenia Neuroses Dependência de álcool e drogas Outros transtornos
Recursos Terapêuticos	Participação em grupos e oficinas nos CAPS	Sim / Não
	Participação em atividades associativas	Sim / Não
Características Comportamentais	Trabalho	Sim / Não
	Tabagismo	Sim / Não
	Uso de bebida alcoólica	Sim / Não
	Dependência de bebida alcoólica	Teste CAGE
Situação Cognitiva	<i>Déficit</i> cognitivo (Almeida 1998)	Sim / Não
Percepção de Saúde	Auto-percepção da saúde comparada com um ano atrás	Muito melhor / Pouco melhor / Quase a mesma / Pouco pior / Muito pior
	Auto-percepção de bem-estar	Escala de faces

### 6.6. Pessoal envolvido: seleção e treinamento

O estudo contou com a participação de alunos de graduação dos cursos de Psicologia, Serviço Social e Comunicação da UCPel e de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. Os entrevistadores participaram de uma oficina de capacitação de oito horas e foram acompanhados semanalmente para supervisão do trabalho de campo.

### **6.7. Coleta de dados**

A partir da localização dos endereços e do agendamento das visitas realizadas pelos bateadores, os usuários dos CAPS e seus responsáveis foram entrevistados em seus domicílios.

### **6.8. Controle de qualidade**

Através de instrumento próprio, foram re-entrevistados 148 usuários e familiares, correspondendo a 15% da amostra. A maioria das variáveis coletadas apresentou concordância variando de satisfatória a muito boa, com índices de Kappa entre 0,608 e 0,919.

### **6.9. Processamento e análise dos dados**

Após a coleta dos dados, inicialmente os questionários tiveram suas questões fechadas codificadas. As respostas às perguntas abertas foram tabuladas e codificadas. Por fim, foram revisados por auxiliares de pesquisa que não haviam feito a codificação. Duas digitações independentes foram realizadas no Programa EPI-INFO 6.0, cuja estrutura foi preparada para a verificação de amplitude e consistência das variáveis. Após a edição final dos bancos de dados, estes foram convertidos para um pacote estatístico, no qual foram feitas as análises.

Uma vez que o desfecho é o sedentarismo tomado como variável dicotômica, será utilizado o teste qui-quadrado para a comparação entre proporções com nível de significância de 5%. Se necessário, uma análise multivariada por regressão logística ou regressão de Poisson será conduzida.

### **6.10. Divulgação dos resultados**

Os resultados serão divulgados sob a forma de artigo científico em revista especializada. Além disso, haverá divulgação à comunidade em geral e aos profissionais e usuários dos CAPS.

### 6.11. Aspectos éticos

A participação dos usuários ocorreu através da assinatura de termo consentimento livre e informado (Anexo 2). A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.

De acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UCPel, tendo sido aprovada através do protocolo 20051, de 14 de dezembro de 2005.

### 7. Cronograma

	2008				2009				2010			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboração Projeto	X	X	X	X	X	X	X	X				
Análise dos Dados								X	X			
Redação do artigo								X	X			
Defesa da Dissertação									X			

Obs: Os números 1,2,3 e 4 equivalem a cada trimestre do ano.

### 8. Orçamento

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo, apoiado financeiramente pelo Edital 07/2005 Saúde Mental – Processo: 554554/2005-4. Não houve necessidade de gastos complementares por parte do mestrando.

## 9. Referências

Abbott, R. D., L. R. White, et al. (2004). "Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men." Jama **292**(12): 1447-1453.

Almeida, O. P. (1998). "Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil." Arq Neuropsiquiatr **56**(3-B): 605-612.

Baretta, E., M. Baretta, et al. (2007). "Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil." Cad. Saúde Pública **23**(7): 1595-1602.

Bauman, A., F. Bull, et al. (2009). "The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries." International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity **6**(21): 1-11.

Benedetti, T. R. B., P. d. C. Antunes, et al. (2007). "Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos." Rev Bras Med Esporte **13**(1): 11-16.

Bergman, P., A. M. Grijibovski, et al. (2008). "Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates – a population-based cross-sectional study." BMC Public Health **8**: 367-376.

Craig, C. L., A. L. Marshall, et al. (2003). "International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity." Med. Sci. Sports Exerc. **35**(8): 1381-1395.

Fox, K. R., A. Stathi, et al. (2007). "Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project." Eur J Appl Physiol (2007) **100**:591–602 **100**: 591-602.

Gonçalves, A. M. and R. R. Sena (2001). "A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família." Rev Latino-am Enfermagem **9**(2): 48-55.

Hayashi, T., K. Tsumura, et al. (1999). "Walking to Work and the Risk for Hypertension in Men: The Osaka Health Survey." Ann Intern Med **130**: 21-26.

Laurin, D., R. Verreault, et al. (2001). "Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons." ARCH NEUROL **58**: 498-504.

Manson, J. E., P. Greenland, et al. (2002). "Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women." N Engl J Med **347**(10): 716-725.

Ministério da Saúde (2004). "Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial."

- Peluso, M. A. M. and L. H. S. G. de Andrade (2005). "Physical activity and mental health: the association between exercise and mood." Clinics **60**(1): 61-70.
- Richardson, C. R., G. Faulkner, et al. (2005). "Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness." Psychiatric Services **56**(3): 324-331.
- Saúde, O. M. d. (1996). "CID 10." São Paulo:EDUSP.
- Siqueira, F. V., L. A. Facchini, et al. (2008). "Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil." Cad. Saúde Pública **24**(1): 39-54.
- Tomasi, E., R. A. d. Silva, et al. (2007). "Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS." Ministério da Saúde.

**ANEXO I**



# PROJETO CAPS - QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO ACOMPANHAMENTO

Escola de Psicologia - UCPEL

Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia - UFPEL



CAPS: \_\_\_\_\_

caps \_\_\_\_

USUÁRIO (A): \_\_\_\_\_

nu \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:

BAIRRO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA / OBSERVAÇÕES:

ÔNIBUS: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

FAMILIAR / CUIDADOR: \_\_\_\_\_

## APRESENTAÇÃO

**BOM DIA (BOA TARDE). MEU NOME É \_\_\_\_\_ E TRABALHO NA PESQUISA DAS UNIVERSIDADES CATÓLICA E FEDERAL SOBRE OS CAPS AQUI DE PELOTAS. ESSA É A SEGUNDA VISITA QUE ESTAMOS LHE FAZENDO E SE O SR(A) PUDESSE COLABORAR, GOSTARIA DE FAZER UMAS PERGUNTAS, MAS ANTES EU QUERO ENTREGAR ESTE DOCUMENTO QUE EXPLICA A PESQUISA E PEDE SUA AUTORIZAÇÃO PARA CONTINUARMOS. (APRESENTAR TERMO DE CONSENTIMENTO).**

## **PERGUNTE SOBRE O FAMILIAR / CUIDADOR:**

- (1) Cuidador é o mesmo do TC1 → QUEST DE FAMILIAR → **A**
- (2) Cuidador não é mais o mesmo do TC1 → QUEST DE FAMILIAR → **B**
- (3) Não tinha familiar / cuidador no TC1, e agora tem → QUEST DE FAMILIAR → **B**
- (4) Tinha cuidador no TC1, agora não tem → APLIQUE APENAS ESTE QUESTIONÁRIO.
- (5) Continua não tendo cuidador → APLIQUE APENAS ESTE QUESTIONÁRIO.

sitfatc2 \_\_\_\_

4. **DATA DA PRIMEIRA ENTREVISTA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 200 \_\_\_\_

de2

5. Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2007

6. Hora de início: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

7. Entrevistador: \_\_\_\_\_

entrev2 \_\_\_\_

8. Local da entrevista:

- (1) domicílio do usuário (2) domicílio do cuidador (3) CAPS (4) outro local:

local2 \_\_\_\_

## **ANTES DE FALAR SOBRE SUA SAÚDE GOSTARIA DE SABER SE:**

9. Atualmente, vive com algum(a) companheiro(a)?

(1) Sim

(2) Não

CRS: (1) sim (2) não

comp2 \_\_\_\_

crcom2 \_\_\_\_

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SAÚDE**

10. Por qual problema o Sr.(a) está se tratando (ou se tratava) no CAPS?

\_\_\_\_\_

CRS: (1) sim (2) não

probus2

\_\_\_\_\_

crprob2 \_\_

11. Pense em todos os remédios que usou nos últimos 15 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, chás, ervas, produtos naturais ou qualquer outro, que use para seu problema sempre ou só de vez em quando. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio para seu problema?

(1) sim

(2) não **PULAR PARA 13**

CRS: (1) sim (2) não

medic2 \_\_

crmedi2 \_\_

12. Qual o nome dos remédios que o(a) Sr.(a) está usando nos últimos 15 dias?

**SE O(A) SR.(A) tem em casa ou com o Sr.(a), PODERIA me TRAZER AGORA AS RECEITAS ou AS CAIXAS DOS REMÉDIOS QUE USOU nos ÚLTIMOS 15 DIAS?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

psi12 \_\_ \_\_

psi22 \_\_ \_\_

psi32 \_\_ \_\_

psi42 \_\_ \_\_

psi52 \_\_ \_\_

psi62 \_\_ \_\_

psi72 \_\_ \_\_

psi82 \_\_ \_\_

Total de remédios usados: \_\_ \_\_ remédios

totre2 \_\_ \_\_

**AGORA VAMOS FALAR DE ALGUNS DESSES REMÉDIOS → FOLHAS EXTRAS**

13. Nos últimos 3 meses, o(a) Sr.(a)... **LER OPÇÕES**

Consultou no posto de saúde mais perto da sua casa?

(1) sim (2) não

Consultou em outro posto de saúde?

(1) sim (2) não

Consultou com especialista? Qual? \_\_\_\_\_

(1) sim (2) não

Consultou com médico particular?

(1) sim (2) não

Foi atendido(a) no Pronto-Socorro?

(1) sim (2) não

Foi atendido no Hospital Espírita?

(1) sim (2) não

Foi atendido(a) em outro local? Qual? \_\_\_\_\_

(1) sim (2) não

CRS: (1) sim (2) não

conpsaa2 \_\_

conoup2 \_\_

conesp2 \_\_

cqesp2 \_\_ \_\_

conpart2 \_\_

atenps2 \_\_

athesp2 \_\_

atenout2 \_\_

cqout2 \_\_ \_\_

crambu2 \_\_

14. E desde <DATA ENTREVISTA 1 >, o(a) Sr.(a)... **LER OPÇÕES**

Baixou no hospital Espírita?

(\_\_ \_\_) Número de vezes (00) Nenhuma vez

Baixou em algum outro hospital?

(\_\_ \_\_) Número de vezes (00) Nenhuma vez

**SE SIM:**

Onde foi que internou pela última vez? \_\_\_\_\_

Qual o motivo da internação? \_\_\_\_\_

baihesp \_\_ \_\_

baixout \_\_ \_\_

locbaix \_\_ \_\_

motbaix \_\_ \_\_

Precisou se internar, mas não tinha leito?

Quantas vezes? \_\_ \_\_ (00) Nenhuma vez

(77) Muitas vezes, não sabe quantas

CRS: (1) sim (2) não

nleito2 \_\_ \_\_

crhosp2 \_\_

15. O(a) Sr.(a) descreveria a sua saúde nos últimos 30 dias como... **LER OPÇÕES**

(1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente

CRS: (1) sim (2) não

saufis2 \_\_

crsauf2 \_\_

**AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE RELIGIÃO E ESTUDO**

16. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) foi à missa, ou culto, ou sessão... **LER OPÇÕES**

(1) todos os dias (2) mais de uma vez por semana  
(3) uma vez por semana (4) uma vez por mês  
(5) quando precisa (6) nenhuma vez

CRS: (1) sim (2) não

frere302 \_\_

crfrer2 \_\_

17. O Sr.(a) está estudando ou fazendo algum curso em algum colégio?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 19**

estago2 \_\_

18. **SE SIM:** O que o(a) Sr.(a) está estudando / cursando e qual série o(a) Sr.(a) está fazendo? Estudando \_\_\_\_\_

Série \_\_ Grau \_\_

CRS: (1) sim (2) não

qestag2 \_\_ \_\_

qser2 \_\_

qgra2 \_\_

crestag2 \_\_

**AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA**

19. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.

\_\_ dias (0) nenhum → **PULAR PARA 21** (9) IGN

CRS: (1) sim (2) não

acamdia \_\_

cracamd \_\_

20. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, caminhou por dia?

\_\_ \_\_ \_\_ minutos por dia (888) NSA (999) IGN

CRS: (1) sim (2) não

aminca \_\_ \_\_ \_\_

craminc \_\_

**AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA**

21. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram o(a) sr(a) suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo.

\_\_ dias (0) nenhum → **PULAR PARA 23** (9) IGN

CRS: (1) sim (2) não

afordia \_\_

craford \_\_

22. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, fez atividades fortes por dia?

\_\_ \_\_ \_\_ minutos por dia (888) NSA (999) IGN

aminfor \_\_ \_\_ \_\_

23. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.

\_\_ dias (0) nenhum → **PULAR PARA 25**

amedia \_\_

24. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

\_\_ \_\_ \_\_ minutos p/dia (888) NSA (999) IGN

amind \_\_ \_\_ \_\_

cramind \_\_

CRS: (1) sim (2) não

**AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS COISAS QUE O(A) SR.(A) PARTICIPA**

25. Desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de reunião na Associação dos Familiares e Usuários dos CAPS?  
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 29** CRS: (1) sim (2) não  
assus2 \_\_  
crassu2 \_\_
26. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou?  
\_\_\_\_\_ Há \_\_\_ anos e \_\_\_ meses  
(00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não  
assus2a \_\_\_  
assus2m \_\_\_  
crassut2 \_\_
27. De que atividades o(a) Sr.(a) participou nesta Associação?  
\_\_\_\_\_ CRS: (1) sim (2) não  
ativas2 \_\_\_  
crassua2 \_\_
28. O que mais o(a) Sr.(a) acha que esta associação deveria fazer?  
\_\_\_\_\_ CRS: (1) sim (2) não  
maisas2 \_\_\_  
crmais2 \_\_
29. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de alguma Associação de Bairro?  
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 31** CRS: (1) sim (2) não  
assoba2 \_\_\_  
crassob2 \_\_
30. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou?  
\_\_\_\_\_ Há \_\_\_ anos e \_\_\_ meses  
(00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não  
assob2a \_\_\_  
assob2m \_\_\_  
crassb2 \_\_
31. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de alguma reunião em algum sindicato ou associação de empregados?  
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 33** (8) NSA (não trabalha) CRS: (1) sim (2) não  
crsind2 \_\_
32. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou?  
\_\_\_\_\_ Há \_\_\_ anos e \_\_\_ meses  
(00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não  
sindi2a \_\_\_  
sindi2m \_\_\_  
crsind2 \_\_
33. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de algum partido político?  
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 35** CRS: (1) sim (2) não  
ppol2 \_\_  
crppol2 \_\_
34. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou?  
\_\_\_\_\_ Há \_\_\_ anos e \_\_\_ meses  
(00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não  
ppol2a \_\_\_  
ppol2m \_\_\_  
crppot2 \_\_
- AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE O(A) SR(A) FAZ PARA SE DIVERTIR / DISTRAIR**
35. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) assistiu televisão?  
(1) Sim (2) Não (8) Não tem televisão **PULE PARA 38** tv152 \_\_
36. Quando assiste televisão, o(a) Sr.(a) gosta de ver ... **LER OPÇÕES**  
Filmes? (1) Sim (2) Não film2 \_\_  
Novelas? (1) Sim (2) Não nove2 \_\_  
Noticiário? (1) Sim (2) Não notitv2 \_\_  
Jogos? (1) Sim (2) Não jogtv2 \_\_  
Outro? Qual? \_\_\_\_\_ outtv2 \_\_  
CRS: (1) sim (2) não crtvt2 \_\_
37. Quando assiste TV, quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma ver televisão?  
\_\_\_\_\_ horas (99) Não sabe (88) Não vê TV tvhdia2 \_\_
38. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) escutou rádio?  
(1) Sim (2) Não (8) Não tem rádio **PULE PARA 40** rad302 \_\_
39. Quando o(a) sr(a) escuta rádio, gosta de escutar... **LER OPÇÕES**  
Música? (1) Sim (2) Não musi2 \_\_  
Noticiário? (1) Sim (2) Não notrad2 \_\_  
Jogos? (1) Sim (2) Não jograd2 \_\_  
Outro? Qual? \_\_\_\_\_ outrad2 \_\_

Outro? Qual? \_\_\_\_\_

CRS: (1) sim (2) não crrad2 \_\_

40. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ... **LER OPÇÕES**

Leu algum jornal? (1) Sim (2) Não jornal2 \_\_  
Leu alguma revista? (1) Sim (2) Não revist2 \_\_  
Foi ao cinema? (1) Sim (2) Não cinem2 \_\_  
Foi a algum jogo? (1) Sim (2) Não jogo2 \_\_  
Foi a algum bingo? (1) Sim (2) Não bingo2 \_\_  
Foi a uma festa? (1) Sim (2) Não festa2 \_\_  
Foi passear? (1) Sim (2) Não passe2 \_\_  
Jogou cartas? (1) Sim (2) Não carta2 \_\_  
Viajou para outra cidade? (1) Sim (2) Não viajou2 \_\_  
Fez outra coisa, qual? \_\_\_\_\_ oullaz2 \_\_

CRS: (1) sim (2) não crrad2 \_\_

*Agora eu vou lhe mostrar uma série de rostos que vai desde uma pessoa que está muito feliz (apontar para a face que mostra alegria máxima) até uma pessoa que está muito triste (apontar para a face que mostra tristeza máxima), passando por estas faces (apontar para as faces intermediárias).*

41. Qual destes rostos mostra o jeito como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, desde <MÊS> do ano passado? \_\_ carin2 \_\_

CRS: (1) sim (2) não crcari2 \_\_

42. Nos últimos 15 dias, o (a) Sr.(a) teve relação sexual? sex152 \_\_  
(1) Sim (2) Não

CRS: (1) sim (2) não crsex2 \_\_

43. Se comparar a sua saúde em geral hoje e a de um ano atrás, como o(a) Sr.(a) diria que ela está agora ... **LER OPÇÕES**  
(1) Muito melhor agora do que há um ano atrás sfano2 \_\_ \_\_  
(2) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás  
(3) Quase a mesma de um ano atrás  
(4) Um pouco pior agora do que há um ano atrás  
(5) Muito pior agora do que há um ano atrás crsfano2 \_\_

CRS: (1) sim (2) não

### AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CAPS

44. O(A) Sr.(a) continua se tratando no CAPS? contin \_\_  
(1) sim **PULAR PARA 47** (2) não crconti2 \_\_

CRS: (1) sim (2) não

45. Quando ou qual data (dia/ mês e ano) é que o(a) sr.(a) foi ao CAPs pela última vez? dtcault  
\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

46. Por que o(a) Sr.(a) não está indo no CAPS? pqncap \_\_ \_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ PULAR PARA 51

47. Qual é o CAPS que o Sr.(a) está indo agora? capsago \_\_  
(8) NSA



- a. \_\_\_\_\_ (88) NSA qgrup12 \_\_ \_\_  
 b. \_\_\_\_\_ qgrup22 \_\_ \_\_
59. Qual a sua opinião sobre o(s) grupo(s)?
- a. \_\_\_\_\_ (88) NSA opigru12 \_\_ \_\_  
 b. \_\_\_\_\_ CRS: (1) sim (2) não opigru22 \_\_ \_\_  
 crgru2 \_\_
60. E fora as oficinas e os grupos, quando o(a) Sr.(a) vai no CAPS, o que mais faz lá?
- a. \_\_\_\_\_ outat12 \_\_ \_\_  
 b. \_\_\_\_\_ outat22 \_\_ \_\_  
 c. \_\_\_\_\_ outat32 \_\_ \_\_
- \_\_\_\_\_ (88) NSA CRS: (1) sim (2) não crouat2 \_\_
61. Na sua opinião, o atendimento no CAPS poderia ser melhorado?
- (1) Sim (2) Não **PULAR PARA 63** (8) NSA CRS: (1) sim (2) não melhor2 \_\_
62. **SE SIM:** O que o(a) Sr.(a) sugeriria para melhorar?
- \_\_\_\_\_ crmelh2 \_\_  
 \_\_\_\_\_ mel12 \_\_ \_\_  
 \_\_\_\_\_ mel22 \_\_ \_\_  
 \_\_\_\_\_ CRS: (1) sim (2) não crsuge2 \_\_

### AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO

63. O(A) Sr.(a) está trabalhando?
- (1) Sim trab2 \_\_  
 (2) Não **PULAR PARA 71** crjatra2 \_\_  
 (3) Nunca trabalhou **PULAR PARA 71** CRS: (1) sim (2) não

#### SE ESTÁ TRABALHANDO:

64. Onde trabalha? \_\_\_\_\_ onde12 \_\_ \_\_
65. Que tipo de trabalho faz? \_\_\_\_\_ tra12 \_\_ \_\_ \_\_
66. Quem mais participa deste trabalho? \_\_\_\_\_ mais12 \_\_
67. Há quanto tempo está neste trabalho? \_\_ \_\_ anos e \_\_ \_\_ meses tra1a2 \_\_ \_\_  
 tra1m2 \_\_ \_\_
68. Recebe dinheiro por este trabalho? (1) Sim (2) Não **PULAR PARA 70** dinhe12 \_\_

#### SE RECEBE DINHEIRO:

69. Quanto recebeu no mês passado? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ reais reais12 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

#### SE NÃO RECEBE DINHEIRO:

70. O(a) Sr.(a) recebeu alguma outra coisa pelo trabalho, sem ser dinheiro, como roupas, comida, presentes? (1) Sim (2) Não outrec12 \_\_

71. O(A) sr(a) está aposentado(a)? (1) sim (2) não **PULAR PARA 75** apose2 \_\_

#### SE SIM:

72. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está aposentado(a)? \_\_ \_\_ anos e \_\_ \_\_ meses (88) NSA aposa2 \_\_ \_\_
73. Está aposentado(a) por qual motivo? \_\_\_\_\_ aposm2 \_\_ \_\_
74. Quanto o(a) Sr.(a) recebe de aposentadoria por mês? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ reais por mês apoq2 \_\_ \_\_  
 renap2 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
75. O(a) Sr.(a) está encostado(a) ou recebe pensão?  
 (1) sim, encostado (2) sim, pensionista (3) não **PULAR PARA 79** encos2 \_\_

#### SE SIM:

76. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está encostado(a) ou recebe pensão? \_\_ \_\_ anos e \_\_ \_\_ meses encosa2 \_\_ \_\_  
 encosm2 \_\_ \_\_

77. Está encostado(a) ou recebe pensão por qual motivo?

encpq2 \_\_ \_\_  
renlic2 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

78. Quanto recebe por estar encostado ou da pensão por mês? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ reais por mês  
CRS: (1) sim (2) não

crapos2 \_\_

### AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS HÁBITOS

79. O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias?

(1) Sim (2) Não **MINI-MENTAL** CRS: (1) sim (2) não

bbalc2 \_\_

80. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não

crbba2 \_\_

81. As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não

cage12 \_\_

82. O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não

crcag12 \_\_

83. O(A) Sr.(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não

cage22 \_\_

crcag22 \_\_

cage32 \_\_

crcag32 \_\_

cage42 \_\_

crcag42 \_\_

**PARA TERMINAR, GOSTARIA DE FAZER DE NOVO PERGUNTAS SOBRE SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.**

84. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos?

- O dia da semana: \_\_\_\_\_
- O dia do mês: \_\_\_\_\_
- O mês: \_\_\_\_\_
- O ano: \_\_\_\_\_
- A hora aproximada: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

dias2 \_\_

diam2 \_\_

mês2 \_\_

ano2 \_\_

hora2 \_\_

85. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos?

- A cidade ( ) Pelotas ( ) outra ( ) não sabe
- O bairro: \_\_\_\_\_ ( ) outro ( ) não sabe
- O estado ( ) RS ( ) outro ( ) não sabe
- O país ( ) Brasil ( ) outro ( ) não sabe
- A peça da casa/apto: \_\_\_\_\_ ( ) outra ( ) não sabe

cidade2 \_\_

bairro2 \_\_

estado2 \_\_

pais2 \_\_

peça2 \_\_

SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE:

- Em que lado da sua casa estamos? \_\_\_\_\_ ( ) outro ( ) não sabe

86. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O Sr(a) poderia repetir para mim? ( ) carro ( ) outro ( ) não sabe

( ) vaso ( ) outro ( ) não sabe

( ) tijolo ( ) outro ( ) não sabe

carro2 \_\_

vaso2 \_\_

tijolo2 \_\_

**REPITA AS RESPOSTAS ATÉ APRENDER AS 3 PALAVRAS → (5 TENTATIVAS)**

87. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é:

- 100 – 7: \_\_\_\_\_
- 93 – 7: \_\_\_\_\_
- 86 – 7: \_\_\_\_\_
- 79 – 7: \_\_\_\_\_
- 72 – 7: \_\_\_\_\_

conta2 \_\_

88. O(A) sr(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes?

( ) carro ( ) outro ( ) não sabe

( ) vaso ( ) outro ( ) não sabe

carro2 \_\_

vaso2 \_\_

( ) tijolo      ( ) outro      ( ) não sabe

tijolo2 \_\_

89. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR>

- Um lápis (padrão):                      ( ) lápis              ( ) outro
- Um relógio de pulso                      ( ) relógio              ( ) outro

lapis2 \_\_

relo2 \_\_

90. Eu vou dizer uma frase “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. O sr(a) poderia repetir?

( ) repetiu                      ( ) não repetiu

repet2\_\_

91. Eu gostaria que o(a) sr(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções:

**PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS  
O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS**

- Pegue este papel com a mão direita                      ( ) cumpriu              ( ) não cumpriu
- Dobre ao meio com as duas mãos                      ( ) cumpriu              ( ) não cumpriu
- Coloque o papel no chão                      ( ) cumpriu              ( ) não cumpriu

etapa12 \_\_

etapa22 \_\_

etapa32 \_\_

92. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) sr(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil.

lei2 \_\_

**MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHE OS OLHOS”**

( ) realizou tarefa              ( ) não realizou tarefa              ( ) outro

93. O(A) sr(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase:

**ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR**

frase2 \_\_

---

**ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE**

94. E para terminar esta parte, eu gostaria que o sr(a) copiasse esse desenho:

**MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO**



praxia2 \_\_

total2 \_\_ \_\_

HORA DE TÉRMINO: \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_

**AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO**

O questionário foi respondido:

resp2 \_\_

- (1) todo pelo(a) usuário(a), sem ajuda
- (2) todo pelo(a) usuário(a), com ajuda
- (3) algumas respostas foram dadas por outra pessoa
- (4) maior parte das respostas foi dada por outra pessoa
- (5) todas as respostas foram dadas por outra pessoa

**SE TIVER OBSERVAÇÕES, FAÇA NO VERSO DESTA FOLHA**

**ANEXO II**



## PROJETO CAPS

Escola de Psicologia – UCPEL  
Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia  
UFPEL



### CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Esta é a **segunda visita** que lhe fazemos, pois estamos realizando um trabalho de pesquisa para avaliar como estão os CAPS em Pelotas e como estão se sentindo as pessoas que se tratam nos CAPS e os seus familiares. Os resultados desta pesquisa poderão melhorar os atendimentos que são feitos nos CAPS e ajudar muitas pessoas e gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos do seu tratamento e também da sua vida pessoal.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento no CAPS e em nada influenciará caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar, autorize e assine este termo de consentimento:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.*

*Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.*

*Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.*

LOCAL/DATA: Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FAMILIAR / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas  
Professora Elaine Tomasi. Almirante Barroso, 1202. CEP: 96010-280. Pelotas. RS.  
Telefone: 2128-8404. e-mail: tomasiet@uol.com.br.

**SEDENTARISMO ENTRE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL EM PELOTAS-RS: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS**

**OSVALDO DUARTE JÚNIOR<sup>1</sup>**

**ELAINE TOMASI<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, RS.

Autor para correspondência: Osvaldo Duarte Júnior

Av. J. K. de Oliveira, 2100. Apto 202 bloco A

CEP 96080-000 – Pelotas – RS – Brasil

FONE: (53) 8133-0440

E-MAIL: osvjrfsio@yahoo.com.br

## Resumo

**Objetivo:** Descrever a prevalência de sedentarismo entre usuários de Centros de Atenção Psicossocial de Pelotas e investigar fatores associados.

**Métodos:** Estudo de delineamento transversal aninhado à uma coorte prospectiva entre os usuários dos CAPS de Pelotas/RS. Utilizou-se um questionário padronizado contendo questões pré-codificadas. A variável dependente foi o sedentarismo no lazer, avaliado através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na versão curta. Foi utilizado o teste qui-quadrado para a comparação entre proporções com nível de significância de 5%. Análise multivariada por regressão de Poisson foi conduzida a fim de ajustar o efeito para potenciais fatores de confusão.

**Resultados:** A prevalência de sedentarismo na amostra foi de 61% (IC95% 57-64), sem diferenças em relação ao gênero ( $p < 0,423$ ), à cor da pele ( $p < 0,763$ ), à renda familiar ( $p < 0,943$ ), ao tabagismo ( $p < 0,670$ ), à dependência de álcool ( $p < 0,506$ ), e à participação em grupos ( $p < 0,153$ ) e oficinas ( $p < 0,567$ ). Não houve variação significativa na prevalência de sedentarismo conforme o tipo de transtorno. Comparados com os mais jovens, os mais velhos tiveram maior prevalência de sedentarismo ( $p < 0,015^T$ ) e quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de sedentarismo ( $p < 0,004^T$ ). Comparados com quem estava trabalhando, as pessoas que nunca trabalharam tiveram quase 60% maior prevalência de sedentarismo ( $p < 0,003$ ). Com o ajuste, a idade perdeu significância ( $p < 0,130$ ), tendo permanecido fortemente associados ao sedentarismo a menor escolaridade ( $p < 0,029$ ), o fato de não trabalhar ( $p < 0,000$ ), a presença de déficit cognitivo ( $p < 0,000$ ) e a pior percepção da situação de saúde ( $p < 0,000$ ).

**Conclusão:** Sedentarismo está associado com a menor escolaridade, o fato de não trabalhar, a presença de déficit cognitivo e pior percepção de saúde.

**Legenda:** <sup>T</sup> = p valor de tendência linear

**Abstract**

**Objective:** To describe the prevalence of physical inactivity among users of Psychosocial Care Centers of Pelotas and investigate factors associated.

**Methods:** A cross-sectional design nested in a prospective cohort study among users of CAPS Pelotas / RS. We used a standardized questionnaire containing questions pre-coded. The dependent variable was physical inactivity during leisure time as measured by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ questionnaire) in the short version. We used the chi-square test to compare proportions with a significance level of 5%. Multivariate analysis using Poisson Regression was conducted to adjust the effect of potential confounding factors.

**Results:** The prevalence of inactivity in the sample was 61% (95% CI 57-64) without differences in relation to gender ( $p < 0.423$ ), skin color ( $p < 0.763$ ), family income ( $p < 0.943$ ), smoking ( $p < 0.670$ ), with alcohol dependence ( $p < 0.506$ ), and participation in groups ( $p < 0.153$ ) and workshops ( $p < 0.567$ ). There was no significant variation in the prevalence of sedentary lifestyle according to the type of disorder. Compared with younger people, older people had a higher prevalence of physical inactivity ( $p < 0.015$ ) and lower educational level, higher prevalence of physical inactivity ( $p < 0.004$ ). Compared with whom he was working, people who had never worked for almost 60% higher prevalence of physical inactivity ( $p < 0.003$ ). With the adjustment, age lost significance ( $p < 0.130$ ) and remained strongly associated with sedentary the less educated ( $p < 0.029$ ), the fact of not working ( $p < 0.000$ ), presence of cognitive impairment ( $p < 0.000$ ) and worse self-rated health status ( $p < 0.000$ ).

**Conclusion:** Physical inactivity is associated with less schooling, the fact of not working, the presence of cognitive impairment and poorer health perception.

## Introdução

Pessoas com estilo de vida sedentário têm um importante aumento no risco de desenvolver diabetes, hipertensão arterial[1], doenças cardiovasculares[2], demência[3] e *déficit* cognitivo[4]. Mudanças de comportamento incluindo dieta para a perda de peso e atividade física regular são fundamentais para a melhora da qualidade de vida da população[5].

Atividade física é definida como um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas pratica envolvendo gasto de energia e alterações no organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais, com aplicação de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mental e social, de modo a obter benefícios à saúde. Além disso, a atividade física planejada, estruturada, repetitiva e intencional é um relevante instrumento para prevenir o sedentarismo[6, 7].

A literatura aponta vantagens da atividade física também para portadores de sofrimento psíquico[8], que, no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), recebem atendimento ambulatorial em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), um CAPS é um serviço aberto e comunitário, de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. É um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários[9].

Nos CAPS atuam profissionais de diversas áreas como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, professores de educação física, técnicos de enfermagem, artesãos, auxiliares administrativos e serventes. Nestes serviços, os usuários recebem atendimento médico com a administração de medicamentos, atendimento psicológico, terapêutico com realização de atividades individuais ou em grupo e participam de atividades recreativas. Dentre as atividades terapêuticas, está a realização de atividade física com os usuários[9], coordenadas pelo professor de educação física.

Esta pesquisa teve como objetivo descrever a prevalência de sedentarismo entre usuários de CAPS de Pelotas, RS e descrever fatores associados, buscando entender o comportamento deste indicador importante para a saúde pública entre pessoas com um perfil de morbidade diferente da população em geral.

## Métodos

É um estudo de delineamento transversal aninhado a uma coorte prospectiva que selecionou uma amostra de 1151 usuários dos CAPS de Pelotas/RS em atendimento entre abril e maio de 2006, dos quais 1013 foram entrevistados no primeiro acompanhamento (entre junho a setembro de 2006) e 875 no segundo acompanhamento (entre maio e agosto de 2007), sendo esta última a amostra para a análise do estudo[10]. As entrevistas foram realizadas em seus domicílios, cujos endereços foram obtidos a partir do sistema de registro de todos os CAPS.

Utilizou-se um questionário padronizado contendo questões pré-codificadas sobre características sócio-demográficas, morbidade, comportamentais, déficit cognitivo, percepção de saúde, participação em grupos e oficinas e atividade física.

A variável dependente do estudo foi o sedentarismo no lazer, avaliado através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na versão curta[11]. Este instrumento é composto por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidade moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). As pessoas que referissem menos de 150 minutos de atividade física por semana seriam considerados sedentários[12]. Os dados foram corrigidos para as atividades vigorosas, multiplicando-se por dois.

As variáveis independentes do estudo foram: sexo (masculino/feminino), idade (em anos completos), grupo diagnóstico (CID-10)[13], participação em grupos e oficinas nos CAPS (sim/não), participação em atividades associativas (sim/não),

medicamentos (anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos totais, antiparkinsonianos, antimaníacos, ansiolíticos, antidepressivos totais), trabalho (sim/não/nunca trabalhou), tabagismo (sim/não), uso de bebida alcoólica (sim/não), dependência de álcool (teste CAGE)[14, 15], déficit cognitivo (Minimental)[16], auto-percepção de saúde (muito melhor/pouco melhor/quase a mesma/pouco pior/muito pior) e auto-percepção de bem-estar (escala de faces). A dependência de álcool foi considerada para indivíduos com, pelo menos, duas respostas positivas nas quatro perguntas do Teste CAGE.

Uma vez que o desfecho do estudo foi o sedentarismo, tomado como variável dicotômica, foi utilizado o teste qui-quadrado para a comparação entre proporções com nível de significância de 5%. Análise multivariada por regressão de Poisson foi conduzida a fim de ajustar o efeito para potenciais fatores de confusão. No primeiro nível do modelo hierárquico, foram consideradas as variáveis idade e escolaridade. No segundo nível, a variável trabalho e no terceiro, o déficit cognitivo. Por último, no quarto nível, utilizou-se a variável auto-percepção de saúde.

## Resultados

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (61%), predominantemente com idades entre 45 e 59 anos (43%) e 70% referiu cor da pele branca. Em relação à escolaridade, os entrevistados que tiveram de quatro a sete anos de escola representaram 44% da amostra, a renda familiar per capita inferior a 0,5 salários mínimos era uma realidade para 32% dos usuários. A maior parte dos entrevistados não estava trabalhando (70%), não fumava (61%) e não utilizou bebida alcoólica no último mês (89%). Dentre os entrevistados que utilizaram bebida alcoólica no último mês, 24% tinham dependência com o álcool (Tabela 1).

De acordo com características do sofrimento psíquico, do plano terapêutico no CAPS e da auto-percepção de saúde e bem-estar, 43% da amostra tinham transtorno de humor, 61% participavam de grupos, 53% participavam de oficinas, 74% não tinham déficit cognitivo, 31% tiveram a auto-percepção de saúde um pouco melhor nos últimos 12 meses e 66% se sentiram bem ou muito bem nos últimos 12 meses (Tabela 2).

A prevalência de sedentarismo na amostra foi de 61% (IC95% 57-64), sem diferenças em relação ao gênero, à cor da pele, à renda familiar, ao tabagismo, à dependência de álcool, à participação em grupos e oficinas e à modalidade de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) (Tabela 3 e 4).

Não houve variação significativa na prevalência de sedentarismo conforme o tipo de transtorno. Os usuários com esquizofrenia e transtornos orgânicos eram mais sedentários e os dependentes químicos eram os menos sedentários.

Comparados com os mais jovens, os mais velhos tiveram maior prevalência de sedentarismo e quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de sedentarismo. Comparados com quem estava trabalhando, as pessoas que nunca trabalharam tiveram quase 60% maior prevalência de sedentarismo (Tabela 3 e 4).

Apesar da dependência alcoólica não ter se associado ao sedentarismo nesta amostra, o uso de bebida alcoólica apresentou diferença significativa, pois mais sedentarismo foi observado entre os não bebiam (Tabela 3). Usuários de CAPS que apresentavam déficit cognitivo tiveram cerca de um terço mais sedentarismo do que os sem o déficit (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta os resultados da análise multivariada, necessária após o exame das associações entre as variáveis independentes, que foi realizada conforme modelo hierárquico. Com o ajuste, a idade perdeu significância, tendo permanecido fortemente associados ao sedentarismo a menor escolaridade, o fato de não trabalhar, a presença de déficit cognitivo e a pior percepção da situação de saúde.

## Discussão

A prevalência de sedentarismo neste estudo (61%) foi superior à encontrada em pesquisas de base populacional que utilizaram o mesmo instrumento. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, Knuth et al. observaram que a prevalência de sedentarismo aumentou de 41,1% (IC 95% 37,4-44,9) em 2002 para 52,0% (IC 95% 49,1-53,8) em 2007 avaliando as mudanças de atividade física em adultos brasileiros, comparando dois levantamentos estudados com cinco anos de intervalo. Em Florianópolis, Santa Catarina, Benedetti et al. detectaram 59% de sedentários avaliando pessoas idosas (60 anos ou mais)[17]. Siqueira et al. investigando adultos em amostra populacional do sul e nordeste do Brasil encontrou 32% de sedentarismo[18].

Apesar de Hallal et al. demonstrarem que o aumento da idade está positivamente associado com o sedentarismo, Lautenschlager et al. relataram que o envelhecimento está associado com o declínio progressivo de atividade física[19] e Baretta et al observaram que as pessoas mais jovens realizam mais atividade física dos que os mais velhos, neste estudo isto não foi constatado[20]. Na análise não-ajustada, quanto maior à idade, maior o sedentarismo ( $p=0,015^T$ ), mas na análise multivariada, quando ajustada para escolaridade, perdeu a significância ( $p=0,130$ ). O mesmo comportamento foi observado no estudo de Alves et al, em população residente em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pernambuco[21] e no de Masson et al com mulheres de São Leopoldo, RS[22].

Na análise não-ajustada quanto menor à escolaridade, maior o sedentarismo ( $p=0,004^T$ ), o que foi confirmado após ajuste para idade ( $p=0,029$ ). A associação entre sedentarismo e escolaridade foi similar a encontrada por Dias da Costa et al em estudo

de base populacional no mesmo município[23] e a mesma encontrada no estudo de Alves et al. Entretanto, diferiu dos resultados de Masson et al, em que as prevalências de sedentarismo não variaram significativamente com a escolaridade[22].

Após ajuste, as pessoas que nunca trabalharam tiveram maior sedentarismo ( $p=0,000$ ). Este achado situa-se na mesma direção do descrito por Barros e Narras (2001), ao relatar o efeito protetor da atividade física sobre a auto-percepção negativa de saúde entre trabalhadores da indústria em Santa Catarina[24].

A associação entre sedentarismo e déficit cognitivo observada neste estudo confirma os achados de Penedo et al.[25] e Laurin et al.[4] As pessoas que tinham déficit cognitivo tiveram mais prevalência de sedentarismo ( $p=0,000$ ), confirmado pela análise multivariada, quando ajustada para situação de trabalho, escolaridade e idade ( $p=0,000$ ). Penedo et al relataram que mulheres com menores níveis de sedentarismo tiveram uma redução de 20% no risco de desenvolver disfunção cognitiva comparadas com pessoas mais sedentárias. Laurin et al relataram que pessoas que realizavam atividade física (não sedentários) tinham menores níveis de déficit cognitivo comparado com pessoas sedentárias (Razão de Prevalência=0,58; IC 95% = 0,41-0,83).

Neste estudo, a associação entre sedentarismo e auto-percepção de saúde foi significativa, mesmo após o ajuste para déficit cognitivo, situação de trabalho, escolaridade e idade ( $p=0,000$ ), no sentido de que pessoas que tinham pior percepção de saúde apresentaram maior prevalência de sedentarismo. Este achado está de acordo com o descrito por Alves et al[21] e, de forma indireta, com o descrito por Bertoldi et al[26], ao analisarem a associação entre o uso de medicamentos nos últimos 15 dias e a prática

de atividade física. Os autores relatam menores prevalências de uso de medicamentos entre pessoas não sedentárias.

## Conclusão

Apesar dos CAPS oferecerem um serviço com profissionais de Educação Física, a prevalência de sedentarismo foi considerada alta. Isto se deve a outros fatores que dificultam a prática de atividade física nestes locais.

O perfil dos fatores associados com a alta prevalência de sedentarismo muito similar ao da população em geral.

Necessidade de investimento por parte do poder público para manter o efeito protetor da atividade física em relação ao sedentarismo em populações com sofrimento psíquico.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com características sociodemográficas e comportamentais. Pelotas, RS 2007.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	338	38,6%
Feminino	537	61,4%
Idade (anos)		
17 a 29	104	11,9%
30 a 44	286	32,7%
45 a 59	372	42,6%
60 e mais	112	12,8%
Cor da pele		
Branca	608	70,1%
Não Branca	259	29,9%
Escolaridade (anos)		
Até 3	286	32,9%
4 a 7	378	43,5%
8 ou mais	204	23,3%
Renda familiar per capita (salários mínimos)		
Menos de 0,5	224	31,6
0,5 a 0,9	192	27,1
1 a 1,99	177	25,0
2 ou mais	116	16,4
Situação de trabalho		
Sim	131	15,0%
Não	611	69,8%
Nunca trabalhou	133	15,2%
Tabagismo		
Sim	343	39,2%
Não	531	60,8%
Uso de bebida alcoólica no último mês		
Não	774	88,5%
Sim	101	11,5%
Dependência de álcool (*)		
Não	74	75,5%
Sim	24	24,4%
Total	875 (#)	100%

(#) Total da amostra; o total é diferente para cada variável em função de respostas ignoradas.

Tabela 2. Descrição da amostra de acordo com características do sofrimento psíquico, do plano terapêutico no CAPS e da percepção de saúde e bem-estar. Pelotas, RS 2007.

Variável	n	%
Grupo diagnóstico (CID-10)		
Orgânicos	40	4,8%
Abuso de Substâncias	42	5,0%
Esquizofrenia	201	24,0%
Transtorno de Humor	362	43,2%
Neuroses	121	14,5%
Transt. de Personalidade	16	1,9%
Retardo Mental	52	6,2%
Não especificado	3	0,4%
Participação em grupos no CAPS		
Sempre ou às vezes	425	61,4%
Não	267	38,6%
Participação em oficinas no CAPS		
Sempre ou às vezes	367	52,9%
Não	327	47,1%
Déficit Cognitivo		
Não	640	73,7%
Sim	228	26,3%
Medicamentos (**)		
Anticonvulsivantes	187	21,4%
Antipsicóticos	455	52,0%
Antidepressivos Tricíclicos total	287	32,8%
Antiparkinsonianos	130	14,9%
Antimaníacos	58	6,6%
Ansiolíticos	455	52,0%
Antidepressivos Totais	239	27,3%
Auto-percepção de saúde desde 12 meses atrás		
Muito melhor	201	23,0%
Pouco melhor	247	28,3%
Quase a mesma	213	24,4%
Pior	212	24,3%
Como se sentiu desde 12 meses atrás		
Bem / muito bem	564	65,5%
Mal / muito mal	297	34,5%
Total	875 (#)	100%

(#) Total da amostra; o total é diferente para cada variável em função de respostas ignoradas.

(\*) Somente para quem usou bebida alcoólica no último mês

(\*\*) O total de medicamentos excede a amostra pois cada pessoa poderia usar mais de um medicamento.

Tabela 3: Prevalência e razões de prevalência de sedentarismo entre os usuários dos CAPS de acordo com características sócio-demográficas e comportamentais. Pelotas, RS 2007.

Variável	Prevalência de sedentarismo	RP (IC95%)	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Masculino	62,4%	1,05 (0,94-1,18)	0,423
Feminino	59,3%		
<b>Idade (anos)</b>			
17-29	49,0%	1,00	0,015 <sup>T</sup>
30-44	59,0%	1,21 (0,96-1,51)	
45-59	63,7%	1,30 (1,05-1,61)	
60 ou +	63,9%	1,30 (1,02-1,67)	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	60,2%	1,00	0,763
Não Branca	61,7%	1,02 (0,91-1,15)	
<b>Escolaridade (anos)</b>			
Até 3	66,5%	1,25 (1,07-1,46)	0,004 <sup>T</sup>
4 a 7	59,8%	1,12 (0,96-1,31)	
8 ou +	53,3%	1,00	
<b>Renda Familiar (s.m.)#</b>			
Menos de 0,5	61,9%	1,00	0,943
0,5 a 0,9	63,8%	1,03 (0,89-1,20)	
1 a 1,99	61,4%	0,99 (0,85-1,16)	
2 ou +	64,3%	1,04 (0,87-1,23)	
<b>Situação de Trabalho</b>			
Sim	45,2%	1,00	0,003
Não	61,5%	1,36 (1,11-1,67)	
Nunca trabalhou	71,2%	1,58 (1,26-1,97)	
<b>Tabagismo</b>			
Não	61,2%	1,03 (0,92-1,15)	0,670
Sim	59,4%	1,00	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>			
Não	62,1%	1,30 (1,04-1,61)	0,011
Sim	47,9%	1,00	
<b>Dependência de álcool</b>			
Não	45,6%	1,00	0,506
Sim	56,5%	1,24 (0,80-1,93)	

<sup>T</sup>=p valor para tendência linear

Tabela 4: Prevalência e razões de prevalência de sedentarismo entre os usuários dos CAPS de acordo com características do sofrimento psíquico, do plano terapêutico no CAPS e da percepção de saúde e bem-estar. Pelotas, RS 2007.

Variável	Prevalência de Sedentarismo	RP (IC95%)	Valor de p
Participação em grupos			
Sempre ou às vezes	59,2%	1,00	0,153
Não	65,1%	1,10 (0,97-1,24)	
Participação em oficinas			
Sempre ou às vezes	62,8%	1,04 (0,92-1,17)	0,567
Não	60,3%	1,00	
Déficit cognitivo			
Não	55,8%	1,00	0,000
Sim	73,8%	1,32 (1,19-1,47)	
Auto Percepção de saúde			
Muito melhor	43,5%	1,00	0,000 <sup>T</sup>
Pouco melhor	68,1%	1,56 (1,30-1,88)	
Quase a mesma	59,8%	1,37 (1,13-1,67)	
Pior	69,2%	1,59 (1,32-1,91)	
Como se sentiu desde 12 meses atrás			
Bem/muito bem	58,5%	1,00	0,196
Mal/muito mal	63,4%	1,08 (0,97-1,21)	

# salários mínimos

Tabela 5: Razões de prevalência brutas e ajustadas para sedentarismo de acordo com variáveis associadas na análise bivariada. Pelotas, RS, 2007.

Variável	RP (IC95%) Não ajustada	Valor de p	RP (IC95%) Ajustada	Valor de p
Idade (anos)*		0,015 <sup>T</sup>		0,130
17-29	1,00		1,00	
30-44	1,21 (0,96-1,51)		1,20 (0,95-1,50)	
45-59	1,30 (1,05-1,61)		1,29 (1,04-1,60)	
60 ou +	1,30 (1,02-1,67)		1,25 (0,98-1,61)	
Escolaridade (anos)*		0,004 <sup>T</sup>		0,029
Até 3	1,25 (1,07-1,46)		1,23 (1,05-1,44)	
4 a 7	1,12 (0,96-1,31)		1,10 (0,94-1,29)	
8 ou +	1,00		1,00	
Situação de Trabalho**		0,003		0,000
Sim	1,00		1,00	
Não	1,36 (1,11-1,67)		1,31 (1,06-1,60)	
Nunca trabalhou	1,58 (1,26-1,97)		1,64 (1,31-2,06)	
Déficit cognitivo***		0,000		0,000
Não	1,00		1,00	
Sim	1,32 (1,19-1,47)		1,37 (1,23-1,53)	
Auto Percepção de saúde#		0,000 <sup>T</sup>		0,000
Muito melhor	1,00		1,00	
Pouco melhor	1,56 (1,30-1,88)		1,52 (1,26-1,82)	
Quase a mesma	1,37 (1,13-1,67)		1,26 (1,03-1,53)	
Pior	1,59 (1,32-1,91)		1,44 (1,20-1,74)	

\* Ajuste simultâneo de idade e escolaridade.

\*\* Ajustado para idade e escolaridade.

\*\*\* Ajustado para situação de trabalho, idade e escolaridade.

# Ajustado para déficit cognitivo, situação de trabalho, idade e escolaridade.

## Referências

1. Hayashi, T., et al., *Walking to Work and the Risk for Hypertension in Men: The Osaka Health Survey*. Ann Intern Med, 1999. **130**: p. 21-26.
2. Manson, J.E., et al., *Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women*. N Engl J Med, 2002. **347**(10): p. 716-725.
3. Abbott, R.D., L.R. White, and G.W. Ross, *Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men*. Jama, 2004. **292**(12): p. 1447-1453.
4. Laurin, D., et al., *Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons*. ARCH NEUROL, 2001. **58**: p. 498-504.
5. Richardson, C.R., et al., *Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness*. Psychiatric Services, 2005. **56**(3): p. 324-331.
6. Paluska, S.A. and T.L. Schwenk, *Physical Activity and Mental Health Current Concepts*. Sports Med 2000. **29**(3): p. 167-180.
7. Peluso, M.A.M. and L.H.S.G. de Andrade, *Physical activity and mental health: the association between exercise and mood*. Clinics, 2005. **60**(1): p. 61-70.
8. Strawbridge, W.J., et al., *Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults*. American Journal of Epidemiology, 2002. **156**(4): p. 328-334.
9. Ministério da Saúde, *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. 2004.
10. Tomasi, E., et al., *Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS*. Ministério da Saúde, 2007.
11. Craig, C.L., et al., *International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity*. Med. Sci. Sports Exerc., 2003. **35**(8): p. 1381-1395.
12. Benedetti, T.R.B., et al., *Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos*. Rev Bras Med Esporte 2007. **13**(1): p. 11-16.
13. Saúde, O.M.d., *CID 10*. São Paulo:EDUSP, 1996.
14. Castells, M.A. and L.M. Furlanetto, *Validade do questionário CAGE para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados em enfermarias clínicas*. Rev Bras Psiquiatr, 2005. **27**(1): p. 54-57.
15. Liskow, B., et al., *Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic*. J Stud Alcohol, 1995. **56**(3): p. 277-281.
16. Almeida, O.P., *Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil*. Arq Neuropsiquiatr, 1998. **56**(3-B): p. 605-612.
17. Benedetti, T.R.B., et al., *Atividade física e estado de saúde mental de idosos*. Rev Saúde Pública, 2008. **42**(2): p. 302-7.
18. Siqueira, F.V., et al., *Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2008. **24**(1): p. 39-54.
19. Lautenschlager, N.T., et al., *Can physical activity improve the mental health of older adults?* Annals of General Hospital Psychiatry 2004. **3**: p. 12.
20. Baretta, E., M. Baretta, and K.G. Peres, *Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2007. **23**(7): p. 1595-1602.

21. Alves, J.G.B., et al., *Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2010. **26**(3): p. 543-556.
22. Masson, C.R., et al., *Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2005. **21**(6): p. 1685-1694.
23. Dias-da-Costa, J.S., et al., *Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil*. Cad. Saúde Pública, 2005. **21**(1): p. 275-282.
24. Barros, M.V.G.d. and M.V. Nahas, *Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria*. Rev Saúde Pública 2001. **35**(6): p. 554-563.
25. Penedo, F.J. and J.R. Dahna, *Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity*. Curr Opin Psychiatry, 2005. **18**: p. 189-193.
26. Bertoldi, A.D., P.C. Hallal, and A.J. Barros, *Physical activity and medicine use: evidence from a population-based study*. BMC Public Health 2006. **6**: p. 224-230.