



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE FISIOTERAPIA

RENATA LUIZA BERTÉ BASSANI

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FÍSICA E AUTOIMAGEM EM PESSOAS COM
DEPRESSÃO DO CAPS I – ARARANGUÁ**

Araranguá

2019

RENATA LUIZA BERTÉ BASSANI

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FÍSICA E AUTOIMAGEM EM PESSOAS
COM DEPRESSÃO DO CAPS I – ARARANGUÁ**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (DCS7491-09654).

Orientador: Prof. Dr. Aderbal Silva Aguiar Junior

Araranguá

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas
que são a minha base, meu orgulho
e meus amores: Verena, Ione e
Leudeci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, por ter guiado meu caminho para que estivesse próxima de concluir uma das maiores conquistas da minha vida até o presente momento.

Agradeço à minha família por ter sido minha base, meu apoio e amparo nas horas/momentos mais difíceis da minha vida. Também, por ter me criado com tanto amor e me passado todos os valores necessários para ser um ser humano honrado e de respeito.

Agradeço aos meus amigos por terem compartilhado comigo esses quatro anos e meio de graduação, em que contemplamos momentos memoráveis, nos quais o apoio e amor sempre estiveram presentes (Amanda, Arissa, Camila, Cassia, Jeisyelli, Liliane e Natália). Um agradecimento especial à Monique e Diego por terem me acompanhado em cada surto e, mesmo assim, estarem sempre ao meu lado.

Agradeço ao meu orientador e à Ione pela confiança depositada na minha proposta de pesquisa e pelas contribuições dadas durante o processo.

Agradeço ao grupo de pesquisa LABEP por auxiliarem nesse projeto e contribuírem muito com a minha trajetória acadêmica.

Agradeço à UFSC e ao corpo docente por me proporcionarem uma quase formação com excelência de ensino.

Este artigo encontra-se nas regras da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (ANEXO A).

Relação entre capacidade física e autoimagem em pessoas com depressão do CAPS I –**Araranguá**

Relationship between physical capacity and self-image in people with CAPS I depression –

Araranguá

Relação entre capacidade física e autoimagem na depressão

Renata Luiza Berté Bassani¹, Aderbal Silva Aguiar Junior²

1. Graduanda em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina, Brasil
2. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina, Brasil

Autor Correspondente:

Aderbal Silva Aguiar Junior

Endereço eletrônico: aderbal.aguiar@ufsc.br

Telefone: (48) 3721-5565

Rod. Gov. Jorge Lacerda, 3201, Jardim das Avenidas – Araranguá – SC - CEP: 88.906-072

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Fonte financiadora do projeto: nada a declarar

Número total de palavras: 3051

Número de palavras no resumo: 250

Número total de tabelas: 3

Número total de gráficos: 1

Número de referências: 30

RESUMO

Objetivos: Investigar relação entre capacidade física e autoimagem em depressivos do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Araranguá (CAPS I). **Métodos:** Estudo descritivo, realizado no CAPS I, com 20 indivíduos com diagnóstico de depressão. Foram utilizadas as escalas *Center of Epidemiological Studies-Depression (CES-D 8)*, *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-12), Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ), Teste do Degrau de três minutos, além de medidas antropométricas, características sociodemográficas, medicamentos e condições gerais de saúde. **Resultados:** Amostra composta por 17 mulheres e 3 homens. A idade média foi de $45,4 \pm 9,9$ anos, maioria da raça/cor branca (80%), escolaridade ensino médio completo (35%), casados (60%) e 90% não possuíam trabalho remunerado. A comorbidade mais relatada foi hipertensão arterial sistêmica (50%) e 90% demonstraram sintomas depressivos. Segundo o SF-12, no domínio saúde física o escore foi de $57,3 \pm 16,8$ e de $42,8 \pm 13,4$ em saúde mental. A média de respostas no BSQ foi de $103,6 \pm 45$ pontos, e ausência de distorção (45%) a mais prevalente. Em relação à atividade física, 40% eram insuficientemente ativos. Houve associação significativa entre autoimagem sem distorção/leve distorção e pacientes ativos/irregularmente ativos ($\chi^2_{6,0.05}=52,7$; $P<0,05$). Apenas 4 realizaram o teste do degrau, 3 finalizaram com sucesso, 2 com $\dot{V}O_2\text{max}$ fraco e 1 muito fraco. **Conclusão:** Observado relação entre autoimagem e níveis de atividade física, porém não foi possível relacionar com capacidade física ($\dot{V}O_2\text{max}$). Indivíduos depressivos demandam tratamento com equipe multidisciplinar, buscando restaurar saúde mental e física, bem como, melhorar a qualidade de vida e autoimagem.

Palavras-chave: Autoimagem; Capacidade Física; Depressão.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the relationship between physical capacity and self-image in depressive patients at the Psychosocial Care Center of Araranguá (CAPS I). **Methods:** A descriptive study conducted at CAPS I with 20 individuals diagnosed with depression. The following were used as Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D 8), Body Shape Questionnaire (BSQ), Quality of Life Assessment Questionnaire (SF-12), International Physical Activity Questionnaire - Short Version (IPAQ), Grade test of three minutes, in addition to anthropometric measurements, sociodemographic characteristics, medications and general health conditions. **Results:** Sample composed by 17 women and 3 men. The average age was 45.4 ± 9.9 years, most of them white / race (80%), complete high school education (35%), married (60%) and 90% had no paid work. A more related comorbidity was systemic arterial hypertension (50%) and 90% showed depressive symptoms. According to SF-12, no physical health domain or score was 57.3 ± 16.8 and 42.8 ± 13.4 in mental health. The average response in BSQ was 103.6 ± 45 points, and the absence of distortion (45%) was more prevalent. Regarding physical activity, 40% were insufficiently active. There was a significant association between undistorted / mild distortion self-image and irregular active / active patients ($\chi^2_{26.05} = 52.7$; $P < 0.05$). Only 4 perform the step test, and 3 successfully finish, 2 with weak $\dot{V}O_{2max}$ and 1 very weak. **Conclusion:** The relationship between self-image and levels of physical activity was observed, but it was not possible to correlate with physical capacity ($\dot{V}O_{2max}$). Individuals with depression require treatment with a multidisciplinary team, seeking to restore mental and physical health, as well as improve quality of life and self-image.

Key-words: Self Concept; Physical Capacity; Depression.

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são síndromes representadas por perturbações significativas na cognição, na estruturação emocional ou no comportamento de um indivíduo, devido a disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento¹. Eles afetam de forma negativa a satisfação e a qualidade de vida², pois estão, na maioria das vezes, relacionados com o sofrimento ou incapacidade funcionais relevantes, afetando tarefas sociais e profissionais¹.

Os transtornos mentais podem apresentar sintomas de ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas³. Estão entre as causas principais de morbidades psíquicas. Atingem por volta de um terço da população em diversas faixas etárias⁴, e representam 12% da carga universal de doenças⁵. São consideradas como as maiores causas de incapacidade do mundo, e os transtornos depressivos são os que mais contribuíram para os anos de vida vividos com incapacidade⁶.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), 25% das pessoas de todo o mundo serão afetadas por um transtorno mental em algum momento de suas vidas. Desses, os mais prevalentes são o transtorno de humor (depressão) e a ansiedade, que afetam, respectivamente, 10% e 8% das pessoas em algum determinado período da vida⁷. Devido à sua alta prevalência, são conhecidos como Transtornos Mentais Comuns⁸.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), a depressão caracteriza-se pelo humor deprimido, perda de interesse e prazer em realizar as atividades, insônia ou hipersonia, perda ou ganho significativo de peso, capacidade reduzida para pensar ou se concentrar, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade/culpa e pensamentos recorrentes de morte. O diagnóstico, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), é concedido quando há

ocorrência de 5 ou mais desses sintomas, quase todos os dias, durante um período de 2 semanas¹. Esses indivíduos também podem apresentar perda de vínculos emocionais, aumento da dependência, perda de libido e distorção da imagem corporal⁹.

A saúde mental, a saúde física e social são fatores interdependentes⁷. A distorção da imagem corporal, além de ligada aos sintomas de transtornos mentais comuns, está ligada à falta de saúde física¹⁰. Gouveia, Singelis, Guerra, Santos & Vasconcelos (2005)¹¹ referem-se a autoimagem como a percepção que cada indivíduo tem de si, de acordo com seus pensamentos, sentimentos e ações. Sabe-se que o exercício físico tem influência direta nisso, melhora a imagem corporal, autoestima, diminuindo o estresse, insônia, ansiedade e até o consumo de medicamentos, otimizando também as atividades cognitivas e de socialização¹². Erkolahi, Ilonen, Saarijärvi & Terho (2003) observaram que a autoimagem negativa de indivíduos jovens parece estar relacionada com o aumento de sintomas depressivos¹³.

Veggi, Lopes, Faerstein & Sichieri (2004)¹⁴ mostraram que 50% das mulheres que apresentavam peso corporal normal mostraram insatisfação com a imagem corporal e que a possibilidade de apresentar transtorno mental comum foi maior em mulheres que possuíam distorção de autoimagem, independente do seu índice de massa corporal (IMC). Mulheres com sobrepeso e aquelas abaixo do peso apresentaram melhor percepção da imagem corporal do que mulheres com peso normal. Os transtornos mentais comuns podem salientar a preocupação com o padrão de beleza exigido pela sociedade e fracasso em alcançar o ideal de atratividade física e, como consequência, aumentar a insatisfação com a imagem corporal. Muitos estudos demonstraram maior prevalência desses transtornos mentais em mulheres quando comparado a homens. Hong & Hong (2019)¹⁵ mostraram que o risco de depressão foi maior em indivíduos com percepção de imagem corporal de magreza extrema continuado de obesidade extrema.

Galper, Trivedi, Barlow, Dunn & Kampert (2006)¹⁶ verificaram que mulheres e

homens considerados fisicamente inativos apresentaram maior gravidade da sintomatologia depressiva do que mulheres e homens insuficientemente ativos ou suficientemente/altamente ativos. Também certificaram que a aptidão cardiorrespiratória e a atividade física estão diretamente ligadas ao bem-estar emocional dos indivíduos. Visser, Pluijm, Stel, Bosscher & Deeg (2002)¹⁷ mostraram que pacientes submetidos à exercício físico apresentam menor perda de capacidade funcional quando comparado com pacientes não praticantes de exercício físico, ou seja, o exercício físico previne a incapacidade funcional.

Embora existam estudos relatando sobre os benefícios da atividade física na saúde mental e imagem corporal/autoimagem em diversas populações, observou-se uma escassez quanto a estudos relacionando a capacidade física e a autoimagem na população depressiva. Devido a isso, os objetivos do estudo foram analisar a relação entre a capacidade física e a autoimagem em sujeitos depressivos do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Araranguá – CAPS I. Além disso, descrever as características sociais e de saúde dos indivíduos, a autoimagem, o nível de qualidade de vida e relacionar a autoimagem com a capacidade física.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da Prefeitura Municipal de Araranguá, Santa Catarina. A população do estudo foi composta pelos indivíduos com diagnóstico de depressão que consultaram no CAPS I do Município de Araranguá em Outubro de 2019. Foram inclusos no estudo os pacientes do CAPS I, com diagnóstico de depressão, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que apresentaram condições de responderem por si. Foram excluídos os que não possuíram condições de saúde adequadas (doenças pulmonares ou cardiovasculares graves, deficiências

ortopédicas ou fazer uso de betabloqueador) e transtornos psicóticos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CAAE: 04931518.7.0000.0121) (ANEXO B). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para avaliação dos pacientes foi utilizada a escala *Center or Epidemiological Studies-Depression (CES-D 8)* (ANEXO C), *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (ANEXO D), Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-12) (ANEXO E), Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ) (ANEXO F), Teste do Degrau de três minutos e medidas antropométricas. Também foi utilizado um questionário, estruturado pelos próprios pesquisadores, para avaliar as características sociodemográficas, uso de medicamentos e condições gerais de saúde (APÊNDICE B).

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a escala *Center of Epidemiological Studies-Depression*, desenvolvida pelo *National Institute of Mental Health (EUA)*. Consiste em uma autoavaliação para rastrear os sintomas depressivos em estudos populacionais relacionados a semana anterior. A *CES-D 8* foi validada para a população brasileira, tanto jovens, adulto-jovens quanto idosos. Foi criada a partir da junção do Inventário de Depressão de Zung, Inventário de depressão de Beck, Inventário de Raskin e do Inventário de Personalidade MMPI. A escala contém oito itens que são pontuados em (0) - não e (1) - sim. A pontuação é feita através do somatório das respostas, no qual maior ou igual a quatro significa presença de sintomas depressivos¹⁸.

O *Body Shape Questionnaire* foi utilizado para avaliar a distorção de imagem corporal/autoimagem em indivíduos, validado para a população brasileira. É composto por 34 questões auto-avaliadas, onde as respostas podem variar entre: nunca (1 ponto); raramente (2 pontos); às vezes (3 pontos); frequentemente (4 pontos); muito frequentemente (5 pontos) e sempre (6 pontos). A pontuação final é dada através do somatório de todas as respostas,

podendo variar entre 34 a 204 pontos. Quanto maior a pontuação, maior é a insatisfação com a imagem corporal: ≤ 110 pontos – ausência de distorção da imagem corporal; > 110 e ≤ 138 pontos – distorção leve; > 138 a ≤ 167 pontos – distorção moderada e > 167 pontos - distorção grave¹⁹.

O questionário *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)* foi criado em 1994, com questões derivadas do *36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* a fim de uma aplicação mais rápida. O *SF-12* é composto por 12 itens, onde são classificados em 8 dimensões que têm influência sobre a qualidade de vida (função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental) e são pontuados através da percepção do indivíduo de acordo com suas últimas 4 semanas. A partir da pontuação de cada item, através de um algoritmo próprio do instrumento, pode ser realizada a análise de dois escores: físico (*Physical Component Summary – PCS*) e mental (*Component Summary – MCS*). Para ambos, a pontuação varia de zero a cem, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor²⁰.

O Questionário Internacional de Atividade Física é de auto-aplicação, validado para a população brasileira e utilizado para determinar o nível de atividade física de uma determinada população, referente à última semana ou uma semana usual/habitual. A versão curta é composta por itens de 1 ao 4, nos quais são subdivididos em: 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b, 4a e 4b. As respostas obtidas estão relacionadas a quanto tempo, no dia a dia, são realizadas atividades moderadas e vigorosas, com duração mínima de 10 minutos, relativas ao trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, também ao tempo de permanência sentado. O somatório dessas atividades nos dá o tempo semanal gasto em atividade. Os indivíduos são classificados como: muito ativo, ativo, irregularmente ativo (subdivididos em A e B) e sedentário. O ponto de corte para ser um indivíduo ativo foi realizar 150 minutos por semana de atividade física²¹.

O Teste do Degrau de 3 Minutos é um teste de esforço submáximo validado para

estimar o consumo máximo de oxigênio em estudos de base populacional acima de 18 anos e utilizado para verificar a aptidão física de um indivíduo através da resposta de sua frequência cardíaca (FC) durante o teste e depois dele. Para realização do mesmo foi utilizado um degrau de 33 cm para mulheres e outro de 40 cm para homens, cronômetro, cardiofrequencímetro (POLAR) e uma folha de teste (APÊNDICE C). O indivíduo permaneceu sentado, em repouso, durante 5 minutos, após foi aferido sua pressão arterial (PA), FC e percepção subjetiva de esforço (dispneia e fadiga de membros inferiores) através da escala modificada de BORG (0 a 10 pontos). Em seguida, realizou subida e descida no degrau durante 3 minutos. No final, verificaram-se a PA e FC novamente, acompanhadas durante os 5 minutos de recuperação²². Foi calculado o Volume de Oxigênio Máximo ($\dot{V}O_2\text{max}$) para cada indivíduo através da fórmula sugerida pelo *American College of Sports Medicine* (ACSM): “ $\dot{V}O_2\text{max}$ ($\text{ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$) = W_{hor} (trabalho horizontal) + W_{vert} (trabalho vertical)”, sendo que o W_{hor} : $0,35 \times \text{degraus} \cdot \text{min}^{-1}$ e o W_{vert} : $\alpha \times \text{degraus} \cdot \text{min}^{-1} \times \text{altura do degrau (metros)}$, onde $\alpha = 2,4$ (subindo e descendo)²³. Através do cálculo do $\dot{V}O_2\text{max}$, os participantes foram classificados quanto à sua capacidade física de acordo com as tabelas separadas por sexo e idade:

Nível de Aptidão Física do <i>American Heart Association</i> – AHA					
Para Mulheres - $\dot{V}O_2\text{max}$ em ml (kg.min)					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20 – 29	<24	24 – 30	31 – 37	38 – 48	>49
30 – 39	<20	20 – 27	28 – 33	34 – 44	>45
40 – 49	<17	17 – 23	24 – 30	31 – 41	>42
50 – 59	<15	15 – 20	21 – 27	28 – 37	>38
60 – 69	<13	13 – 17	18 – 23	24 – 34	>35

Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1972

Nível de Aptidão Física do <i>American Heart Association</i> – AHA					
Para Homens - $\dot{V}O_2\text{max}$ em ml (kg.min)					
Idade	Muito Fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20 – 29	<25	25 – 33	34 – 42	43 – 52	>53
30 – 39	<23	23 – 30	31 – 38	39 – 48	>49
40 – 49	<20	20 – 26	27 – 35	36 – 44	>45
50 – 59	<18	18 – 24	25 – 33	34 – 42	>43
60 – 69	<16	16 – 12	23 – 30	31 – 40	>41

Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1972

Todos os participantes tiveram sua massa aferida em balança digital, sua estatura pelo estadiômetro fixo e o índice de massa corporal (IMC) calculado conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde, classificados em: baixo peso (<18,5 kg/m²), peso normal (18,5 a <25,0 kg/m²), sobrepeso/pré-obeso (25,0 a <30,0 kg/m²), obeso I (30,0 a <35,0 kg/m²), obeso II (35,0 a <40,0 kg/m²) ou obeso III (\geq 40,0 kg/m²)²⁴.

Os dados digitados foram exportados para o programa Microsoft Office Excel 2013 para realização da análise estatística. Os procedimentos constam de análise descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas e média \pm desvio padrão para as quantitativas. Após isso foi realizada análise bivariada com utilização do teste qui-quadrado (χ^2).

RESULTADOS

Foram recrutados 25 pacientes, e 5 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo. Da totalidade, 85% apresentavam transtornos depressivos e 15% transtornos ansiosos concomitante. A amostra foi composta por 17 pessoas do sexo feminino (85%) e 3 do masculino (15%). A média de idade foi de 45,4 \pm 9,9 anos, com variação entre 20 a 60 anos. A raça/cor mais encontrada foi branca (80%), seguida por parda, amarela, preta e

indígena (5% cada). A escolaridade predominante foi ensino médio completo (35%), seguida de ensino fundamental incompleto (25%), ensino fundamental completo (15%), ensino médio incompleto (10%), ensino superior completo (10%) e ensino superior incompleto (5%). Mais da metade da amostra (60%) relatou estado civil casado, 20% solteiro, 15% divorciado e 5% viúvo. Dos participantes, 90% referiram não possuírem trabalho remunerado.

Quanto ao IMC, 40% dos indivíduos foram classificados em obeso I, seguido de sobrepeso, obeso II, normal, baixo peso e obeso III, correspondendo respectivamente a 20%, 15%, 10%, 10% e 5%. As comorbidades mais relatadas pelos participantes foram: hipertensão arterial sistêmica, doenças crônicas na coluna e hipercolesterolemia. A Tabela 1 expressa as doenças e as porcentagens das mesmas encontradas.

Tabela 1: Comorbidades relatadas pelos participantes.

COMORBIDADES	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	10	50
Problemas crônicos na coluna, como dor nas costas, no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco	8	40
Hipercolesterolemia	6	30
Enfisema, bronquite crônica ou DPOC	5	25
Artrite ou reumatismo	4	20
Angina do Peito	3	15
Asma	3	15
Diabetes Mellitus	2	10
Câncer	2	10
Insuficiência cardíaca	1	5
Infarto do miocárdio	1	5
Insuficiência renal crônica	1	5
Osteoporose	1	5
Acidente Vascular Cerebral	1	5

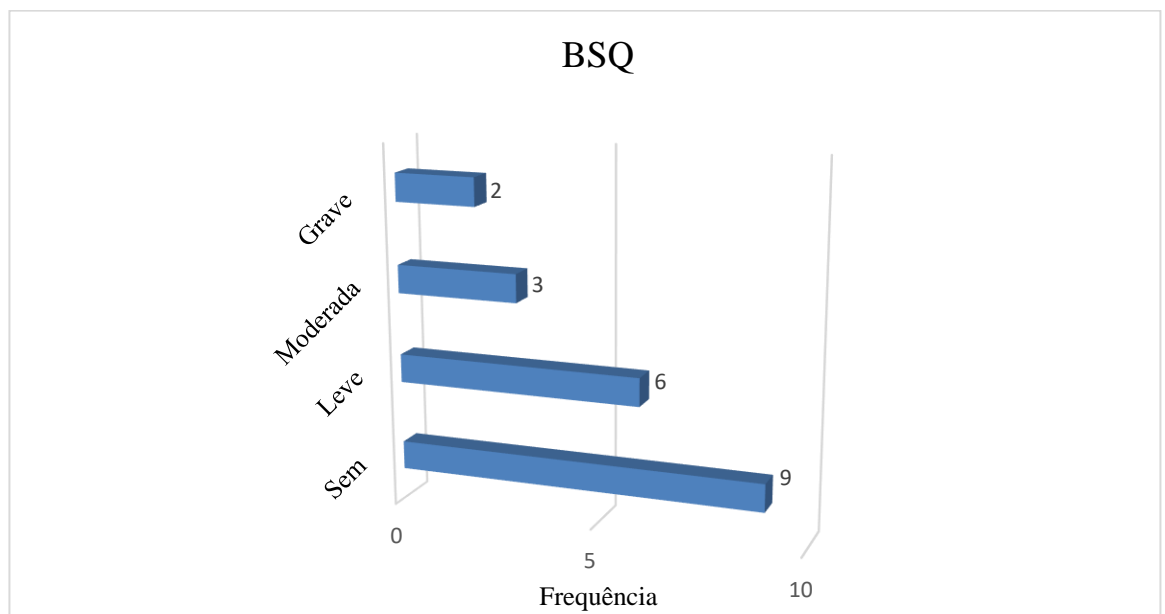
Fonte: Elaboração do autor, 2019.

De acordo com o *CES-D* 8, 18 pacientes demonstraram presença de sintomas

depressivos, correspondendo a quase a totalidade da amostra (90%). Segundo o SF-12, no domínio saúde física o escore foi de $57,3 \pm 16,8$ e de $42,8 \pm 13,4$ para o domínio saúde mental.

A média de respostas em relação ao *BSQ* foi de $103,6 \pm 45$ pontos. O gráfico 1 demonstra a frequência absoluta da distorção da imagem corporal e sua severidade, sendo ausência de distorção (45%) a mais prevalente.

Gráfico 1: Frequência relativa referente a distorção da imagem corporal e sua severidade.



Fonte: Elaboração do autor, 2019.

Em relação ao nível de atividade física, 40% dos indivíduos foram classificados como irregularmente ativos, seguido de ativos (35%) e sedentários (25%). Foi encontrada associação significativa entre a autoimagem sem distorção/leve distorção e pacientes ativos e irregularmente ativos ($\chi^2_{6,0.05}=52,7$; $P<0,05$).

A análise da relação da autoimagem com a capacidade física ($\dot{V}O_{2max}$) não foi possível neste estudo. Dos 20 pacientes, 4 (20%) realizaram o teste do degrau, sendo que 1 interrompeu o teste em 2 minutos, devido ter atingido 85% da sua FC máxima. Os que conseguiram finalizar o teste foram classificados com $\dot{V}O_{2max}$ fraco (N=2) ou muito fraco (N=1), tendo o nível de atividade física classificado como ativo (N=2) e sedentário (N=1)

pelo IPAQ.

DISCUSSÃO

Sobre as características da amostra, houve predomínio de mulheres em relação ao sexo dos pacientes. Além disso, o estado civil casado foi o mais evidenciado e a raça/cor branca compôs quase a totalidade da amostra. O grau de escolaridade de ensino médio completo foi o mais relatado pelos participantes e 90% deles não possuíam vínculo empregatício. Cavalheiro & Tolfo (2011) relataram que a depressão pode ser considerada causa expressiva de afastamento de trabalho, o que é corroborado neste estudo, visto que quase a totalidade da amostra não possui trabalho remunerado²⁵. As doenças cardiovasculares foram as mais encontradas como comorbidades no presente estudo. Knapen, Vancampfort, Morie & Marchal (2014) mencionaram que indivíduos depressivos representam o dobro de chances de desenvolver doenças cardiovasculares quando comparados com indivíduos não depressivos²⁶.

No quesito qualidade de vida nos domínios saúde mental e saúde física, o pior desfecho encontrado foi na saúde mental dos participantes, o que era esperado em nosso estudo. Contudo, pode ser observado que a saúde física também está acometida em depressivos. Estudos demonstram que a depressão está relacionada com incapacidades funcionais, além de que, os indivíduos perdem o interesse e/ou prazer em realizar atividades, bem como, apresentam fadiga e/ou perda de energia, o que pode contribuir significativamente com o declínio da saúde física^{1,6}. Entretanto, se fazem necessários mais estudos para verificar a saúde física em pacientes depressivos. A revisão sistemática e meta-análise de Chang, Knobf, Oh & Funk (2019) verificou que a prática de atividades físicas é capaz de melhorar a saúde física e mental dos pacientes, por meio da redução da incapacidade física e funcional, bem como, diminuição de sintomas depressivos²⁷. É demonstrado, em animais de laboratório,

que o exercício é antidepressivo, pois melhora a bioenergética e aumenta os níveis de neurotrofinas no hipocampo²⁸.

A maioria dos pacientes apresenta ausência ou distorção leve da imagem corporal. Hong & Hong (2019) realizaram estudo com objetivo de verificar a relação entre a percepção da imagem corporal, obesidade e depressão em adultos. A pesquisa contou com 11.782 participantes, e 6,5% destes foram diagnosticados com depressão. Constataram que a alteração negativa da autoimagem afetou de forma significativa ao aumento da incidência de depressão¹⁵.

Houve associação significativa entre melhor autoimagem e maior prática de atividades físicas nos pacientes com depressão. Meurer, Benedetti & Mazo (2009)²⁹ avaliaram 150 idosos ativos fisicamente, por meio de questionários de autoimagem e autoestima e em forma de entrevista. O estudo verificou que os participantes apresentaram autoestima e autoimagem elevadas. Sendo assim, supõe-se que a prática de exercícios físicos pode contribuir de forma positiva para a autoimagem dos indivíduos^{29,30}. Bhamani, Khan, Karim & Mir (2015)³⁰ realizaram uma pesquisa transversal com 953 pessoas, tendo como objetivo de verificar o status funcional e o nível de atividade física associado com a depressão, por meio de questionários. A pesquisa demonstrou que a prática de atividade física está associada com o melhor status funcional e que os participantes que praticavam atividade física por mais de 5,2 horas semanais, apresentaram menores (60%) chances de ficarem deprimidos quando comparados com indivíduos que exerciam atividades semanais por menos de 02 horas³⁰.

Poucos participantes conseguiram iniciar e completar o Teste do Degrau, o que impossibilitou a verificação adequada da aptidão física em depressivos. A principal causa da não realização do teste foi a quantidade de comorbidades associadas, por exemplo: problemas na coluna (lombalgia, dor ciática, hérnia de disco e escoliose), paralisia infantil e alterações nos joelhos e quadris, como artrose. A modificação da forma de avaliação da aptidão física

pode ser recomendada para futuras pesquisas, visto que o Teste do Degrau apresentou limitações quanto à adesão dos pacientes. Além disso, há carência na literatura quanto à aptidão física em depressivos, se fazendo necessário mais estudos correlacionando essas variáveis.

A autoimagem sem distorção ou leve está relacionada com melhores níveis de capacidade física em pacientes depressivos, corroborando com os achados na literatura^{26,27,29,30}. Além disso, a depressão parece estar relacionada com uma série de alterações, como declínio da saúde física e com surgimento de doenças cardiovasculares. Knapen, Vancampfort, Morie & Marchal (2014)²⁶ constataram que a atividade física pode ser capaz de prevenir e tratar as comorbidades associadas à depressão, além disso, os efeitos provenientes dos exercícios podem ser comparados com medicação antidepressiva em casos leves de depressão e uma terapia complementar em casos graves, sendo, ainda, eficaz na melhora da saúde física. Dessa maneira, torna-se importante o incentivo a prática de exercício físico entre esses indivíduos, com o objetivo de melhorar a saúde física e mental, qualidade de vida e autoimagem²⁶.

O presente estudo englobou um pequeno número de participantes devido ao pouco tempo de coleta de dados. A presença de comorbidades foi visto como um obstáculo para avaliação da aptidão física, visto que os participantes recusaram a execução do teste por esse motivo. O mesmo demonstrou como resultado principal a associação significativa entre melhor autoimagem e níveis de atividade física na população com depressão do CAPS I – Araranguá, assim sendo torna-se importante o incentivo a pratica de exercício físico entre esses indivíduos, com o objetivo de melhorar a autoimagem, como também a saúde física, mental e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5th ed. Vol. 4, American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed; 2014. Available from: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf
2. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1060–6.
3. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock/Routledge. 1992;194.
4. Lucchese R, Sousa K de, Bonfin S do P, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200–7.
5. Silva PA dos S da, Rocha SV, Santos LB, Santos CA dos, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil - The prevalence of common mental disorders and associated factors among the elderly in a Brazilian city. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):639–46.
6. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine H e, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575–86.
7. WHO. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2001.
8. Knudsen A, Harvey S, Mykletun A, Øverland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127:287–97.
9. Beck AT, Alford BA. Depressão: causas e tratamento. Tradução de Daniel Bueno. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. More KR, Phillips LA, Eisenberg Colman MH. Evaluating the potential roles of body dissatisfaction in exercise avoidance. *Body Image* [Internet]. 2019;28:110–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.003>
11. Gouveia V V., Singelis TM, Guerra VM, Santos WS dos, Vasconcelos TC. Auto-imagem e sentimento de constrangimento. *PSICO*. 2005;36(3):231–41.
12. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2000;5(2).
13. Erkolanti R, Ilonen T, Saarijärvi S, Terho P. Self-image and depressive symptoms among

- adolescents in a non-clinical sample. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(6):447–51.
14. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2004;26(4):242–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15729457>
 15. Hong GW, Hong SM. Relationships among Body Mass Index, Body Image, and Depression in Korean Adults: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014 and 2016. *J Obes Metab Syndr*. 2019;28(3):210–1.
 16. Galper DI, Trivedi MH, Barlow CE, Dunn AL, Kampert JB. Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Med Sci Sports Exerc*. 2006;38(1):173–8.
 17. Visser M, Pluijm SMF, Stel VS, Bosscher RJ, Deeg DJH. Physical activity as a determinant of change in mobility performance: The longitudinal aging study Amsterdam. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(11):1774–81.
 18. Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF*. 2010;15(1):13–22.
 19. Pietro M Di, Silveira DX da. Internal validity , dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):21–4.
 20. Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AE de BL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12) TT - Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013;18(7):1923–31. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001500007%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232013000700007%0Ahttp://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=p
 21. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (I PAQ): ESTUDO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2001;6(2):5–18.
 22. Beutner F, Ubrich R, Zachariae S, Engel C, Sandri M, Teren A, et al. Validation of a brief

- step-test protocol for estimation of peak oxygen uptake. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;22(4):503–12.
23. Neder JA, Nery LE. *Fisiologia Clínica do Exercício: Teoria e Prática.* 1st ed. Brasil: Artes Médicas; 2004. 406 p.
 24. Saúde M da. Só o IMC não diz como você está [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 17]. Available from: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40508-so-o-imc-nao-diz-como-voce-esta>.
 25. Cavaleiro G, Tolfo S da R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF.* 2011;16(2):241–9.
 26. Knäpen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil.* 2014;37(16):1490–5.
 27. Chang PS, Knobf T, Oh B, Funk M. Physical and Psychological Health Outcomes of Qigong Exercise in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Chin Med.* 2019;47(2):301–22.
 28. Aguiar AS, Stragier E, Scheffer D da L, Remor AP, Oliveira PA, Prediger RD, et al. Effects of exercise on mitochondrial function, neuroplasticity and anxio-depressive behavior of mice. *Neuroscience* [Internet]. 2014;271:56–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.04.027>
 29. Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz.* 2009;15(4):788–96.
 30. Bhamani MA, Khan MM, Karim MS, Mir MU. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2015;14(2015):46–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2014.12.004>

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a),

Este termo tem o objetivo de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada **BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**. Esta pesquisa é desenvolvida pelos professores Dr^a Ione Jayce Ceola Schneider, Dr. Aderbal Aguiar Silva Júnior, Dr Antônio Reis de Sá Júnior, ambos da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá.

O termo de consentimento é um dos critérios exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH para proteger o participante da pesquisa quanto aos seus direitos. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Os pesquisadores comprometem-se a cumprir as exigências da Resolução 466/12

A participação na pesquisa é voluntária e antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas neste documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa.

Objetivo do estudo: Identificar os benefícios da atividade física na condição geral de saúde de usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Araranguá – CAPS I.

Medidas e avaliações: Os pacientes encaminhados pelo CAPS I e passarão por uma avaliação prévia com a coleta das informações. Esta será realizada através da aplicação de questionários, escalas, testes específicos, como teste de caminhada e força, aferição da sua pressão arterial, medida dos seus batimentos cardíacos.

Riscos e Desconfortos: Os procedimentos neste estudo apresentam possibilidade de risco mínimo visto que os pacientes serão avaliados e monitorados por pesquisadores capacitados durante todas as atividades. As entrevistas, escalas e testes serão aplicados pelos pesquisadores e interrompidas a qualquer sinal de desconforto. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no participante, que acarrete danos psicológicos e sociais. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa. Por fim, os pesquisadores salientam que os procedimentos que

assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Benefícios: Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a compreender melhor os benefícios da atividade física em pacientes com transtorno mental, visto que a saúde física e a saúde mental são interdependentes e são comuns problemas de saúdes físicos em indivíduos com transtorno mental. Além disso, será possível estudar as políticas de saúde mental e contribuir para as ações em saúde mental, através da atividade física.

Asseguramos antecipadamente que:

a) Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado;

b) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;

c) Será garantido aos participantes a privacidade à sua identidade e o sigilo de suas informações;

d) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para si;

e) Se houver algum dano eventual decorrente da pesquisa, garantimos que o(a) Sr(a) será indenizado;

f) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo, entretanto, se o(a) Sr(a) tiver algum custo com a participação na pesquisa, como despesas do Sr(a) e seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, esse será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar a pesquisadora pelo telefone (48) 99972-3512 ou pelo e-mail: ione.schneider@ufsc.br.

Eu, _____, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo.

Assinatura: _____

Local e data: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em __/__/__, concordei em participar, na qualidade de participante do

projeto de pesquisa intitulado “**BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, e que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador”. “As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, e minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto”. “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

Araranguá (SC), ____ de _____, de 20____.

Assinatura _____ do _____ participante:

Declaração do pesquisador: Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

Pesquisador responsável: Prof^a. Ione Jayce Ceola Schneider – (48)99972-3512 – ione.schneider@ufsc.br

Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas
Cep: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone: (48) 3721-6094 - E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Agradecemos a colaboração!

APÊNDICE B – Questionário

IDENTIFICAÇÃO		
A1	Quem responde o questionário:	0 O próprio participante 1 Responsável
A2	Nome do responsável:	_____
A3	Nome do participante:	_____
A4	O(A) Sr(a) poderia me informar a sua data de nascimento (do participante)?	____ ____ ____
A5	Qual é a idade do(a) Sr(a) (participante) no dia de hoje?	____ anos
A6	Telefone para contato:	_____
A7	Endereço: Rua/Avenida	_____
A8	Número	_____
A9	Complemento	_____
A10	Bairro	_____
A11	Cidade	_____
A12	CEP	_____
A13	Diagnóstico clínico:	_____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
B1	Sexo	0 Feminino 1 Masculino
B2	Qual das opções seguintes descreve melhor a sua cor? <i>(ler as opções de resposta)</i>	0 Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena
B3	Qual é a sua situação conjugal atual? <i>(ler as opções de resposta)</i>	0 Solteiro (a) 1 Casado/amasiado/união estável 2 Divorciado(a) ou separado(a) 3 Viúvo (a)
B4	Qual é o último ano da escola que o(a) Sr(a) foi aprovado(a)? <i>Se a resposta não for espontânea, ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i> <i>Quando o(a) entrevistado(a) afirmar que possui superior completo, perguntar se fez especialização, mestrado ou doutorado, se o mesmo não responder espontaneamente</i>	0 Nunca estudou 1 1º série do 1º grau 2 2º série do 1º grau 3 3º série do 1º grau 4 4º série do 1º grau (antigo primário ou grupo) 5 5º série do 1º grau 6 6º série do 1º grau 7 7º série do 1º grau 8 8º série do 1º grau (antigo ginásio) 9 1º série do 2º grau 10 2º série do 2º grau 11 3º série do 2º grau (antigo colegial: clássico, científico, normal) 12 Supletivo/madureza 13 Superior incompleto 14 Superior completo 15 Especialização/residência médica 16 Mestrado 17 Doutorado
Em relação a sua composição familiar:		
B5	O (a) Sr(a) vive com companheiro (a)?	0 Não 1 Sim
B6	O (a) Sr(a) vive com filhos (as)?	0 Não 1 Sim
B7	O (a) Sr(a) vive sozinho (a)?	0 Não 1 Sim
B8	O (a) Sr(a) vive com outras pessoas sem parentesco?	0 Não 1 Sim
B9	O (a) Sr(a) vive com outros parentes?	0 Não 1 Sim

RENDA

C1	O(A) Sr(a) recebe alguma aposentadoria ou pensão de instituto de previdência federal (INSS) ou do governo federal, estadual, municipal ou aposentadoria privada? <i>(Inclui aqueles que recebem alguma aposentadoria, mas continuam trabalhando).</i>	0 Não 1 Sim
C2	O(A) Sr(a) tem algum trabalho remunerado atual?	0 Não 1 Sim
C3	Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos). <i>Obs.: Anotar um para quem mora sozinho. Adicionar o número de pessoas que moram junto.</i>	____
C4	Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal. <i>Obs.: Anotar o valor da renda em reais.</i>	_____

CONDIÇÕES DE SAÚDE		
Agora vamos falar sobre as suas condições de saúde.		
Algum médico já disse que você tem/ teve alguma dessas doenças. <i>Obs.: Conferir no prontuário.</i>		
E2	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?	0 Não (Vá para E4) 1 Sim
E3	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr(a) tinha hipertensão (pressão alta)?	anos
E4	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?	0 Não (Vá para E6) 1 Sim
E5	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr(a) tinha diabetes?	anos
E6	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem colesterol alto?	0 Não (Vá para E8) 1 Sim
E7	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr(a) tinha colesterol alto?	anos
E8	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) teve infarto do coração?	0 Não (Vá para E10) 1 Sim
E9	Com que idade o(a) Sr(a) teve infarto do coração?	anos
E10	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem angina do peito?	0 Não (Vá para E12) 1 Sim
E11	Com que idade o(a) Sr(a) ficou sabendo que tinha angina do peito?	anos
E12	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem insuficiência cardíaca?	0 Não (Vá para E14) 1 Sim
E13	Com que idade o(a) Sr(a) ficou sabendo que tinha insuficiência cardíaca?	anos
E14	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) teve acidente vascular cerebral (derrame)?	0 Não (Vá para E16) 1 Sim
E15	Com que idade o(a) Sr(a) teve derrame?	anos
E16	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem asma?	0 Não 1 Sim
E17	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)?	0 Não 1 Sim
E18	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem artrite ou reumatismo?	0 Não 1 Sim
E19	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose?	0 Não 1 Sim
E20	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem problema crônico de coluna, como dor nas costas, no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	0 Não 1 Sim
E21	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem depressão?	0 Não 1 Sim
E22	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem ou teve câncer?	0 Não 1 Sim
E23	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem insuficiência renal crônica?	0 Não 1 Sim
E24	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem doença de Parkinson?	0 Não 1 Sim

E25	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem doença de Alzheimer?	0 Não 1 Sim
-----	---	----------------

USO DE MEDICAMENTOS		
Agora vamos falar dos medicamentos que o senhor usa. Aqueles de uso regular, que o médico disse para tomar sempre/ todos os dias: Obs. Conferir essa informação no prontuário/ com a equipe.		
F1a	Qual o nome do remédio?	
F1b	Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio?	
F2a	Qual o nome do remédio?	
F2b	Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio?	
F3a	Qual o nome do remédio?	
F3b	Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio?	
F4a	Qual o nome do remédio?	
F4b	Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio?	
F5a	Qual o nome do remédio?	
F5b	Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio?	

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
Agora vamos fazer algumas medidas no(a) Sr(a).		
G1	Peso atual	_____ Kg
		_____ Kg
		_____ Kg
G2	Altura	_____ Cm
		_____ Cm
		_____ Cm
G3	Circunferência da cintura	_____ Cm
		_____ Cm
		_____ Cm
G4	Circunferência de quadril	_____ Cm
		_____ Cm
		_____ Cm
G6	Pressão arterial braço direito	_____ mmHg
		_____ mmHg
		_____ mmHg
G7	Pressão arterial braço esquerdo	_____ mmHg
		_____ mmHg
		_____ mmHg

APÊNDICE C – Folha do Teste do Degrau

TESTE DO DEGRAU DE 3'

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____ Hora: _____

FC máxima (220 – idade): _____ bpm 85% FC máxima: _____ bpm

TESTE - 5 min de repouso antes do teste na posição sentada

Dados

	Inicial	Final	Varição	5' pós teste
PA (mmHg)				
FC (bpm)				
Dispneia (Borg)				
Cansaço nas pernas (Borg)				

	FC (bpm)
1'	
2'	
3'	
4'	
5'	
6'	
7'	
8'	

Dados do teste

- Número de degraus: _____
- Número de pausas: _____
- Duração do teste: () 3' () Menos: Quanto? _____
- Interrupções:

Parou	' _____''	' _____''	' _____''	' _____''
Voltou	' _____''	' _____''	' _____''	' _____''
Tempo	' _____''	' _____''	' _____''	' _____''
Motivo				

ANEXO A - Regras da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde

[Cadastro](#) [Acesso](#)



[Sobre](#) ▾ [Atual](#) [Arquivos](#) [Submissões](#) [Instruções aos autores](#) ▾ [Notícias](#)

[Contato](#) [Buscar](#) [Cadastro](#)

Instruções aos autores

Apresentação

A Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde (RBAFS) é o periódico oficial da Sociedade Brasileira de Atividade Física & Saúde, de acesso aberto (*open access*) e caráter multidisciplinar. Tem como finalidade disseminar conteúdo científico e educacional, por meio de manuscritos, nos idiomas português, espanhol e inglês. A RBAFS adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*), tornando a publicação do manuscrito mais rápida, tendo em vista que não depende de outros manuscritos para fechamento de um número (fascículo).

Escopo e política editorial

A RBAFS publica artigos de elevado mérito científico que contribuam para avanços na área de Atividade Física & Saúde, com interface nas seguintes linhas editoriais:

- **níveis, tendências, fatores correlatos e determinantes da atividade física, comportamento sedentário e da aptidão física relacionada à saúde:** estudos que investiguem de forma transversal e/ou longitudinal prevalências, níveis, tendências, fatores correlatos e determinantes de indicadores de atividade física, comportamento sedentário e da aptidão física relacionada à saúde;
- **desenvolvimento, adaptação transcultural e validação de instrumentos para mensurar a atividade física, comportamento sedentário e aptidão física relacionada à saúde:** estudos sobre o desenvolvimento e a testagem das propriedades psicométricas de instrumentos para mensurar indicadores de atividade física, comportamento sedentário e de aptidão física relacionada à saúde, de seus fatores correlatos e determinantes;

- **consequências de indicadores de atividade física, comportamento sedentário e aptidão física relacionada à saúde sobre diferentes indicadores de saúde:** estudos que analisem de forma transversal e/ou longitudinal a inter-relação entre indicadores de atividade física, comportamento sedentário e aptidão física, e destes sobre indicadores de saúde;
- **efeitos de intervenções sobre a prática de atividade física, comportamento sedentário, exercício físico e aptidão física relacionada à saúde, e destes sobre diferentes indicadores de saúde:** estudos que investiguem eficácia, efetividade, eficiência, alcance, manutenção, aspectos de validade interna e externa de intervenções sobre indicadores de atividade física, comportamento sedentário e aptidão física, e destes sobre indicadores de saúde;
- **formação de recursos humanos, abordagens históricas e socioculturais em atividade física, comportamento sedentário, aptidão física relacionada à saúde, e suas inter-relações:** estudos que analisem com foco educacional (formação profissional), histórico e/ou social aspectos relacionados a atividade física, comportamento sedentário e aptidão física relacionada à saúde, e suas inter-relações.

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à RBAFS, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico. Conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas e das ilustrações, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a posição do Conselho Editorial da Revista, Editores Científicos e Associados ou da Sociedade Brasileira de Atividade Física & Saúde.

1 Seções da publicação

A RBAFS publica manuscritos nas seguintes seções:

1.1 Artigo original – destina-se à veiculação de estudos conduzidos a partir da aplicação de métodos científicos rigorosos, passíveis de replicação e/ou generalização, abrangendo tanto as abordagens quantitativas quanto as qualitativas de investigação nas linhas editoriais da RBAFS, que resultem da análise meticulosa de dados primários ou secundários. Manuscritos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico (por exemplo: *ClinicalTrials.gov*). Essa exigência está em consonância com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e do *Workshop ICTPR*.

1.2 Artigo de revisão – destina-se à veiculação de revisões sistemáticas e metanálise de investigações nas linhas editoriais da RBAFS. As revisões devem obedecer as diretrizes internacionais de revisões sistemáticas e apresentar a análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos, bem como seu registro na base eletrônica *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*.

1.3 Editoriais – destina-se à veiculação de textos redigidos por profissionais convidados, de notória capacidade acadêmica em temas específicos, definidos pelo Conselho Editorial da RBAFS.

1.4 Carta ao editor – destina-se à veiculação de textos destinados ao leitor ou pesquisador que deseja submeter uma reflexão ou aprofundamento sobre o conteúdo de um manuscrito publicado na RBAFS.

1.5 Seção especial – destina-se à veiculação de estudos que abordem ações, experiências inovadoras nas seguintes áreas:

1.5.1 do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física e saúde: destina-se à veiculação de manuscritos apresentando bases conceituais, modelos lógicos e resultados de intervenções para a promoção da atividade física, aptidão física relacionada à saúde e redução de comportamentos sedentários. Busca-se, nesta seção, dar visibilidade a experiências de intervenção profissional que denotem um esforço de aplicação do conhecimento científico já produzido no desenvolvimento de ações de promoção da atividade física, aptidão física relacionada à saúde e redução de comportamentos sedentários;

1.5.2 pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde: destina-se à veiculação de manuscrito apresentando experiências de pesquisa e de formação de pesquisadores. Interessam para esta seção contribuições que descrevam modos de organização de grupos de pesquisa ou de trabalho em rede com vistas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e ações de formação ou capacitação de recursos humanos para investigação em atividade física e saúde;

1.5.3 experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde: destina-se à veiculação de relatos de experiências curriculares, ações e estratégias inovadoras que capacitem os estudantes e profissionais de educação física para trabalhar com promoção da atividade física, aptidão física relacionada à saúde e redução de comportamentos sedentários, em diferentes contextos, por exemplo, no Sistema Único de Saúde, em escolas, academias, clubes;

1.5.4 séries técnicas em atividade física e saúde: destina-se à veiculação de manuscritos breves que abordem técnicas, metodologias, procedimentos para análise e interpretação de dados, desenvolvimento e testagem de instrumentos para mensurar indicadores de atividade física, comportamento sedentário e de aptidão física relacionada à saúde, de seus fatores correlatos e determinantes;

1.5.5 ensaios teóricos em atividade física e saúde: destina-se a texto original que desenvolva argumento sobre temática bem delimitada, definição de termos e conceitos inerentes aos aspectos abordados pelas linhas editoriais da RBAFS;

1.5.6 posicionamentos: destina-se a texto original que desenvolva posição oficial da Sociedade Brasileira de Atividade Física & Saúde sobre temas de seu interesse. Somente podem enviar manuscritos nesta categoria autores convidados pelo Conselho Editorial da RBAFS.

Contate a revista na eventualidade de dúvida sobre a aderência de um manuscrito em relação à política editorial e/ou seção da publicação.

2 Avaliação dos manuscritos

A RBAPS adota o sistema de revisão por pares: os manuscritos submetidos à revista serão apreciados por dois ou mais revisores. O processo de revisão adotado é duplo-cego, a fim de garantir sigilo sobre a autoria dos manuscritos e emissão de pareceres. A revista tem em seu corpo editorial revisores *ad hoc* (nacionais e internacionais) com notória experiência acadêmica nas linhas editoriais mencionadas.

O fluxo editorial inicia com a análise dos editores-chefes sobre os seguintes aspectos: i) o manuscrito está de acordo com a política editorial da revista; ii) a contribuição potencial do manuscrito para o avanço do conhecimento dentro das linhas editoriais descritas nesta norma. Caso o manuscrito seja recusado, os autores serão imediatamente comunicados.

Caso o manuscrito atenda aos aspectos iniciais, será analisado pelo editor assistente quanto a sua conformidade com as normas da RBAPS. O manuscrito que não estiver em conformidade com as normas da revista será devolvido aos autores para reformulação. Caso os autores não enviem o manuscrito reformulado no prazo estipulado na comunicação, ele será arquivado e sairá do fluxo de avaliação da revista.

O manuscrito aprovado nesta etapa e que contenha todos os documentos exigidos pela revista (página de título, cópia da certidão do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos ou animais, declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses e declaração de transferência de direitos autorais) será encaminhado pelo editor assistente para um dos editores-chefes.

A terceira etapa da avaliação do manuscrito tem início quando um dos editores associados é designado por um dos editores-chefes. Nesta etapa, inicialmente, o editor associado julga o potencial do manuscrito considerando o rigor científico, a originalidade e a qualidade linguística, bem como avalia a presença de plágio e autoplágio. Sendo aprovado nesta etapa, o manuscrito é encaminhado para análise por, no mínimo, dois revisores *ad hoc*; caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores. Caso o manuscrito alcance a fase de análise pelos revisores *ad hoc*, o editor associado aguardará os pareceres deles para subsidiar sua decisão em relação ao manuscrito.

A decisão será comunicada aos autores considerando quatro possibilidades: (1) aceite (2) revisões requeridas; (3) recusar com possibilidade de nova submissão; (4) recusa sem possibilidade de nova submissão.

Caso a decisão editorial seja "revisões requeridas", os autores deverão, no prazo estabelecido pelo editor associado, enviar o manuscrito corrigido e a carta resposta aos revisores. Caso os autores não enviem a nova versão no prazo estabelecido, o manuscrito será recusado.

Após aceite, os autores receberão a prova tipográfica de seu manuscrito, a qual deverá ser revisada e reenviada à RBAFS no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. Os autores que não responderem às comunicações da revista dentro do prazo estabelecido terão seus manuscritos recusados e arquivados.

3 Apresentação de manuscritos

Os autores devem realizar a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus manuscritos à RBAFS.

Aceitam-se manuscritos escritos na forma culta em um dos seguintes idiomas: português, espanhol ou inglês. Os manuscritos em português e espanhol devem ser acompanhados dos resumos no idioma original e em inglês. Aqueles submetidos em língua espanhola devem ter também um resumo em português. Os manuscritos em língua inglesa devem incluir o resumo no idioma original e em português. Para submissões em português ou espanhol, oferece-se a opção de tradução integral do manuscrito para o inglês, com custos para os autores.

Os manuscritos devem ser preparados em editor de texto do Microsoft Word. Os arquivos devem ter extensão DOC, DOCX ou RTF. Deve-se adotar a seguinte formatação na preparação do arquivo de texto:

- páginas em formato A4, numeradas no canto superior direito a partir da "página de título", com margens de 2,5 cm (inferior, superior, esquerda e direita);
- fonte Times New Roman, tamanho 12;
- espaçamento duplo;
- numeração de linhas (*layout* da página), reiniciando a cada página;
- não é permitido uso de notas de rodapé.

Quadro 1 – Número máximo de palavras, caracteres, referências e ilustrações permitido de acordo com a seção da publicação

Quadro 1 – Número máximo de palavras, caracteres, referências e ilustrações permitido de acordo com a seção da publicação

Seções da publicação	Número de palavras no texto [*]	Número de palavras no resumo	Número de caracteres no título ^{**}	Número de referências	Número de ilustrações
Original	3.500	250	100	30	5
Revisão	6.000	250	100	100	5
Carta do Editor	750	-	100	5	1
Seções especiais ^{***}	2.000	150	100	15	2 ^{***}

^{*} Sem incluir o resumo, abstract, referências e ilustrações.

^{**} Contagem de caracteres com espaços.

^{***} Categorias 1.5.1 a 1.5.6 apresentadas no item 1.5.

^{***} Para o item 1.5.1, uma das ilustrações deve ser obrigatoriamente o modelo lógico do programa/intervenção.

^{***} Para o item 1.5.3, aceitar-se-ão até 3000 palavras, sem incluir resumo, abstract, referências e ilustrações.

A página de título deve incluir, nesta ordem, as seguintes informações:

- seção do manuscrito;
- linha editorial na qual gostaria que o manuscrito fosse avaliado;
- título completo, com, no máximo, 100 caracteres incluindo os espaços:
 - apenas a primeira letra da primeira palavra deverá ser maiúscula, exceto os nomes próprios;
 - evitar ao máximo o uso de siglas no título;
- título completo em inglês, com até 100 caracteres incluindo os espaços;
- título resumido (*running title*), com, no máximo, 50 caracteres incluindo os espaços;
- autor(es) e respectivas afiliações institucionais, organizados na seguinte sequência (obs.: após submissão do manuscrito, não será permitido efetuar alterações na autoria):
 - instituição, centro, departamento, cidade, estado e país – por exemplo: Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Educação Física, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil;
 - não é permitida a abreviatura de nomes dos autores, de estados e instituições;
 - após o nome de cada autor, indicar o número de registro no ORCID (<https://orcid.org>) – por exemplo:

João Santos¹

<https://orcid.org/0000-0002-9647-3448>

- informações do autor responsável pelo contato com a equipe editorial da revista, na seguinte sequência: autor, e-mail, endereço completo (rua, número, complemento, cidade, estado, país, CEP) – por exemplo:

CONTATO

João Santos

jj@rbafs.org.br

Rua/Avenida Presidente X, n. 100, São João, Pernambuco, Brasil. CEP: 5900-001.

- contagem de palavras no texto, no resumo e no *abstract*, assim como número de referências e ilustrações (tabelas, figuras e quadros);
- descrição da contribuição de cada autor para o estudo – por exemplo: **Sobrenome do autor AB**, participou da concepção inicial do estudo, redação e revisão crítica do texto. Sobrenome do autor CD, foi responsável pela busca da literatura, coleta de dados;
- declaração de conflito de interesse. Caso não exista, informar o seguinte texto:

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

- agradecimentos: informar em texto breve instituições, e outros, a que se deseja agradecer – por exemplo:

Agradecimentos

Os autores agradecem... .

- financiamento: informar agência de fomento e número do processo quando o manuscrito for proveniente de projetos que receberam financiamento – por exemplo:

Financiamento

Dados do financiador... -

- indicar **três possíveis revisores** para seu manuscrito (nome completo, instituição e e-mail):
 - para tanto, aceitam-se apenas revisores com título de doutorado e conhecimento na área à qual o manuscrito está relacionado;
- indicar um texto com, no máximo, 200 caracteres (contando espaços) destacando os principais resultados e implicações teórico-práticas do manuscrito, para divulgação nas redes sociais da RBAPS (Twitter, Facebook, Instagram).

Corpo do manuscrito

Para os manuscritos originais e de revisão, incluir na primeira página o título completo em português e inglês; o título resumido; e um resumo não estruturado com até **250 palavras**, cujo conteúdo deverá conter obrigatoriamente objetivo, métodos, resultados e conclusão. Os autores devem apresentar no resumo o objetivo do estudo, características da amostra, medidas das principais variáveis, principais resultados e conclusão. Para os manuscritos submetidos às seções especiais, o conteúdo do resumo fica a critério dos autores, respeitando-se o limite de **150 palavras**. Após o resumo, os autores devem listar de três a cinco palavras-chave, as quais devem constar na base de descritores em Ciências da Saúde (DeCS – <http://decs.bvs.br>) ou no *Medical Subject Headings* (MeSH – <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) – sugere-se que os autores usem palavras-chave não contidas no título do manuscrito. As palavras-chave devem ser separadas por ponto e vírgula, com apenas a primeira letra maiúscula, exceto para nome próprio – por exemplo: Atividade motora; Obesidade; Adolescente.

Em seguida, devem ser apresentadas traduções em inglês tanto para o resumo (*Abstract*) quanto para as palavras-chave (*Keywords*). No resumo, não se citam referências e deve-se evitar o uso de siglas e abreviações.

Os manuscritos das seções 1.1 e 1.2, obrigatoriamente, deverão estar organizados conforme itens que seguem, constando os elementos essenciais respectivos – todos os títulos dos tópicos devem conter apenas a primeira letra maiúscula e não usar negrito.

Introdução

Os autores devem demonstrar um texto que conste uma síntese do estado atual da arte sobre o tema do manuscrito, principais lacunas de conhecimento, definição do problema e sua relevância, hipóteses/pressuposições sobre o estudo e, de forma clara, o objetivo do estudo.

Métodos

Os autores devem apresentar o tipo de estudo, população-alvo, cálculo de tamanho da amostra quando for o caso e descrição detalhada do processo de seleção; critérios de inclusão e exclusão; descrição precisa e objetiva de como cada variável foi operacionalizada, indicadores de validade, reprodutibilidade e consistência interna das medidas utilizadas; plano de análise estatística, apresentando cada procedimento utilizado e sua finalidade; dados da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo de aprovação).

Resultados

Os autores devem apresentar dados gerais da amostra, número de perdas, recusas e exclusões; características gerais da amostra; resultados das principais variáveis do estudo; descrição dos principais achados de cada ilustrações (tabelas, figuras, quadros).

Discussão

Os autores devem apresentar, no primeiro parágrafo, os principais achados do estudo, sem repetir os resultados; indicar os pontos fortes e fracos do estudo; comparar, explicar e apresentar as implicações dos principais achados do estudo; por fim, apresentar uma conclusão, que não deve aparecer como parte separada da discussão.

Referências

Os autores devem respeitar a quantidade limite indicada para cada tipo de manuscrito (ver quadro), utilizando referências atuais e que tenham relação direta com o conteúdo do manuscrito.

Estas seções devem ser apresentadas em sequência, sem a necessidade de serem iniciadas numa página nova.

Recomenda-se, fortemente, a utilização das diretrizes a seguir na preparação do manuscrito conforme a seção da publicação (Item 1) a que se destina:

- CONSORT – ensaios controlados e randomizados;
- STARD – estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE ou PRISMA – revisões sistemáticas e metanálise;
- QUOROM – revisões sistemáticas;
- STROBE – estudos observacionais;
- COMSMIN – validação de instrumentos.

4 Referências

O número máximo de referência por manuscrito deve ser rigorosamente respeitado. Essas informações estão descritas no quadro 1, com as orientações sobre o preparo dos manuscritos.

As referências devem ser apresentadas no corpo do texto usando sistema numérico, por ordem de aparecimento no texto, usando algarismos arábicos sobrescritos, sem espaço entre o número da

citação e a última letra do texto – por exemplo: A inatividade física é um fator de risco para as doenças cardiovasculares^{1,5}. Destaca-se, ainda, que as referências devem vir antes da vírgula ou do ponto final da sentença. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (exemplo: ⁵⁻⁸). Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser mencionadas, separadas por vírgula (exemplo: 12,19,23). Caso seja necessário utilizar uma ou mais citações no formato autor-data, deve-se utilizar este padrão: Farias Júnior⁶; quando envolver dois autores, este: Farias Júnior & Rech⁷. No caso do manuscrito contendo três ou mais autores, a citação deve aparecer com o nome do primeiro autor seguido de et al. – por exemplo: Farias Júnior et al.¹. As preposições (da, de, do) presentes nos nomes dos autores citados devem ser retiradas da lista de autores – por exemplo: para “de Farias Júnior JC, Barros MVdG, da Silva, ICM”, o correto seria “Farias Júnior JC, Barros MVG, Silva, ICM”.

A organização da lista de referências deve ser realizada em conformidade com o estilo Vancouver, apresentado em maior detalhe nos Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*): https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As referências devem ser numeradas sequencialmente conforme aparição no texto e ter alinhamento à esquerda. Comunicações pessoais, resumos e dados não publicados não devem ser usados como referência no corpo do texto, nem ser incluídos na lista de referências. Devem-se citar todos os autores da obra quando o número for de até seis autores, e somente os seis primeiros seguidos da expressão “et al.” quando a obra tiver mais de seis autores. As abreviações dos nomes das revistas devem estar de acordo com os títulos da *List of Journals Indexed in Index Medicus* (www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html) ou, no caso de periódicos não indexados, com o título abreviado oficial respectivamente adotado (exemplo: Rev Bras Ativ Fis Saúde). O número da página final dos manuscritos deve ser abreviado, de modo a não repetir as dezenas, centenas e milhares da página inicial.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores. No caso de uso de algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto plano. Não submeter o manuscrito com *hyperlinks* entre as referências citadas e a lista apresentada ao final do texto.

Os editores estimulam, quando possível, a citação de artigos publicados na RBAFS.

Seguem exemplos de referências de trabalhos científicos.

4.1 Artigos em periódicos

Artigos em periódicos com até seis autores:

Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(11):1894-900.

Artigos em periódicos com mais de seis autores:

Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. *Arq Bras Cardiol.* 2003;80(3):250-9.

Artigos publicados em suplementos de periódicos:

Webber LS, Wattigney WA, Srinivisan SR, Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. *Am J Med Sci.* 1995;310(Suppl 1):553-61.

4.2 Livros e capítulos de livros

Livro – autoria individual:

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. 5ª ed. Londrina: Midiograf, 2003.

Livro – autoria institucional:

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2002.

Capítulo de livro – autoria individual:

Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds). Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. *Am J Med Sci.* 1995;310(Suppl); 2000. p. 109-25.

4.3 Tese ou dissertação:

Brandão AA. Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

4.4 Obras em formato eletrônico:

Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro.

Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado em 1999 jan 17]. Disponível em: <http://www.abrasco.com.br/epirio98>.

4.5 Outros documentos:

Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics/CDC. CDC growth charts: United States. 2002. [citado em 2003 jun 1]. Disponível em: <http://www.cdc.gov.br/growthcharts>.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. 35th ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [citado em 2018 mai 5]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>

5 Ilustrações (tabelas, figuras, quadros, fotos, mapas)

Todas as ilustrações devem ser inseridas no mesmo arquivo do texto, após as referências bibliográficas, e ser acompanhadas de um título autoexplicativo. O título deve ser descrito de forma que possibilite o entendimento do leitor.

Recomenda-se utilizar o seguinte padrão, por exemplo:

Figura 1 – XXX (Figura, espaço, número da mesma, travessão). Análise utilizada, variáveis em análise ou termo que agrupe as variáveis, pessoas, local, ano e, quando possível, o número de sujeito (n = xx). Deve ser posicionado abaixo da ilustração.

Tabela 1 – XXX (Tabela, espaço, número da mesma, travessão). Análise utilizada, variáveis em análise ou termo que agrupe as variáveis, pessoas, local, ano e, quando possível, o número de sujeito (n = xx). Deve ser posicionado acima da ilustração.

Quadro 1 – XXX (Tabela, espaço, travessão, número da mesma). Descrição dos principais itens e conteúdos apresentados no quadro. Deve ser posicionado acima da ilustração.

Unidades de medida, abreviações, símbolos e estatísticas devem estar apresentados de modo claro e objetivo. As ilustrações devem ser monocromáticas (escala de cinza). Fotografias podem ser usadas, mas devem estar em preto e branco, e com boa qualidade gráfica. Não usar **negrito para informar a significância estatística**, bem como os nomes das variáveis e suas categorias; usar símbolos e letras (*, \$, #, ^a, ^b, entre outros), com explicações no rodapé da tabela ou figura. As explicações (descrições) no rodapé da tabela e/ou figura devem adotar a seguinte padronização:

- **marcadores ou indicadores sobrescritos:** adicionar o marcador ou indicar no rodapé, seguido de espaço e da respectiva descrição – por exemplo: ^a Categoria com maior número de casos sem dados válidos. Caso haja mais de um marcador ou indicar a ser descrito, eles devem ser apresentados um ao lado do outro, separados por ponto e vírgula – por exemplo: ^a Categoria com maior número de casos sem dados válidos; ^b Categoria com menor número de casos sem dados válidos.
- **siglas e abreviação:** devem ser apresentadas separadamente da descrição dos indicadores e marcadores, adotando-se a seguinte padronização: sigla, seguida de sinal de igual, espaço e respectiva descrição – por exemplo: IMC = índice de massa corporal. Todas as siglas e/ou abreviações devem ser apresentadas uma ao lado da outra, separadas por ponto e vírgula e com ponto ao final – por exemplo: IMC = índice de massa corporal; AF = atividade física.

As ilustrações devem ser usadas somente quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, sem repetir informações já apresentadas no corpo do texto. Todas as ilustrações devem ser numeradas por ordem de aparecimento, conforme o tipo (tabela, figura, quadro), devendo-se indicar no texto o local aproximado no qual devem ser inseridas. Fotos, mapas e semelhantes devem ser identificados como figuras. Deve-se utilizar na preparação das ilustrações a mesma fonte utilizada no texto.

As tabelas devem apresentar as seguintes medidas máximas: 8 cm ou 17 cm de largura, não devendo conter linhas em espessura superior a 1,0, nem linhas no interior ou nas laterais.

As tabelas devem ser construídas em arquivo do Word; as figuras (mapas, gráficos, mapas, fotos e similares), em JPG. As figuras devem ser enviadas nos formatos Power Point, Excel, Word ou vetorial, sendo que os formatos vetoriais são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: AI (Adobe Illustrator), PDF (Portable Document Format), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics) – devendo ser evitado o envio de ilustrações e gráficos no formato JPG, GIF, PNG ou similar.

Os autores não devem utilizar sombreamento nas tabelas e quadros; não devem constar linhas nas suas laterais e/ou no meio, apenas nas partes superior e inferior; as linhas das bordas devem vir na espessura padrão do Word, recusando-se o uso de linhas mais grossas e com efeitos, em cores e demais; deve-se descrever todas as siglas no rodapé das ilustrações; os nomes das variáveis devem ter apenas a primeira letra maiúscula – por exemplo: Classe econômica, Peso saudável. Não tolera-se o uso de abreviações de palavras nas tabelas – por exemplo: Ens. Fund. Incompleto. As categorias das variáveis devem ser deslocadas para a direita – por exemplo:

Classe econômica

A

B

C

D/E

Não se aceita o uso de negrito, sublinhado e outros efeitos. Deve-se evitar o uso de siglas nas tabelas mas, quando não for possível, todas devem ser descritas no rodapé das ilustrações. Os itens descritos no rodapé da tabela devem ser separados por ponto e vírgula, um após o outro – por exemplo: IMC = índice de massa corporal; AF = atividade física.

Na apresentação dos resultados nas tabelas e no texto, observar distribuição por frequência relativa (representar com o símbolo %, no cabeçalho da tabela ou na escala de medida do gráfico): apresentar o dado com uma casa decimal – por exemplo: 27,2%; distribuição por frequência absoluta (representar com a letra n, no cabeçalho da figura ou na escala de medida do gráfico): adicionar um espaço antes e após o sinal de igual – por exemplo, n = 229 ou n = 2.239 (texto em português) e 2,239 (texto em inglês); formas de apresentar dados com intervalo de confiança:

23,4% (IC95%: 19,5 – 29,3), (23,4%; IC95%: 19,5 – 29,3). Adotar o mesmo padrão para apresentar valores médios e IC95%; os valores de média e desvio padrão deverão ser apresentados com duas casas decimais – por exemplo: 20,34 ou 2,33; quando a média e o desvio padrão estiverem juntos, adicionar um espaço entre as informações – por exemplo: 20,34 ± 2,33.

Na apresentação de resultados referentes ao uso de regressões e similares, usar duas casas decimais e aplicar um espaço entre as informações, exceto entre os valores do intervalo de confiança, conforme segue: para o texto em português: OR = 0,40 (IC95%: 0,31–0,53) ou (OR = 0,40; IC95%: 0,31–0,53); para o texto em inglês: OR = 0.40 (95%CI: 0.31–0.53) ou (OR = 0.40; 95%CI: 0.31–0.53). Há uma situação que exige adaptação: a regressão linear, pois poderá assumir valores negativos, e usar hífen dificultará a leitura. Desse modo, deverá ser como segue: $\beta = -66.60$; (95%CI: -110.30; -22.90) ou $\beta = -66.6$ (95%CI: -110.32; -22.92).

Para apresentação de dados que contenham uma categoria de referência, esta deverá ser nomeada como 1, não "categoria de referência" ou outra denominação. Adotar espaço entre as informações de texto e sinais, como, por exemplo: baixo peso: < 18 kg/m²; peso normal: 19-24,99 kg/m²; variável sexo: masculino = 1 e feminino = 2.

Valores de p

Apresentar em três casas decimais e com espaço entre as informações do p e os sinais – por exemplo: p = 0,067 ou p < 0,001. Para indicar que o valor p foi igual ou superior a um certo ponto de corte, limitar a duas casas decimais – por exemplo: p > 0,05 ou p > 0,10.

6 Conflito de interesses

A transparência do processo de revisão por pares e a credibilidade dos manuscritos publicados dependem, ao menos em parte, de como o conflito de interesses é tratado durante a redação, revisão por pares e tomada de decisão pelos editores. Esse tipo de conflito pode emergir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar na elaboração ou avaliação dos manuscritos. Assim, tanto os autores quanto os revisores devem comunicar à revista a existência de conflito de interesses de qualquer natureza. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar a existência de conflito financeiro ou de qualquer outra natureza que possa ter influenciado seu trabalho.

Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. Por sua vez, também os revisores *ad hoc* devem declinar da revisão de um manuscrito quando houver qualquer conflito de interesses que possa influir em sua opinião. No momento da submissão de um manuscrito, os autores devem encaminhar também a declaração de conflito de interesses, elaborada conforme modelo adotado pela revista.

7 Aspectos éticos

Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com o disposto na Declaração de Helsinkí, na resolução n. 196/96 ou 466/12 (para pesquisas realizadas a partir de 12 de dezembro de 2012) do Conselho Nacional de Saúde e demais dispositivos normativos vigentes. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, conforme estabelecido pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA), as normas e os princípios éticos vigentes devem ser respeitados. Os ensaios clínicos devem ser devidamente registrados no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) ou em outra entidade de registro de ensaios clínicos (por exemplo: ClinicalTrials.gov). Os autores devem enviar, juntamente com o manuscrito, a cópia da certidão e/ou declaração atestando a observância às normas éticas de pesquisa, inclusive cópia da aprovação do protocolo de pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Estudos que não atendam tais requisitos não serão aceitos para publicação na revista.

8 Direitos autorais

Os autores deverão encaminhar, no momento da submissão do manuscrito, a Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada, em conformidade com o modelo fornecido pela revista. Manuscritos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, mesmo que de forma parcial, incluindo a tradução para outro idioma, sem a autorização por escrito da RBAFS.

9 Agradecimentos/financiamentos

Na página de título, os autores devem mencionar as fontes de financiamento para o estudo e os nomes de instituições, agências ou pessoas que devam ser nominalmente agradecidas pelo apoio a sua realização. Os autores devem manter em seu poder prova documental de que as pessoas e instituições citada na seção de agradecimentos autorizaram a inclusão do seu nome, uma vez que tal citação nominal pode implicar endosso aos resultados e conclusões do estudo.

10 Colaboradores

Todos os autores devem ter contribuído substancialmente para o desenvolvimento do manuscrito, de modo que possam assumir responsabilidade pela referente autoria. Na página de título, os autores devem especificar quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do manuscrito. Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o reconhecimento da autoria baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. concepção do manuscrito, análise e interpretação dos dados; 2. redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas, e tais informações devem constar na página de título.

11 Submissão dos manuscritos

Recomenda-se que, antes de submeter o manuscrito à RBAFS, os autores verifiquem se ele se enquadra em alguma das linhas editoriais e se está de acordo com as normas da revista. A submissão dos manuscritos à RBAFS pode ser feita em qualquer período do ano (adota-se sistema de fluxo contínuo e sem interrupção do processo de submissão de manuscritos), devendo ser efetuada na plataforma eletrônica da revista: <<http://www.rbafs.org.br/RBAPS/about/submissions>>.

Para submeter o manuscrito, o primeiro autor ou correspondente deverá estar obrigatoriamente cadastrado na plataforma. Todos os autores envolvidos no manuscrito devem ter seus dados cadastrais inseridos na página de submissão do manuscrito, na plataforma da revista. Admite-se a submissão de manuscrito contendo resultados de estudos que tenham sido preliminarmente publicados na forma de resumos. No momento da submissão, os autores deverão anexar em "Componentes do Artigo" (na plataforma de submissão online da revista) a página de título, conforme orientações descritas no item "Apresentação de manuscritos", item 3, e todas as declarações devidamente assinadas por todos os autores.

O arquivo com o corpo do manuscrito deve conter o texto principal (devendo incluir o título do manuscrito), as referências, as ilustrações e ser anexado em "Documento de Submissão". Atenção! Nesse arquivo, não deverá constar a página de título, nem outro tipo de informação que identifique os autores.

Ao submeterem o manuscrito, os autores assumem inteira responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito, pela obtenção de autorização para uso de ilustrações e dados de terceiros, bem como de que o trabalho não foi previamente publicado (inédito) nem está sendo analisado por outra revista enquanto estiver em avaliação pelo conselho editorial da RBAFS. Para atestar formalmente que assumem esta responsabilidade, os autores deverão assinar declaração de acordo com o modelo fornecido pela revista.

Todos os manuscritos devem vir acompanhados por uma carta de submissão dirigida ao editor-chefe, indicando a seção à qual o manuscrito se destina (vide "Seções da publicação") e apontando a potencial contribuição do estudo para desenvolvimento da área de atividade física e saúde, bem como os seguintes documentos (anexando-os em "Componentes do Artigo" na plataforma de submissão da revista):

- [Declaração de responsabilidade;](#)
- [Declaração de conflito de interesses;](#)
- [Declaração de transferência dos direitos autorais;](#)
- Documentação comprobatória de atendimento aos requisitos éticos de pesquisa.

12 A prática editorial para o caso de má conduta científica

A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, autoplágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, *checklist* e diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice*

Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE – <http://publicationethics.org/>). A RBAFS adota ferramentas de rastreamento de plágio e autoplágio, e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal (artigo 184) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro da Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 – vide Lei n. 12.853, de 2013).

13 Acompanhamento do processo de avaliação do manuscrito

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do manuscrito pelo sistema <<http://rbafs.org.br/RBAFS/submissions>>. As decisões sobre o manuscrito serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema <<http://rbafs.org.br/RBAFS>>. Os autores também podem utilizar esse mesmo canal de comunicação para recorrer das decisões tomadas em qualquer etapa do processo de avaliação do manuscrito. O contato com a secretaria editorial da RBAFS deverá ser feito pelo sistema <<http://rbafs.org.br/RBAFS/about/contact>>.

14 Cobrança de taxas

A RBAFS não recebe nenhum tipo de subvenção (recursos) de instituições e órgãos públicos. Apesar de ser o periódico oficial da SBAFS, os recursos disponíveis não são suficientes para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir. Nesse sentido, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos mínimos e necessários para a produção da RBAFS, uma prática adotada por várias revistas, incluindo as que recebem subvenções de instituições públicas.

Assim, para os artigos aprovados, os autores deverão pagar uma taxa de publicação (diagramação e DOI) no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) no caso de o primeiro autor estar em dia com a anuidade da SBAFS e de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para os não sócios e/ou em atraso com sua anuidade. O pagamento dessa taxa corresponde ao custeio de cerca de 40% dos valores que a revista tem com a diagramação e aplicação do DOI (*Digital Object Identifier*) de cada artigo. O pagamento deverá ser efetuado após a aprovação do manuscrito, conforme comunicado encaminhado pela secretaria da RBAFS.

15 Checklist para submissão

Antes de submeterem o manuscrito, os autores deverão avaliar os seguintes itens:

1. Página título contendo todas as informações solicitadas pela revista;
2. Corpo do manuscrito em texto apresentado em fonte Times New Roman, corpo 12, margens 2,5 cm, espaçamento duplo, em formato Word ou similar (DOC, DOCX e RTF), contendo todos componentes descritos no item "Apresentação do manuscrito";
3. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação e apresentadas de acordo com a padronização adotada pela revista;
4. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, seguindo as recomendações da revista;

5. Figuras no formato vetorial ou em PDF, ou TIF, ou JPG, ou BMP, com resolução mínima 300 dpi;
6. Tabela, figuras e quadros não devem exceder a cinco, no conjunto;
7. Carta de apresentação;
8. Declaração de responsabilidade;
9. Declaração de conflito de interesses;
10. Declaração de transferência dos direitos autorais;
11. Documentação comprobatória de atendimento aos requisitos éticos de pesquisa.

16 Revisão da redação científica e prova tipográfica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado será submetido à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez) e de estilo. A RBAFS se reserva o direito de fazer alterações visando uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas, e o prazo para a realização dos ajustes na revisão será de até dois dias. Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. A revisão gramatical é obrigatória e será de inteira responsabilidade dos autores do manuscrito.

A editoração do manuscrito se dará logo após sua aprovação pelos editores. Os autores receberão uma prova tipográfica de seu manuscrito; deverão revisar o documento detalhadamente, na busca de eventuais erros, e retornar a versão corrigida em até dois dias. Ressaltamos, no entanto, que não serão aceitas modificações estruturais no texto, ficando esta revisão limitada apenas à correção dos erros tipográficos que, porventura, sejam encontrados. As correções devem ser realizadas diretamente no manuscrito no formato PDF, na forma de comentários (a menos que alguma indicação no PDF diga o contrário). Esclarecemos que o manuscrito não será publicado enquanto a prova tipográfica não for recebida pela secretaria da revista.

17 Direitos autorais

Os autores que publicam na RBAFS concordam com os seguintes termos:

- autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a *Licença Creative Commons*, que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Licença Creative Commons:



ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

Pesquisador: IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04931518.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.172.092

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado pela professora Ione Jayce Ceola Schneider, do Departamento de Ciências da Saúde, Campus Araranguá/UFSC, com participação de Marul Weber Corseuil Glehl, Antonio Reis de Sá Junior, Vanessa Pereira Corrêa e Aderbal Silva Agular Junior. Estudo com delineamento de quase-experimental que visa identificar as reais contribuições da atividade física para a saúde dos indivíduos, com 100 participantes.

Crêterios de Inclusão: Serão incluídos os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Prefeitura Municipal de Araranguá/SC (CAPS I) com idade de 18 anos ou mais, de ambos os sexos.

Crêterios de exclusão: Serão excluídos os participantes que não possuem condições de saúde, atestadas pelo médico responsável, para a prática da atividade física e indivíduos sem autonomia para tomar decisões.

Intervenções: Avaliação pré-participação do exercício, composta por exames clínicos e avaliação funcional. Encontros três vezes por semana, com duração de 30 a 45 minutos, com atividades de alongamentos, fortalecimento muscular, além de planejamento de caminhadas e corridas curtas específicas para cada participante, de acordo com sua avaliação física-funcional. O exercício aeróbico será realizado em intensidade moderada (60 % VO₂ máx estimado), equivalente a uma caminhada em ritmo rápido. Alguns pacientes serão encorajados a correr, de acordo com evolução da coordenação motora e capacidade física. Ao final do exercício, serão realizados alongamentos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prêdio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.172.062

por volta de 15 minutos. Serão utilizados os Instrumentos: versão reduzida do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (20), Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (21), Escala Toulousiana de Coping (ETC-R) (22,23), Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF – 36) (24), Teste de Caminhada de 6 minutos (25,26), Timed Get Up and Go (TUG) (27), medida de força de preensão manual e medidas antropométricas. Os testes deverão ser repetidos periodicamente (3 meses) para acompanhar a evolução dos pacientes. Também será utilizado um questionário, estruturado pelos próprios pesquisadores, para avaliar as características sociodemográficas, uso de medicamento e condição geral de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os benefícios da atividade física na condição geral de saúde de usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Araranguá –CAPS I.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: Os procedimentos neste estudo apresentam possibilidade de risco mínimo visto que os pacientes serão avaliados e monitorados por pesquisadores capacitados durante todas as atividades. As entrevistas, escalas e testes serão aplicados pelos pesquisadores e interrompidas a qualquer sinal de desconforto. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no participante, que acarrete danos psicológicos e sociais. Pesquisadores e Instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa.

Benefícios: Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a compreender melhor os benefícios da atividade física em pacientes com transtorno mental, visto que a saúde física e a saúde mental são interdependentes e são comuns problemas de saúde físicos em indivíduos com transtorno mental. Além disso, será possível estudar as políticas de saúde mental e contribuir para as ações em saúde mental, através da atividade física.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pelo vice-Diretor do Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde/Araranguá/UFSC. Autorização Institucional assinada simultaneamente pelo

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.172.092

Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde/Araranguá/UFSC e pela Secretária Municipal de Saúde de Araranguá. Cronograma Informa que a coleta de dados iniciará a partir de 26 de março de 2019. Orçamento com recursos próprios no valor de R\$ 480,00. TCLE atende completamente a legislação 466/12

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 1261883.pdf	27/01/2019 20:54:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/01/2019 20:54:25	Vanessa Pereira Comêa	Aceito
Outros	resposta_a_pendencias.pdf	27/01/2019 20:53:42	Vanessa Pereira Comêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/01/2019 20:53:03	Vanessa Pereira Comêa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	04/12/2018 10:59:20	IONE JAYCE GEOLA SCHNEIDER	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/12/2018 10:38:44	Vanessa Pereira Comêa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.173.092

FLORIANOPOLIS, 26 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propexa@contato.ufsc.br

ANEXO C – Center or Epidemiological Studies-Depression (CES-D 8)

1	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) se sentiu deprimido(a)?	0	Não
		1	Sim
2	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) sentiu que as coisas estavam mais difíceis do que costumavam ser antes?	0	Não
		1	Sim
3	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) sentiu que o seu sono não era reparador, ou seja, o Sr(a) acordava sem se sentir descansado(a)?	0	Não
		1	Sim
4	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) se sentiu feliz?	0	Não
		1	Sim
5	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) se sentiu solitário(a)?	0	Não
		1	Sim
6	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) aproveitou ou sentiu prazer pela vida?	0	Não
		1	Sim
7	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) se sentiu triste?	0	Não
		1	Sim
8	Durante a ÚLTIMA SEMANA, na maior	0	Não

	parte do tempo, o(a) Sr(a) sentiu que não conseguiria levar adiante as suas coisas?	1	Sim
--	---	---	-----

ANEXO D - *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

Adaptado e validado para uso no Brasil por Mônica Di Pietro, Evelyn Doering Xavier e Dartiu Xavier da Silveira.

PROAD/Departamento de Psiquiatria-UNIFESP/EPM

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Usando a seguinte legenda

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

		1	2	3	4	5	6
1.	Sentir-se entediado (a) faz você preocupar-se com a forma física?						
2.	Sua preocupação com a forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?						
3.	Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do corpo?						
4.	Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?						
5.	Você anda preocupado (a) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?						
6.	Ao ingerir uma refeição completa e sentir estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?						
7.	Você se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?						
8.	Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?						
9.	Estar com pessoas magras do mesmo gênero que você faz você reparar em sua forma física?						
10.	Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?						
11.	Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de Alimento?						
12.	Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo gênero que o seu, e ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?						
13.	Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?						
14.	Ao estar nua (nu), por exemplo ao tomar banho, você se sente gorda (o)?						
15.	Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com a sua forma física?						

16.	Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?						
17.	Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?						
18.	Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?						
19.	Você se sente muito grande e arredondado?						
20.	Você sente vergonha do seu corpo?						
21.	A preocupação com sua forma física a (o) leva a fazer dieta?						
22.	Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?						
23.	Você acredita que a sua forma física se deva a sua falta de controle?						
24.	Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?						
25.	Você acha injusto que outras pessoas do mesmo gênero que o seu sejam mais magras que você?						
26.	Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?						
27.	Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco do ônibus)?						
28.	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?						
29.	Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?						
30.	Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura?						
31.	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?						
32.	Você já tomou laxante para se sentir mais magra (o)?						
33.	Você fica preocupada (o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?						
34.	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?						

ANEXO E – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-12)

A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as atividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma na caixa que melhor descreve sua resposta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar 1 2 3
- b. Subir vários lanços de escada 1 2 3

3. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Realizou menos do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Sentiu-se limitado/a no <u>tipo</u> de trabalho ou outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Realizou menos do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Realizou o trabalho ou outras atividades de forma <u>menos</u> cuidadosa que o habitual.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se sentiu triste e deprimido/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por completar estas perguntas!

ANEXO F – Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ)

**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
- VERSÃO CURTA -**

As perguntas estão relacionadas com o tempo que gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana.

Incluem as atividades que faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por desporto, exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder às questões lembre-se que:

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

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

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por SEMANA () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por SEMANA () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia da semana?

horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?

horas: _____ Minutos: _____