

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE MEDICINA**

**CAROLINA MALISKA HAACK
JANAÍNA CONCATTO WITZEL**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
UMA ANÁLISE QUANTITATIVA**

**CHAPECÓ - SC
2026**

**CAROLINA MALISKA HAACK
JANAÍNA CONCATTO WITZEL**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
UMA ANÁLISE QUANTITATIVA**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus
Chapecó, como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^ª. Grasiela Marcon

CHAPECÓ - SC

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Haack, Carolina Maliska

ASSOCIAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA
EM PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: UMA ANÁLISE
QUANTITATIVA / Carolina Maliska Haack, Janaína Concatto
Witzel. -- 2026.

47 f.:il.

Orientadora: Professora Grasiela Marcon

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Chapecó, SC, 2026.

I. Witzel, Janaína Concatto II. Marcon, Grasiela,
orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV.
Título.

CAROLINA MALISKA HAACK
JANAÍNA CONCATTO WITZEL

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
UMA ANÁLISE QUANTITATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de médico.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 18/06/2026.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
GRASIELA MARCON
Data: 18/06/2026 19:57:14-0300
Verifique em <https://validar.it6.gov.br>

Prof.^a Grasiela Marcon – UFFS
Orientadora



Documento assinado digitalmente
DANIELA ZANINI
Data: 18/06/2026 22:37:26-0300
Verifique em <https://validar.it6.gov.br>

Prof. Dra. Daniela Zanini – UFFS
Avaliador



Documento assinado digitalmente
LUCAS MEDEIROS DE MESQUITA
Data: 18/06/2026 22:07:32-0300
Verifique em <https://validar.it6.gov.br>

Prof. Lucas Medeiros de Mesquita – UFFS
Avaliador

AGRADECIMENTOS

Janaína

Agradeço à minha mãe, Marina, por todo o amor, dedicação e apoio ao longo desta trajetória.

Ao meu companheiro de vida, Diego, agradeço pelo carinho, compreensão e incentivo constantes. Obrigada por acreditar em mim nos momentos em que eu mesma duvidei, tornando esta caminhada mais leve.

Carolina:

À minha família e ao meu noivo pelo apoio, dedicação e amor nesse período. Vocês são essenciais na minha vida.

À nossa orientadora, agradecemos pela orientação, disponibilidade e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho.

À equipe do CAPS II e do Projeto RISE, agradecemos pela acolhida, pela colaboração e pela oportunidade de aprendizado e suporte durante a realização desta pesquisa.

“Nenhum homem é uma ilha,
isolado em si mesmo;
Cada ser humano é uma parte do continente,
uma parte de um todo.

Se um torrão de terra for levado pelas águas até o mar,
a Europa ficará diminuída,
Assim como se um promontório fosse,
Assim como se fosse o solar de teus amigos ou o teu próprio.

A morte de qualquer homem me diminui,
porque sou parte do gênero humano.
E por isso não pergunte por quem os sinos dobram;
eles dobram por ti.”
(John Donne, Meditações VII).

RESUMO

O aumento da prevalência de transtornos mentais na população brasileira é uma preocupação importante para a saúde pública. Dentre os fatores que influenciam o prognóstico desses pacientes está o contexto social, o apoio social e as ações de saúde individuais. A solidão é mencionada na literatura como fator que leva ao afastamento de interações e ao sofrimento psíquico, podendo trazer consequências prejudiciais na funcionalidade para esses indivíduos. A atividade física, por sua vez, mostra-se como um fator protetor e promotor de bem-estar com impactos na saúde mental. O objetivo deste trabalho é estudar a solidão e sua relação com o nível de prática de atividade física, além de outros fatores sociodemográficos e econômicos, em pacientes com transtornos mentais graves atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, descritivo, de enfoque quantitativo. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de questionários digitais no aplicativo REDCap, com os instrumentos de pesquisa IPAQ para atividade física, UCLA para mensuração da solidão e questionamentos de índices socioeconômicos. As entrevistas foram presenciais, no período de maio de 2025 à maio de 2026. A amostra foi obtida por conveniência, totalizando 33 pacientes. A análise foi realizada com auxílio do programa R, considerando uma significância de 5% de probabilidade. Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de transtorno psiquiátrico e a autopercepção de solidão. A análise de correspondência múltipla revelou dois padrões distintos. O primeiro, cujo os pacientes com transtornos exclusivamente de humor estão mais relacionados a se auto perceberem como não solitários. Já o segundo, onde os que apresentaram outros tipos de transtornos, como ansiedade ou psicóticos, mostraram uma maior proximidade com a solidão. Outros fatores não se demonstraram relacionados ao desfecho, como sexo, idade, escolaridade, situação de trabalho e renda. Portanto, o fator mais relevante no desfecho da solidão foi a presença de transtornos psiquiátricos, essencialmente ansiosos e psicóticos, de forma concordante com a literatura, e deve ser um tópico relevante no tratamento de pacientes com transtornos mentais.

Palavras-chave: nostalgia; exercício físico; distúrbios mentais; Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The increasing prevalence of mental disorders in the Brazilian population is a major public health concern. Among the factors influencing the prognosis of these patients are the social context, social support, and individual health actions. Loneliness is reported in the literature as a factor that leads to withdrawal from social interactions and psychological distress, potentially causing detrimental effects on functionality. Conversely, physical activity has been shown to be a protective and well-being-promoting factor with impacts on mental health. This study aims to investigate loneliness and its relationship with the level of physical activity practice, as well as other sociodemographic and economic factors, in patients with severe mental disorders treated at a Psychosocial Care Center (CAPS II). This is an observational, cross-sectional, prospective, descriptive, and quantitative study. Data collection was performed through digital questionnaires on the REDCap application, using the IPAQ instrument for physical activity, the UCLA scale for loneliness measurement, and socioeconomic index questionnaires. In-person interviews were conducted from May 2025 to May 2026. A convenience sample was obtained, totaling 33 patients. Data analysis was performed using the R software, considering a statistical significance level of 5%. A statistically significant association was observed between the type of psychiatric disorder and the self-perception of loneliness. Multiple correspondence analysis revealed two distinct patterns. The first pattern showed that patients with exclusively mood disorders were more likely to self-perceive as non-lonely. The second pattern showed that those with other types of disorders, such as anxiety or psychotic disorders, demonstrated a closer proximity to loneliness. Other factors, such as sex, age, education level, employment status, and income, were not significantly associated with the outcome. Therefore, the most relevant factor in the outcome of loneliness was the presence of psychiatric disorders, essentially anxiety and psychotic disorders, in agreement with the literature, and this should be a relevant topic in the treatment of patients with mental disorders.

Keywords: Loneliness; Physical activity; Mental disorders; Psychosocial Care Center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Razão de chance para associação entre características socioeconômicas, clínicas e comportamentais e a ocorrência de solidão em população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).	32
Figura 2 - Distribuição dos transtornos segundo UCLA: solitário.....	32
Figura 3 - Distribuição dos transtornos segundo UCLA: não solitário.....	33
Figura 4 - Distribuição Proporcional do IPAQ por Nível de Solidão.	34
Figura 5 - Análise de Correspondência Múltipla da relação da solidão segundo variáveis socioeconômicas e clínicas, da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e clínica de uma amostra da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).....	28
Tabela 2 - Comportamento sedentário de uma amostra da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).	30
Tabela 3 - Relação da solidão segundo variáveis socioeconômicas e clínicas, da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).	30
Tabela 4 - Associação entre solidão e atividade física em amostra de população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
UCLA	University of California, Los Angeles
UCLA-LS	UCLA Loneliness Scale (Escala de Solidão da UCLA)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	JUSTIFICATIVA.....	15
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	SOLIDÃO E SAÚDE MENTAL	16
4.2	ATIVIDADE FÍSICA	18
4.3	EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL.....	19
4.4	SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	20
5	METODOLOGIA	23
5.1	TIPO DE ESTUDO	23
5.2	LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO	23
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	23
5.4	VARIÁVEIS	24
5.5	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	25
5.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	26
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	27
6	RESULTADOS.....	28
6.1	FATORES RELACIONADOS À SOLIDÃO.....	30
7	DISCUSSÃO	36
7.1	LIMITAÇÕES.....	40
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A solidão é compreendida como uma experiência subjetiva de caráter negativo, resultante da percepção de inadequação ou insatisfação em relação à qualidade das relações interpessoais estabelecidas pelos indivíduos. Trata-se de um fenômeno multifacetado que tem despertado crescente interesse na literatura científica devido à sua associação com diversos desfechos adversos à saúde. Evidências indicam que a solidão pode impactar negativamente aspectos relevantes do bem-estar, incluindo a qualidade do sono, a qualidade de vida e a saúde geral dos indivíduos (Sandy Júnior; Borim; Neri, 2023).

Além de seus efeitos sobre a saúde mental, a solidão tem sido reconhecida como um importante fator de risco para o agravamento das condições gerais de saúde, configurando-se como um relevante problema de saúde pública. Estudos apontam que essa condição está associada a piores prognósticos em saúde, ultrapassando os limites das repercussões psicológicas e influenciando também desfechos físicos e sociais (Holt-Lunstad; Smith; Layton, 2010). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde destacou, em 2025, a existência de uma “epidemia de solidão”, evidenciando a magnitude do problema em escala global. Em resposta a esse cenário, diversos países têm desenvolvido estratégias e políticas públicas voltadas à mitigação da solidão e de seus impactos, especialmente após as transformações sociais decorrentes da pandemia de Covid-19 (Giacomin, 2025).

Considerando os impactos da solidão sobre a saúde física e mental, torna-se relevante investigar fatores potencialmente protetivos capazes de atenuar seus efeitos e promover o bem-estar. Nesse contexto, a prática de atividade física destaca-se como um importante componente da promoção da saúde, estando amplamente associada a benefícios físicos, psicológicos e sociais. Evidências científicas indicam que sua realização regular está associada à redução de sintomas de depressão e ansiedade, além de contribuir para a melhoria global das condições de saúde. Em relação aos transtornos psiquiátricos, seus benefícios têm sido particularmente bem documentados em indivíduos com esquizofrenia, transtorno depressivo maior e em pacientes que apresentam múltiplas comorbidades (Mahindru; Patil; Agrawal, 2023).

É sabido, no entanto, que pacientes com transtornos psiquiátricos tendem a apresentar níveis reduzidos de atividade física, o que pode potencializar quadros de isolamento e solidão (Kobayashi e Steptoe, 2018). Nesse sentido, torna-se relevante avaliar a prática de atividades físicas como linha complementar ao tratamento medicamentoso e terapêutico desta população (Mahindru; Patil; Agrawal, 2023).

No Brasil, conforme dados transversais do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), conduzido entre 2019-2021, dos 7.163 participantes idosos, aproximadamente 40% encaixava-se como solitário. Dentre os elementos que influenciam o cenário, nessa faixa da população brasileira, a posição de possuir ou não cônjuge dividindo mesmo domicílio foi apontado como fator protetor da solidão. Ademais, também foram analisados índices sociais e econômicos, como o gênero, ter filhos, renda familiar mensal, comprometimento cognitivo e possuir ou não depressão (Marcelino *et al.*, 2024).

Dessa forma, embora os estudos sobre solidão ainda se concentrem principalmente na população idosa, observa-se um interesse crescente pelo tema, assim como pela saúde mental no âmbito da saúde pública.

Diante do aumento da prevalência dos transtornos mentais, torna-se fundamental o fortalecimento de serviços de atenção integral à saúde que contemplem as dimensões física, mental e social do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a relação entre solidão, o nível de prática de atividade física e fatores sociodemográficos e econômicos em pacientes com transtornos mentais graves atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com transtornos mentais incluídos no estudo;
- B. Identificar a presença do sentimento de solidão utilizando a UCLA Loneliness Scale;
- C. Classificar o nível de atividade física dos participantes por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ);
- D. Analisar a relação entre o nível de atividade física e solidão dos usuários;
- E. Interpretar fatores associados à autopercepção da solidão.

3 JUSTIFICATIVA

Diante do aumento dos casos de sofrimento psíquico no Brasil, torna-se importante compreender fatores que impactam na saúde mental e qualidade de vida dessa população. Entre esses fatores, a solidão tem relação com sofrimento emocional, dificuldades de interação social e prejuízos na reabilitação psicossocial. Diversos elementos, por sua vez, têm sido relacionados à autopercepção de solidão, incluindo características sociodemográficas, condições clínicas, hábitos de vida e a prática de atividade física.

Considerando o papel estratégico do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) na reabilitação psicossocial e da atividade física na abordagem integral à saúde mental, compreender este cenário pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais integradas e efetivas. Dessa forma, este estudo se justifica pela necessidade de ampliar a compreensão dos fatores relacionados à solidão e prática de atividade física em pacientes com transtornos mentais atendidos em um CAPS II, contribuindo para a prática clínica e para o planejamento de estratégias de promoção de saúde no contexto dos serviços de atenção psicossocial.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SOLIDÃO E SAÚDE MENTAL

A solidão pode ser entendida como uma experiência subjetiva marcada por um sentimento negativo, que surge quando as relações interpessoais são percebidas como insuficientes ou pouco satisfatórias. Ela se relaciona ao distanciamento entre os vínculos que a pessoa gostaria de ter e aqueles que, de fato, consegue vivenciar no seu cotidiano (Sandy Júnior; Borim; Neri, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2025), aproximadamente 15,8% da população mundial relatou vivenciar solidão. Diversos fatores podem influenciar essa experiência, incluindo idade e sexo. No entanto, acredita-se que a relação dessas características com a solidão ocorra de forma indireta, sendo influenciada por aspectos socioeconômicos, condições de saúde e oportunidades de participação social.

Outro aspecto importante relacionado à solidão é o estigma social. Indivíduos que se sentem solitários frequentemente são alvo de desvalorização, sendo percebidos como menos adequados para estabelecer conexões sociais. Ademais, podem ser descritos de forma negativa, como antipáticos ou mal ajustados, o que pode gerar sentimento de vergonha em quem vivencia a solidão e dificultar a busca por apoio (Barreto et al., 2022).

No contexto da saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (2025) reconhece que a saúde social possui a mesma relevância que as dimensões física e mental, o que reforça a importância da solidão como um problema emergente.

Nesse sentido, a solidão tem sido associada a piores desfechos em saúde, incluindo aumento de morbidade e mortalidade. Há uma associação proporcional estudada entre esses fatores, a qual indica que quanto maior a intensidade dessa experiência, maiores seus impactos negativos. Tais reflexos são observados sobre diversos sistemas, com destaque na saúde cardiovascular, pelo aumento do índice de massa corporal, níveis mais elevados de pressão sistólica e alterações nos níveis de colesterol (Hawkley e Cacioppo, 2010).

Além disso, a solidão também se relaciona à prejuízos significativos na saúde mental. Há certa consolidação na associação entre ela e a presença de sintomas positivos em pacientes com transtornos de personalidade, como psicoses e alucinações. Observa-se ainda sua relação com o declínio cognitivo ao longo do tempo e com o aumento do risco de desenvolvimento da doença de Alzheimer. Portanto, identificar a presença do sentimento é um aspecto relevante no quadro de saúde dos pacientes. (Hawkley e Cacioppo, 2010).

No que tange essencialmente à transtornos mentais, a solidão pode impactar diretamente alguns diagnósticos. O estudo de Mann, 2022, pg. 2162, constata a presença do sentimento subjetivo de solidão como fator de risco capaz de dobrar a possibilidade de desenvolvimento de depressão, além de uma associação positiva entre ansiedade e solidão. Ademais, notou-se que a relação entre os fatores é recíproca, cujos limites entre causa e efeito são esmaecidos. Nesse sentido, ela foi apontada como fator de mau prognóstico de saúde, impactante inclusive em desfechos mais graves como ideação suicida e tentativas de suicídio.

A percepção de sentir-se solitário está diretamente ligada com a expectativa das próprias relações interpessoais, e por isso é influenciada por fatores socioculturais. Há variação da presença na população conforme as dimensões do apoio social, gênero, situação residencial (rural ou urbana) e a idade. Atualmente, percebe-se que o apoio social enfraquecido com instituições e com a própria família, ser do gênero feminino, estar residentes de grandes centros urbanos e pertencer à faixa etária senil são fatores de risco para o desenvolvimento de solidão (Zhang et al., 2022).

Ao analisar os fatores socioeconômicos relacionados à solidão, observa-se que a escolaridade se apresenta como um fator indireto. Indivíduos com mais anos de estudo tendem a apresentar menores níveis de solidão. Dessa forma, a escolaridade pode ser compreendida como um fator protetor que influencia o contexto de vida e as relações interpessoais, impactando, conseqüentemente, a experiência de solidão (Hawkley et al., 2008 apud Barjaková; Garner; d'Hombres, 2023). Em contrapartida, a ocupação de cargos de alta liderança ou influência, os quais comumente exigem mais anos de estudo, está mais relacionada ao sentir-se solitário (McCarthy et al., 2025).

De mesmo modo, percebe-se associações entre a solidão e os hábitos relacionados à saúde nas variadas populações (Kobayashi e Steptoe, 2018). Compreende-se que a solidão afeta a saúde de modo geral e revela associação significativa com os índices de morbidade e mortalidade. A magnitude deste impacto é tão relevante quanto fatores globais de risco à saúde já estabelecidos, como o tabagismo (Holt-Lunstad; Smith; Layton, 2010). Portanto, trata-se de um tópico chave para a saúde pública.

Nas práticas em saúde, um dos índices envolvidos com a percepção de solidão é a adesão à atividade física. Ela atua de forma bilateral, visto que a solidão é frequentemente acompanhada de diminuição de interação social e também de má adesão de práticas de saúde, como a realização de atividade física. No estudo com populações idosas, aqueles com maior nível de solidão apresentaram menores índices de práticas semanais consistentes de atividades

físicas moderadas a intensas que são recomendadas pela OMS para a faixa etária (Kobayashi e Steptoe, 2018).

A solidão, portanto, é um desafio cada vez mais presente na sociedade contemporânea e pode causar impactos significativos na saúde mental. Nesse prisma, é fundamental promover relações sociais saudáveis, acolhimento e acesso ao apoio psicológico quando necessário. Assim, ao encarar sua existência, é possível prevenir o agravamento de problemas emocionais e contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar coletivo dos pacientes (Godfrey et al., 2021).

4.2 ATIVIDADE FÍSICA

O conceito de atividade física é o conjunto de movimentos executados de forma voluntária e consciente, os quais aumentam os níveis de gasto de energia para além do que é dispensado quando o corpo está em repouso. A prática, como promotora de saúde e interação social, inclui atividades realizadas em diversos aspectos, como deslocamento, exercício laboral ou realização de atividades domésticas. Entende-se que todas essas formas, se executadas frequentemente e consistentemente, produzem bons efeitos na saúde em aspecto geral (Organização Pan-Americana de Saúde, 2019).

Nesse sentido, é essencial diferenciar a atividade física do exercício físico. Exercício é caracterizado por ser uma atividade programada, planejada e repetitiva, com intenção única de manutenção de saúde. Ambos geram benefícios em diversos aspectos da saúde e podem variar de intensidade. Em contrapartida, no comportamento sedentário o metabolismo corpóreo tem mobilização em níveis basais, como apenas para a manutenção das funções vitais das células e tecidos, mesmo com o indivíduo em vigília (Brasil, 2021).

Segundo as Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Atividade Física e Comportamento Sedentário (2020) há o estabelecimento de um período mínimo de tempo de realização diária para efeitos fisiológicos significativos. Para crianças e adolescentes, o preconizado são 60 minutos por dia de atividade com intensidade moderada à intensa, e em pelo menos 3 dias na semana que elas sejam aeróbicas.

Em adultos até 64 anos, os benefícios são proteção às causas de mortalidade, redução de sintomas depressivos e ansiosos, saúde cognitiva, metabólica e melhoria da qualidade de sono. Para tanto, o recomendado é de pelo menos 150 - 300 minutos de atividade de intensidade moderada em modalidade aeróbica, ou de 75-150 minutos em atividade vigorosa à intensa

durante uma semana. Há efeitos positivos adicionais se praticadas atividades de musculação e exercício físico em pelo menos dois dias na semana (OMS, 2020).

Em idosos, além dos efeitos desejados já mencionados, o fortalecimento físico promovido pela prática de atividades é um fator protetor para quedas, de manutenção de densidade óssea e função cognitiva. Para isso, segue a mesma recomendação de período de adultos, somada a recomendação de pelo menos em três dias da semana, que a prática seja realizada visando componentes multifatoriais de equilíbrio, fortalecimento e contato social (OMS, 2020).

Em questão da intensidade, pode ser definida como leve aquela que praticamente não exige esforço e altera minimamente a frequência cardíaca e a frequência respiratória. Moderada se refere ao aumento das frequências, e em percepção pessoal, o indivíduo tem dificuldade para continuar conversando durante a execução. Atividades intensas ou vigorosas são aquelas com alterações significativas, cuja autopercepção de esforço varia entre oito ou nove em uma escala até dez, em que não consegue conversar enquanto a realiza (Brasil, 2021).

A avaliação individual e auto referida do nível de atividade física pode ser avaliada pelo IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física, um questionário validado por inúmeros países. De acordo com Craig et al. (2003 apud Sember et al., 2020), ele tem como objetivo oferecer um modelo padronizado que seja adaptável para diferentes lugares. O questionário aborda a atividade física em diferentes cenários, como naquelas realizadas para transporte, para ações domésticas, para lazer e durante a atividade laboral (Wolin et al., 2008 apud Sember et al., 2020).

4.3 EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais possuem causa multifatorial e uma das condições que afeta a sua incidência e a sua gravidade é a atividade física. A prática em nível moderado a vigoroso está associada à manutenção da saúde mental e é considerada como um fator protetivo do humor, além de estar associada à regulação de emoções positivas (An et al., 2020).

Em relação aos efeitos bioquímicos e fisiológicos associados entre a prática de atividades físicas e a saúde mental, estão a produção de endocanabinóides, opióides, regulação do nível de cortisol e de imunomoduladores. Esses mecanismos atuam em processo da percepção da dor, sintomas ansiosos, estresse e até como neuroproteção a complicações neurodegenerativas. Em relação a sintomas depressivos e ansiosos, o efeito está relacionado à

“hipótese da endorfina”, cuja liberação desse peptídeo está associada à redução do sentimento de preocupação e de desesperança (Mahindru; Patil; Agrawal, 2023).

Quanto às sensações subjetivas de felicidade, bem-estar e satisfação com a vida, An et al. (2020), demonstrou que pessoas com moderado à alto nível de prática de atividade física possui maiores percepções emocionais positivas. Assim como constatou-se que a frequência, em virtude da constância de tempo utilizado para a execução de atividades diariamente, possui maior relevância do que a intensidade ou a modalidade escolhida para a prática de atividade física. Nesse sentido, além dos efeitos bioquímicos e fisiológicos de melhora muscular e de função cardíaca e pulmonar, também estão o aumento da autoestima, sensação de autoeficácia e da saúde mental no geral.

Ademais, a presença de quadros psiquiátricos potencialmente graves e persistentes, como o Transtorno Depressivo Maior (TDM) possuem um potencial positivo para a inclusão de atividade física no plano terapêutico. A recomendação inclui a prática com intensidade moderada e executada em frequência regular, com acompanhamento profissional, embasado pelos resultados terapêuticos de melhora clínica eficientes, à combinação de psicofármacos (Herbert, 2022).

Em outros transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia, a atividade física também se apresenta como aliada terapêutica. No quadro em questão, a justificativa vem principalmente em decorrência da alta frequência de efeitos adversos medicamentosos causados pelos antipsicóticos. Entre eles, alguns causam prejuízo funcional, como efeitos extrapiramidais, obesidade e dislipidemia, portanto, a prática intensa pode vincular a conduta terapêutica farmacológica à melhora do estado geral (Mahindru; Patil; Agrawal, 2023).

Embora os benefícios da prática de exercícios físicos sejam bem conhecidos, indivíduos portadores de transtornos mentais apresentam dificuldade em fazê-los. Alguns obstáculos para a adesão à atividade física advêm de situações como estresse intensivo, presença de desânimo e ausência de uma rede de apoio social. Dessa forma, nota-se a tendência de que a gravidade dos quadros psiquiátricos esteja associada a um nível menor de prática de atividade física (Vancampfort et al., 2017).

4.4 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A grande alteração no entendimento da atenção à saúde mental no Brasil ocorreu com a Reforma Psiquiátrica, em meados dos anos 70. Este movimento rompeu com o modelo anterior cuja centralização do cuidado era baseada na internação e exclusão social. Essa transição resultou em novas legislações e em uma mudança cultural na compreensão das condições dos pacientes (Ramos; Paiva; Guimarães, 2017).

Esta nova visão foi consolidada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que cravou como dever do Estado promover assistência à saúde mental. Isto deve ocorrer a partir de ações realizadas em instituições ou unidades de saúde mental. O objetivo dessas medidas é proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, em contraste com o antigo modelo asilar, garantindo a integridade da assistência à saúde (Brasil, 2001).

Nesse contexto, como as principais instituições voltadas à saúde mental, surgem os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial. Esses centros prestam serviços de saúde voltados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais que atuam em um território e oferecem cuidado contínuo ou prolongado. Além disso, os serviços atuam de forma integrada com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e com os agentes comunitários de saúde, a fim de promover a articulação intersetorial (Brasil, 2011 apud Brasil, 2015).

Os CAPS possuem diferentes modalidades para atenção conforme o perfil dos usuários, o grau de complexidade das demandas, a disponibilidade do funcionamento e o porte dos municípios. Desse modo, o CAPS I atende pessoas de todas as idades com transtornos mentais severos ou persistentes, incluindo indivíduos que utilizam substâncias psicoativas, sendo recomendado para cidades com mais de 20 mil habitantes. Enquanto que o CAPS II possui enfoque para uma população semelhante, contudo, é voltado para municípios com mais de 70 mil habitantes (Brasil, 2011).

O CAPS III é direcionado a cidades com população acima de 200 mil habitantes, com serviços mais complexos, funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana e possibilidade de acolhimento noturno para pacientes em crise. Para casos especificamente relacionados ao uso de substâncias, existem os CAPS AD, voltados a adultos, crianças e adolescentes. Por fim, o CAPSi é um serviço exclusivo para o público infantojuvenil, oferecendo suporte a crianças e adolescentes, preferencialmente em municípios com mais de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

No município de Chapecó, Santa Catarina, esta estrutura é composta por um CAPS III AD, um CAPSi, e um CAPS II, com plano de ampliação da equipe e do funcionamento do CAPS III. No cenário de atendimentos realizados no Sistema Único de Saúde na cidade, no ano

de 2025, o montante de 12.929 foi atendido ou acompanhado pelo serviço psicossocial. Ainda assim, os transtornos mentais e comportamentais representam grande causa de morbidade hospitalar (Secretaria Municipal de Saúde, 2025).

5 METODOLOGIA

Este trabalho é um subprojeto de um Projeto de Pesquisa para o Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulado “Estratificação objetiva do risco de tentar suicídio na população brasileira: um estudo multicêntrico e prospectivo”. O objetivo é desenvolver e validar ferramentas que possibilitem a estratificação do risco de tentativa de suicídio em indivíduos com transtornos mentais, além de identificar os fatores de risco e proteção associados. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu por meio de aplicação de questionários em onze centros no Brasil, em quatro tempos com cada paciente (inicial, após três meses, após seis meses e após doze meses), sendo um dos centros Chapecó-SC.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como primário, observacional, transversal, descritivo, de enfoque quantitativo. Será realizado por meio de aplicação dos seguintes questionários: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e Ucla Loneliness Scale (UCLA-3). O estudo integra uma iniciativa multicêntrica nacional coordenada pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

A aplicação dos questionários foi realizada presencialmente no período correspondente aos meses de maio de 2025 até maio de 2026, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Chapecó, Santa Catarina.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Os critérios de inclusão para compor a população-alvo deste estudo foram: ser paciente com idade superior ou igual a 18 anos, com vínculo ativo ao CAPS II de Chapecó nos anos de 2025 e 2026 e com disponibilidade temporal durante as atividades na unidade para a participação da pesquisa.

Como critério de exclusão, foram desconsiderados pacientes com comprometimento cognitivo que impossibilita a adequada compreensão ou resposta ao questionário, conforme

avaliação técnica da equipe multiprofissional do CAPS, aqueles cuja participação não seja na primeira etapa da pesquisa e pacientes com redução de mobilidade significativa que possa dificultar a realização de atividades físicas. A autorização através do TCLE foi necessária para o início da participação na pesquisa e acesso ao prontuário do paciente.

A amostragem do projeto de pesquisa é não probabilística, por conveniência, baseada na aceitação dos participantes e disponibilidade deles para o período de coleta de dados. No planejamento multicêntrico espera-se que cada polo inclua aproximadamente 110 indivíduos.

No caso do presente Trabalho de Conclusão de Curso a coleta ocorreu em um turno, em um dia da semana, pelas docentes com treinamento pela equipe da UFRGS, até o mês de abril de 2026.

5.4 VARIÁVEIS

As variáveis principais do estudo foram a presença de solidão e o nível de prática de atividade física. Além disso, foram analisadas as variáveis sociodemográficas e clínicas, como faixa etária, sexo, raça, escolaridade, prole constituída, situação ocupacional, renda familiar, transtorno psiquiátrico.

Todas as variáveis foram categorizadas para fins de análise estatística. A faixa etária foi dicotomizada em ≤ 49 anos e ≥ 50 anos. O sexo foi classificado em masculino e feminino. A variável raça foi agrupada em branca e outras raças, sendo esta última composta por participantes autodeclarados pardos, negros, amarelos e outros. A prole constituída foi classificada em “sim” e “não”.

A escolaridade foi categorizada em até 8 anos de estudo, entre 9 e 11 anos e 12 anos ou mais. A opção por essa forma respeitou os marcos educativos, os quais neste trabalho estão correspondentes aos anos estudados - o ensino fundamental completo envolve, atualmente, 9 anos de estudo - porém, até 2006 eram oito anos; o ensino médio completo representa 11 anos de estudo.

A situação ocupacional foi categorizada em ativa e inativa. Foram considerados ativos os participantes com vínculo empregatício formal ou atuação como trabalhadores autônomos. O grupo dos inativos incluiu aposentados e indivíduos afastados de suas atividades laborais. A renda familiar foi agrupada em menor que R\$ 3.390,00 e igual ou superior a R\$ 3.390,00. Pacientes que não souberam/não quiseram responder foram manejados automaticamente pela análise para a faixa de menor valor.

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, os participantes foram agrupados em dois grupos: transtornos do humor e outros transtornos psiquiátricos. O grupo "outros transtornos psiquiátricos" incluiu diagnósticos como transtornos de ansiedade e esquizofrenia.

A solidão foi classificada conforme o resultado na escala UCLA, como solitários ou não solitários. A atividade física, avaliada pelo IPAQ, classifica-se em três faixas de nível: alto nível de atividade física, intermediário e baixo.

5.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de formulário eletrônico aos participantes e registrados diretamente na plataforma RedCap. O instrumento contemplou informações sociodemográficas e clínicas, além da aplicação da UCLA Loneliness Scale, versão 3, e do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa.

A coleta de dados ocorreu de forma individual e presencial, em ambiente reservado dentro da unidade de saúde psicossocial, garantindo a privacidade dos participantes, com duração aproximada de uma hora e meia. A aplicação foi conduzida por pesquisadoras treinadas, seguindo procedimento padronizado conforme as orientações do protocolo do estudo multicêntrico.

Para a mensuração da solidão foi utilizado o questionário UCLA Loneliness Scale, versão 3. Neste formulário são realizadas três perguntas: “Com que frequência você sente falta de companhia?”; “com que frequência você se sente excluído?” e “com que frequência você se sente isolado dos outros?”. Há três possibilidades de respostas: quase nunca, algumas vezes e frequentemente, e que pontuam, respectivamente, o valor de 1, 2 e 3. A classificação conforme o resultado é de “não solitário” para pontuações de 3 a 5, e “solitário” para pontuações de 6 a 9.

Para a mensuração do índice de prática de atividades físicas, por sua vez, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na forma longa. Este questionário é composto por 27 perguntas, divididas em cinco seções, as quais avaliam a prática de atividade física dentro de cenários como transporte, trabalho, atividades domésticas e lazer, além do tempo gasto sentado. Conforme as respostas obtidas é calculado o equivalente metabólico por minuto (MET-minuto), por semana, para cada ação, e a partir disso o nível de prática de atividade física pode ser dividido entre: baixo, moderado e alto.

A classificação tem como ponto de corte a recomendação de pelo menos 30 minutos diário de atividade física, logo, “alto” corresponde à prática de atividade física de alta

intensidade em pelo menos 3 dias, atingindo um total mínimo de 1500 MET-minutos por semana ou 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhadas, atividades de intensidade moderada ou vigorosa que juntas somam pelo menos 3000 minutos MET por semana de moderada ou vigorosa intensidade. Para ser considerado “Moderado” é necessário atender pelo menos um dos critérios: 3 ou mais dias de atividade de intensidade vigorosa com duração mínima de 20 minutos por dia; ou, 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada e/ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia; ou 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou vigorosa, atingindo uma atividade física total mínima de pelo menos 600 MET-minutos/semana. Abaixo desses valores, o nível de prática de atividade física é considerado baixo.

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa R (R Core Team, 2026). As associações entre cada variável e as categorias de solidão (UCLA) foram examinadas pelo teste exato de Fisher para maior robustez (Agresti, 2019) uma vez que mais de 25% das frequências esperadas em uma tabela apresentou valor inferior a cinco. A magnitude da associação foi quantificada pelo V de Cramer, cuja interpretação seguiu os pontos de corte propostos por Rea e Parker (1992), fraca (0,10–0,19), moderada (0,20–0,39), moderadamente forte (0,40–0,59) e forte ($\geq 0,60$). Todos os testes realizados foram bicaudais, adotando-se nível de significância de $p < 0,05$.

Para avaliar os fatores associados entre os preditores e o desfecho, codificada internamente como 0 para "não solitário" e 1 para "solitário", aplicou-se a modelagem por regressão logística binária. As variáveis independentes foram testadas em modelos individuais, inseridas por meio do método de entrada simultânea. A magnitude das associações foi quantificada pela Razão de Chances (Odds Ratio), representada pela exponenciação dos coeficientes preditores, com precisão estimada por meio dos respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). A significância estatística individual das variáveis na equação foi determinada pelo teste de Wald. Toda a estruturação desta etapa analítica baseou-se nos pressupostos clássicos de modelagem de dados categóricos descritos por Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013).

Para explorar de forma multivariada os perfis de associação entre a experiência de solidão e o conjunto de características socioeconômicas e clínicas dos participantes, aplicou-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Esta técnica estatística de natureza exploratória

é indicada para examinar e simplificar as inter-relações estabelecidas entre múltiplas variáveis categóricas simultaneamente, permitindo projetar indivíduos e categorias em um espaço geométrico comum de baixa dimensionalidade baseado em distâncias (Greenacre, 2017). O processamento estatístico e o cálculo das matrizes de inércia foram executados através do pacote FactoMineR, do qual foram extraídos os autovalores e os percentuais de variância explicada retidos pelas duas primeiras dimensões latentes (Dimensão 1 e Dimensão 2).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo integra um projeto multicêntrico aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer nº 76135223.4.2004.5564. Ademais, também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Chapecó.

A participação esteve condicionada à leitura, compreensão e aceite do Termo de Consentimento Livre Esclarecido por todos os participantes voluntários da pesquisa. Ademais, foi garantido o anonimato e recusa a qualquer momento de sua participação, sem prejuízo no atendimento.

6 RESULTADOS

Foram entrevistados o total de 38 pacientes do Centro de Atendimento Psicossocial II. Deste grupo, um foi excluído por apresentar comorbidades físicas permanentes que impossibilita quaisquer práticas de atividade física, um foi excluído por não responder o questionário de forma integral e três foram excluídos do banco de dados por perdas no sistema. Desta forma, as análises contam com a participação de 33 pacientes.

O resultado das variáveis analisadas, como idade dos participantes, sexo, raça, escolaridade, prole, situação ocupacional renda familiar, perfil clínico, sentimento de solidão e prática de atividade física (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e clínica de uma amostra da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤ 49 anos	18	54,5
≥ 50 anos	15	45,5
Sexo		
Masculino	4	12,1
Feminino	29	87,9
Raça		
Branca	23	69,7
Outra raça	10	30,3
Escolaridade		
Até 8 anos	7	21,2
Entre 9 e 11 anos	19	57,6
Acima de 12 anos	7	21,2
Possui filhos		
Sim	23	69,7
Não	10	30,3
Situação ocupacional		
Ativo	16	48,5
Inativo	17	51,5
Renda familiar		
Menor que R\$ 3390,00	18	54,5
Acima de R\$ 3390,00	15	45,5
Tipo de transtorno		
Humor	23	69,7
Outro	10	30,3
IPAQ		
Alto	17	51,5
Moderado/Baixo	16	48,5
UCLA		
Solitário	11	33,3
Não solitário	22	66,7

Fonte: Próprio autor (2026).

Dos pacientes incluídos na pesquisa, a extensa maioria são do sexo feminino (n= 29; 87,9%) enquanto apenas quatro (12,1%) são do masculino. As idades dos participantes variaram entre 20 e 61 anos, sendo que foram divididos entre duas faixas etárias para análise, contando com 18 pessoas (54,5%) com idade inferior a 49 anos e 15 pessoas com idade maior ou igual 50 anos (45,5%). As autodeclarações de raça obtidas foram 23 participantes (69,7%) que se declaram brancos, enquanto 10 (30,3%) encaixam-se nas demais.

Quanto à escolaridade dos participantes, observou-se que a maioria (n=19; 57,6%) possuía entre 9 e 11 anos de estudo, enquanto as faixas de menos de 8 anos de estudo (n=7; 21,2%) e de 12 anos ou mais de estudo (n=7; 21,2%) apresentaram a mesma frequência. Em relação à prole, 20 participantes relataram ter filhos (69,7%), enquanto apenas 10 responderam não possuir. Dentro da população masculina entrevistada, três deles relataram não ter filhos.

Em relação às condições socioeconômicas, a situação ocupacional apresentou distribuição semelhante, com discreto maior percentual de indivíduos inativos (n=17; 51,5%) em relação aos ativos (n=16; 48,5%). Quanto à renda familiar mensal, a maioria dos participantes (n=18; 54,5%) referiu renda inferior a R\$ 3.390,00, enquanto os demais (n=15; 45,5%) relataram renda superior a esse valor.

A percepção de solidão foi mensurada conforme a classificação do UCLA-3, em que 66,7% dos participantes foram considerados não-solitários (IC: 50,6 – 82,8), enquanto 33,3% são solitários (IC: 17,2 – 49,4).

A prática de atividade física foi considerada alta em 17 pacientes (51,5%), enquanto foi moderada em 9 pacientes e baixa em 7 pacientes; estas duas últimas classes foram agrupadas totalizando 16 (48%) dos pacientes para fins estatísticos.

Obteve-se nesta amostra que a média entre as médias diárias de tempo sentado dos pacientes foi de 214 minutos, ou seja, aproximadamente 3 horas e 30 minutos. Dentre todos os pacientes, 11 apresentaram alto comportamento sedentário, 10 com moderado comportamento e 12 pacientes com baixo comportamento (Tabela 2).

Tabela 2 - Comportamento sedentário de uma amostra da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).

<i>COUNTA de ID</i>	<i>Comportamento sedentário</i>			
<i>Classificação de atividade física</i>	1. Alto	2. Moderado	3. Baixo	Total geral
1. Alto	6	4	7	17
2. Moderado	3	2	4	9
3. Baixo	2	4	1	7
Total geral	11	10	12	33

Fonte: Próprio autor (2026).

Quanto às características clínicas, de todos os participantes da amostra, majoritariamente (n= 23; 69,7%) eram portadores unicamente de transtornos de humor, enquanto 30,3% (n=10) possuíam a combinação de humor com outro transtorno ou somente de outras ordens, como ansioso ou psicótico.

6.1 FATORES RELACIONADOS À SOLIDÃO

No que se refere aos fatores relacionados à presença autorreferida do sentimento de solidão como desfecho de interesse, foram analisadas as relações das variáveis de idade, sexo, raça, escolaridade, prole constituída, situação ocupacional, renda familiar, presença de transtorno psiquiátrico (Tabela 3). A relação específica entre solidão e nível de atividade física foi avaliada em análise específica (Tabela 4), o qual não apresentou relação significativa estatística.

Tabela 3 - Relação da solidão segundo variáveis socioeconômicas e clínicas, da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).

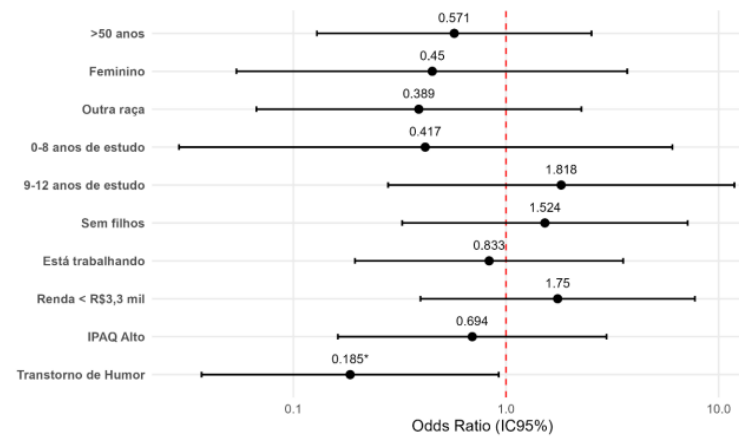
Variáveis	UCLA		p-valor	V de Cramer
	Solitário N= 11 (%)	Não solitário N= 22 (%)		
Idade				
≤ 49 anos	7 (63,6)	11 (50,0)	0,357	0,129
≥ 50 anos	4 (36,4)	11 (50,0)		
Sexo				
Masculino	2 (18,2)	2 (9,1)	0,407	0,131
Feminino	9 (81,8)	20 (90,9)		
Raça				
Branca	9 (81,8)	14 (63,6)	0,256	0,187
Outra raça	2 (18,2)	8 (36,4)		

Escolaridade				
Até 8 anos	1 (9,1)	6 (27,3)	0,478	0,238
Entre 9 e 11 anos	8 (72,7)	11 (50,0)		
Acima de 12 anos	2 (18,2)	5 (22,7)		
Possui filhos				
Sim	7 (63,6)	16 (72,7)	0,440	0,093
Não	4 (36,4)	6 (27,3)		
Situação ocupacional				
Ativo	5 (45,5)	11 (50,0)	0,549	0,043
Inativo	6 (54,5)	11 (50,0)		
Renda familiar				
Menor que R\$ 3390,00	7 (63,6)	11 (50,0)	0,357	0,129
Acima de R\$ 3390,00	4 (36,4)	11 (50,0)		
Transtorno				
Humor	5 (45,5)	18 (81,8)	0,042	0,373
Outro	6 (54,5)	4 (18,2)		

Fonte: Próprio autor (2026).

Dentre as variáveis analisadas, apenas o tipo de transtorno psiquiátrico apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de solidão ($p=0,042$). Observou-se que indivíduos classificados na categoria “outros transtornos” apresentaram maior frequência no grupo solitário (54,5%). Em contrapartida, participantes com transtorno de humor exclusivo foram mais frequentes no grupo não solitário (81,8%) em comparação àqueles com outros tipos de transtornos. Quanto à magnitude da associação, o valor de V de Cramer foi de 0,373, indicando associação de magnitude moderada. A Figura 1, referente à Razão de Chances, também evidenciou essa associação significativa, conforme os resultados do Odds Ratio e do Teste de Wald.

Figura 1 - Razão de chance para associação entre características socioeconômicas, clínicas e comportamentais e a ocorrência de solidão em população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).



* significativo à 5% de probabilidade pelo teste de Wald.

Fonte: Próprio autor (2026).

Dos pacientes que foram considerados solitários, a maioria apresentava unicamente transtorno de humor, três possuíam humor ansioso, dois possuíam transtornos tanto ansioso quanto de humor e um paciente fez com transtorno psicótico (Figura 2). De mesma forma, quanto aos considerados não solitários, a extrema maioria possuía apenas transtorno de humor, enquanto um integrante possui transtorno ansioso, um possui transtornos ansioso e de humor e dois possuem transtorno psicóticos (Figura 3).

Figura 2 - Distribuição dos transtornos segundo UCLA: solitário.



Fonte: Próprio autor (2026).

Figura 3 - Distribuição dos transtornos segundo UCLA: não solitário.



Fonte: Próprio autor (2026).

No que tange a atividade física, não foi observada associação estatisticamente significativa entre o nível de atividade física e a presença de solidão ($p=0,887$) (Tabela 4).

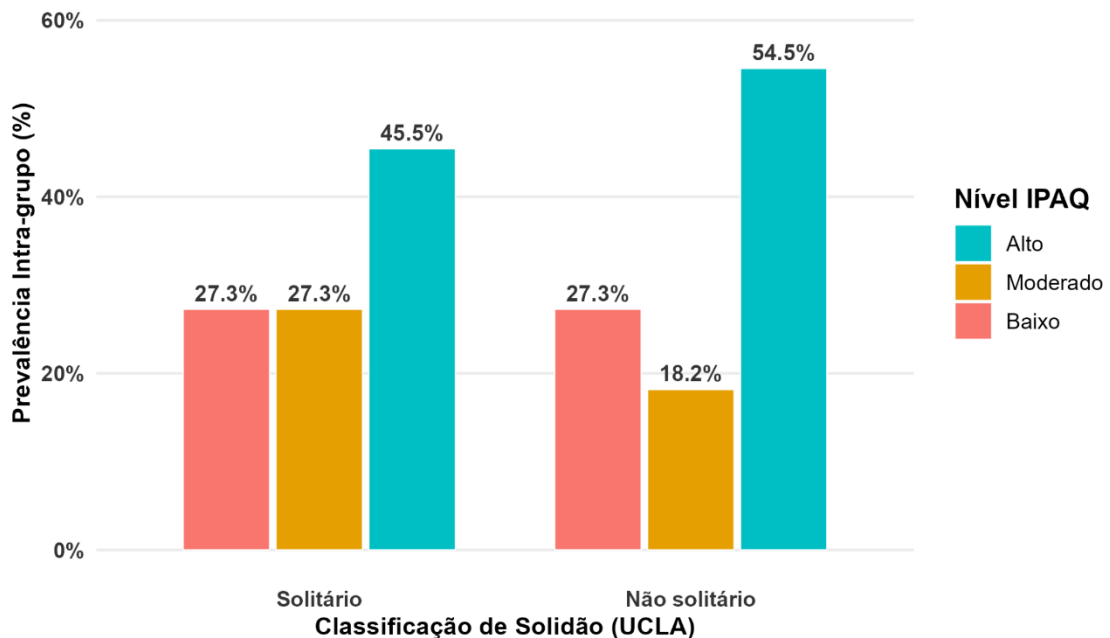
Tabela 4 - Associação entre solidão e atividade física em amostra de população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 ($n=33$).

Variáveis	UCLA		p-valor	V de Cramer
	Solitário N= 11 (%)	Não solitário N= 22 (%)		
IPAQ				
Alto	5 (45,5)	12 (54,5)	0,887	0,111
Moderado	3 (27,3)	4 (18,2)		
Baixo	3 (27,3)	6 (27,3)		

Fonte: Próprio autor (2026).

Quando comparados os grupos classificados pela escala UCLA, observou-se que o nível alto de atividade física foi o mais frequente tanto entre os participantes solitários (45,5%) quanto entre os não solitários (54,5%) (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição Proporcional do IPAQ por Nível de Solidão.

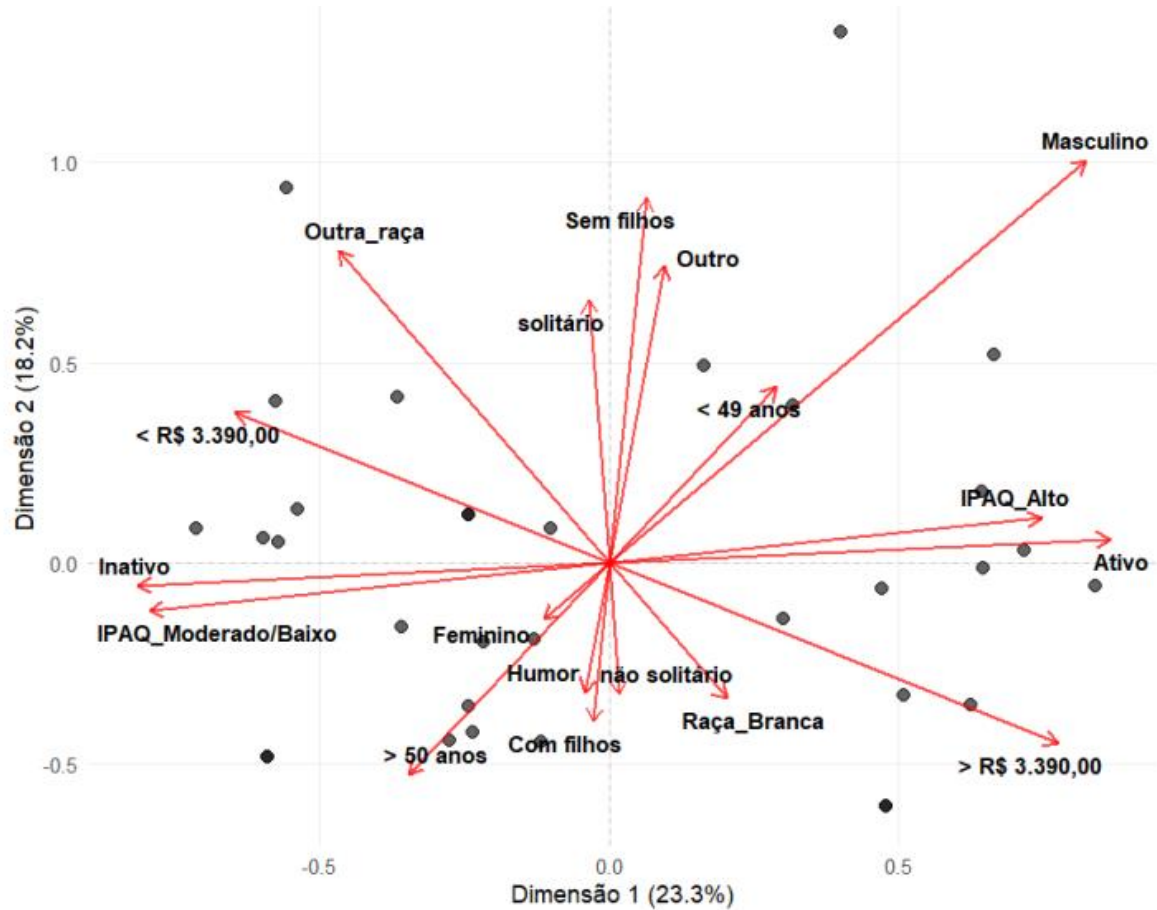


Fonte: Próprio autor (2026).

As categorias moderada e baixa apresentaram distribuições semelhantes entre os grupos. O valor de V de Cramer foi de 0,111, indicando associação de magnitude fraca entre as variáveis. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa.

A análise de correspondência múltipla da relação da autopercepção de solidão segundo variáveis socioeconômicas e clínicas, conseguiu explicar 41,5% da variância deste estudo e evidenciou dois padrões distintos (Figura 5). No qual, os indivíduos que são classificados como “solitários” apresentaram uma proximidade maior com os fatores de não possuírem filhos, apresentarem outros transtornos que não os de humor (citando os ansiosos e psicóticos), serem de raça diferente da branca e perceberem renda familiar mensal inferior à dois salários mínimos. Por outro lado, os que se auto percebem como não serem solitários, os fatores que mais se aproximaram foram ter filhos e apresentarem transtorno de humor, serem de raça branca e salário superior ao valor de R\$3.390,00.

Figura 5 - Análise de Correspondência Múltipla da relação da solidão segundo variáveis socioeconômicas e clínicas, da população psiquiátrica atendida em um CAPS II, em Chapecó-SC, entre maio de 2025 e maio de 2026 (n=33).



Fonte: Próprio autor (2026).

7 DISCUSSÃO

Este estudo analisou a relação entre a solidão e o nível de prática de atividade física, bem como sua associação com características sociodemográficas, econômicas e clínicas, em pacientes com transtornos psiquiátricos em tratamento em um CAPS II. Os resultados evidenciaram associação estatisticamente significativa entre a presença de solidão e o tipo de transtorno psiquiátrico. Por outro lado, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a solidão e as demais variáveis analisadas, incluindo nível de atividade física, sexo, idade, raça, escolaridade, prole constituída, situação ocupacional e renda familiar mensal.

A ausência de associação estatisticamente significativa entre idade e presença de solidão observada neste estudo corrobora as evidências apresentadas da Organização Mundial da Saúde (2021), o qual aponta a solidão como um fenômeno multifatorial, influenciado por condições de saúde, rede de apoio e contexto social, não sendo determinada exclusivamente pela idade. Além disso, vale ressaltar que a amostra é composta exclusivamente por adultos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), não incluindo adolescentes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes, os quais são acompanhados em serviços específicos como o CAPSi (Brasil, 2015). Dessa forma, a ausência de variabilidade etária mais ampla pode ter limitado a identificação de diferenças mais significativas na amostra.

A literatura acerca do assunto pontua que a autopercepção de solidão pode apresentar variações ao longo do ciclo de vida, sendo mais evidente em períodos de transição, como a adolescência e o envelhecimento, os quais são marcados por mudanças biológicas e psicossociais que podem favorecer o isolamento social e dificultar a formação e manutenção de vínculos interpessoais (OMS, 2025). Além disso, a experiência de solidão parece ser modulada por expectativas e demandas específicas de cada fase da vida. Em adultos jovens, pode estar relacionada a pressões do início da vida profissional, instabilidade financeira e construção de vínculos afetivos, enquanto na velhice avançada pode estar associada ao declínio funcional, perdas sociais e vivência de lutos (Luhmann & Hawkley, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), há maior prevalência de diagnóstico de depressão em mulheres (14,7%) em comparação aos homens (5,1%). No entanto, tais diferenças não se mostram consistentes quando a solidão é analisada como desfecho específico. As evidências sobre diferenças de gênero relacionadas à solidão e ao sofrimento psíquico ainda não são consensuais na literatura, sendo frequentemente descritas como pequenas ou inconsistentes (Barjaková; Garnerio; d'Hombres, 2022), o que está em

consonância com os resultados deste estudo, os quais indicam que não houve associação estatisticamente significativa entre gênero e presença de solidão.

No que concerne à raça, não existem muitos estudos que investiguem a correlação com a solidão, embora essa variável seja importante considerando as diferenças raciais em fatores que podem influenciar esse desfecho, como a redução das oportunidades educacionais e ocupacionais (Sol; Brauer; Antonucci, 2023). Na amostra analisada, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre raça e presença de solidão, o que é consistente com achados prévios descritos na literatura (Mezuk et al., 2016 apud Sol; Brauer; Antonucci, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2025), a escolaridade constitui um importante fator de proteção contra o isolamento social e a solidão, uma vez que maior nível educacional está associado à ampliação dos vínculos interpessoais e a melhores condições socioeconômicas. Além disso, indivíduos com maior escolaridade tendem a ter maior acesso a recursos materiais e oportunidades ocupacionais, o que pode contribuir para uma rotina com menor exposição a estressores.

Em relação a essa variável, não foi observada associação estatisticamente significativa entre escolaridade e presença de solidão. Quanto ao nível educacional dos participantes, identificou-se que a maioria (57,6%) possuía entre 9 e 11 anos de estudo. Dessa forma, menos de 8 anos significam um ensino fundamental incompleto, 12 anos indicam ensino médio completo, e valores acima disso apontam para a realização de ensino superior. Os achados, portanto, podem refletir o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos no serviço em questão.

Os laços familiares são amplamente estudados como fatores impactantes na percepção da solidão. No presente estudo, apesar de não encontrada associação estatística significante, notou-se que dentre os entrevistados, aqueles que possuem filhos se sentem mais frequentemente “não solitários”, enquanto que aqueles que não possuem apresentam maior participação no grupo “solitário”. Isto corrobora o cenário da constituição da prole pode ser relatada tanto como fator protetivo de solidão, quanto fator de risco, dependendo especialmente da idade dos filhos e do sexo dos pais.

Quando analisada a relação entre solidão e a família, em mães de filhos de até três anos entende-se que o cuidado excessivo, a preocupação com as tarefas cotidianas e o isolamento em função do cuidado materno influenciam aumentando a sensação de solidão. Dessa forma, a maternidade de crianças pequenas pode envolver as mães em uma sensação de isolamento aos

contextos sociais externos e, conseqüentemente, gerar desinteresse na interação com outras pessoas (Arimoto; Tadaka, 2021).

Enquanto isso, no perfil do envelhecimento, filhos representam apoio social, mais do que cuidado, e relação intergeracional, configurando-se como um fator protetivo e de bem-estar mental. De forma comparativa, dentro de uma estrutura familiar, os laços entre cônjuges parecem não ter impacto tão significativo quanto o entre pais e filhos na autopercepção da solidão (Ko; Neves; Freak-Poli, 2026).

Outro fator relevante a ser considerado neste contexto é a região e a cultura. Considerando que a solidão é um sentimento permeado pela satisfação com as interações, Teh, Tey e Ng (2014) ressaltam que o tamanho das famílias em diferentes culturas afeta a expectativa de convívio íntimo idealizado, o que pode impactar na percepção de não integração.

Quanto à situação laboral, os dados coletados mostraram maior prevalência da sensação de solidão naqueles que não trabalham, em relação aos que estão ativos. Entretanto, em análise dos participantes não solitários, a exata metade da população está em atividade laboral e a outra não.

Os achados corroboram a literatura acerca da relação entre trabalho e solidão, segundo a metanálise de McCarthy et al., (2025) a condição de possuir um emprego e estar laboralmente ativo já é um fator protetor do sentimento da solidão. Em contrapartida, outros fatores devem ser analisados, visto que diferentes contextos de trabalhos afetam a percepção da qualidade das relações, por exemplo, cargos de gerência ou home-office estão mais associados a sentir-se solitário, enquanto relações amigáveis entre colegas de trabalho e ambientes inclusivos se mostraram como fator protetor de saúde mental.

No âmbito de renda, encontrou-se a maioria dos participantes na renda familiar mensal igual ou inferior ao valor de R\$ 3.990,00, o qual corresponde à aproximadamente dois salários mínimos. O valor encontrado está de acordo com as estatísticas do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2022, o qual demonstrou que a faixa de renda mensal de mais de 30% da população é este mesmo valor.

Relacionado à solidão não foi encontrada significância estatística, porém os dados apresentaram uma maior prevalência de salários inferiores à dois salários mínimos no grupo de participantes que foi considerado solitário. Conforme Kahneman e Deaton (2010) a pobreza potencializa o sofrimento psiquiátrico, inclusive a solidão, além de que as pessoas com renda mensal baixa apresentam todos os fatores de bem-estar autorreferidos diminuídos. A importância da renda pode significar no acesso, ou falta dele, à segurança social e fatores

diretamente ligados à saúde, como terapia, medicamentos e tempo para lazer (Egaña-Marcos et al., 2025).

No contexto da atividade física, Pedro-Costa et al. (2022) identificaram maior envolvimento em atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa entre indivíduos com menor percepção de solidão. Segundo os autores, a presença de vínculos sociais mais satisfatórios pode favorecer a adoção de hábitos mais ativos e estimular a participação em atividades físicas. Entretanto, diferentemente desses achados, em nosso estudo não foi identificado uma associação significativa entre a solidão e o nível de atividade física dos participantes ($p=0,887$), sugerindo que a prática de atividade física ocorreu de maneira semelhante entre os indivíduos classificados como solitários e não solitários.

Para compreender esse resultado, é preciso olhar de perto para a realidade da população estudada. De acordo com Ussher et al. (2007), indivíduos com transtornos mentais graves frequentemente apresentam barreiras à prática de atividade física, incluindo maior tendência ao comportamento sedentário, baixa confiança para o exercício e limitado apoio social. Tais fatores podem influenciar o nível de atividade física independentemente da presença ou ausência de solidão.

Essa dinâmica pode ser compreendida ao considerar que a amostra deste estudo é composta por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), ou seja, pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 2015), nos quais os sintomas da própria condição podem atuar como barreiras para a prática de atividade física (McCartan et al., 2020). Nesse contexto, tais limitações clínicas parecem ter maior impacto do que a solidão, o que ajuda a explicar a semelhança no nível de atividade física entre os grupos e a ausência de diferença estatisticamente significativa.

Em relação aos transtornos mentais, houve uma associação estatística significativa entre o tipo de transtorno mental apresentado pelos pacientes e a presença autorreferida de solidão. Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico da 5ª Edição, que rege a classificação de transtornos mentais, há alguns grandes grupos que abordam doenças com características semelhantes, entre eles, os transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos.

Neste trabalho, a associação positiva ocorreu entre os pacientes portadores exclusivos de transtornos de humor e o sentimento de não solitário ($p\text{ valor}=0,042$ e $V\text{ de Cramer}=0,373$). Na esfera dos transtornos de humor houve exclusivamente participação de pacientes com transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente. O grupo formado por “outros” incluiu pacientes que possuíam transtorno de humor associado a transtorno de ansiedade ($n=3$),

àqueles com transtornos unicamente ansiosos (n=4) e aqueles com psicóticos (n=3), que, ao todo, totalizaram 10 pacientes, ou aproximadamente 30% da amostra.

A solidão, é um sentimento/sintoma recorrente dentro do DSM-5. Pode ser considerada uma das primeiras manifestações de transtornos psicóticos, essencialmente dos esquizóides, já relatada na infância e adolescência em decorrência dos vínculos afetivos afetados. De forma semelhante, é profundamente associado à transtornos de personalidade, como borderline, sendo uma característica importante de “vazio crônico”. Em contrapartida, não é mencionada em transtornos de humor, essencialmente os depressivos.

Dessa forma, os achados do estudo corroboram com a literatura, em Fortuna et al., (2024) a maior presença de solidão foi documentada entre os pacientes portadores de transtorno do espectro da esquizofrenia, assim como em Machetanz et al., (2023) foi encontrada uma associação entre os sintomas negativos decorrentes destes pacientes com o sentir-se solitário. Este sugere que ela ocorra em decorrência das dificuldades sociais e interativas apresentadas por esses pacientes pela manifestação da doença, como a dificuldade interpretativa, a debilidade na cognição social, a pobreza de fala e consequentemente menor interação social, além do estigma, que culmina na percepção de solidão.

Transtornos mentais graves com presença de sintomas esquizóides estão também associados a outros fatores de risco para o desenvolvimento de solidão, como a dificuldade em pedir ajuda, o alto estigma social e o histórico de internalizações (Prince et al., 2018).

Em relação aos transtornos de humor, essencialmente os depressivos, a solidão é estudada tanto como fator de risco quanto como desfecho. Nesse sentido, ela está associada à maior gravidade da doença percebida, maior dificuldade de remissão dos sintomas e menor satisfação com a vida. Contudo, percebe-se que neste cenário o suporte social tem impacto significativo na percepção de solidão (Wang et al., 2018). No presente estudo, possuir exclusivamente transtorno de humor obteve relação significativa com a autopercepção de não-solitário. Isto pode estar relacionado com o fato da amostra de participantes já estarem em tratamento no CAPS, ou então a identificação de uma rede de suporte superior ou outros fatores individuais, portanto, carecem mais estudos sobre a relação.

7.1 LIMITAÇÕES

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a baixa adesão dos pacientes à participação na pesquisa, atribuída, em parte, à limitada cultura de envolvimento em atividades de pesquisa

por parte da população atendida. Esse fator pode ter impactado o tamanho da amostra e, consequentemente, a representatividade dos resultados obtidos.

Adicionalmente, a realização do estudo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) restringiu a diversidade de comorbidades observadas entre os participantes, uma vez que indivíduos com quadros mais graves, que demandam internação, bem como aqueles com transtornos relacionados ao uso de substâncias, são geralmente encaminhados para outros serviços especializados. Além disso, alguns potenciais participantes apresentavam comprometimento cognitivo que inviabilizou sua inclusão na pesquisa, limitando ainda mais a abrangência da amostra estudada.

Outro aspecto relevante refere-se às barreiras socioeconômicas enfrentadas pelos usuários do serviço. A distância entre o local de residência dos pacientes e o local de coleta de dados, associada à dependência do transporte público, pode ter contribuído para a menor adesão à pesquisa. Esse cenário foi possivelmente agravado pelo tempo necessário para a participação, estimado em aproximadamente uma hora e trinta minutos, o que pode ter representado um obstáculo adicional para o recrutamento e permanência dos participantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre a solidão, o nível de prática de atividade física e características sociodemográficas, econômicas e clínicas em pacientes com transtornos mentais graves atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

Os resultados demonstraram que não houve associação estatisticamente significativa entre a solidão e o nível de atividade física dos participantes. Da mesma forma, não foram observadas associações significativas entre a solidão e as variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas.

Por outro lado, verificou-se associação entre a solidão e o tipo de transtorno psiquiátrico. Entre os participantes classificados como não solitários, observou-se maior proporção de indivíduos com diagnóstico exclusivo de transtorno de humor. Em contrapartida, entre aqueles classificados como solitários, houve maior proporção de participantes com transtornos ansiosos e psicóticos.

Nesse sentido, os resultados encontrados indicam que a solidão entre os participantes não esteve relacionada à maioria dos fatores analisados, evidenciando a complexidade dos aspectos que podem contribuir para esse sentimento.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para ampliar o conhecimento sobre a solidão em usuários de serviços de saúde mental e auxilie no planejamento de estratégias de cuidado e promoção da saúde no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

Agresti A. Statistical methods for the social sciences. 5. ed. Boston: Pearson; 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *E-book*. Disponível em: <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2026.

AN, Hsin-Yu. *et al.* The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. **Int J Environ Res Public Health**, [s.l.], 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7369812/>. Acesso em: 6 jun. 2025.

ARIMOTO, Azusa; TADAKA, Etsuko. Individual, family, and community factors related to loneliness in mothers raising children less than 3 years of age: a cross-sectional study. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 1, p. 226, dez. 2021.

BARJAKOVÁ, Martina; GARNERO, Andrea; D'HOMBRES, Béatrice. Risk factors for loneliness: a literature review. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 334, p. 116163, 2023. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116163. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953623005208?via%3Dihub>. Acesso em: 29 maio 2026.

BARRETO, Manuela *et al.* Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. **Journal of Social and Personal Relationships**, [S.l.], v. 39, n. 9, p. 2658–2679, 2022. DOI: 10.1177/02654075221079955. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35991527/>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 58 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/atividade-fisica/guia-de-atividade-fisica-para-a-populacao-brasileira.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. **Fatos e Números: Saúde Mental**. Boletim, Brasília, v. 1, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/5.SADEMENTAL28.12.22.pdf>. Acesso em: 12 maio 2025.

EGÑA-MARCOS, Eider *et al.* The Influence of Loneliness, Social Support and Income on Mental Well-Being. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 15, n. 5, p. 70, 6 maio 2025.

FORTUNA, Karen L. *et al.* Estimates of Loneliness Among Racially and Ethnically Diverse Adults with Serious Mental Illness in New York City Boroughs: Manhattan, Bronx, and Brooklyn. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 72, n. 3, p. 924–927, mar. 2024.

GIACOMIN, Karla. Solidão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 7, p. e00117625, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2025.v41n7/e00117625/pt> . Acesso em: 22 abr. 2026.

GODFREY, M. *et al.* Loneliness and Mental Health: Recommendations for Primary Care Intakes. **Journal of Primary Care & Community Health**, [s. l.], v. 12, p. 1-6, 2021. DOI: 10.1177/21501327211027104. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21501327211027104>. Acesso em: 22 abr. 2026.

Greenacre, Michael. **Correspondence analysis in practice**. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2017.

G1. **Mais de um terço dos trabalhadores do país recebe até um salário mínimo, diz IBGE**. Economia, Censo, 9 out. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/censo/noticia/2025/10/09/mais-de-um-terco-dos-trabalhadores-do-pais-recebe-ate-um-salario-minimo-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 30 mai. 2026.

HAWKLEY, Louise C.; CACIOPPO, John T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 218-227, 2010. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3874845/pdf/nihms538929.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2026.

HERBERT, Cornelia. Enhancing mental health, well-being and active lifestyles of university students by means of physical activity and exercise research programs. **Frontiers in Public Health**, [S.l.], v. 10, 849093, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9082407/>. Acesso em: 12 maio 2025.

HOLT-LUNSTAD, Julianne; SMITH, Timothy B.; LAYTON, J. Bradley. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 7, n. 7, e1000316, 27 jul. 2010. DOI 10.1371/journal.pmed.1000316. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2910600/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

Hosmer JR, David W.; Lemeshow, Stanley; Sturdivant, Rodney X. **Applied logistic regression**. John Wiley & Sons, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNS 2019: cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica**. Agência de Notícias IBGE, editoria Releases, 18 nov. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>. Acesso em: 30 mai. 2026.

KAHNEMAN, Daniel; DEATON, Angus. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 107, n. 38, p. 16489–16493, 21 set. 2010.

KO, Pei-Chun; NEVES, Barbara Barbosa; FREAK-POLI, Rosanne. Family ties, kinlessness, and loneliness among older Australians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 145, p. 106192, 1 jun. 2026.

KOBAYASHI, Lindsay. C.; STEPTOE, Andrew. Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study. **Annals of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 52, n. 7, p. 582-593, 31 maio 2018. DOI 10.1093/abm/kax033. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6377432/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

LUHMANN, Maïke; HAWKLEY, Louise C. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. **Developmental Psychology**, v. 52, n. 6, p. 943–959, jun. 2016.

MACHETANZ, Lena *et al.* Correlates of Social Isolation in Forensic Psychiatric Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: An Explorative Analysis Using Machine Learning. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 5, p. 4392, 1 mar. 2023.

MAHINDRU, Aditya; PATIL, Pradeep; AGRAWAL, Varun. Role of physical activity on mental health and well-being: a review. **Cureus**, [S.l.], v. 15, n. 1, e33475, 7 jan. 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9902068/>. Acesso em: 12 maio 2025.

MANN, Farhana. *et al.* Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [s. l.], v. 57, n. 11, p. 2161-2178, nov. 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9636084/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MARCELINO, Karina Gomes da Silva; BRAGA, Lidiany da Silva; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; TORRES, Juliana de Lima. Características da família e solidão entre adultos mais velhos: evidências do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 27, e240054, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240054.2> . Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2024.v27/e240054/pt>. Acesso em: 05 jun. 2026.

MCCARTAN, Claire J. *et al.* Factors that influence participation in physical activity for anxiety or depression: a synthesis of qualitative evidence. **Cochrane Database of Systematic**

Reviews, [S. l.], n. 3, art. CD013547, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD013547. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7059896/>. Acesso em: 01 jun. 2026.

MCCARTHY, Julie M. *et al.* All the Lonely People: An Integrated Review and Research Agenda on Work and Loneliness. **Journal of Management**, v. 52, n. 1, p. 283–330, 14 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030**: más personas activas para un mundo sano. Washington, D.C.: OPS, 2019. Disponível em: <http://iris.paho.org>. Acesso em: 12 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 12 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>. Acesso em: 30 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World mental health report: Transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 01 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360>. Acesso em: 28 abr. 2026.

PEDRO-COSTA, Simão *et al.* Physical activity and physical fitness according to loneliness levels in adults 50+ . **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, p. 1-7, out. 2022. DOI: 10.12820/rbafs.27e0276. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14885>. Acesso em: 30 maio 2026.

PRINCE, Jonathan D. *et al.* Loneliness Among Persons With Severe Mental Illness. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 206, n. 2, p. 136–141, fev. 2018.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; PAIVA, Irismar Karla Sarmento de; GUIMARÃES, Jacileide. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 839-852, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pFpSsnLxwBfnTYJ57V3g3jn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 junho 2025.

R Core Team. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2026. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

Rea LM, Parker RA. **Designing and conducting survey research**: a comprehensive guide. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.

SANDY JÚNIOR, Paulo Afonso; BORIM, Flávia Silva Arbex; NERI, Anita Liberalesso. Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00213222, jul. 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT213222. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8322/18582>. Acesso em: 06 abr. 2026.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Jader Adriel Danielli. Relatório Anual de Gestão 2025. Chapecó. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1FtmER0pvJ1lrxjDlwt8KiWBAf_HUBCbO. Acesso em: 01 jun. 2026.

SEMBER, Vedrana *et al.* Validity and reliability of international physical activity questionnaires for adults across EU countries: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 17, n. 19, p. 7161, 30 set. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17197161. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/7161>. Acesso em: 13 maio 2025.

SOL, Ketlyne; BRAUER, Simon; ANTONUCCI, Toni C. Longitudinal Associations Between Loneliness and Self-Rated Health Among Black and White Older Adults. **The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 78, n. 4, p. 639–648, 1 abr. 2023.

TEH, Jane Kimm Lii; TEY, Nai Peng; NG, Sor Tho. Family Support and Loneliness among Older Persons in Multiethnic Malaysia. **The Scientific World Journal**, v. 2014, p. 654382, 2014.

USSHER, Michael; STANBURY, Liam; CHEESEMAN, Vicky; FAULKNER, Guy. Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. **Psychiatric Services**, v. 58, n. 3, p. 405-408, mar. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325117/>. Acesso em: 29 maio 2026.

VANCAMPFORT, Davy *et al.* Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 308-315, 21 set. 2017. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20458>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941119/>. Acesso em: 08 junho 2025.

WANG, Jingyi *et al.* Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 18, p. 156, 29 maio 2018.

ZHANG, Xing Zhang; DONG Shenghong. Effects of color on visual working memory: The role of color preference. **Acta Psychologica**, [s. l.], v. 226, 103565, jun. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001691822001317>. Acesso em: 12 abr. 2024.