

CAPÍTULO 8

CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA ATRAVÉS DO TESTE *SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY* (SPPB)

Éder Tiago de Pauli

Residente Multiprofissional do Programa de Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Gisele Battistelli

Preceptora do núcleo de Educação Física do Programa de Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESUMO

Introdução: São grandes as dificuldades e os problemas sociais enfrentados pelas pessoas com sofrimento mental, causando exílio e exclusão. Por isso, a internação psiquiátrica, quando necessária, deve ser realizada com respeito e garantia dos direitos dos pacientes (DEL'OLMO; CERVI, 2017). O SPPB é composto por 3 etapas que avaliam equilíbrio estático, velocidade de marcha (caminhada em velocidade habitual) e força muscular de membros inferiores (PATRIZIO *et al.*, 2021). **Metodologia:** Este estudo é observacional de caráter quantitativo, descritivo com delineamento transversal. A amostra foi composta por 118 pacientes internados na unidade de internação psiquiátrica do HCPA durante o período de 6 meses. O instrumento e protocolo utilizado para avaliar a capacidade funcional dos pacientes foi o SPPB (NAKANO, 2007). **Resultados:** Os resultados são apresentados em média e desvio padrão. Foram avaliados 118 pacientes (60 masculinos) com média de idade de $40,30 \pm 16,35$ anos. Os diagnósticos encontrados foram: Transtorno ou Episódio Depressivo (n=49), Transtorno Afetivo Bipolar (n=31), Esquizofrenia (n=17) e Outros Transtornos (n=21). O resultado do SPPB teve média de $10,69 \pm 1,67$ pontos. Os resultados foram: Boa Capacidade (n=97), Capacidade Moderada (n=17), Baixa Capacidade (n=3) e Capacidade Ruim (n=1). **Discussão:** De acordo com os resultados, os pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica apresentam capacidade funcional adequada para realização de tarefas simples e de autocuidado. **Conclusão:** A avaliação dos pacientes, a identificação e classificação da capacidade funcional permite abordagens mais eficientes da equipe assistencial.

Palavras-chave: Aptidão Física, Sedentarismo, Transtornos Mentais, Assistência à Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

A internação psiquiátrica deve ser considerada como última opção no tratamento, sendo necessária em momentos de exacerbação dos sintomas, maior vulnerabilidade ou quando identificado risco de vida a si ou a outros. A internação é indicada quando os recursos extra-hospitalares são insuficientes para promover o cuidado e recuperação (ZANARDO *et al.*, 2017).

De acordo com o DSM-5, transtorno mental é uma síndrome ocasionada por um distúrbio significativo na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, refletindo em uma perturbação nos processos biológicos, psicológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental. São frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos, afetando de forma negativa aspectos sociais, profissionais ou outras atividades importantes (ASSOCIATION APA, 2014).

O sedentarismo é um problema que ocorre em grande parte das pessoas acometidas por transtornos mentais, gerando diversos problemas de saúde, como doenças cardiovasculares e metabólicas. O exercício pode trazer muitas mudanças fisiológicas que resultam em melhora no estado de humor, na autoestima e na redução dos níveis de estresse e ansiedade (MIKKELSEN *et al.*, 2017).

Pessoas em sofrimento mental têm um risco de duas a três vezes maior de morte prematura e redução de 10 a 20 anos da expectativa de vida que a população em geral (WALKER; MCGEE; DRUSS, 2015). A Organização Mundial da Saúde identificou a esquizofrenia como uma das 10 principais causas globais de incapacidade (MURRAY *et al.*, 2012). Aspectos cognitivos prejudicados, mau estado de saúde física e a deterioração da mobilidade funcional estão associados a sintomas negativos mais graves, distúrbios metabólicos e habilidades cognitivas mais prejudicadas (CUOCO *et al.*, 2022).

O tratamento multidisciplinar de pessoas com transtornos mentais deve incluir um foco na melhoria da aptidão física para reduzir a morbidade e mortalidade por todas as causas (VANCAMPFORT *et al.*, 2017). Uma boa capacidade funcional permite uma qualidade de vida mais satisfatória, um melhor desempenho das atividades de vida diária e uma redução da

mortalidade (CLARKE; GEORGE, 2005).

O *Short Physical Performance Battery* (SPPB) é um instrumento de avaliação da capacidade funcional de forma integral, com a aplicabilidade preditora em eventos adversos à saúde, como o comprometimento das atividades de vida diária, autocuidado e morte em idosos (FORTES-FILHO *et al.*, 2020); (PERRACINI *et al.*, 2020). O SPPB é composto por 3 etapas que avaliam equilíbrio estático, velocidade de marcha (caminhada em velocidade habitual) e força muscular de membros inferiores. Esses resultados não estão apenas ligados à mobilidade funcional e força, mas estão relacionados às condições clínicas crônicas das pessoas avaliadas (PATRIZIO *et al.*, 2021).

Entretanto, muitas são as dúvidas sobre as reais condições físicas e de saúde das pessoas com transtornos mentais. Uma adequada capacidade funcional é importante para desempenhar as atividades diárias e de autocuidado de maneira independente e segura. Pessoas em sofrimento mental, também, apresentam grandes dificuldades de convivência e interação na sociedade. Normalmente, os pacientes que necessitam de internação estão com sintomas psiquiátricos exacerbados e as demais condições de saúde prejudicadas.

Este estudo buscou associar a capacidade funcional dos pacientes da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Através dos resultados obtidos, buscamos compreender o impacto dos transtornos mentais na capacidade dos pacientes em realizar atividades de vida diária, autocuidado, qualidade de vida e realizar suas rotinas de maneira adequada, tanto na vida pessoal, social ou profissional. A avaliação da capacidade funcional permite que a equipe assistencial entenda as reais condições dos pacientes e que possa planejar novas abordagens e metodologias para o tratamento terapêutico na internação. Sempre respeitando e valorizando a individualidade e potencialidades de cada paciente.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições, com a participação das três esferas do governos, das universidades, dos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e nos movimentos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL, 2005).

A partir da Lei nº 10.216/2001 e a institucionalização da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, muitos foram os avanços em relação aos cuidados com as pessoas em sofrimento mental. Os processos de desospitalização, serviços extra-hospitalares e Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) são importantes vitórias para o avanço da Luta Antimanicomial. Contrária à perspectiva biomédica e hospitalocêntrica, a atenção psicossocial busca outras estratégias de cuidado, com base na criação e fortalecimento de vínculos e na produção de saúde (ABÍLIO DA COSTA-ROSA, 2013).

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, priorizando o tratamento em serviços de base comunitária (SANTOS; PASSOS, 2022). A Lei 10.216 garante a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL, 2005).

O modelo de atenção à saúde estruturado em ações curativas, centrado no cuidado médico e com serviços dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente. O perfil epidemiológico atual é caracterizado por uma tripla carga de doenças. A tripla carga de doenças é formada por: doenças crônicas e seus fatores de risco (sedentarismo, obesidade, tabagismo e alimentação inadequada); doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Esse contexto traz a necessidade de ampliação na atenção do cuidado às condições crônicas, concomitantemente às condições agudas. Um grande problema da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das doenças crônicas da mesma maneira que as condições agudas (PORTARIA Nº 4.279, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país, integrando o cuidado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. Considera a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos, influenciando os padrões hierarquizados e promovendo fluxos contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A internação psiquiátrica é considerada como um recurso necessário e estratégico, capaz de oferecer o cuidado em momentos de maior vulnerabilidade do paciente, quando identificado risco de vida a si ou a outros. A internação é indicada quando os recursos extra-hospitalares são insuficientes para promover o cuidado e recuperação (ZANARDO *et al.*, 2017).

A internação psiquiátrica ocorre em setores como emergências e enfermarias de hospital geral, instituições especializadas públicas e privadas

e no Centro de Atenção Psicossocial III. É possível que o tratamento dos sintomas psiquiátricos acarrete efeitos adversos, que incluem tontura, tremores e sonolência e ampliam o risco de queda. Quando ocorrem incidentes que causam danos ao paciente, são denominados de Eventos Adversos. O paciente psiquiátrico pode manifestar agressividade em situações de urgências e emergências psiquiátricas. Nessas situações, ocorre um distúrbio de pensamento que implica em risco de morte ou injúria para o paciente ou para terceiros. Por isso, é necessária a intervenção terapêutica imediata por uma equipe multiprofissional treinada e qualificada (TAVARES; PERES; SILVA, 2022).

A internação, comumente, é o primeiro acesso aos cuidados em saúde mental. Essa porta de entrada pode estar relacionada com a cultura acerca da internação como o tratamento tradicional para os transtornos mentais, prevalecendo a lógica hospitalocêntrica. O desconhecimento sobre os demais serviços da rede, a pouca disponibilidade de recursos extra-hospitalares dificultam o acesso à rede (ZANARDO *et al.*, 2017).

SAÚDE MENTAL E EXERCÍCIOS FÍSICOS

A atividade física regular é um fator chave de proteção para prevenção e o controle das doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. A atividade física também beneficia a saúde mental, incluindo prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. A atividade física pode contribuir para a manutenção do peso saudável e do bem-estar geral (BULL *et al.*, 2020).

Até agora, não há provas conclusivas que impliquem um único mecanismo ou grupo de mecanismos que afetam de forma confiável a relação exercício-humor, nem que a natureza do exercício, aeróbico ou anaeróbico, seja um fator significativo. Ambas as formas de exercício podem trazer uma melhora na saúde mental. Parece que os benefícios do exercício vêm de inúmeras mudanças fisiológicas ou psicológicas. Os efeitos fisiológicos do exercício podem incluir um aumento nos níveis de endorfina, função mitocondrial e mitocôndriogênese. Promove, também, um aumento na sinalização da mTor (mammalian-target of rapamycin), produção de neurotransmissores e atenuação da resposta do eixo hipotálamo hipófise-adrenal (HPA) ao estresse. Enquanto os efeitos psicológicos podem incluir uma distração de sentimentos de depressão e ansiedade e sentimentos positivos associados com domínio e autoeficácia (MIKKELSEN *et al.*, 2017).

Evidências confirmam a importância de participar de atividades físicas regulares para obter benefícios para a saúde em todas as idades. Além disso, pouca atividade física é melhor do que nenhuma e um volume maior reflete melhores resultados de saúde. Mais especificamente, todos os adultos devem realizar atividade física regular e devem ter como objetivo atingir pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana. Pode ser realizada uma combinação equivalente de intensidade moderada e vigorosa. O fortalecimento muscular é recomendado numa intensidade moderada ou vigorosa, que trabalhe os grandes grupos musculares com frequência de duas ou mais vezes na semana (BULL *et al.*, 2020).

A atividade física reduz os sintomas depressivos entre pessoas com doença psiquiátrica, entretanto a modalidade ideal de exercício, volume e intensidade ainda precisam ser determinados (ROSENBAUM *et al.*, 2014). O processo de melhora da qualidade de vida ou a manutenção de um estado satisfatório está relacionado às capacidades da aptidão física (resistência física, força muscular, flexibilidade e equilíbrio). As recomendações de atividade física enfatizam atividades aeróbicas e atividade de fortalecimento muscular, redução do comportamento sedentário e gerenciamento de riscos à saúde (BULL *et al.*, 2020).

Portanto, o exercício físico pode trazer muitas mudanças fisiológicas que resultam em uma melhora no estado de humor, autoestima e redução de estresse e ansiedade. Espaços de saúde associados a tratamento em saúde mental precisam realizar o engajamento dos pacientes às práticas corporais e aos exercícios físicos, melhorando a aptidão física e, conseqüente, a redução nos sintomas de depressão e ansiedade (ROSENBAUM *et al.*, 2014).

TRANSTORNO MENTAL E PROBLEMAS DE SAÚDE

O excesso de mortalidade em pessoas com transtornos psicóticos é um grande problema de saúde pública, mas pouco se sabe sobre os fatores de risco clínicos e sociais que podem predizer esta desigualdade na saúde e ajudar a informar estratégias preventivas (REININGHAUS *et al.*, 2015).

Pessoas com doença mental grave têm um risco de duas a três vezes maior de morte prematura que a população em geral. Doenças cardiovasculares reduzem de 10 a 20 anos a expectativa de vida das pessoas com esse diagnóstico. Diversos são os fatores que podem influenciar no surgimento das doenças cardiovasculares, tais como fatores genéticos, estilo de vida sedentário e hábitos pouco saudáveis. Para mortalidade por todas as

causas, o risco relativo combinado de mortalidade entre aqueles com transtornos mentais (de 148 estudos) foi de 2,22 (IC 95%, 2,12-2,33). Destes, 135 estudos revelaram que a mortalidade foi significativamente maior entre pessoas com transtornos mentais do que entre a população de comparação. Um total de 67,3% das mortes entre as pessoas com transtornos mentais foi por causas naturais, 17,5% por causas não naturais e o restante por outras causas ou causas desconhecidas (WALKER; MCGEE; DRUSS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde identificou a esquizofrenia como uma das 10 principais causas globais de incapacidade (MURRAY *et al.*, 2012). As consequências da esquizofrenia são afetadas por outros aspectos, como a saúde física precária e as comorbidades, como a Síndrome Metabólica (HENNEKENS *et al.*, 2005).

De acordo com estudo realizado durante 20 anos, pacientes com esquizofrenia tiveram aumento significativo no IMC (Índice de Massa Corporal). O estudo demonstrou que o IMC, o estado de saúde geral e as limitações de mobilidade influenciam no desfecho cognitivo e funcional da esquizofrenia. Além disso, a esquizofrenia muitas vezes leva a um estilo de vida pouco saudável, caracterizado por exercício mínimo ou nenhum e comportamento sedentário acentuado (STRASSNIG *et al.*, 2017).

O sedentarismo é um problema que ocorre em grande parte das pessoas acometidas por transtornos mentais, gerando diversos problemas de saúde, como doenças cardiovasculares e metabólicas. O exercício pode trazer muitas mudanças fisiológicas que resultam em melhora no estado de humor, na autoestima e na redução dos níveis de estresse e ansiedade (MIKKELSEN *et al.*, 2017). As intervenções de exercício são eficazes na melhoria da aptidão cardiorrespiratória e, portanto, são um componente chave na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e na redução da mortalidade (LEE *et al.*, 2010).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), descreve a capacidade ou incapacidade funcional relacionada às condições de saúde/doença como o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua rotina de vida diária. Para isso, deve-se levar em consideração as funções dos sistemas e das estruturas do corpo, as limitações de atividades e da participação social do ambiente dessa pessoa (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

De acordo com a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou populações. O modelo da CIF pode ser utilizado sob aspectos positivos ou negativos, em uma

abordagem biopsicossocial. A condição funcional de um indivíduo não pode ser baseada apenas num modelo biomédico de saúde e doença, mas também sob o aspecto psicológico, social, do ambiente e da disponibilidade dos serviços de saúde.

A CIF pode ser utilizada nas práticas clínicas, pois atende a um modelo de atendimento multidisciplinar. Pode ser usado, também, após transtornos agudos, condições traumáticas, condições crônicas e na geriatria (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

MENSURAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A observação e mensuração de testes físicos permite a coleta objetiva de dados importantes. A avaliação e identificação dos indivíduos em risco oportuniza a criação de novas abordagens e protocolos que podem ser planejados com maior eficiência, clareza e segurança (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Avaliações das capacidades funcionais podem ser realizadas de maneira direta (testes de desempenho) ou indireta (questionários). Os resultados de avaliações indiretas podem apresentar vieses de autoavaliação e de interpretação do entrevistado. Portanto, as mensurações diretas realizadas através de testes funcionais, podem apresentar resultados mais fidedignos quando comparados aos dados de avaliações indiretas (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005). Entretanto, avaliações funcionais realizadas de maneira direta são pouco utilizadas em tratamentos clínicos, possivelmente devido a percepção incorreta que exija muito espaço e tempo, equipamentos especiais, ou ainda pelo desconhecimento dos próprios benefícios (ONDER *et al.*, 2005).

A aptidão física de um indivíduo corresponde à capacidade de mecanismos fisiológicos realizarem ações coordenadas com o objetivo de alcançarem uma condição física. Pode ser representado pela capacidade física de realizar tarefas, como por exemplo, caminhar ou levantar de uma cadeira (FREIBERGER *et al.*, 2012).

Uma boa capacidade funcional permite uma qualidade de vida mais satisfatória, um melhor desempenho das atividades de vida diária e uma redução da mortalidade, uma vez que os efeitos da funcionalidade dos membros inferiores demonstram ser preditivos de incapacidades e morte (CLARKE; GEORGE, 2005). Trata-se de uma perda progressiva do equilíbrio da homeostase, com influências importantes de doenças crônicas (FRIED *et al.*, 2001). Essa incapacidade funcional, além de uma maior incidência de

mortalidade e morbidade, gera prejuízos psicológicos, sociais e de convivência com outras pessoas.

O Short Physical Performance Battery (SPPB) é um método de avaliação da capacidade funcional que tem demonstrado marcadores da saúde e qualidade de vida geral. Esses marcadores não estão apenas ligados à mobilidade funcional e força, mas estão relacionados às condições clínicas crônicas das pessoas avaliadas (PATRIZIO *et al.*, 2021).

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

O Short Physical Performance Battery (SPPB) é um teste desenvolvido por Jack M. Guralnik e colaboradores em 1994, com o apoio do National Institute on Aging for the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE) nos EUA. É composto por 3 etapas que avaliam equilíbrio estático, velocidade de marcha (caminhada em velocidade habitual) e força muscular de membros inferiores. A pontuação em cada etapa varia de 0 (pior desempenho) a quatro pontos (melhor desempenho). A classificação final do SPPB é obtida com a soma das pontuações de cada etapa, variando de 0 a 3 pontos (incapacidade ou capacidade ruim); de 4 a 6 pontos (baixa capacidade); de 7 a 9 pontos (capacidade moderada); e de 10 a 12 pontos (boa capacidade) (NAKANO, 2007).

O SPPB é um instrumento de avaliação da capacidade funcional de forma integral, com a aplicabilidade preditora em eventos adversos à saúde, como o comprometimento das atividades de vida diária, autocuidado e morte em idosos (FORTES-FILHO *et al.*, 2020; (PERRACINI *et al.*, 2020), inclusive relacionando-o ao declínio cognitivo e funcional decorrente de senescência e senilidade (NAKANO, 2007). Os resultados do SPPB, também, são utilizados como parâmetros para a sarcopenia. O European Working Group on Sarcopenia in Older People recomenda a utilização do SPPB para identificar o declínio da capacidade física, considerando um escore igual ou inferior a 8 pontos, como complemento no diagnóstico de sarcopenia grave (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Os 3 componentes do teste SPPB estão relacionados com as capacidades físicas, principalmente de pessoas idosas. A primeira etapa testada é o equilíbrio, que reduz progressivamente com a idade, resultando em uma redução da habilidade de manter o equilíbrio homeostático e de responder de maneira adequada às influências do ambiente. Um dos mecanismos, possivelmente, responsáveis é a redução das respostas neuromotoras e da capacidade de contração muscular associadas ao

processo de envelhecimento (BUSHATSKY *et al.*, 2019).

O segundo componente avaliado é a marcha, que é uma valência física importante para as atividades de vida diária e uma medida de avaliação geriátrica. A velocidade de marcha reduz com a idade, sendo que uma velocidade de marcha de 0,8 metros por segundo se configura como um indicador de resultados clínicos negativos, tais como incapacidade, declínio cognitivo, quedas e óbito (SILVA, 2021).

O terceiro componente é a força. A força muscular e a potência muscular têm sido observadas como ponto fundamental nas medidas de desempenho físico relacionadas ao envelhecimento, com ênfase para as medidas de membros inferiores (NAKANO, 2007). Portanto, uma atividade funcional pode ser limitada pela velocidade de execução, qualidade do movimento e habilidade de completar uma tarefa (LAMB; KEENE, 2017). A força avaliada no SPPB associa uma melhor performance no teste com um tempo de execução reduzido para completar a tarefa (NAKANO, 2007).

O SPPB foi traduzido e adaptado ao Brasil por Márcia Mariko Nakano (2007), sendo demonstrada boa confiabilidade na avaliação do desempenho físico, com consistência interna ($\alpha=0,725$), coeficiente alfa de Cronbach; interobservador (ICC=0,996) e valores de teste- reteste (ICC=0,876) (PAVASINI *et al.*, 2016). A partir disso, associações entre os desfechos de saúde e os resultados de desempenho físico vêm sendo utilizados como um instrumento padronizado e sensível às mudanças apresentadas pela população idosa (PATRIZIO *et al.*, 2021).

Portanto, o Short Physical Performance Battery (SPPB) é uma ferramenta de avaliação amplamente utilizada para medir a capacidade funcional em adultos mais velhos ou em pessoas com condições médicas que afetam a mobilidade e a função física. É comumente aplicado em idosos, pessoas com doenças crônicas, condições ortopédicas e neurológicas.

MÉTODOS

Esta pesquisa consiste em um estudo observacional de caráter quantitativo descritivo com delineamento transversal. O presente estudo foi realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A unidade de internação psiquiátrica adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localiza-se na ala norte do quarto andar e atende situações psiquiátricas agudas graves. É composta por 36 leitos, sendo 26 conveniados pelo SUS e 10 direcionados para uso de convênios privados ou internações particulares. A equipe multiprofissional

trabalha de maneira interdisciplinar, sempre com objetivo de realizar um atendimento humanizado aos pacientes.

O espaço físico da unidade de internação destinada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por dois quartos masculinos e dois quartos femininos, com seis leitos em cada. A unidade possui também um quarto com dois leitos que podem ser tanto masculinos quanto femininos. O setor destinado aos convênios e internações particulares possui cinco quartos no total, sendo quatro quartos com dois leitos em cada e um quarto privativo. A unidade de internação possui um quarto de observação para ser utilizado quando houver necessidade e em situações adversas. A unidade de internação dispõe, também, de refeitório, sala de televisão, copa, sala de procedimentos, salas de aula, sala de visitas e consultórios.

O Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional (SEFTO) oferece diversas atividades para os pacientes internados na unidade. As atividades desenvolvidas ocorrem em dois turnos, sendo no período da manhã das 7 horas às 12 horas e no período da tarde das 13 horas às 17 horas e 10 minutos. O Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional (SEFTO) dispõe de um espaço físico denominado Espaço Livre, onde são realizadas atividades e oficinas terapêuticas como parte integral do tratamento. O serviço, também possui uma academia onde são realizados os treinamentos físicos, sempre buscando o bem-estar físico e mental dos pacientes. As atividades são planejadas e direcionadas a cada paciente conforme as suas necessidades.

O serviço de educação física realiza avaliações físicas nos pacientes ao ingressarem na unidade. A avaliação física é realizada após liberação médica, sendo composta por: anamnese e testes de mobilidade e capacidade funcional, dentre eles o teste Short Physical Performance Battery (SPPB). Os dados do teste são evoluídos nos prontuários dos pacientes através de scores assistenciais.

PROCEDIMENTOS

Realizada a baixa hospitalar pela equipe assistencial, o paciente recebe o acolhimento e a unidade de internação é apresentada. Somente após essa ambientação, o Serviço de Educação Física realiza qualquer intervenção. A avaliação física é realizada pela equipe assistencial do SEFTO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No presente estudo serão utilizados os dados do teste Short Physical Performance Battery (SPPB).

Durante a realização do teste para verificar a aptidão funcional não é

necessária a presença médica, porém o profissional responsável pela aplicação do instrumento deverá ser treinado em técnicas de ressuscitação, como, por exemplo, o Suporte Básico de Vida (BLS). Além disso, o local de realização da avaliação é na unidade de internação do hospital e de fácil acesso a serviços de emergência. O teste pode ser interrompido imediatamente, caso o paciente apresente dor torácica, dispneia intolerável, sudorese, palidez, tontura e/ou câimbras.

Não foi realizado o teste de capacidade funcional nas seguintes ocasiões:

- Pacientes com condições clínicas que impossibilitem a realização do teste.
- Pacientes que apresentarem risco físico e de agressão à equipe multiprofissional.
- Pacientes que apresentarem seu estado de saúde mental comprometido ao ponto de não compreender as explicações para realização do teste.

A amostra foi composta por 118 pacientes internados na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre durante o período de 6 meses (março a agosto de 2023).

O critério de inclusão são todos os pacientes internados na unidade psiquiátrica adulta que realizaram a avaliação física durante o período do estudo. Os testes realizados fazem parte da rotina assistencial dos profissionais de educação física e os dados são evoluídos nos prontuários dos pacientes. Como critério de exclusão, não foram utilizados os prontuários que não continham as informações necessárias para o preenchimento das variáveis selecionadas para o estudo.

Os equipamentos necessários para o teste de aptidão física são: cronômetro, cadeira (altura do assento entre 44 e 47 cm e sem apoio para os braços), planilha para anotação dos dados e cones para delimitação do circuito.

Para a mensuração da capacidade funcional dos pacientes foi utilizado o protocolo: Nakano MM. Versão brasileira da Short Physical Performance Battery SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. 2007. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP.

A escala de classificação final do SPPB foi realizada com a soma das pontuações de cada etapa dos testes: de 0 a 3 pontos (incapacidade ou

capacidade ruim); de 4 a 6 pontos (baixa capacidade); de 7 a 9 pontos (capacidade moderada); e de 10 a 12 pontos (boa capacidade).

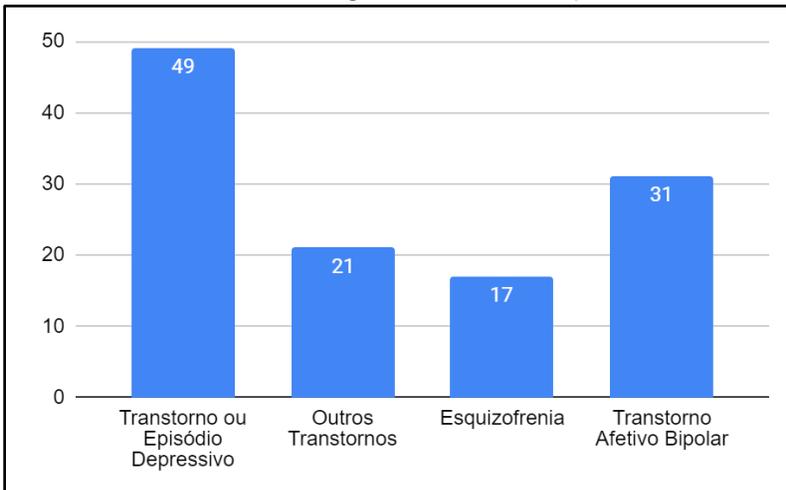
Todos os dados coletados fazem parte da rotina assistencial. As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para a realização do presente estudo.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em média e desvio padrão. Foram avaliados 118 pacientes (60 masculinos e 58 femininos) com média de idade de $40,30 \pm 16,35$ anos. Os diagnósticos (Gráfico 1) encontrados foram: Transtorno ou Episódio Depressivo ($n=49$), Transtorno Afetivo Bipolar ($n=31$), Esquizofrenia ($n=17$) e Outros Transtornos ($n=21$).

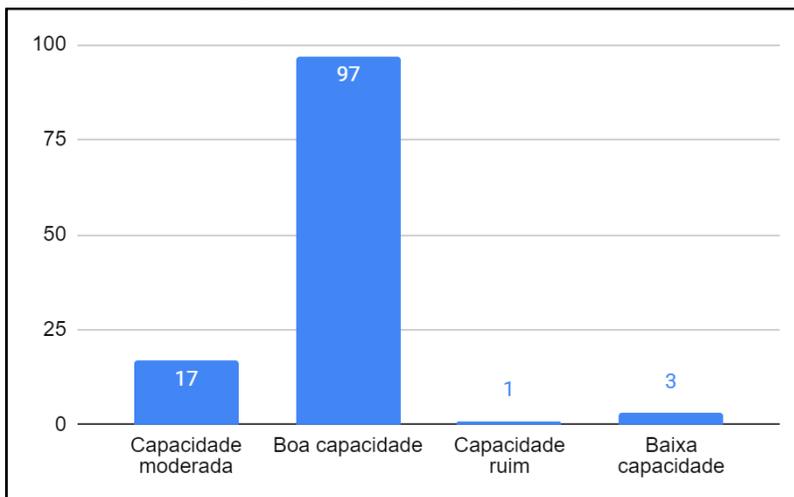
O resultado do SPPB (Gráfico 2) teve média de $10,69 \pm 1,67$ pontos. Os resultados foram: Boa Capacidade ($n=97$), Capacidade Moderada ($n=17$), Baixa Capacidade ($n=3$) e Capacidade Ruim ($n=1$).

Gráfico 1: Diagnósticos na internação.



Fonte: Própria (2023)

Gráfico 2: Resultados do SPPB.



Fonte: Própria (2023)

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, os pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica Adulta apresentam capacidade funcional adequada para realização de tarefas simples da rotina diária, de autocuidado e qualidade de vida. 82,2% dos pacientes internados apresentaram boa capacidade funcional para independência física, independente do transtorno diagnosticado. Apenas 14,4% dos pacientes avaliados apresentaram capacidade funcional moderada para independência física.

Em outro estudo utilizando o SPPB para avaliar a capacidade funcional em pacientes internados, foi demonstrada relação entre “baixa capacidade” funcional com a idade, com taxas superiores a 50% em pacientes acima de 85 anos (COVINSKY *et al.*, 2003). Nossos resultados demonstraram o oposto, provavelmente devido à amostra ser composta por pacientes com idade média de $40,30 \pm 16,35$ anos.

A capacidade funcional e a performance em atividades físicas diminuem com a progressão da idade. Algumas hipóteses são a redução de síntese proteica, sedentarismo ou doenças crônicas, ocasionando perdas significativas nas valências físicas, restrições e aumento no risco de incapacidades e morte, principalmente em idosos (IKEGAMI *et al.*, 2020).

A perda da capacidade funcional tem início perceptível em atividades mais complexas e progride até interferir na execução de atividades mais simples. O comprometimento dos sistemas funcionais pode gerar um nível de dependência completa, como instabilidade postural, imobilidade e até incapacidade comunicativa (SILVA *et al.*, 2018). A capacidade funcional, também, é caracterizada pela habilidade individual de tomada de decisão e comando das ações (FERNANDES *et al.*, 2019). Levando-se em consideração esses dados, é possível que por se tratar de uma avaliação de baixa complexidade e com uma população mais jovem possam ter gerado resultados positivos.

Outra pesquisa avaliou o valor preditivo do SPPB após a internação e observaram a relação entre o escore do SPPB na alta e o risco de subsequente perda da capacidade funcional, reinternação e óbito, sendo os pacientes com menor escore os de maior risco. Quando o escore SPPB foi analisado como variável contínua, um aumento de 1 ponto no escore SPPB na alta foi associado a uma redução de 14% no risco de morte ou reinternação (VOLPATO *et al.*, 2011).

Esses resultados remetem à condições de realizar atividades de vida diária simples e de baixa complexidade, que são importantes e imprescindíveis para a qualidade de vida, bem estar e autonomia. Entretanto, aspectos clínicos e de condição física voltada à saúde, como por exemplo condição cardiovascular e endotelial, sarcopenia e controle neuromuscular, podem apresentar condições desfavoráveis e não puderam ser avaliados nesse estudo.

A atividade física beneficia a saúde mental, incluindo prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade (BULL *et al.*, 2020). Um paciente que tenha uma boa capacidade funcional pode receber intervenções mais adequadas às suas capacidades. Atividades de lazer, recreativas, psicoeducativas, de melhora das aptidões físicas e redução dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas (hipertensão, dislipidemias e diabetes) podem ser intervenções muito positivas para o tratamento. Já um paciente com maior comprometimento físico e cognitivo, poderá precisar de maiores atenções na recuperação das aptidões físicas e em aspectos que podem ser mais críticos à qualidade de vida.

A ocorrência de internações psiquiátricas frequentes, também chamadas de *revolving door* ou “porta giratória”, caracteriza que o funcionamento ou a eficiência da RAPS pode não ser suficiente. Reinternações frequentes podem influenciar negativamente a saúde e a qualidade de vida dos usuários, com deterioração cognitiva e cronicidade da

doença (ZANARDO *et al.*, 2017). Um paciente que apresenta comprometimento cognitivo e de funcionalidade pode apresentar um agravamento da saúde física e psicológica. Uma avaliação da capacidade funcional correlacionando com aspectos cognitivos dos pacientes podem direcionar de maneira mais eficiente as intervenções multiprofissionais. É importante que o paciente receba um tratamento que ocasione melhora funcional, para que após sua alta hospitalar possa ter uma rotina mais saudável, melhor autonomia, autocuidado e convivência social.

Neste estudo utilizamos apenas o SPPB para avaliar a capacidade funcional dos pacientes. Entretanto, na unidade de internação psiquiátrica utilizamos três testes para avaliar e correlacionar os dados com outros parâmetros, tais como: Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura-Quadril (RCQ), Relação Cintura-Estatura (RCE), dentre outros. Salientamos da necessidade de sempre buscarmos o máximo de informações para planejar e implementar as ações assistenciais.

CONCLUSÃO

A avaliação dos pacientes, a identificação e classificação da capacidade funcional permite abordagens mais eficientes da equipe assistencial. Intervenções durante a internação e orientações pós-alta hospitalar permitem não só uma qualidade de vida diária melhor, como, também, redução dos riscos de desenvolvimentos e/ou agravamento de doenças (hipertensão, problemas cardíacos, dislipidemias, diabetes, dentre outros).

Espaços de saúde associados a tratamento em saúde mental precisam realizar o engajamento dos pacientes às práticas corporais e aos exercícios físicos, melhorando a aptidão física e, conseqüente, a redução nos sintomas de depressão e ansiedade (ROSENBAUM *et al.*, 2014).

Pacientes internados podem apresentar perda motora durante a internação, maiores riscos de quedas e eventos adversos. Intervenções que possibilitem a manutenção e a melhora da condição física são imprescindíveis. As atividades físicas também devem ser utilizadas para auxiliar na socialização entre os pacientes internados. Interações positivas entre os pacientes e a equipe assistencial são importantes vínculos que propiciam um melhor suporte emocional. Ações psicoeducativas sobre a importância de um estilo de vida mais saudável e a prática de exercícios físicos regulares são indispensáveis.

Portanto, o exercício físico pode trazer muitas mudanças fisiológicas

que resultam em uma melhora na saúde física, no estado de humor, autoestima e redução de estresse e ansiedade. Achados sugerem que o SPPB pode ser uma medida objetiva especialmente importante para a equipe assistencial, que acompanha o progresso físico e mental dos pacientes em condições crônicas de saúde.

Entretanto, são necessários outros estudos para reforçar os achados e esclarecer melhor a relação entre os resultados, a capacidade funcional e os transtornos psiquiátricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÍLIO DA COSTA-ROSA. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

ASSOCIATION (APA), A. P. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. [S. l.]: Artmed Editora, 2014.

BULL, F. C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 2020.

BUSHATSKY, A. *et al.* Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, p. e180016, 2019.

CLARKE, P.; GEORGE, L. K. The Role of the Built Environment in the Disablement Process. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 95, n. 11, p. 1933–1939, 2005.

COVINSKY, K. E. *et al.* Loss of Independence in Activities of Daily Living in

Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 451–458, 2003.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 16–31, 2019.

CUOCO, F. *et al.* Get up! Functional mobility and metabolic syndrome in chronic schizophrenia: Effects on cognition and quality of life. **Schizophrenia Research: Cognition**, [s. l.], v. 28, p. 100245, 2022.

DEL'OLMO, F. D. S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, [s. l.], v. 38, n. 77, p. 197–220, 2017.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 187–193, 2005.

FERNANDES, D. D. S. *et al.* Functional capacity assessment of long-lived older adults from Amazonas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. suppl 2, p. 49–55, 2019.

FORTES-FILHO, S. Q. *et al.* Role of Gait Speed, Strength, and Balance in Predicting Adverse Outcomes of Acutely Ill Older Outpatients. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 113–118, 2020.

FREIBERGER, E. *et al.* Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. **Age and**

Ageing, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 712–721, 2012.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146-156, 2001.

HENNEKENS, C. H. *et al.* Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. **American Heart Journal**, [s. l.], v. 150, n. 6, p. 1115–1121, 2005.

IKEGAMI, É. M. *et al.* Functional capacity and physical performance of community-dwelling elderly: a longitudinal study. **Ciencia & Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 1083–1090, 2020.

LAMB, S. E.; KEENE, D. J. Measuring physical capacity and performance in older people. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [s. l.], v. 31, n. 2, Ageing and musculoskeletal health, p. 243–254, 2017.

LEE, D. *et al.* Mortality trends in the general population: the importance of cardiorespiratory fitness. **Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)**, [s. l.], v. 24, n. 4_supplement, p. 27–35, 2010.

LEI 10.216. [S. l.], 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22 set. 2022.

MARCHON, R. M.; CORDEIRO, R. C.; NAKANO, M. M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 203–214, 2010.

MIKKELSEN, K. *et al.* Exercise and mental health. **Maturitas**, [s. l.], v. 106, p. 48–56, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasil: [s. n.], 2005.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9859, p. 2197–2223, 2012.

NAKANO, M. M. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – Sppb: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade. 2007. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, Campinas, SP. [s. l.], 2007.

ONDER, G. *et al.* Measures of physical performance and risk for progressive and catastrophic disability: results from the Women’s Health and Aging Study. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 74–79, 2005.

PATRIZIO, E. *et al.* Physical Functional Assessment in Older Adults. **The Journal of Frailty & Aging**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 141–149, 2021.

PAVASINI, R. *et al.* Short Physical Performance Battery and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis. **BMC medicine**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 215, 2016.

PERRACINI, M. R. *et al.* Diagnostic Accuracy of the Short Physical Performance Battery for Detecting Frailty in Older People. **Physical Therapy**, [s. l.], v. 100, n. 1, p. 90–98, 2020.

PORTARIA Nº 4.279. [S. l.], 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 set. 2022.

REININGHAUS, U. *et al.* Mortality in Schizophrenia and Other Psychoses: A 10-Year Follow-up of the AESOP First-Episode Cohort. **Schizophrenia Bulletin**, [s. l.], v. 41, n. 3, p. 664–673, 2015.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 655–662, 2005.

ROSENBAUM, S. *et al.* Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Science and Medicine in Sport**, [s. l.], v. 18, p. e150, 2014.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SILVA, C. S. D. O. E. *et al.* Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. suppl 2, p. 740–746, 2018.

SILVA, C. de F. R. **Short physical performance battery como preditora de**

mortalidade em idosos da comunidade Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde - PPGCS da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP como requisito para a obtenção do título de mestra em Ciências da Saúde. 2021. [s. l.], 2021.

STRASSNIG, M. *et al.* Health status and mobility limitations are associated with residential and employment status in schizophrenia and bipolar disorder. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 94, p. 180–185, 2017.

TAVARES, I. de G. A. M.; PERES, M. A. de A.; SILVA, R. C. da. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. e20210385, 2022.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Cardiorespiratory Fitness in Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. **Sports Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 343–352, 2017.

VOLPATO, S. *et al.* Predictive Value of the Short Physical Performance Battery Following Hospitalization in Older Patients. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 66A, n. 1, p. 89–96, 2011.

WALKER, E. R.; MCGEE, R. E.; DRUSS, B. G. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 72, n. 4, p. 334, 2015.

WHO. **Controlling the global obesity epidemic.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>. Acesso em: 9 out. 2022.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 460–474, 2017.