

Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil

Quality of life and levels of physical activity of residents living in therapeutic residential care facilities in Southern Brazil

Simone Karine Klein¹
Aline Fofonka¹
Alice Hirdes¹
Maria Helena Vianna Metello Jacob¹

Abstract Interest in the quality of life of people with mental disorders living in therapeutic residential care facilities is an important indicator for the evaluation of therapeutic interventions in the area of health. Physical activity can contribute to a good quality of life. This study evaluated the quality of life and levels of physical activity of people living in therapeutic residential care facilities in the metropolitan area of Porto Alegre. This case series study (n = 68) used SF-36, EuroQol and IPAQ and social-demographic questions. The SF-36 results showed that the domain of general health received the lowest scores (57.47 ± 14.27). The highest scores were in terms of social aspects (77.39 ± 20.21) and physical aspects (77.57 ± 39.71). When using EuroQol, at least one problem (mild or extreme) in at least one dimension was evident among 82% of the residents. The physical activity levels showed that most of the participants were insufficiently active (48.5%) and 14.7% were sedentary. The domains of pain and mobility suggested that the residents were not being encouraged enough to perform physical activities. Knowledge about the perceptions of those living in therapeutic residential care facilities is critical in order to establish effective public policies.

Key words Therapeutic residential care facilities, Exercise, Quality of life, Mental disorders, De-institutionalization

Resumo O interesse na qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais moradores de residências terapêuticas é um importante indicador para a avaliação da intervenção terapêutica na área da saúde. A atividade física pode contribuir para uma boa qualidade de vida. Avaliamos a qualidade de vida e os níveis de atividade física em moradores das residências terapêuticas da grande Porto Alegre. Estudo de série de casos (n = 68), tendo como instrumentos SF-36, EuroQol, IPAQ e questões sociodemográficas. Os resultados obtidos pelo SF-36 demonstraram que o domínio do estado geral de saúde foi o menor ($57,47 \pm 14,27$). Os maiores scores encontrados foram nos aspectos sociais ($77,39 \pm 20,21$) e nos físicos ($77,57 \pm 39,71$). Ao menos um problema (moderado ou extremo), em no mínimo uma dimensão, foi evidenciado em 82% dos moradores por meio do EuroQol. Os níveis de atividade física mostraram que a maioria dos moradores são insuficientemente ativos (48,5%) e 14,7% sedentários. Os domínios dor e mobilidade sugerem que os moradores não são incentivados suficientemente à atividade física. Conhecer a percepção da qualidade de vida dos moradores das residências terapêuticas é fundamental para estabelecer políticas públicas eficazes.

Palavras-chave Moradias assistidas, Exercício, Qualidade de vida, Transtornos mentais, Desinstitucionalização

¹ Universidade Luterana do Brasil Gravataí. Av. Itacolomi 3.600, São Vicente. 94155-052 Gravataí RS Brasil. simonekleins@yahoo.com.br

Introdução

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) caracterizam-se por alternativa de moradia, inserida na comunidade, destinada aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte familiar. As residências terapêuticas são casas localizadas no espaço urbano, implementadas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O Ministério da Saúde, através da portaria 106/2000, oficializou os SRT no Sistema Único de Saúde (SUS), para suprir esses “pacientes moradores” de hospitais psiquiátricos públicos e privados do Brasil. Em 2011, a portaria 3090 dispôs sobre o repasse de recursos financeiros para o funcionamento dos SRT¹.

Os serviços são caracterizados em dois tipos: SRT I e II. O primeiro é o tipo mais comum, concebido para atender pessoas que necessitam de somente um cuidador. O segundo é o dispositivo para o cuidado de pessoas que foram institucionalizadas, muitas vezes, por uma vida inteira e que demandam cuidados intensivos, com monitoramento técnico e equipe auxiliar permanente na residência. As duas modalidades de SRT se mantêm como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados à rede pública de serviços de saúde¹. A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores e esses devem ser acompanhados pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família². As secretarias estaduais, distrital e municipais de Saúde, com o apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecem rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação objetivando a garantia do funcionamento dos SRT com qualidade¹.

As residências terapêuticas integram a rede de serviços de saúde mental instituída com a reforma psiquiátrica. Considerando o contingente de pessoas que ainda vivem em instituições e a consequente perda de laços familiares ou o abandono, os SRT constituem-se em um importante dispositivo para a desinstitucionalização. Todavia, os estudos sobre os SRT ainda são escassos no país. Há um reduzido número de pesquisas que abordam os pacientes de longa permanência e são raríssimos os trabalhos sobre residências terapêuticas produzidos, a despeito das relevantes experi-

ências de desinstitucionalização que dignificam a história da reforma psiquiátrica brasileira³.

O interesse na avaliação da Qualidade de Vida (QV) de pessoas com transtornos mentais tem crescido nos últimos anos como indicador para a avaliação da intervenção terapêutica, de serviços e da prática assistencial na área da saúde. Durante a III Conferência Nacional de Saúde (2001) foi incluída a regulamentação para os SRT, com a perspectiva de mudanças na QV daqueles que residiam em hospitais psiquiátricos. O conceito de QV foi e continua sendo bastante discutido nos últimos anos, de uma perspectiva sociológica e objetiva para uma perspectiva psicossocial, na qual é atribuída importância aos aspectos subjetivos do bem-estar e da satisfação pessoal⁴. A medida de QV é imperativa, uma vez que insere o indivíduo nas avaliações relacionadas à sua própria saúde e tratamentos⁵. A QV diz respeito às condições de vida de um ser humano e envolve os relacionamentos sociais, o bem-estar mental, psicológico, emocional e físico. A atividade física melhora os resultados de saúde mental dentro de vários domínios psicossociais, mostrando uma incidência na literatura para o impacto do exercício sobre a depressão⁶. Menor risco de depressão e de ideação suicida estão entre os efeitos psicológicos benéficos da prática da atividade física^{7,8}.

As pesquisas utilizando exercício físico em indivíduos com prejuízo neurológico são controversas. O exercício físico melhorou o humor e a afetividade em residentes de casas de repouso com Alzheimer⁹ e reduziu a agitação de pacientes de casas de repouso¹⁰. Alguns estudos mostraram leves melhoras na função cognitiva de idosos residentes de casa de repouso^{11,12}, enquanto que em outras pesquisas nenhuma mudança foi detectada¹³⁻¹⁵. Estudo mais recente verificou os efeitos de 6 meses de exercício aeróbico ou alongamento em 33 pessoas com comprometimento cognitivo leve que viviam na comunidade¹⁶. Os resultados indicam que o exercício aeróbico trouxe melhora cognitiva para as mulheres. Todavia, estudos que abordam exercício físico e qualidade de vida em pacientes desinstitucionalizados residentes de moradas terapêuticas não foram encontrados na literatura científica. Portanto, o presente estudo é inovador e agrega valor à comunidade científica.

Considerando as questões abordadas anteriormente e a lacuna de pesquisas que abordam a atividade física de moradores de SRT, este estudo avaliou a QV e os níveis de atividade física em moradores das residências terapêuticas de Porto Alegre e região metropolitana. A avaliação da QV e dos níveis de atividade física desta população é

fundamental, uma vez que as questões relativas às pessoas com transtornos mentais constituem um desafio constante frente à necessidade de assegurar a promoção da saúde, a cidadania e a inclusão social como direitos humanos fundamentais.

Métodos

Este é um estudo tipo série de casos, com amostra intencional, composta por todos os moradores das residências terapêuticas de Porto Alegre e região metropolitana que tiveram condições de responder o questionário. No total, foram avaliadas 68 pessoas (42 homens e 26 mulheres) no período de abril a junho de 2014. Os SRT Morada São Pedro (SRT MSP) são serviços da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, localizados na cidade de Porto Alegre e vinculados ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Foram inaugurados em 30 de dezembro de 2002, integrando o Projeto São Pedro Cidadão, ação que incluía a regularização fundiária da Vila São Pedro e a vinda de moradores egressos de internação prolongada no Hospital Psiquiátrico São Pedro. O SRT Morada Viamão foi reinaugurado em setembro de 2005, onde anteriormente existia o Residencial Morada Dom Bosco¹⁷.

Os participantes da pesquisa são moradores dos SRT do Projeto São Pedro Cidadão, que são divididos em cinco moradas (quatro localizadas em Porto Alegre e uma em Viamão). A criação desses serviços faz parte do processo da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e cumpre o estabelecido na Lei Federal nº 10.216/2001; Lei nº 10.708/2003, Lei estadual nº 11.791/2002; Portarias GM nº 52 e 53/2004, 3090/2011; Portaria nº 106/MS de 11/02/2000; Portaria nº 1.220/2000, que os regulamentam¹⁷.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o SF-36 e o EuroQol EQ-5D para medir a QV, e o IPAQ (versão curta) para avaliar os níveis de atividade física. Foi utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora para os aspectos sócio-demográficos, no qual as informações foram retiradas dos prontuários das residências e observadas as seguintes variáveis: idade, tempo de internação (em anos), tempo que vivem nas residências (em anos), grau de escolaridade, tipo de transtorno mental, doenças conhecidas além do transtorno, dificuldades de locomoção e tabagismo.

O Questionário SF 36, adaptado para versão brasileira, auto administrado e em forma de entrevista, consta de 11 questões e 36 itens que

englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção da saúde atual e dos últimos 12 meses. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100, o melhor. Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou para um grupo de tratamento¹⁸.

O questionário *Health-Related Quality of Life-HR-QoL* (EuroQol EQ-5D) é um instrumento genérico, desenvolvido em nível europeu, que foi traduzido e validado para diversas línguas, inclusive o português^{19,20}. Aplicável a uma ampla variedade de condições de saúde, não exige elevado grau cognitivo e é realizado em poucos minutos. O instrumento considera cada domínio de forma independente e não admite um escore total de QV. O sistema descritivo define a QV relativa à saúde em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão), cada um com três níveis de gravidade (1- nenhum problema/ 2- algum problema/ 3- problema extremo)²¹.

O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (versão curta) é o instrumento mais utilizado para medida de atividade física em grupos populacionais e possibilita a avaliação desse comportamento considerando os seus quatro domínios: trabalho, tempo livre, atividade doméstica e deslocamento. Sua classificação é dividida em sedentário, insuficientemente ativo, ativo e muito ativo²².

A aplicação do questionário/entrevista foi realizada pessoalmente, na residência de cada morador, pela coordenadora da pesquisa, assistida pelo profissional de referência do programa “de volta para casa”, propiciando maior homogeneização na aplicação, evitando desta forma qualquer outra interpretação que não a ensejada pelo instrumento. Cada entrevista teve duração entre 30 e 40 minutos.

Os dados referentes às características da amostra e escores dos domínios/dimensões da QV estão apresentados de forma descritiva. Foi realizado o teste ANOVA de uma via para verificar relação entre as médias dos domínios da QV (SF 36) com as classificações do nível de atividade física e o teste de Qui-Quadrado e Exato de Fischer para verificar relação entre as categorias

do EuroQol EQ/5D e os níveis de atividade física. Foi considerada uma significância de 5% ($p < 0,05$). O programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 para Windows foi utilizado para estas análises.

Todos os participantes foram informados dos objetivos e finalidades do projeto, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/RS) e autorizado pela Divisão de Atenção aos Usuários Moradores (DAUM) do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Resultados

Os participantes eram em sua maioria homens (61,8%), e a média de idade em geral foi 57,15 anos (DP = 12,02). O tempo de internação prévio em Hospital foi de 29,15 anos (DP = 10,44). O tempo em que deixaram os Hospitais Psiquiátricos e vivem nas residências terapêuticas foi de 5,49 anos (DP = 4,38). Referente à escolaridade, a maior parte dos moradores autorreferiu-se analfabeta (77,9 %). O Transtorno Mental mais frequente foi a Esquizofrenia (44,1%). A maioria relatou apenas o Transtorno Mental como doença conhecida (41,2%), seguido de ter pelo menos mais uma doença além do Transtorno referido (38,2%). A maior parte da amostra não tinha dificuldade de locomoção, totalizando 82,4%. A prevalência de tabagismo foi de 48,5% (Tabela 1).

Os resultados obtidos em cada um dos 8 domínios do SF36, conforme a percepção de cada morador, classifica-se como quanto mais próximo do 0 pior, e, na direção do 100, melhor a QV. O domínio estado geral de saúde foi o menor, com a média de 57,47 (DP = 14,27). A vitalidade apresentou a média de 63,09 (DP = 16,07). Os outros domínios não foram paramétricos, portanto foi realizada também a mediana. A capacidade funcional apresentou a média de 66,03 (DP = 34,06) e mediana de 80, com mínimo de 0 e máximo de 100. A saúde mental apresentou a média de 70,29 (DP = 18,30) e mediana de 72, com mínimo de 20 e máximo de 100. A percepção de dor apresentou média de 70,59 (DP = 25,90) e mediana de 67, com mínimo de 20 e máximo de 100. Os aspectos emocionais tiveram 75,98 de média (DP = 40,51) e mediana de 100, com mínimo de 10 e máximo de 100. Os maiores scores encontrados foram nos aspectos sociais e físicos: média 77,39 (DP = 20,21), mediana 75,

mínimo 25 e máximo 100; e 77,57 (DP = 39,71) com mediana 100, mínimo 0 e máximo de 100, respectivamente (Tabela 2).

No questionário EuroQol EQ-5D, 82% dos moradores relataram pelo menos um problema (moderado ou extremo) em pelo menos uma dimensão. Os quatro estados de saúde mais frequentes (combinações de respostas para as cinco dimensões) foram 18% sem nenhum problema – melhor estado de saúde, seguido de 15% que relataram problema moderado em pelo menos duas dimensões, 10% problema moderado em uma dimensão, e 9% com problemas moderados nas cinco dimensões. O sintoma mais frequentemente relatado foi de dor/desconforto com 17 problemas moderados ou extremos, seguido de pelo menos 13 nas atividades usuais. A mobilidade, ansiedade/depressão e capacidade funcional tiveram respectivamente 12, 11 e 10 problemas moderados ou extremos em seus resultados.

Os níveis de atividade física dos moradores mostraram que a maioria deles são insuficientemente ativos (48,5%) e 14,7% sedentários. Já os ativos foram 35,3% e apenas 1,5% muito ativo. O “muito ativo” foi incluído no “ativo” na análise estatística, por só haver uma pessoa.

Ao confrontar os dados obtidos por meio do questionário SF-36 nos 8 domínios com os níveis de atividade física por grupos de classificação (sedentário, insuficientemente ativo e ativo), observou-se que existe relação entre os níveis de atividade física para os domínios percepção de dor ($p = 0,023$) e aspectos sociais ($p = 0,019$) (Tabela 3).

Conforme a Tabela 4, ao relacionar os dados obtidos por meio do questionário EuroQol EQ-5D nos 5 domínios: mobilidade, capacidade funcional, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão com os níveis de atividade física por grupos de classificação (sedentário, insuficientemente ativo e ativo), observou-se que existe relação com o domínio mobilidade ($p = 0,006$), indicando que os ativos se associam à categoria com ausência de problemas ao andar (ajuste residual 2,6), os insuficientemente ativos com alguns problemas em andar (ajuste residual 2,0) e os sedentários estavam relacionados com o estado de estar na cama (ajuste residual 3,5).

Discussão

O presente estudo descreveu a QV atual dos moradores dos SRT da região metropolitana de Porto Alegre e encontrou uma boa condição na maioria dos domínios, tanto por meio do ques-

Tabela 1. Características sociodemográficas dos moradores das residências terapêuticas do Projeto São Pedro Cidadão da região metropolitana de Porto Alegre, em 2014.

	Total	Masculino	Feminino
n (%)	68	42 (61,8)	26 (38,2)
Idade (média ±DP)	57,15 ± 12,02	54,95 ± 12,52	60,69 ± 10,44
Tempo internação - anos (média ±DP)	29,15 ± 10,44	29 ± 10,08	29,40 ± 11,22
Tempo residência - anos (média ±DP)	5,49 ± 4,38	5,84 ± 4,12	4,92 ± 4,77
Educação n (%)			
Analfabeto	53 (77,9)	31 (73,8)	22 (84,6)
1º grau incompleto	14 (20,6)	10 (23,8)	4 (15,4)
2º grau incompleto	1 (1,3)	1 (2,4)	-
Tipo de transtorno mental n (%)			
Bipolaridade	5 (7,4)	2 (4,8)	3 (11,5)
Depressão	1 (1,5)	1 (2,4)	-
Esquizofrenia	30 (44,1)	18 (42,9)	12 (46,2)
Retardo mental	14 (20,6)	9 (21,4)	5 (19,2)
Não relatadas	18 (26,5)	12 (28,6)	6 (23,1)
Doenças conhecidas além do transtorno n(%)			
Nenhuma	28 (41,2)	20 (47,6)	8 (30,8)
1	26 (38,2)	15 (35,7)	11 (42,3)
2	12 (17,6)	6 (14,3)	6 (23,1)
3	2 (2,9)	1 (2,1)	1 (3,8)
Dificuldade de locomoção n (%)			
Sim	12 (17,6)	10 (23,8)	2 (7,7)
Não	56 (82,4)	32 (76,2)	24 (92,3)
Tabagismo n (%)			
Sim	33 (48,5)	19 (45,2)	14 (53,8)
Não	35 (51,5)	23 (54,8)	12 (46,2)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Qualidade de Vida (n=68) através do questionário SF 36, em cada domínio.

Domínios	Mediana	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Capacidade funcional	80	0	100	66,03 ± 34,06
Limitação - aspectos físicos	100	0	100	77,57 ± 39,71
Percepção dor	67	20	100	70,59 ± 25,90
Estado geral de saúde	57	25	90	57,47 ± 14,27
Vitalidade	65	20	95	63,09 ± 34,06
Aspectos sociais	75	25	100	77,39 ± 20,21
Limitação - aspectos emocionais	100	10	100	75,98 ± 40,51
Saúde mental	72	20	100	70,29 ± 18,30

Fonte: Elaboração própria. DP= desvio padrão.

tionário SF 36 como pelo EuroQoL. Muitos países têm indicado que os pacientes desinstitucionalizados podem ser mantidos na comunidade, demonstrando melhora nas habilidades de vida diária e na interação social, no nível global de funcionamento e na QV. A maioria dos pacien-

tes transferidos para as SRT tiveram uma QV aumentada comparada com os moradores dos hospitais, por ser menos restritiva e regimenter²³. Nesse contexto, é importante ressaltarmos que, quando os sujeitos se deslocam de uma situação para outra, suas expectativas são de melhoria das

Tabela 3. Qualidade de Vida (SF36) por grupos de classificação segundo a AF (n= 68)

Domínios	Sedentário	Insuficientemente ativo	Ativo	p valor
Capacidade funcional	49,00± 35,963	64,09± 33,74	75,40± 32,30	0,106
Limitação - aspectos físicos	87,50 ± 31,73	74,24 ± 42,15	78,00 ± 40,39	0,659
Percepção dor	50,20 ± 24,15	72,97 ± 24,93	75,60 ± 25,15	0,023*
Estado geral de saúde	51,20 ± 16,02	57,09 ± 13,75	60,48 ± 14,08	0,221
Vitalidade	56,50 ± 19,30	61,36 ± 14,43	68,00 ± 16,01	0,110
Aspectos sociais	61,25 ± 24,61	79,17 ± 20,17	82,00 ± 16,57	0,019*
Limitação - aspectos emocionais	69,70 ± 39,91	83,84± 34,48	68,00 ± 47,61	0,304
Saúde mental	62,00 ± 19,17	72,97 ± 16,76	70,08 ± 19,77	0,257

Fonte: Elaboração própria; * p ≤ 0.05.

Tabela 4. Qualidade de Vida (EuroQol) por grupos de classificação AF (n= 68)

EuroQol	Sedentário	Insuficientemente ativo	Ativo	Total	p valor
Mobilidade					
Nenhum problema	5	20	22	47	0,006*
Problema moderado	3	13	3	19	
Problema extremo	2	0	0	2	
Cuidados pessoais					
Nenhum problema	6	22	19	47	0,084
Problema moderado	2	11	6	19	
Problema extremo	2	0	0	2	
Atividades usuais					
Nenhum problema	3	19	18	40	0,60
Problema moderado	6	14	6	26	
Problema extremo	1	0	1	2	
Dor/ desconforto					
Nenhum problema	1	10	11	22	0,171
Problema moderado	9	23	14	46	
Problema extremo	0	0	0	0	
Ansiedade / depressão					
Nenhum problema	6	17	15	38	0,366
Problema moderado	3	16	9	28	
Problema extremo	1	0	1	2	

Fonte: Elaboração própria. * p ≤ 0.05

condições de vida, o que nos leva a reforçar a ideia da necessidade de implementação de ações voltadas à saúde mental das comunidades²⁴.

Os residentes dos SRT da grande Porto Alegre mantiveram-se sem agravos nos sintomas psiquiátricos ou de depressão, nem tiveram dificuldades nas habilidades diárias ou problemas de comportamento social, quando da transição para o novo sistema habitacional. Além disso, houve melhora significativa na QV e uma redução na medicação. Foram observadas algumas palavras comumente repetidas no contexto da saúde mental: autonomia, respeito, cidadania, casa,

tranquilidade, respeito pela vida e à diferença, as quais são pressupostos da Reforma Psiquiátrica¹⁷. O presente estudo aplicou os questionários diretamente nos “ex-pacientes”, agora moradores das residências terapêuticas, pessoas reinseridas na comunidade e à procura de sua autonomia. Ao analisar a QV com o nível de atividade física identificou-se relação nos aspectos sociais, o que pode ser devido à inserção dos participantes na comunidade.

Os resultados obtidos com os moradores das residências terapêuticas tiveram uma maior média nos domínios Estado Geral de Saúde e Capa-

cidade Funcional, similar ao estudo que disponibilizou escores para o SF 36 em 755 indivíduos da população geral da cidade de Porto Alegre/RS²⁵. O domínio estado geral de saúde é válido para avaliação de ambos componentes: físico e mental²⁶. Tão importante quanto à avaliação quantitativa e objetiva do indivíduo, é, também, a avaliação subjetiva desse estado de saúde, pois esta é a forma da pessoa demonstrar a sua própria percepção de saúde e de se sentir saudável, e é nesta visão ou dimensão de saúde que o SF-36 avalia esse domínio. A capacidade funcional se refere às atividades mais complexas do cotidiano, tais como: passear, fazer compras, limpar casa, lavar roupa, dirigir, utilizar meios de transporte coletivo, entre outros. O instrumento utilizado, por ser genérico, avaliou a influência que a capacidade funcional exercia sobre a vida do indivíduo quando comparada à população geral, afetando a sua QV.

O domínio mobilidade esteve relacionado com os níveis de atividade física. Os moradores ativos das residências terapêuticas se relacionam à categoria com ausência de problemas ao andar, os insuficientemente ativos com alguns problemas em andar e os sedentários obtiveram associação com o estado de estar na cama. O projeto Mobilidade na Velhice (Lispe) pesquisou, por meio de acelerômetro, a associação entre a atividade física mensurada e a mobilidade diária de 174 pessoas entre 75 e 90 anos, durante uma semana. Os participantes com um espaço de vida restrito eram menos ativos fisicamente e cerca de 70% deles tiveram valores excepcionalmente baixos na contagem de passos diários (≤ 615 passos) e tempo de atividade moderada ($\leq 6,8$ min). O maior número de passos foi positivamente relacionado à maior mobilidade dos participantes, fortificando a relação entre mobilidade e atividade física²⁷. Estudo com 1.149 participantes examinou se a atividade física no início da idade adulta, no final da meia-idade e na velhice, bem como o histórico de atividade física acumulada ao longo da vida estava associada a mudanças no funcionamento físico e na mortalidade na velhice. Ser fisicamente ativo durante toda a vida adulta foi associado com menor declínio no desempenho físico, bem como com menor risco de mobilidade incidente, incapacidade e morte prematura em comparação com aqueles participantes que tinham sido menos ativos durante sua vida adulta²⁸. A velocidade de caminhada é um sinal vital importante em pessoas mais velhas.

O estudo que investigou se a idade subjetiva (como o indivíduo sente-se em relação à idade

cronológica) contribuiu para a velocidade de caminhada, com mais de 8000 participantes, evidenciou que uma idade mais jovem subjetiva esteve associada a mais rápida velocidade de caminhada e com o menor declínio físico e funcional ao longo do tempo²⁹. Estas associações foram parcialmente explicadas pelos sintomas depressivos, pela carga da doença, pelos níveis de atividade física e cognição, índice de massa corporal e tabagismo. A idade subjetiva pode ajudar a identificar os indivíduos em risco de limitações de mobilidade no envelhecimento e ser um alvo para intervenções destinadas a atenuar o declínio físico e funcional, além de contribuir positivamente na QV.

Autores compararam a atividade física e a relação com a QV em doentes crônicos, usando o questionário SF-36³⁰. O aspecto dor foi mencionado por 69% da população pesquisada que não praticava atividade física regular (70,54%), muito próximo aos achados deste estudo no qual 63,2% dos moradores foram classificados como sedentários e insuficientemente ativos. Evidências científicas comprovam a eficácia da atividade física (condicionamento aeróbico, fortalecimento muscular, treinamento de flexibilidade e terapias de movimento) em combinação com abordagens farmacológicas e não farmacológicas na melhoria da QV³⁰⁻³³. Apesar da variância na origem ou patogênese, muitas condições são igualmente caracterizadas por dor crônica, má função física, limitações de mobilidade, depressão, ansiedade e perturbações do sono³⁴. O exercício pode diminuir a dor e melhorar a função de condições de dor crônica, sendo um tratamento eficaz para várias doenças de dor crônica, incluindo fibromialgia, dor de garganta crônica, osteoartrite, artrite reumatóide e dor lombar crônica³⁰. A investigação dos efeitos do exercício físico em mulheres com dor crônica mostrou que, após o exercício, houve diminuição dos níveis de substância P e do glutamato (que são neurotransmissores nociceptivos de algumas fibras aferentes), aumento dos níveis de beta-endorfina e cortisol, além da diminuição da intensidade da dor e o aumento do seu limiar no grupo com dor crônica³³.

A percepção de QV associada à saúde em idosos encontra-se intimamente ligada à prática de atividade física³¹. Outro estudo chamado Youth Study Early-intervention (YES) ou Intervenção Prévia na Juventude é um protocolo de estudo australiano randomizado controlado, que visa a participação social e o bem-estar físico como um complemento ao tratamento psiquiátrico convencional. Este ensaio em andamento usa dois

módulos de terapia de grupo facilitado (atividade física e social) como veículos para promover a mudança clínica, cognitiva, social e profissional de 120 jovens que frequentam os serviços de saúde mental em Sydney. Os módulos são um complemento aos tratamentos habituais oferecidos aos jovens e potencializam a atividade física como um recurso inestimável na promoção da saúde³⁵.

As pessoas com transtornos mentais crônicos exercitam-se menos que a população em geral, quer seja em decorrência da própria patologia, que em alguns casos provocam lentificação psicomotora, ou em consequência dos medicamentos que acabam comprometendo a motricidade. Nesse sentido, o movimento frequente é preferível ao comportamento sedentário. A atividade física é cada vez mais reconhecida como um componente eficaz como coadjuvante no tratamento para várias doenças mentais. A associação inversa entre atividade física e doença cardiometabólica é bem estabelecida, assim como a forte ligação entre a doença mental, o comportamento sedentário e a saúde cardiometabólica precária³⁶. A prescrição de atividade física como tratamento preconiza que tais intervenções são mais bem-sucedidas quando o exercício físico é adaptado individualmente e respeita a adequada velocidade de progressão, considerando as limitações físicas, as necessidades psicossociais e os recursos disponíveis dos indivíduos³⁴.

Dados da Organização Mundial da Saúde evidenciam que pessoas com depressão e esquizofrenia têm 40 a 60% mais chances de morte prematura por comorbidades (câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, HIV) do que a população em geral³⁷. Assim como há evidência da relação entre depressão, infarto do miocárdio e diabetes – pessoas que sofreram infarto do miocárdio e diabetes são mais propensas a desenvolver depressão e vice-versa. Nesse sentido, uma população institucionalizada durante muitos anos, necessita um cuidado atento não somente para as questões de ordem psiquiátrica, mas também à saúde geral. As queixas de ordem da saúde “física”, às vezes relegadas a um plano secundário, em razão da preponderância do quadro mental, sinalizam para o imperativo da integralidade do cuidado e a não dissociação saúde física e mental.

A atividade física melhora a saúde geral, o risco de doenças e a progressão de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e obesidade³⁴. O exercício desencadeia a liberação de beta-endorfina da hipófise (periféricamente) e do hipotálamo (central), que por sua

vez proporciona efeitos analgésicos através da ativação de receptores μ -opióide periféricamente e centralmente³². Além disso, a caminhada e os programas de atividade física podem proporcionar a oportunidade de alargar as relações sociais, estimulando novas amizades, o que gera efeitos saudáveis no nível cognitivo e na QV²⁸.

Conclusão

Nas últimas décadas, as crescentes inovações tecnológicas da Medicina trouxeram um aumento da expectativa de vida da população. Isto ocorre tanto em indivíduos saudáveis, como para aqueles com enfermidades crônicas, uma vez que os tratamentos disponíveis permitem um maior controle de sintomas e um retardo do curso natural das doenças. Desta forma, a QV entra como um fator fundamental para avaliar as pessoas com transtornos mentais crônicos e a atividade física mostra-se como um fator de proteção.

A desinstitucionalização dos moradores asilares do Hospital Psiquiátrico São Pedro constituiu-se em um evento importante da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, além da criação de uma rede de serviços substitutivos. Os benefícios de morar em uma casa são inquestionáveis. Entretanto, há a necessidade de continuar realizando investimentos para que os moradores possam usufruir plenamente dos direitos conquistados. A pesquisa permitiu conhecer a percepção dos próprios moradores sobre como estão sendo prestados os serviços no que concerne a atividade física e a qualidade de vida, trazendo dados importantes para a tomada de decisões de futuras políticas públicas.

O estudo avaliou a QV em todos os moradores dos SRT da região metropolitana de Porto Alegre/RS, com dois instrumentos distintos utilizados na literatura científica internacional. Os dados evidenciam uma média relativamente baixa no estado geral de saúde e pelo menos um problema moderado ou extremo em 82% dos avaliados. No que se refere ao nível de atividade física, ficou evidente que a maioria não pratica atividade física regularmente. Ao analisar tais escores com os níveis de atividade física nesta população, nos deparamos com a percepção de dor, os aspectos sociais e a mobilidade relacionados ao sedentarismo. Frente a esses dados, salienta-se a lacuna relacionada à falta de incentivo para a prática de atividade física e a perda dos possíveis benefícios físicos e sociais desta para a amostra estudada.

As limitações do estudo foram a dificuldade de acesso aos prontuários e a diferença entre os serviços prestados em uma e outra residência terapêutica. Além disso, há poucos estudos nacionais e internacionais relacionados à qualidade de vida e atividade física em pessoas com transtornos mentais e, ainda mais raros considerando a associação de tais fatores em pessoas moradores de residenciais terapêuticos.

Colaboradores

SK Klein trabalhou na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, A Fofonka participou da análise e da interpretação dos dados, A Hirdes trabalhou na redação e análise crítica do artigo, MHVM Jacob trabalhou na concepção do trabalho e na redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde mental em dados. *Informativo eletrônico* 2012; (7):10.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília: MS; 2004.
3. Delgado PGG. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):312.
4. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
5. Fleck MP. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008. p. 19-28.
6. Smith PJ, Potter GG, McLaren ME, Blumenthal JA. Impact of aerobic exercise on neurobehavioral outcomes. *Ment Health Phys Act* 2013; 6(3):139-153.
7. Taliaferro LA, Rienzo BA, Miller MD, Pigg Junior RM, Dodd VJ. High school youth and suicide risk: exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *J Sch Health* 2013; 78(10):545-553.
8. Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJ. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2013; 43(3):195-206.
9. Williams CL, Tappen RM. Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2007; 22(5):389-397.
10. Aman E, Thomas DR. Supervised exercise to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10(4):271-276.
11. Molloy DW, Beerschoten DA, Borrie MJ, Crilly RG, Cape RDT. Acute effects of exercise on neuropsychological function in elderly subjects. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36(1):29-33.
12. Powell RR. Psychological effects of exercise therapy upon institutionalized geriatric mental patients. *J Gerontol* 1974; 29(2):157-161.
13. McMurdo MET, Rennie LM. A controlled trial of exercise by residents of old people's homes. *Age Ageing* 1993; 22(1):11-15.
14. Mulrow CD, Gerety MB, Kanten D, Cornell JE, DeNino LA, Chiodo L, Aguilar C, O'Neil MB, Rosenberg J, Solis RM. A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *JAMA* 1994; 271(7):519-524.

15. Schnell JF, MacRae PG, Giacobassi K, MacRae HSH, Simmons SF, Ouslander JG. Exercise with physically restrained nursing home residents: maximizing benefits of restraint reduction. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(5):507-512.
16. Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, McTiernan A, Plymate SR, Fishel MA, Watson GS, Cholerton BA, Duncan GE, Mehta PD, Craft S. Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: a controlled trial. *Arch Neurol* 2010; 67(1):71-79.
17. Binkowski G, Jorge A, Braga L, Wolski R, Frichembruder S, Tinoco S, Resende V. Vizinhanças: de correntes a redes. Entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar. In: Silveira MFA, Santos Junior HPO, organizadores. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campinas Grande: EDUEP; 2011. p. 163-180.
18. Ciconelli R. *Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 - item short - From Health Survey (SF36)"* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
19. EuroQol Group. *EQ-5D a measure of health-related quality of life developed by the EuroQol group: user guide*. 7th ed. Rotterdam: EuroQolGroup; 2000.
20. Pinto EB, Maso I, Vilela RNR, Santos LC, Oliveira-Filho J. Validation of the EuroQoL quality of life questionnaire on stroke victims. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* 2011; 69(2B):320-323.
21. Santos M, Cintra MA, Monteiro AL, Santos B, Gusmão-Filho F, Andrade MV, Noronha K, Cruz LN, Camey S, Tura B, Kind P. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States: Results from a Saturation Study. *Med Decis Making* 2015; 36(2):253-263.
22. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion. IPAQ: estudo de validação e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2):5.
23. Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; (36):416-419.
24. Souza RC, Scatena MCM. Qualidade de Vida de Pessoas Egressas de Instituições Psiquiátricas: o caso de Ilhéus - BA. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):88-97.
25. Cruz LN, Fleck MPA, Oliveira MR, Camey SA, Hofmann JF, Bagatinni AM, Polanczyk CA. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the South of the country. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):1911-1921.
26. Ware JE Jr. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25(24):3130-3139.
27. Tsai LT, Portegijs E, Rantakokko M, Viljanen A, Saajanaho M, Eronen J, Rantanen T. The association between objectively measured physical activity and life-space mobility among older people. *Scand J Med Sci Sports* 2015; 25(4):e368-373.
28. Stenholm S, Koster A, Valkeinen H, Patel KV, Bandinelli S, Guralnik JM, Ferrucci L. Association of Physical Activity History With Physical Function and Mortality in Old Age. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015; 71(4):496-501.
29. Stephan Y, Sutin AR, Terracciano A. "Feeling younger, walking faster": subjective age and walking speed in older adults. "Sentindo-se mais jovem, andando mais rápido": idade subjetiva e velocidade de caminhada em idosos. *Age (Dordr)* 2015; 37(5):9830.
30. Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Rev Bras Cien Mov* 2002; 10(1):47-54.
31. Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.* 2006; 20(3):219-225.
32. Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, Meeus M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician* 2012; 15(3 Supl.):205-213.
33. Karlsson L, Gerdle B, Ghouri B, Bäckryd E, Olausson P, Ghouri N, Larsson B. Intramuscular pain modulatory substances before and after exercise in women with chronic neck pain. *Eur J Pain* 2015; 19(8):1075-1085.
34. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015; 29(1):120-130.
35. Gehue LJ, Scott E, Hermens DF, Scott J, Hickie I. Youth Early-intervention Study (YES) - group interventions targeting social participation and physical well-being as an adjunct to treatment as usual: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16(1):333.
36. Rosenbaum S, Tiedemann A, Stanton R, Parker A, Waterreus A, Curtis J, Ward PB. Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australas Psychiatry* 2015; Jul 2.
37. World Health Assembly. The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. *Presented at the Sixty-fifth World Health Assembly*; Geneva; May 21-26; 2012.

Artigo apresentado em 21/09/2015

Aprovado em 22/07/2016

Versão final apresentada em 24/07/2016