

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO  
UNIFENAS**

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DOENTES  
MENTAIS EM CASAS DE ACOLHIMENTO DE  
IDOSOS EM CIDADES DO SUDOESTE MINEIRO,  
BRASIL.**

Maurício Giubilei

Alfenas - MG  
2006

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO  
UNIFENAS**

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DOENTES  
MENTAIS EM CASAS DE ACOLHIMENTO DE  
IDOSOS EM CIDADES DO SUDOESTE MINEIRO,  
BRASIL.**

**Maurício Giubilei**

Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade José do Rosário Vellano como  
parte das exigências para obtenção do Título de  
Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Tavares Carvalho  
Co-orientador: Prof. Dr. José Maurício Schneedorf F. Silva

**Alfenas - MG  
2006**

Giubilei, Maurício.

Avaliação epidemiológica de doentes mentais em casas de acolhimento de idosos em cidades do sudoeste mineiro, Brasil/. Maurício Giubilei. Alfenas: UNIFENAS, 2006.

xi, 60 f.: il. ; 31 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Tavares Carvalho

Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano.

Referências bibliográficas; f. 41-45.

1. Epidemiologia psiquiátrica. 2. Diagnóstico psiquiátrico. 3. Psiquiatria social. 4. Casa de acolhimento de idosos. 5. Desospitalização psiquiátrica. 6. Impacto social. 7. Psiquiatria social. I. Título.

CDU: 616.89 (043)

Se por demais sentirmos repletos de conhecimentos, não sobrar  espço psíquico para adquirirmos novos; conseqüentemente nós nos estagnaremos ao obsoleto. (Giubilei, M. – 1995)

## **DEDICATÓRIA**

- À Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, que nos proporcionou esta oportunidade de nós nos inserirmos no seu Mestrado em Saúde.
- À CAPES que muito tem contribuído para viabilização das pesquisas aqui desenvolvidas.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Carlos Tavares Carvalho, que não mediu esforços em me estimular nesta arte de pesquisar, de forma desinteressada em seus resultados precoces, contudo responsável em seu conteúdo, forma e análise realmente conclusivas dos dados obtidos, estimulando ciência à ciência.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. José Maurício Schneedorf F. Silva, que mesmo muito atarefado e com seu constante bom humor, nunca deixou de me atender, seja na Universidade, seja em sua própria casa, orientando-me com clara responsabilidade, respeito e dedicação.

À Prof<sup>ª</sup>. Darlene Cabral que, apesar das suas atividades acadêmicas tomarem todo seu tempo, nunca deixou de me apoiar com muita dedicação e proximidade.

À Fundação Sanatório Gedor Silveira, através de todos seus servidores que me deram cobertura técnica nas minhas ausências para cumprir meus créditos na Universidade.

Aos colaboradores diretos nesta pesquisa, que foram:

Assist. Soc. Cláudio Roberto Taliberti

Assist. Soc. Áurea Regina Zampieri Montaldi

Biom. Luis Egisto Caspon

Farm. Prof<sup>ª</sup>. Darlene Cabral

Prof<sup>ª</sup>.Ed. Física Lívia Roberta Sales

Psic. Márcia Cristina Fernandes

Psic. Patrícia Giubilei Milan Bianco

## RESUMO

GIUBILEI, Maurício. Avaliação epidemiológica de doentes mentais em Casas de Acolhimentos de Idosos em cidades do sudoeste mineiro, Brasil. Orientador: José Carlos Tavares Carvalho. Alfenas: Universidade José do Rosário Vellano/UNIFENAS, 2006. Dissertação (mestrado em saúde – área de concentração: Farmacologia).

**Objetivo:** Através das mudanças na Política de Saúde Mental a partir da Lei Paulo Delgado e sua conseqüente diminuição de leitos psiquiátricos, os autores buscaram, por evidencia, quantificar e estratificar doentes mentais de custódia desospitalizados, seus destinos e habitações, especialmente nas Casas de Acolhimento de Idosos em cidades do sudoeste mineiro. Os comportamentos destes pacientes e dos outros condôminos, suas capacidades psíquicas e funcionais, número de internações psiquiátricas, as medicações administradas foram avaliados e estratificados. **Método:** Após os diretores dessas casas autorizarem a realização deste estudo, dois questionários foram aplicados, um a elas e outro aos seus moradores. O primeiro identificou uma a uma, seus representantes, dados econômicos, operacionais, quantidade de colaboradores e suas funções. No segundo, cada condômino foi identificado e obteve-se seu diagnóstico social, econômico, familiar, psiquiátrico, psicológico e seu tratamento, após assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anuindo o nosso exame. Todos seus 520 moradores, doentes mentais ou não, foram avaliados clinicamente e seus diagnósticos estabelecidos segundo a CID-10. Onze dessas casas foram visitadas em dez cidades nessa região definida. **Resultados:** A distribuição por sexo foi a mesma e as idades entre 22 a 100 anos. Resultou que a predominância foi entre 51 a 70 anos, cor de pele branca em 70,60 % e capacidade laborativa inapta em 67,90 % . Seis ou mais internações psiquiátricas aconteceram em 10,40%, e 20,00% encontravam-se demenciados. Psicóticos crônicos e esquizofrênicos, respectivamente eram 19,80% e 13,30 % . Deficientes mentais encontrados em 21,70% contra 12,70 % de idosos preservados. Apenas 3,70% (19) eram egressos de hospitais de custódia. No total, 15,30 % tinham comportamentos que interferiam no cotidiano dos condôminos. Dos que usavam medicamentos regularmente, 64,40 % usavam remédios psicotrópicos associados ou não a outros clínicos. Destes, 35,60% tomavam medicações clínicas ou nenhuma delas. Das drogas psiquiátricas prescritas, a prevalente foi o haloperidol, em 35,20 %, seguido do diazepam, em 34,00 %, o biperideno, em 23,00 %, fenobarbital, em 21,50 % e a amitriptilina, em 14,90 %. Inexistiram leitos específicos para idosos e doentes mentais. **Conclusões:** Este estudo concluiu que o número de egressos de hospitais psiquiátricos de custódia encontrado foi pequeno em relação ao número de doentes mentais moradores dessas casas. A capacidade de seus diretores em fazer diagnóstico de perfil de doente mental, assim como o faz o psiquiatra, inibiu a inclusão de novos condôminos. A grande maioria de sua população (87,10%) era portadora de doenças mentais, neurológicas, neurológicas entre outras com sintomatologia psiquiátrica. Seis ou mais internações psiquiátricas ocorreram em 10,40%, inferindo-se que esta alternância entre estas casas e hospitais psiquiátricos foi uma institucionalização contínua em psiquiatria. O impacto social apresentou significativo grau de injúria, seja ela física ou psíquica, demonstrando que essas casas eram inespecíficas e incompletas para que houvesse harmonia entre condôminos de perfis geriátricos e psiquiátricos.

## ABSTRACT

GIUBILEI, Maurício. Epidemiological evaluation of mentally ill persons residing in Elderly Homes in the Southwest of Minas Gerais State, Brazil. Counselor: José Carlos Tavares Carvalho. Alfenas: José do Rosário Vellano University/UNIFENAS, 2006. Dissertation (Master's degree in Health Sciences – concentration area: Pharmacology).

**Aims:** The authors tried to identify de-hospitalized mentally ill patients living in shelters or homes and then quantify and stratify them as to their destinations, residence and behavior, specially towards other residents in Elderly Homes. The de-hospitalizations took place by the end of the 80s with changes to the Mental Health policy, the creation of Paulo Delgado law and the consequent deactivation of psychiatric beds in Brazil, mainly in Minas Gerais state. **Methods:** Two questionnaires were made, one for the Elderly Homes and the other for their residents. The survey only began after a Term of Consent was signed authorizing the participation in this study. The first questionnaire consisted of questions regarding care homes themselves, their managers, main religion, budget source, number of employees and their specific duties. Main types of covenants, public or private endowments for specific and complementary assistance as well as the number of beds for elderly and mentally ill residents were also evaluated. The Ministry of Health regulations regarding mentally ill patients were unknown to their managers. As to the boards of directors, they found it acceptable to have both mentally ill and elderly persons in the same environment. However, they were careful to explain the discomfort of this sociability. Psychiatric support or specific hospitals were acknowledged. The questionnaire consisted of residents data, sociofamiliar factors, psychiatric and psychological diagnostics, medication and dosages. Those residents coming from hospitals, number of specialized psychiatric confinements and their behavior adjustments were also considered. 520 residents in 11 homes located in 10 cities in the southwest region of Minas Gerais were evaluated. **Results:** Gender distribution was the same. Average age was 22 to 100 years old ( $65,60 \pm 14,39$ ). Ages between 51 and 70 years old corresponded to 48,65%, while in 82,49% of residents the ages were between 51 and 90 years. Caucasian was 70,60%. Regarding the laboring capacity, 67,90% was between none and little. Of all residents evaluated, 72,90% had never had a psychiatric hospitalization, and 10,40% had been hospitalized more than five times. The results show that 20,00% of all residents suffer from dementia; 19,80% were chronic psychotics and 13,30% schizophrenics. 21,70% were mentally ill and 12,70% was the percentage of healthy residents. The remaining residents presented other neuropsychiatric diagnostics. 3,70% (19) were de-hospitalized from Psychiatric Hospital. In general, 15,30% had inadequate behaviors which interferes in their daily life and 64,40% make daily use of psychotropic medication, against 35,60% who uses with non-psychotropic drugs or only and nothing at all. Of the psychotropic medications used haloperidol is the main in 35,20%, followed by diazepam, 34,00%; Biperideno, 23,00%, followed by Phenobarbital, 21,50%, and amitriptyline 14,90%. **Conclusion:** The study concluded that the number of psychiatric patients de-hospitalized and transferred to Elderly Homes was little in the evaluated area. However, a significant number of patients with chronic characteristics who alternated between Elderly Homes and Psychiatric Hospitals were identified. Most of the Elderly Homes avoided residents with some sort of mental disorder, especially schizophrenic ones. Other chronic psychiatric patients, with light symptoms and lack of monetary and family support, were accepted in as a matter of philanthropy and humanity.

Key words: Psychiatric Epidemiology, Psychiatric Diagnosis and Social Psychiatry - Elderly Homes – Psychiatric de-hospitalized and Social Impact.



## SUMÁRIO

1	Introdução.....	01
2	Revisão de literatura .....	07
2.1	Aos doentes mentais.....	07
2.2	Aos idosos.....	11
3	Justificativa.....	13
4	Objetivo Geral.....	14
5	Objetivos Específicos.....	14
6	Material e Métodos.....	15
6.1	Questionário às Casas de Acolhimento de Idosos.....	15
6.2	Avaliação dos Condôminos.....	16
7	Resultados.....	18
8	Discussão.....	24
8.1	Meios Substitutivos.....	28
8.2	Diminuição de Leitos Psiquiátricos.....	31
8.3	Situação atual dos Idosos.....	35
9	Conclusão.....	39
10	Referências Bibliográficas.....	41
11	Anexos.....	46
11.1	Anexo A.....	46
11.2	Anexo B.....	49
11.3	Anexo C.....	51
11.4	Anexo D.....	52

## 1- INTRODUÇÃO

O advento da Lei Paulo Delgado no final da década de 80, em que se pretendia a desativação dos leitos dos manicômios do Brasil, muitas modificações foram feitas nela, através de emendas constitucionais, tanto pela Câmara de Deputados Federais, como pelo Senado, mantendo, por final, o hospital psiquiátrico no cenário da saúde mental como último e estritamente necessário para doentes psiquiátricos graves, quando todas as atenções ambulatoriais especializadas fossem insuficientes. Para que este Projeto de Lei se tornasse mais consistente e democrático, muitas conferências de saúde mental foram realizadas em níveis municipais, estaduais e nacionais, buscando um consenso comum na comunidade científica. As participações de um dos autores nestas conferências foram importantes na aquisição dos dados que se seguem (GIUBILEI, 1995; GIUBILEI, 1996; GIUBILEI, 1997; GIUBILEI, 2000; GIUBILEI, 2001 e GIUBILEI, 2003).

Em variadas datas, primeiramente nos municípios, após nas sedes administrativas de microrregiões, depois nas cidades pólos-regionais e macro-regionais, estas conferências elaboraram suas propostas que foram levadas às conferências estaduais. Assim, a maioria dos Estados definiu a saúde mental desejada para cada um deles, embasadas em projetos como:

- Desospitalização e
- Substituição por meios alternativos à hospitalização.

Esses Estados elegeram dois representantes para cada macrorregional de saúde, correspondentes às Diretorias Descentralizadas de Saúde que as representaram nas Conferências Nacionais de Saúde Mental. O Estado de Minas Gerais contou com 56 deles, chamados delegados, os quais demonstraram os almejos e sugestões de suas respectivas áreas de abrangência. Finalmente foram elaboradas as propostas derradeiras para a Coordenadoria Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, priorizando o atendimento em nível ambulatorial, o indivíduo desospitalizado em psiquiatria.

Dentro destas mudanças políticas, um movimento que foi intitulado Luta Antimanicomial, o qual perdura até hoje, colaborou incisivamente na determinação final nas atuais normatizações da Política de Saúde Mental no Brasil. A desospitalização foi a temática predominante, estimulando o desenvolvimento e a inserção de outros meios extra-hospitalares de acolhimento e tratamento aos doentes mentais. Muito foi discutido e analisado quanto às estruturas hospitalares existentes e suas ações terapêuticas.

Os principais argumentos foram:

- Institucionalização por tempo prolongado promoveria perda de capacidades aos pacientes,
- Exclusão social e familiar,
- Ambiente de restrição e violência,
- Condutas médicas escusas e com exageros nas dosagens de medicamentos,
- Abandono destes pacientes pelo estafe dos hospitais,
- Eletroconvulsoterapia sem critérios médicos bem definidos,
- Meios de contenção física e química inadequada e
- Outros de igual importância.

Em alguns dos manicômios do passado, essas práticas foram citadas como suspeitas nestas conferências, contudo não claramente comprovadas, especialmente na época da ditadura brasileira.

Para que houvesse um melhor controle da qualidade no atendimento em psiquiatria hospitalar, foi implantado o PNASH (Programa Nacional de Avaliação de Sistemas Hospitalares) pelo Ministério da Saúde, o qual avaliou periodicamente todos os hospitais especializados em psiquiatria. Através destas avaliações, foram estratificados os níveis dos hospitais psiquiátricos através de pontuações obtidas por vários parâmetros pré-estabelecidos.

Com isto, muitos que não atingiram um escore mínimo necessário nas últimas vistorias precisaram se reestruturar. Os que não se adequaram foram descredenciados pelo Sistema Único de Saúde ou tiveram intervenção da Coordenadoria de Saúde Mental das respectivas Secretarias de Estado da Saúde.

Os hospitais que reconheceram e investiram no que tange ao aperfeiçoamento e aprimoramento de suas ações, em especial à implantação de programas terapêuticos bem definidos e atualizados, melhorando conseqüentemente suas atenções aos pacientes, mantiveram-se dentro do sistema público de atendimento, inclusive com incentivo financeiro, remunerando melhor os que atingiram as metas pré-determinadas.

Paralelamente a este movimento da desospitalização psiquiátrica, o Ministério da Saúde implantou os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todo país, além de ter dado maior ênfase aos outros tratamentos de nível ambulatorial. Estes serviços deveriam funcionar como contraponto do hospital psiquiátrico, ocupando lugares abertos, onde a equipe multidisciplinar refletisse sobre o diagnóstico e as possibilidades do uso de recursos terapêuticos comunitários – psicofarmacológicos e psicoterápicos – do Sistema Único de Saúde (SUS).

Determinavam-se nestas normatizações, ser um lugar de referência e tratamento para sofredores de transtornos mentais como: portadores de psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência de sintomas e sinais significativos justificassem suas inclusões e assistência de forma intensiva, comunitária, personalizada e promotora de vida. Era essencial: o acompanhamento clínico, reinsertão social, bem como o acesso ao trabalho, lazer e exercício da cidadania, além do fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Já as casas de acolhimento de idosos, sem avaliação do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Ação Social, tinham o ainda atual Estatuto do Idoso que regulamentava e normatizava suas ações e metas (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, D.O.U., pg. 1-6 de

03/10/2003). Resumidamente, em relação ao Estatuto do Idoso citamos alguns parâmetros congruentes com o objetivo deste presente estudo, como no seu Art. 2: “[...] para preservação de saúde física e mental... em condições de liberdade e dignidade [...]”; parágrafo único: “[...] a garantia de prioridade compreende: II -... políticas sociais públicas específicas, [...]”; Art. 4: - “[...] nenhum idoso... negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, [...]”; Art. 10: parágrafo 2º “[...] inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral [...]”, e parágrafo 3º “[...] colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. [...] Cap. IV – parágrafo 1º - “[...] acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos [...]”; Art. 37: - o idoso tem direito a moradia digna [...]”; Art. 99 – “[...] expor a perigo a integridade e a saúde física ou psíquica do idoso, submetendo-o à condições desumanas ou degradantes [...]”.

Este estatuto apenas definia como construir ou adaptar arquitetonicamente seus espaços e a qualidade do atendimento a serem oferecidos à população de idosos. Não normatizava critérios como:

- Seleção de seus condôminos,
- Profissionais específicos para lidar com idosos,
- Projetos terapêutico-assistenciais aplicáveis aos inseridos neste sistema de acolhimento.

Vale lembrar também que os doentes mentais envelhecem e são tão ou mais dependentes quantos os outros hóspedes destas casas.

Da mesma forma, a mudança na Legislação Brasileira em relação ao atendimento de doentes mentais, que priorizava meios mais abertos como o CAPS não delimitava quais usuários com doenças mentais graves e crônicas, idosos ou não, graus de comprometimentos físicos e psíquicos, níveis de dependência de terceiros e outros que deveriam ser inseridos em outras atenções em saúde mental. Havia um hiato entre os dependentes funcionais e os

dependentes por perdas de capacidades por doenças mentais danificadoras. Meios como as residências terapêuticas eram úteis aos doentes mentais menos comprometidos, entretanto insuficientes aos mais debilitados.

Historicamente no Brasil, os asilos que atualmente são denominados como casas de acolhimento de idosos, servem para hospedar pessoas com idade avançada, hipofuncionais com quaisquer idades, incluindo deficientes mentais que perderam seus familiares, relações parentais ou sem apoio sócio-familiar, e outros desprovidos de capacidade de auto-suficiência, doentes ou não.

Nesta região avaliada, estas casas eram mantidas pela sociedade e sem financiamentos específicos do Estado, funcionando como instituições filantrópicas. Eram administradas, na sua maioria, por grupos de pessoas com tendência religiosa católica (os Marianos) e apenas uma, por pessoas com tendência religiosa espiritualista.

Eram organizadas por congregações que abrangiam pólos macrorregionais intraestaduais, de onde emanavam as normatizações para todas as suas respectivas casas de acolhimento de idosos. Esses pólos macrorregionais foram subdivididos em áreas menores, denominadas regionais. Os diretores destas regionais coordenavam e congregavam as diretorias de casas de acolhimento de cidades dentro das respectivas áreas geográficas definidas.

Para a realização deste estudo, apresentamos seu protocolo, objetivos e justificativas, além dos questionários a serem aplicados aos moradores de cada casa à diretoria de uma destas congregações. Solicitamos autorização para realizá-lo, endereços e os nomes dos diretores de cada unidade para contatos em sua área de abrangência. Cinquenta e uma delas foram contatadas, sendo que apenas onze concordaram em participar deste estudo, situadas em dez cidades que circundam São Sebastião do Paraíso – MG, inclusive.

Através de contatos telefônicos foram agendadas as datas de nossas visitas para a

formalização, através de um termo de compromisso assinado por ambas as partes, do consentimento de nossa presença para a aplicação dos questionários e examinar todos seus condôminos.

Nossas visitas realizaram-se com horários rigorosamente cumpridos e contou com a presença de um psiquiatra, dois assistentes sociais e duas psicólogas. Apresentamos nossas credenciais e a cada diretoria novamente apresentamos o protocolo deste estudo, objetivos e justificativas. Também documentamos com cada unidade as anuências através de um termo de consentimento, assinado por ambas as partes.

A todos os condôminos, da mesma forma, apresentamos (lendo seu conteúdo) nossos intentos e assinaram outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico a cada um deles. Os que eram dotados de pouca ou ausência de capacidade de discernimento, este termo fora assinado por um dos membros da equipe multiprofissional que assistiam aos seus moradores.

Só após este trâmite é que iniciamos a aplicação dos questionários desta avaliação.

Assim, levantamos algumas questões indagadoras que suscitavam esta pesquisa:

1- As casas de acolhimentos de idosos hospedavam idosos(as) normais e também outros idosos(as) e não idosos(as) com doenças mentais e outras patologias com sintomatologia psiquiátrica?

2- As casas serviam como acolhedoras de doentes mentais advindos de hospitais de custódia, os manicômios que foram desativados?

3- A desospitalização foi determinante na reintegração sócio-familiar dos doentes mentais oriundos dos hospitais de custódia?

4- Onde se encontravam os moradores de hospitais de custódia no Estado de Minas Gerais que foram desativados?

## **2- REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 - AOS DOENTES MENTAIS**

As novas diretrizes do Ministério da Saúde (Portarias nº 52 e nº 53, 2004 e Lei nº 10.216, 2001) em relação à psiquiatria nosocomial caminhavam para sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de atenção psicossocial (CAPS) (Portaria nº 336, 2002 e SOLLA, 2005), residências terapêuticas (SOLLA, 2005 e Portaria nº 106, 2000), programa de volta para casa (Lei nº 10.708, 2003 e Portaria nº 2.078, 2003) e maior atenção ao ambulatório de saúde mental inclusive na rede pública de atenção básica, junto aos Programas de Saúde da Família (PSF) (Lei nº 10.507 e Portaria nº 1.886).

Nise da Silveira, 2006, psiquiatra que revolucionou o tratamento da esquizofrenia, através da arte, tinha uma visão da doença mental diferente da aceita pela maioria dos colegas psiquiatras. Ela acreditava que o trabalho criativo e a expressão artística contribuiriam para dar ordem e equilíbrio ao mundo subjetivo e afetivo conturbado pela doença. E fez isto dentro de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, melhorando seu contexto e humanizando, sem ter que mudar toda uma estrutura pré-existente. Como é de se esperar de uma psicanalista, partiu de um eu central e responsável, e não de um continente externo. Assim, compreende-se melhor hoje o que Antonin Artaud, ao comentar a obra surrealista de Victor Brauner, sobre sua citação: a revelação de estados do ser é inumerável e cada vez mais perigosa, passando a partir daí a denominar os sintomas da esquizofrenia de “inumeráveis estados do ser”.

Tesseler e Gamache, 2000, avaliaram a sobrecarga sentida pelas famílias de pacientes psiquiátricos, bem como o impacto que podia acarretar na saúde mental destes familiares, especialmente no contexto da desinstitucionalização dos doentes, levando estes familiares a se tornarem seus principais provedores de cuidados e apoio.



Evidenciou-se assim apenas um dado positivo, o maior envolvimento família / paciente, especialmente a diminuição do estigma do doente mental na família e sociedade. Entretanto, apontou-se outra sobrecarga a estes familiares, alterando seus desempenhos no dia a dia (TESSELER e GAMACHE, 2000). Esta sobrecarga foi acentuada pela falta de apoio dos serviços de saúde mental e dos profissionais da área às famílias a serem enumeradas:

- Informações insuficientes sobre a doença e o tratamento,
- Estratégias nos cuidados cotidianos e
- Como agir nas crises destes pacientes (MAURIN e BOYD, 1990).

As famílias foram incluídas como uma fonte essencial de suporte aos pacientes, entretanto não houve conhecimentos e preparos necessários para este importante papel, levando ao insucesso da reinserção social (LOUKISSA, 1995).

A desinstitucionalização psiquiátrica objetivaria não somente a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos (primeira meta), mas principalmente, ao desenvolvimento de serviços psiquiátricos comunitários adequados para o atendimento aos pacientes egressos de hospitais de custódia e seus familiares (segunda meta). Em vários países, a primeira meta do projeto de desinstitucionalização ocorreu de forma marcante na Inglaterra e Estados Unidos (RAFFERY, 1992), e Canadá e Itália (CREPET, 1990; MERCIER, 1997; LESAGA, 1996). No entanto, a segunda meta deixou a desejar; a de desenvolver recursos comunitários suficientemente numerosos e adequados para dar suporte às necessidades múltiplas dos pacientes, seja no âmbito clínico, seja no social e ocupacional, o que poderia assegurar as reinserções sociais. Em todos os países que fizeram a reforma psiquiátrica, houve insuficiência no atendimento aos egressos de hospitalizações. Outros pacientes recém-adocidos, por incompleto sistema de atendimento psiquiátrico multidisciplinar, tiveram como consequência altas taxas de recaídas, outra fonte de estresse para os familiares, gerando ainda um grande número de rehospitalizações, o conhecido fenômeno da porta giratória (DORVIL,

1987; GELLER, 1990; BANDEIRA, 1994). Outros fatores que contribuíram para este insucesso:

- Falta de coordenação entre os serviços comunitários e hospitalares;
- Inadequado referenciamento e contrareferenciamento destes pacientes;
- Diferenças ideológicas entre membros de equipes multidisciplinares;
- Desconhecimento da extensão e da gravidade dos déficits causados pelas doenças mentais e
- Falta de continuidade do acompanhamento (BANDEIRA e DORVIL, 1996).

O número de leitos especializados em psiquiatria recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 1/1000 hab./ano (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 2003), número esse díspar para menos aos registrados no estado de Minas Gerais que preconiza cerca de 0.30 leitos /1000 hab. / ano, segundo a Portaria Ministerial nº 224 (Portaria nº 224, 1994).

O Conselho Federal de Medicina publicou dados recentes, em que 25,00% da população brasileira apresentava transtornos psiquiátricos prevalentes; esquizofrenia, 1,00% a 2,00%; depressão, 6,00%; transtorno obsessivo compulsivo, 2,00% a 3,00%, e retardo mental 1,00%, sendo que deste, 1,00% a 2,00% foi do grupo retardo mental profundo (ROBERTO, 2005).

Em face das limitações de instrumentos padronizados para diagnósticos dos transtornos mentais para pesquisa epidemiológica, muitos deles:

- Apresentavam desenhos para avaliar prevalência não levando em conta à severidade deles e
- Não analisavam padronizadamente o tratamento que os pacientes receberam.

Assim foram desenvolvidos instrumentos mais atualizados, como o *Diagnostic Interview Schedule e Composite Internacional Diagnostic Interview (D.I.S.)* nos Estados Unidos. Para explorar melhor estas limitações, a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.)

criou o *The Who (World Mental Health Survey Consortium, 1998)*. Através disto, as doenças foram classificadas como leves, moderadas e graves, conforme:

- 1) Diagnóstico;
- 2) Presença de tentativa de suicídio;
- 3) Comprometimento do desempenho social.

Com isto, observaram-se:

- Transtornos mentais prevalentes na China eram de 4,30% a 26,40%, nos USA, com destaque para os transtornos de ansiedade;
- Transtornos mentais graves levavam a pelo menos 30 dias/ano de incapacidade e os moderados, nove dias;
- 0,80% (Nigéria) e 15,30% (USA) receberam tratamento;
- Nos países desenvolvidos: 35,50% a 50,30% dos casos graves não receberam nenhum tratamento;
- Em países menos desenvolvidos, 76,30% a 85,40% dos casos graves não receberam quaisquer tratamentos;
- Os casos leves receberam tratamento em todos os países;
- Os pacientes mais graves, paradoxalmente e proporcionalmente, receberam menor cobertura em termos de tratamento (FLECK, 2005).

## 2.2 - AOS IDOSOS

As Casas de Acolhimento de Idosos foram delineadas pela Lei de número 10.741 de 01/10/2003, publicada no Diário Oficial da União, p. 1-6 de 03/10/2003, a qual dispunha sobre o Estatuto do Idoso (Lei n.10.741, 2.003).

Os transtornos do humor foram freqüentes na população idosa, especialmente a depressão. Seus sintomas representavam uma importante questão de Saúde Pública e afetavam substancialmente a qualidade de vida, principalmente por restringir atividades sociais. Medidas menos intrusivas, como um programa de exercícios físicos aeróbios na intensidade do limiar ventilatório 1 (VT-1) em idosos saudáveis e sedentários, por 6 meses em bicicleta ergométrica, 3 vezes por semana, em dias alternados, comparado com um grupo controle, mostraram-se favoráveis nos escores indicativos de depressão e ansiedade, melhorando a qualidade de vida (ANTUNES, 2005).

A manutenção da independência para as atividades de vida diária, autonomia e satisfação com o relacionamento familiar e amigos foram fatores preditivos do envelhecimento bem-sucedido para ambos os sexos. O conforto material, boa saúde, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relacionamento interpessoal, suporte social, atividades recreativas, sexualidade, religiosidade foram preditivos para as mulheres. A família foi o principal suporte social (MORAIS, 2005; SOUZA, 2005).

A vulnerabilidade de seu público alvo (idosos) aumentava o risco de injúrias físicas e psíquicas, quando em estreita convivência com sujeitos cujo comportamento era incongruente com a convivência social esperada (respeito, troca simbiótica, acolhimento, proteção, convivência social, relação interpessoal, etc.).

O Estado do Rio de Janeiro possuía a maior proporção de pessoas idosas do país. Esperava-se um aumento anual do número destes portadores de transtornos mentais com conseqüências não apenas para as pessoas diretamente atingidas, mas também para suas

famílias. Em razão disto, a Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro criou um Departamento de Psiquiatria Geriátrica, que tinha como objetivos informar os avanços técnicos, aumentar a competência dos profissionais, comunicar à população, alertá-la para soluções já disponíveis e ser agente ativo junto ao Setor Público pela melhoria de cuidados específicos a esta população (SIMPÓSIO de Geriatria – Hotel Glória – R. J. - 2004).

Já se fazia cabível estudar alternativas exclusivas ao atendimento aos idosos, em que pese à necessidade dos doentes mentais crônicos também terem abrigos adequados e específicos para eles, independente de suas idades (citação de alguns administradores destas Casas de Acolhimento de Idosos avaliadas).

### **3- JUSTIFICATIVA**

Justificou-se este estudo, pois os dados epidemiológicos específicos de doente mentais em Casas de Acolhimento de Idosos inexistiam nesta região delimitada, tanto na literatura médica, como em artigos publicados em revistas ou livros, ou até mesmo em meios eletrônicos.

Os dados obtidos na Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - (OF/SAS/CESM/Nº171/2005) \*, apesar de muito importantes para esta avaliação, mostraram-se inconsistentes para a análise deste estudo, requerendo dados que espessassem os detalhes pretendidos nesta pesquisa, bem como as variáveis, para uma análise e resultados aqui necessários.

---

\* Dados colhidos por um dos pesquisadores (GIUBILEI, 2005) na Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – OF/SAS/CESM/Nº171/2005.

#### **4- OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo foi desenvolver um diagnóstico e análise da condição de doentes mentais em Casas de Acolhimento de Idosos, buscando relações entre a desativação de leitos psiquiátricos no sudoeste de Minas Gerais e suas novas inclusões como moradores destas referidas casas, bem como buscar o destino de outros também desospitalizados.

#### **5- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o número de portadores de doenças mentais agudas e crônicas em Casas de Acolhimento de Idosos;
- Caracterizar o número de condôminos portadores de doenças psiquiátricas, cujo acolhimento se deu pela diminuição dos leitos psiquiátricos em cidades do sudoeste mineiro a partir de 1990;
- Avaliar o impacto da desospitalização para estes sistemas mais “abertos”;
- Levantar uma ou mais hipóteses quanto à migração desses doentes mentais.

## **6- MATERIAL E MÉTODOS**

O instrumento de coleta de dados foi através de dois questionários. Um às Casas de Acolhimento de Idosos e outro específico aos acolhidos (Anexo A e B respectivamente).

Os questionários às Casas de Acolhimento de Idosos foram aplicados pelos assistentes sociais e os questionários específicos aos seus condôminos, bem como as avaliações psicológicas e o exame psiquiátrico realizados, respectivamente e diretamente, pelas psicólogas e o psiquiatra. Todos os dados colhidos ficaram sob sigilo médico, constante nas Normatizações do Conselho Federal de Medicina do Brasil através do seu Código de Ética Médica. Este trabalho foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS sob o parecer nº 113/2005.

### **6.1 - Questionário às Casas de Acolhimento de Idosos.**

Levantaram-se no Questionário 1 (ANEXO A) os seguintes dados:

- Identificação da Instituição e de seus diretores,
- Financiamento proporcional de suas atividades,
- Número de funcionários contratados,
- Profissionais ou serviços conveniados, estratificando-os segundo suas profissões ou atribuições,
- Leitos disponíveis para idosos e para doentes mentais,
- Proporções e a compatibilidade entre estes dois perfis de usuários.



## 6.2 - Avaliação dos Condôminos.

Levantaram-se no Questionário 2 (ANEXO B) os seguintes dados:

Comportamentais:

- Comportamentos de doentes mentais e de idosos nestas moradias;
- Interferência dos comportamentos destes doentes à população específica (idosos);
- Injúrias físicas ou psicológicas de doentes mentais aos idosos;
- Injúrias físicas ou psicológicas de idosos aos pacientes psiquiátricos.

Individualmente:

- Identificação de cada usuário e seu tempo de habitação;
- Diagnóstico social e familiar;
- Diagnóstico psicológico;
- Diagnóstico psiquiátrico pela CID 10 da OMS (CID – 10),
- Número de internações psiquiátricas;
- Ex-moradores de Hospitais Psiquiátricos como asilados;
- Comportamento de cada habitante no condomínio;
- Medicações psiquiátricas e suas dosagens.

Todos os dados levantados foram de conformidade com as normatizações nacionais e internacionais, consoantes, inclusive, com as normatizações da Food and Drugs Administration (F.D.A.) e E.M.E.A. (THOMAS e FIGUEIRAS, 2006).

Duas tabelas foram elaboradas pelos autores, quis sejam: a tabela intitulada “Capacidade Laborativa”, quantificando em Nenhuma (completamente dependentes de terceiros, não sabendo fazer absolutamente nada), Mínima (aqueles que só são capazes de realizar tarefas como escovar dentes, alimentar-se sozinho, dirigir-se aos seus próprios aposentos quando estimulados pelos seus cuidadores), Pouca (realizam suas atividades básicas de sobrevivência espontaneamente, entretanto não eram capazes de realizar outras tarefas

simples), Média (aqueles que realizam atividades simples e básicas como varrer, lavar fômites, ajudar em banho de terceiros junto com seu acompanhante), Média Alta (o sujeito é capaz de realizar toda e qualquer atividade, entretanto somente quando estimulado por terceiros) e Alta (espontaneamente realizavam tarefa de qualquer espécie).

Da mesma forma, à intitulada como “Comportamento”, deram-se as seguintes quantificações: Adequado (seu comportamento é igual a qualquer pessoa cuja convivência social é saudável, respeitosa e simbiótica), Inadequado Leve (incomoda pessoas por palavras, viscosidade, arrogância, exageros no falar ou cantar, entre outros), Inadequado Moderado (atrapalha o ritmo dos dias das pessoas como horários para alimentar, dormir, hostilidade, comportamento social intrusivo, invasão de espaço de outros, repetitividade, inquietação, críticas severas entre outros), Inadequado Grave (transtorna todo o ambiente através de quebras de objetos, gritaria, xingamentos, hostilidade severa, pequenas agressões sem lesões significativas, entre outros) e Inadequado Gravíssimo (literalmente agride qualquer pessoa sem motivo aparente, quebra todos e quaisquer objetos, entre outros).

Os resultados foram expressos por valores percentuais em relação ao total de quesitos analisados em cada variável dos questionários elaborados. Os dados percentuais obtidos foram posteriormente alocados em tabelas construídas para cada categoria. A população de idosos encontrados nas casas de acolhimento foi avaliada por média +/- desvio-padrão, seguido de teste-t de Student e em nível de significância de 0,05.

## 7- RESULTADOS

Todos os seus 520 condôminos (100%) das Casas de Acolhimento de Idosos amostradas tiveram os levantamentos completados, o que correspondeu a 0,002% da população de 268.908 habitantes desta área territorial de 5.185 Km<sup>2</sup>. As cidades visitadas com seus respectivos números de habitantes foram: Capetinga (7.502), Cássia (18.930), Itamogi (11.638), Itaú de Minas (15.406), Jacuí (7.873), Monte Santo de Minas (22.416), Passos (105.098), Pratápolis (9.105), São Sebastião do Paraíso (64.150), e São Tomas de Aquino (7.527), sendo que em uma delas havia duas destas Casas (nº. de habitantes em cada cidade avaliada segundo IBGE – projeção maio de 2.005).

Destas 11 casas, 10 delas tinham religiosidade predominante católica e apenas uma, orientação predominantemente espírita. Nenhuma delas obrigava práticas religiosas aos acolhidos, deixando-os livres na escolha da crença que preferissem.

Todas elas eram administradas por uma diretoria leiga na área de saúde ou de serviço social e sem nenhuma remuneração. Trabalhavam voluntariamente, inclusive na assistência direta aos moradores. Foram muito receptivos e colaboraram, fornecendo todos os dados que solicitamos, sem nenhuma restrição, mostrando sempre uma característica filantrópica.

Quanto ao ressarcimento das atividades nestas casas, nenhuma delas tinha financiamento público contínuo específico para acolhimento de idosos. Outros setores públicos ligados à saúde, assistência social, ou ainda privados, também em nada colaboraram para esta prestação de serviços. As ajudas financeiras foram relatadas conforme a TAB. 1:

TABELA 1 - Ressarcimento das atividades nestas casas

<b>Ajudas financeiras</b>	<b>% Total</b>
Setor público	2,00
Grupo de Amigos	2,82
Acolhidos com suas aposentadorias ou complementação pelos familiares	57,50
Doações	18,00
Congregação mantenedora	0,00
Setor Privado	13,70
ONGs	0,91
Dotações	0,91
Outros	4,16

Todas as casas estudadas realizavam festas e outros eventos, cujos lucros complementavam suas receitas financeiras para suas manutenções, incluídos na TAB. 1 como “outros”.

Em relação aos funcionários contratados, nenhum era médico. Quando necessário, era pago pelo morador ou atendido por médicos dos Programas da Saúde da Família na área de sua abrangência, quando não usavam os ambulatórios públicos. Apenas em uma destas casas, um médico dava assistência diariamente como voluntário.

Dentre todos os servidores de todas as casas computadas, o que é apresentado na TAB. 2 corresponde às percentagens dos servidores contratados e voluntários.

TABELA 2 - Número de Servidores Contratados e Voluntários

<b>Servidores Contratados e Voluntários</b>	<b>% Total</b>
Enfermeiro	0,91
Auxiliares e técnicos de enfermagem	4,39
Psicologia e Serviço Social	0,91
Profissionais lotados nas áreas de limpeza, lavanderia e cozinha	6,91
Manutenção geral	2,09
Atividade específica como administrador	0,29
Fonoaudiólogas, Fisioterapeutas e Professores de Educação Física	0,64
Voluntários	4,73

O restante dos servidores não se enquadrava nesta classificação, pois 79,13% deles eram membros da própria diretoria e outros moradores.

Psiquiatra, geriatra ou gerontopsiquiatra não atendia nenhuma destas casas, seja como contratado, do sistema público ou como voluntário, e nenhuma contava com orçamento exclusivo para tratar e acompanhar doentes mentais, além de não possuírem leitos ou espaços específicos para estes.

Quanto ao número de condôminos foi variável de casa para casa, de 26 a 147 moradores, numa média de  $57,18 \pm 35,59$  e mediana de 44 usuários por casa. Como houve em uma das casas, praticamente quatro vezes maior que o aferido, sugere o padrão mais confiável, a mediana.

Na visão dos administradores, os condôminos apresentavam perfis de idosos versus perfis de doentes mentais constante na TAB.

TABELA 3 - Perfis dos moradores

<b>Diagnósticos dos Administradores</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Perfil de idosos	<b>307</b>	<b>59,90</b>
Perfil de doentes mentais	<b>213</b>	<b>40,10</b>

Houve concordância sindrômica ao exame psiquiátrico e a impressão de doentes mentais citados pelos administradores em 21,53%.

A TAB. 4 demonstra sucintamente os diagnósticos psiquiátricos por conglomerados.

TABELA 4 - Perfis psiquiátricos dos moradores

<b>Diagnósticos Psiquiátricos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Isentos de patologias ou sintomas psiquiátricos	<b>67</b>	<b>12,90</b>
Portadores de doenças ou transtornos psiquiátricos	<b>208</b>	<b>40,10</b>
Comprometimentos neurológicos, neuriátricos ou outras doenças com sintomatologia psiquiátrica.	<b>245</b>	<b>47,00</b>

O diagnóstico dos administradores e do psiquiatra quanto aos portadores de doenças ou transtornos psiquiátricos foi idêntica. Davam sempre preferência a aquele mais idoso, sem familiares ou que tivesse perda significativa em sua vida, tornando-se dependente ou hipofuncional. Em apenas uma delas havia triagem por uma assistente social que também trabalhava em hospital psiquiátrico, e seu conhecimento foi útil para inibir novos moradores já doentes mentais, pois fugia dos objetivos da respectiva casa.

As características dos moradores destas casas eram: 262 (50,40%) masculinos, 258 (49,60%) femininos, mostrando distribuição homogênea ( $p>0,05$ ). Os dados demonstraram suas idades entre 22 a 100 anos, numa média de  $65,60 \pm 14,39$ . Faixa etária entre 51 e 70 anos correspondente a 48,65% entre todos. Predominou a cor de pele caucasiana em 70,60% e o estado civil solteiro em 69,80%.

A capacidade laborativa foi estratificada entre nenhuma a alta (TAB. 5).

TABELA 5 - Capacidade Laborativa

<b>Capacidade Laborativa</b>	<b>Número</b>	<b>% Total</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Nenhuma</b> (nada)	208	40,00	107	101
<b>Mínima</b> (atividades de vida diária estimulada)	68	13,10	35	33
<b>Pouca</b> (atividade de vida diária espontânea)	77	14,80	37	40
<b>Média</b> (ajuda em atividades básicas)	54	10,40	25	29
<b>Média Alta</b> (faz toda e qualquer atividade com estímulo)	63	12,10	26	37
<b>Alta</b> (faz toda e qualquer atividade espontaneamente)	50	9,60	28	22

Verificou-se que 78,30% deles não sabiam fazer nada ou realizavam atividades básicas, e dentre estes, 51,08% eram completamente dependentes de terceiros para toda e quaisquer atividades. Do total, apenas 21,70% apresentavam capacidades laborativas em todas as atividades, seja com estímulos ou espontaneamente, e muitos destes eram colaboradores importantes nas atividades de suas casas.

No universo de 520 condôminos, 81,70% deles tinham diagnóstico psiquiátrico conforme a C.I.D. 10, em categorias por conjuntos diagnósticos. Em relação às

esquizofrenias, foram encontrados 13,30% entre todos os diagnósticos. A TAB. 6 mostra as categorias diagnósticas obtidas no total levantado (Quantitativo e percentual), separadas por sexo (Quantitativo). Outros diagnósticos não psiquiátricos foram de 5,40% e a senilidade sem comprometimentos neuropsiquiátricos de 12,90%.

TABELA 6 - Categorias por Conjunto Diagnóstico

<b>Categoria por Conjunto Diagnóstico</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09)	104	20,00	46	58
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19)	27	5,20	02	25
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29)	103	19,80	61	42
Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39)	28	5,40	20	08
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48)	07	1,30	06	01
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-F59)	02	0,40	01	01
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69)	41	7,90	18	23
Retardo mental (F70-F79)	113	21,70	71	42
Senilidade (R54)	67	12,90	24	43
<b>Outros</b>	28	5,40	09	19
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>100,00</b>	<b>258</b>	<b>262</b>

Em relação ao comportamento de todos os condôminos, foram estratificados de adequado a inadequado gravíssimo (TAB. 7).

TABELA 7 - Comportamento

<b>Comportamento</b>	<b>Número</b>	<b>% Total</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Adequado</b> (sem problemas)	402	77,30	184	218
<b>Inadequado leve</b> (incomoda as pessoas)	38	7,40	23	15
<b>Inadequado moderado</b> (injúria psíquica a terceiros)	31	5,90	21	10
<b>Inadequado grave</b> (causa transtorno em todo ambiente)	24	4,70	16	09
<b>Inadequado gravíssimo</b> (agride uma ou mais pessoas)	24	4,70	14	10

Nem todos moradores eram usuários de medicações diariamente e por prazo indeterminado, entretanto a polifarmácia foi constante. Concluiu-se que 64,40% dos

condôminos que usavam medicamentos regularmente tomavam drogas psicotrópicas, e o restante, 35,60%, tomavam somente medicações de outras especialidades médicas. Os que usavam psicofármacos, frequentemente necessitavam outros remédios também. Entre todas as drogas utilizadas, vinte e dois diferentes psicofármacos foram identificados. As cinco principais estão enumeradas na TAB. 8.

TABELA 8 - Principais Medicações Psicotrópicas

<b>Medicações Psicotrópicas Principais</b>	<b>Usuários <sup>(1)</sup></b>	<b>% Usuários <sup>(2)</sup></b>	<b>% Total <sup>(3)</sup></b>
<b>Haloperidol</b>	<b>118</b>	<b>35,20</b>	<b>22,69</b>
<b>Diazepan</b>	<b>114</b>	<b>34,00</b>	<b>21,92</b>
<b>Biperideno</b>	<b>77</b>	<b>23,00</b>	<b>14,80</b>
<b>Fenobarbital</b>	<b>72</b>	<b>21,50</b>	<b>13,85</b>
<b>Amitriptilina</b>	<b>50</b>	<b>14,90</b>	<b>9,61</b>

- Número absoluto dos usuários de psicotrópicos <sup>(1)</sup>.

- Percentagem dos usuários de medicações neuropsiquiátricas em relação à parcela que faz uso de medicações <sup>(2)</sup>.

- Percentagem de usuários em uso de medicações neuropsiquiátricas em relação à população avaliada <sup>(3)</sup>.

Vale ressaltar que as doses utilizadas eram, na maioria das vezes, inferiores à dose mínima eficaz, quando utilizadas por médicos de especialidades não psiquiátricas.



## 8- DISCUSSÃO

Estas mudanças na Política de Saúde Mental trouxeram grandes avanços nas ações em psiquiatria e um repensar nos projetos terapêuticos para os doentes psiquiátricos, especialmente quanto à inclusão destes em meios não excludentes, dando sempre uma conotação de respeito e cidadania aos sofredores de transtornos mentais.

O Estado de Minas Gerais, até o final da década de 80, contava com um número impreciso de leitos psiquiátricos dentro da rede pública, privada e filantrópica entre seus 43 Hospitais Psiquiátricos. No ano de 1990, os dados obtidos na Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais registravam aproximadamente 8.081 destes leitos, que foram reduzidos gradativamente até o ano de 2.000 para 3.503 leitos, sendo 3.213 cadastrados no SUS (Sistema Único de Saúde) e 290 não credenciados. Estes estavam distribuídos entre os 20 hospitais remanescentes, quase que exclusivamente nas regiões sul e sudoeste do Estado e na região metropolitana de Belo Horizonte.

Pesou um momento de fragilidade do setor hospitalar em psiquiatria e uma acirrada propaganda contrária à internação, dando impressão aos leigos de que a hospitalização psiquiátrica era nefasta. O argumento principal foi que a institucionalização, por si só ou por tempo prolongado, estaria promovendo perdas de capacidades nos usuários internados, além de outros.

Excetuando as dependências químicas, em especial o alcoolismo, a doença psiquiátrica que mais contribui para a ocupação dos leitos em hospitais psiquiátricos é a esquizofrenia. Vale ressaltar que é a moléstia mais devastadora das doenças mentais, tendo uma prevalência de 1,00% a 2,00% da população geral. Seu curso é crônico na maioria dos casos. A atenção a ela deve ser mais acurada, já que os dados epidemiológicos registram que sua incidência, apesar de ser quase a mesma em ambos os sexos, na mulher inicia mais tardiamente e o

resultado terapêutico é melhor. No homem é mais precoce e a deterioração mental é maior e com menor resposta terapêutica, resultando em danos sócio-familiares mais expressivos. Tem-se que 70,00% a 80,00% estão desempregados e 10,00% da população acometida desta moléstia torna-se permanentemente incapacitada. Se houvesse um tratamento adequado, até 77,00% poderiam ficar isento de recaídas ou recrudescência de seus sintomas e sinais, com possibilidade de maior reabilitação psicossocial.

Quanto às inferências supostas, não existiam dados consistentes obtidos nesta avaliação através da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Nas Casas de Acolhimentos de Idosos, os autores concluíram que 12,90% de seus moradores não possuíam patologias neuropsiquiátricas, sendo, portanto, senis íntegros.

O restante dos condôminos, 40,10%, eram portadores de transtornos mentais bem estabelecidos e 47,00% apresentavam comprometimento neurológico, neuriátrico e outras afecções orgânicas com sintomatologia psiquiátrica.

É bem verdadeiro que, especialmente os esquizofrênicos, em virtude de seus ensimesmamentos, poucos exigem do ambiente que o cerca, vivenciando um mundo próprio, bastando-lhes a subsistência. Pode-se somar a isto certa insensibilidade de administradores de algumas instituições psiquiátricas em não perceber que algo a mais poderia ser feito.

Muitos destes hospitais evoluíram no que concerne ao aperfeiçoamento e aprimoramento de suas ações, em especial à implantação de programas terapêuticos bem definidos, atualizados e individualizados, o que melhorou a atenção a estes pacientes.

Consta-se ainda que 1/3 dos *homeless*\*\* são doentes mentais (W.H.O., 2004).

Num pensar mais lógico, os psiquiatras, agentes principais da tarefa de tratar estes adoecidos, mostram que a doença mental, em especial a esquizofrenia, tem como sintomas e sinais deficitários:

---

\*\*Homeless: desabrigado. sem teto.

- Avolia (falta de vontade),
- Anedonia (perda de prazeres antes prazerosos);
- Isolamento social (apatia ao mundo que o cerca);
- Embotamento afetivo (ausência de trocas afetivas);
- Retraimento afetivo (guardar para si sentimentos em relação a outros) e
- Outros com sintomas negativos ou deficitários.

Toda esta sintomatologia, por si própria, propicia a demenciação, seja por perdas de capacidades ou por deixar de adquiri-las. Isto sim, leva o paciente, especialmente o esquizofrênico, a afetar suas convivências sociais adequadas, não dando continuidade ao desenvolvimento global como acontece habitualmente com pessoas não acometidas desta moléstia.

Assim posto, são muitas as variáveis que colaboram para que os esquizofrênicos permaneçam em situações de perdas ou tenham desenvolvimentos intelectivos precários. Sem dúvidas, quaisquer ambientes que ofereçam estímulos diuturnamente, poderão facilitar melhores condições de se adaptarem a uma vida nova e gratificante.

Pouco ou quase nada foi feito neste período, onde o discurso político sobrepujou ao conceito médico-científico, refletindo sobre a hospitalização de real qualidade, mantendo-se um conceito contraditório sobre ela. Seria como se num passe de mágica, ou ainda, num simples decreto ministerial, pudesse reconstruir doenças mentais cuja sintomatologia, mesmo que muito expressiva, o cuidado ambulatorial pudesse dar conta.

A hospitalização por si só, em curto espaço de tempo, não promove perda de capacidades funcionais ou mentais em tais indivíduos.

Em situações especiais, se abandonados ao léu da sorte, somente oferecendo suportes básicos de sobrevivência na hospitalização de longa duração, seja por falta de estímulos, seja

por um planejamento ineficaz de programas terapêuticos de equipe multidisciplinar, ficam inertes ao ambiente externo, continuando em suas posições narcísicas.

Ainda em relação aos esquizofrênicos, estes não exigem maiores suportes e atividades socioculturais, melhor qualidade de vida, entre outros, deixando de desenvolver mais conhecimentos para novas “coisas” essenciais para uma vida “normal”.

Para tanto, as normatizações do nosso Ministério da Saúde exigem vários procedimentos de equipe multidisciplinar em psiquiatria, em ações interdisciplinares, promovendo e intensificando programas terapêuticos que estimulam todos os pacientes às atividades socioterápicas, além de outros programas dinâmicos embasados em psicoterapia breve (MALAN, 1981).

Nas casas de acolhimento de idosos estudadas não foram evidenciadas atividades psicoterápicas e socioterápicas dirigidas a doentes mentais. As atividades observadas pelos autores tinham objetivos predominantemente lúdicos. Infere-se que os longos períodos de ociosidade favoreceram à estagnação do contínuo desenvolvimento dos adoecidos nestas casas. Também não dispunham de abordagem psicológica para seus conflitos e dificuldades.

Os atendimentos individuais e os coletivos, como os grupos operativos e assembléias, estimulam às reflexões e às responsabilidades. Isto favorece ao paciente encarar seus problemas e angústias, conseqüentemente facilitando seus enfrentamentos e superações. Também ainda, estas atividades individuais e grupais orientam como administrar suas aptidões, desenvolvendo continuamente, não só enquanto durar suas estadas no hospital, mas também fora dele, após suas altas. Incentiva-se sempre dar continuidade em seus tratamentos, já que são portadores de doenças crônicas ou, no mínimo, de doenças de curso prolongado, cujo acompanhamento especializado é essencial aos seus restabelecimentos e manutenção de seus bem-estares psíquicos.

## 8.1 - MEIOS SUBSTITUTIVOS

Minas Gerais contava, na data desta avaliação, com 86 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, além dos não credenciados, mais ou menos 30. Estavam lotados em maior número na região metropolitana de Belo Horizonte. Sua totalidade está credenciada para o setor público, não dispendo destes no setor privado ou no terceiro setor assistencial, as entidades filantrópicas. A determinação ministerial é que 3,00% do total financiado sejam para estas últimas Instituições (Deliberação CIB – SUS – MG, 2002; BRASIL. MS – SUS – CAPS, 2004; PELISOLI e MOREIRA, 2005).

Na região avaliada, todas as comunidades citadas tinham, como referência para internação especializada em psiquiatria, duas cidades, contando com dois Hospitais Psiquiátricos com 303 leitos no total (BRASIL. MS – SUS, 2006).

Quanto às dificuldades encontradas nesta reforma psiquiátrica brasileira, que tinha um cunho predominantemente político, o Ministro da Saúde à data deste estudo, respondeu à Carta Pública da Associação Brasileira de Psiquiatria que estava aberto ao diálogo produtivo e destacava que, sem a participação dos psiquiatras brasileiros, nenhum processo para a reforma da assistência psiquiátrica deste país poderia ser bem-sucedido (FRANÇA, 2005).

Para isto, era necessário ter coragem de pensar em procedimentos que poderiam não ser populares – especialmente a hospitalização, eletroconvulsoterapia e outros procedimentos incisivos – mas que tinham que ser considerados com seriedade, profissionalismo, cientificidade e humanismo (JORGE, 2006).

Vale ressaltar que os riscos éticos, os quais ocorrem na transição de um modelo hospitalocêntrico para novos modelos clínicos e psicossociais, o maior de todos era o vazio assistencial, o que já estava acontecendo. A diminuição destes leitos especializados estava

sendo realizada sem antes ter um suporte seguro de atendimentos a estes pacientes de forma complementar ou substitutiva.

Sem dúvidas, também, os avanços sociais na direção da afirmação da cidadania dos portadores de sofrimentos mentais seria um salto de qualidade e uma conquista ética sem precedentes no Brasil (FIGUEIREDO, 2001).

As normatizações do Ministério da Saúde no objetivo da desospitalização, desde seu início até sua construção final, demoraram cerca de dezesseis anos para começarem a ser implantadas. Quaisquer leis que tenham repercussões sociais tramitam entre 10 a 15 anos para serem aprovadas. Como já se passaram 17 anos, há apenas 3 anos tivemos a sua real implantação, a qual está acontecendo muito rapidamente, não dando tempo necessário para sua consecução efetiva, acarretando assim este vazio assistencial, pois muitos leitos psiquiátricos já foram desativados sem as devidas substituições por meios alternativos ou complementares.

Isto foi diferente em Quebec, que dividiu este processo em quatro fases: a primeira (1965 – 1975), iniciando pela psiquiatria comunitária; os dois períodos subsequentes (1975 – 1985 e 1985 – 1995), marcados por uma gestão tecnocrática de custos e rendimentos com a influência dos psiquiatras; e, a última fase (depois de 1997), com os mesmos parâmetros, cedendo às ações comunitárias para sua implantação (LECOMTE, 2000).

A literatura internacional demonstrou que a participação mais estreita de familiares com doentes mentais crônicos recém-desospitalizados gerava uma sobrecarga acentuada, apesar do dado positivo, uma maior e mais estreita convivência com estes, resultando uma menor estigmatização. Entretanto, estas assumiram como principais provedoras de cuidados e apoio a eles, sem terem suporte suficiente de serviços comunitários, que, em virtude de suas limitações psicológicas, aumentou o sentimento de culpabilidade. Além do mais, tanto nos

momentos de crise como na vida diária, não obtiveram informações suficientes sobre a doença em si e seus cuidados cotidianos, ou estratégias em situações especiais nas emergências.

Nos serviços existentes, a maioria deles, apresentava dificuldades em fornecer atendimento completo, integrado e suficiente aos pacientes.

Também em alguns outros países os serviços de saúde mental tinham sido frequentemente considerados insuficientes e fragmentados, dificultando fornecer atendimento que ajudasse efetivamente os doentes a viverem de forma satisfatória na comunidade, o que afetava diretamente suas famílias. Conseqüentemente ocorreram altas taxas de recaídas, outro fator de estresse, bem como maior número de rehospitalizações, o conhecido fenômeno da porta giratória (DORVIL, 1987; GELLER et al., 1990; BANDEIRA et al., 1992).

Outro problema encontrado foi o acompanhamento de pacientes psiquiátricos por um curto espaço de tempo. Foi citado que as atenções especializadas não eram freqüentes e apresentam-se passivas e precárias (STEIN, 1992).

O conceito de sobrecarga se referia às conseqüências negativas resultantes especificamente da existência do doente mental na família e era considerado como sobrecarga porque requeria que os familiares do paciente passassem a colocar as suas próprias necessidades em segundo plano (MAURIN e BOYD, 1990) e adotasse um papel suplementar para eles (MARTENS e ADDINGTON, 2001). Esta sobrecarga podia, inclusive, originar transtornos emocionais e até doenças mentais, como ansiedade acentuada e depressão, mais freqüentemente nas mulheres que cuidavam de seus filhos ou marido doentes mentais. Pelo seu caráter crônico, elas eram submetidas ao efeito prolongado de eventos estressores envolvidos no cuidar, uma experiência diuturna. Foi observado que famílias que possuíam maiores níveis de sobrecarga apresentavam os mais elevados níveis de sintomas depressivos (RAMMOLAN et al., 2002).

O risco maior acabou sendo a própria reforma psiquiátrica, que teve o mérito de desvendar a dimensão política da psiquiatria, mas que podia reduzir-se a um movimento meramente político (BARRETO, 2004).

## **8.2 - DIMINUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS**

Ao aludir a tamanha diminuição da assistência psiquiátrica nosocomial, especialmente a doentes totalmente dependentes, no estado de Minas Gerais, os autores buscaram por evidência nesta região sudoeste definida, que sistemas substitutivos ou complementares eram insuficientes para atender a demanda assistida anteriormente; um sistema hospitalocêntrico, contudo acolhedor.

Já na década de 70, outros países percebiam que a alta de pacientes psiquiátricos crônicos, voltando à comunidade, era mais por razões políticas e econômicas do que um plano estratégico de tratamento, onde um grande número de pacientes antigos passou a viver em hospedarias e casas de acolhimento, cujo estafe que os atendia era pouco preparado, muito semelhante às enfermarias dos hospitais públicos das décadas passadas (JONES, 1975).

A história da psiquiatria contada através do Museu da Loucura de Barbacena (SOUZA, 2005) citava que, independente da doença ou transtorno mental, ingressando-se em um manicômio, teria o usuário a pena de lá ficar o resto da vida, com meios incompletos às necessidades peculiares a cada um – semelhança ou dessemelhanças – o que também é suposto numa Casa de Acolhimento de Idosos, especialmente se comparado quando os acolhidos também eram doentes mentais.

Aliás, o posicionamento da Associação Brasileira de Psiquiatria (A.B.P.) é de exigir uma política mais ampla para a saúde mental em todas as instâncias governamentais. Ressalva que o atual modelo não atende aos pacientes nem aos profissionais. Os C.A.P.S. foram alvos



de críticas, e solicitada foi uma avaliação de seus funcionamentos com a mesma sistematização e rigor com que vêm sendo avaliados os hospitais psiquiátricos (FRANÇA, 2005).

Noutra avaliação da Associação Brasileira de Psiquiatria, refere que não tem posicionamento radical, contudo todos os espaços terapêuticos em psiquiatria não excluem o hospital psiquiátrico.

Diante disto, quanto ao destino de doentes mentais, dois pontos foram chamativos de atenção:

- Desospitalizados de hospitais de custódia que passaram a fazer parte como condôminos de Casas de Acolhimento de Idosos;
- Alternância de doentes psiquiátricos entre as casas de acolhimento e hospitais psiquiátricos especializados.

Os autores obtiveram que 19 (3,70%) dos moradores destas casas eram egressos de hospitais psiquiátricos de custódia. Tinham acolhimento físico e técnico humanizado, entretanto inespecífico para suas peculiaridades como doentes mentais. Quanto à dinâmica vivencial dos condôminos, os psiquiátricos causaram maiores injúrias aos idosos, e esta convivência foi inadequada e imprópria para o objetivo específico dos lares de idosos.

Quanto à alternância de doentes psiquiátricos crônicos entre hospitais psiquiátricos e estas casas, os autores demonstraram um continuísmo da institucionalização psiquiátrica em outro meio. Um sistema de assistência intermediária, como o implantado na Cataluña (Espanha), os chamados leitos sócio-sanitários, talvez servissem para estes usuários (CONGRESSO Internacional de Hospitais – São Paulo – 2003). São de menor complexidade que o hospital e mais abrangente que uma Casa de Acolhimento de Idosos. Aliás, estes leitos também serviriam aos pacientes dependentes de terceiros, cujas patologias crônicas e

estabilizadas de outras especialidades médicas, teriam tratamentos menos intensivos e dispendiosos que os oferecidos nos atuais moldes institucionais.

Nalgumas regiões da Alemanha, a maioria dos pacientes mais idosos com doenças psiquiátricas ou com demências com sintomas psiquiátricos era tratada em suas próprias casas ou em lares de idosos, entretanto, para uma parcela deles, isto não foi suficiente. Apesar da cooperação entre o estafe do Copenhagen Country Hospital, Nordvang e a estafe de atenção básica comunitária primária, o correspondente ao Programa de Saúde da Família (PSFs) (MAARBJERG e KORNER, 1990), nem todos os tratamentos foram exitosos e necessitaram suporte hospitalar.

A Universidade de Luneburg, Psychiatry Hospital Hacklingen e Hannover College of Medicine, demonstraram que 75,00% dos residentes nas Casas de Acolhimento de Idosos no distrito de Velzen tinham consideráveis e diversos sintomas psiquiátricos. Aproximadamente 50,00% deles tinham sintomas de demências e o fornecimento de cuidados médicos e de enfermagem foram consideravelmente deficientes. Não havia um aporte medicamentoso padrão, linhas de conduta médica homogênea e integrada ao tratamento com drogas psicoativas (HARTWING et al, 2005). Também foi demonstrado que nos lares de idosos, os enfermeiros cuidadores necessitariam de um geronto-psiquiatra nestas instituições para suas orientações. Apresentaram, inclusive, propostas desta especialidade médica em todos os serviços psiquiátricos comunitários alemães, bem como para a população com deficiência física (MAARBGJERG e KORNER, 1990).

Neste estudo foi observado que em nenhuma das casas avaliadas havia especificamente acompanhamento psiquiátrico ou de outros profissionais paramédicos capacitados em saúde mental ou cuidadores treinados para lidar com idosos.

Outros autores também refletiram sobre esta necessidade nas Casas de Acolhimento de Idosos, especialmente para os muito idosos (80 anos ou mais), pela sua susceptibilidade

quanto às reações adversas em função ao alto consumo de medicações, comuns à sua faixa etária. Embora a absorção de drogas não estivesse reduzida, sua distribuição e eliminação diminuem com a idade, mesmo tendo a função metabólica hepática normal, a função renal de muitos deles estava comprometida, podendo trazer conseqüências clínicas. Além da redução funcional de vários órgãos nesta faixa etária, outros fatores como debilidade, quedas, susceptibilidade anormal a medicamentos e polipatologias, tendiam a ser mais freqüentes. Devia-se, portanto, limitar ao máximo a prescrição de remédios, concentrando apenas a aqueles essenciais, consumidos por curto período de tempo e passar por avaliações médicas periódicas (MERLE et al, 2005).

Em relação aos medicamentos usados na psiquiatria, seu uso indiscriminado ou sem critérios de especialistas habituados ao uso de neurolépticos (antipsicóticos), corria-se o risco da Síndrome Maligna dos Neurolépticos, o que estava bem estabelecido na literatura médica, especialmente os chamados típicos (antagonistas de receptores dopaminérgicos). Poderia ocorrer também com os atípicos, que além de bloquear estes receptores citados, também atuam nos serotoninérgicos. São sintomas e sinais desta síndrome: febre, rigidez muscular, alterações do comportamento, discinesias, confusão mental, alteração da consciência, desorientação, elevação da CPK e leucocitose. Ainda faltava esclarecer se os atípicos eram menos desencadeadores desta síndrome que os típicos (CARLINI, 2005).

Mesmo com os fitoterápicos ou compostos destes, havia discussão quanto à eficácia (memória – Ginkgo biloba) (FORLENZA, 2003), efeitos adversos como hepatotoxicidade do Kava-Kava (Piper naethysticum) (BOON e WONG, 2003) e possibilidade de desencadear mania pelo Ginseng (HERBAL products, 2002) especialmente se usados com antidepressivos convencionais.

Não bastando isto, salientou-se a importância da psiquiatria social para o treinamento do pessoal destas instituições. Na região de Zurich Oberland, demonstraram que 25,00% de

idosos acolhidos em hospedarias específicas para eles, haviam distúrbios psiquiátricos e apenas 12,00% da enfermagem completaram treinamento, além de terem sobrecarga de trabalho. Dois procedimentos foram desenvolvidos:

- Sessões de treinamento centradas ao paciente;
- Seminários intensivos periódicos.

Ambos aumentaram a competência profissional em seus afazeres nestas casas.

Se isto fosse totalmente alcançado, poderiam ser desnecessárias muitas das hospitalizações psiquiátricas, bem como a redução de trocas de funcionários (ERLANGER, 1987).

### **8.3 - SITUAÇÃO ATUAL DOS IDOSOS**

No Brasil, a população com idade acima de 60 anos passou de 6,10% em 1980 para 8,60% em 2000, o que corresponde a um aumento absoluto de 7,3 milhões de indivíduos (IBGE, 2000) (MUNK e LAKS, 2005). Estima-se que a população acima de 60 anos deve crescer a uma taxa oito vezes maior que a população abaixo de 15 anos e duas vezes maior que a população geral (RAMOS et al, 1987).

Quanto às Casas de Acolhimento de Idosos na região estudada, todas elas tiveram algum tipo de ajuda governamental para reformas, adequações ou ampliações. Suas acomodações arquitetonicamente foram adequadas para idosos. Não oferecia tudo o que era exigido pelo Estatuto do Idoso e não eram adequadas para pacientes psiquiátricos. Entretanto, todas apresentaram condições saudáveis para um “bom viver”, de forma digna e com humanização adequada.

Seus administradores, quando suspeitavam que um novo indivíduo a ser inserido como morador era portador de doença mental, comportamento bizarro ou que tivesse tido história de internação psiquiátrica, não o aceitava. Somando-se a isto, a sensibilidade deles em fazer diagnóstico do perfil de doente mental e a triagem pela assistente social citada inibiu novas inclusões como moradores de parte da clientela oriunda da desativação destes leitos psiquiátricos.

Se houvesse mudanças das características dos condôminos para um perfil somente de idosos, seus administradores acreditavam que não mudariam suas rotinas, já acostumados com as dificuldades enfrentadas com os condôminos mais trabalhosos; entretanto, criam que, sem doentes mentais, haveria uma maior harmonia entre todos os moradores. Pela afetividade desenvolvida, não descartavam àquela época, seus moradores com doenças mentais, em que pese a maioria deles darem um trabalho especial. Apenas um deles, por desconhecimento das novas normatizações do Ministério da Saúde, desejava separar leitos em pavilhões específicos para doentes mentais.

Este estudo também demonstrou congruência de seus comportamentos entre os moradores que não necessitaram internações e os que tinham comportamento adequado (72,90% com 77,30%). Entre os doentes mentais que necessitaram internações psiquiátricas, seus comportamentos inadequados foram de 22,70% nas seguintes percentagens: 7,40%, 5,90%, 4,70% e 4,70%, em graus leve, moderado, grave e gravíssimo, respectivamente.

Quanto ao número de funcionários, o estudo sugeria que era suficiente na área básica, entretanto esta avaliação ficou prejudicada, pois muitos deles tinham dupla e às vezes tripla funções, não ficando bem estabelecidas suas atribuições. Por falta de recursos financeiros, muitos deles, funcionários ou participantes da diretoria, acumulavam funções num sistema de colaboração não remunerada. Diferente de um hospital psiquiátrico que, pelas normatizações do Ministério da Saúde, para cada setor era estabelecido um número de colaboradores

proporcional ao número de pacientes internados. O número de profissionais de saúde mental, em todas as Casas foi insuficiente se relacionado à proporção dos exigidos para este hospital especializado.

A institucionalização do idoso, na realidade brasileira, foi por dificuldade da família em cuidar, ou por desejo próprio dele, como apontava sua internação em hospitais gerais e em instituições de longa permanência (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999), tanto nestas Casas de Acolhimento como nestes hospitais.

Das várias doenças demenciadoras de origem cerebral, destacava-se a Doença de Alzheimer. Havia uma concepção de doença neurodegenerativa progressiva que comprometia a capacidade do paciente desempenhar atividades de vida diária, a cognição e o comportamento, com redução da expectativa de vida de 7 a 10 anos após o diagnóstico, pois, este só era reconhecido quando já existiam sintomas e sinais proeminentes. Estudos americanos citavam projeções assustadoras relacionadas ao envelhecimento progressivo da população e à falta de desenvolvimento de estratégias de tratamento que alterassem o curso desta doença que dobrava a cada cinco anos de vida após 65 anos de idade, e quanto mais idosa uma população, maior a incidência dela. Era patente que os progressos do diagnóstico e intervenção imediata seriam imprescindíveis para alterar o curso dela; caso contrário o custo social elevaria estes níveis a patamares insuportáveis para as sociedades em geral (ANNUAL Meeting American Psychiatric Association, 2005). O retardo de seus sintomas e sinais proporcionaria ao paciente grande vantagem no seu funcionamento e conseqüentemente preservação da independência. Ajudaria também a aliviar o estresse dos cuidadores, o que era fundamental, pois, nos Estados Unidos, 70,00% deles viviam em casa e 75,00% dos cuidadores domésticos eram familiares e amigos. A carga sobre estes era tão intensa que 40,00% a 60,00% deles relatavam ter depressão. Altos custos emocionais, físicos e financeiros foram por conta da intensividade deste trabalho, cerca de 40 horas semanais por

cada cuidador (XAVIER et al, 2003). Rodrigues et al., 2005, demonstraram que, no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2003, 1.150 pessoas se suicidaram. Os idosos, possivelmente por falta de perspectivas, apresentaram os maiores índices de mortalidade por 100.000 habitantes, com uma sobremortalidade masculina de 3/1. Os métodos mais utilizados nos homens foram por arma de fogo e enforcamento e nas mulheres as intoxicações exógenas, precipitação do alto e enforcamento (MIGUEL, 2005). Quanto aos idosos internados em hospitais psiquiátricos, a relação entre suicídio e seus métodos não fora evidenciado na literatura médica recente.

Quanto ao relato de idosos em Veranópolis – R.S., a velhice para alguns era uma etapa de desenvolvimento e satisfação, enquanto para outros era uma fase negativa de vida. Os conceitos de qualidade de vida para eles variavam de pessoa para pessoa. Neste artigo evidenciou-se que 57,00% definiram sua qualidade de vida àquela época como positivas, sendo que 18,00% citaram como negativa. Outro grupo, de 25,00%, definiu sua qualidade de vida de forma neutra ou de dois valores (aspectos positivos e aspectos negativos). Os insatisfeitos tinham mais problemas de saúde e sintomas depressivos proeminentes. Atividades rurais ou domésticas foram fontes de bem-estar. Isto indica que o bem-estar físico, atividades, renda, vida social e relações parentais mostravam preditivos de um bom envelhecer (MORAIS e SOUZA, 1988; XAVIER et al, 2003).

## 9- CONCLUSÃO

Enfim, através dos problemas abordados, este panorama é importante do ponto de vista de uma análise com suporte e contribuição ao planejamento na área da saúde mental desta região, pois se trata de um espaço humano, econômico e social de relevância no Estado de Minas Gerais.

De igual importância às Casas de Acolhimento de Idosos, obter o conhecimento da real situação desta rede regional que este estudo abrangeu, permite que cada uma delas reflita numa avaliação comparativa suas posições, caso necessário.

Outros paradigmas poderão ser acrescentados na melhoria do relacionamento interpessoal entre os condôminos, na contínua melhoria da qualidade em suas ações, acrescentando novos planejamentos quanto à satisfação dos usuários e seus familiares, através dos resultados obtidos neste estudo.

Nesta avaliação epidemiológica de doentes mentais em Casas de Acolhimento de Idosos, encontramos que 100,00% deles são portadores de doenças mentais crônicas e que muitos deles apresentaram reagudizações freqüentes.

O número de egressos de hospitais psiquiátricos de custódia foi pequeno; entretanto, tornaram-se moradores destas Casas. Infere-se que não houve uma maior integração destes doentes mentais por ter havido seleção pelos seus responsáveis, conhecidas que foram suas sensibilidades de discernimento do perfil de doente mental de longa data.

O número de pacientes que alternam períodos de hospitalização e períodos de estada nestas Casas foi muito significativo, deixando uma clara impressão de um continuísmo institucional em psiquiatria.

O impacto social ora levantado contou com grau significativo de injúria, seja ela física ou psíquica, demonstrando que as Casas de Acolhimento de Idosos são inespecíficas e incompletas para que haja harmonia entre condôminos de perfis geriátricos e psiquiátricos.



Foi encontrado um número elevado de usuários de medicações neuropsiquiátricas, utilizando doses, às vezes subterapêuticas, às vezes terapêuticas e às vezes inadequadas, sem aporte medicamentoso padrão e linhas de conduta médica heterogênea.

Em decorrência da gravidade das doenças mentais, em especial a esquizofrenia, não tiveram atenções especializadas adequadas e suficientes. Os suportes clínico-psiquiátricos, com atenção de equipe multidisciplinar em ação interdisciplinar, como também um programa terapêutico específico, se não forem bem estabelecidos, não se obterão resultados em melhor qualidade de vida, resultado terapêutico necessário e maior ressocialização destes pacientes.

Aos idosos com ou sem sintomatologia psiquiátrica, justifica-se a escolha desta região de estudo, por ser uma área onde existe uma rede de acolhimento organizada, além de hospitais psiquiátricos. Entretanto é necessário conhecer mais detalhadamente se nesta rede há número de leitos suficientes ou não para a demanda real.

Desconhece-se se a mudança da atual legislação e o perfil dos doentes mentais oriundos de hospitais de custódia que está migrando para estas Casas mudou o seu papel em atender somente o idoso sem doenças mentais.

## 10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANNUAL MEETING AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 158, 2005, Atlanta, Georgia, U.S.A. Proceedings. Atlanta, 2005.

ANTUNES, H. K. M.; et al. Depression, anxiety and quality of life. Scores in seniors after an endurance exercise program. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 4, p. 266-271, dez. 2005.

BANDEIRA M.; DORVIL H.. Les consultations a la salle d'urgence psychiatrique: com parison entre des echantillons brésiliens et québécois. Le Médecin du Québec, v. 31, n. 8, p. 59-69, 1996.

BANDEIRA M.; et al. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 43, n. 12, p. 659-666, 1994.

BANDEIRA, M.. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das hospitalizações. J. Bras. Psiquiatria, v. 42, n. 12, p. 491-498, 1993.

BARRETO, F.P. Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da U.F.M.G. e da Associação Acadêmica Psiquiátrica de M.G. Casas Clínicas em Psiquiatria, v. 6, n. 1 e 2, p. 6-11, jan/dez 2004.

BOON, H.S.; WONG, A.H.C., KAVA-KAVA: a test case for Canada's new approach to natural health products. Canadian Medical Association Journal, v. 169, p. 1163-1164, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Legislação em Saúde Mental. 5. ed., Brasília, 2004, p. 23 – 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão de acompanhamento do programa “De volta para casa”. Portaria 2.078 de 31 de outubro de 2003. Legislação em Saúde Mental. 5. ed., Brasília, 2004, p. 225 – 226.

BRASIL. Ministério da Saúde. Criação dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Legislação em Saúde Mental. 5. ed., Brasília, 2004, p. 100 – 104.

BRASIL. Lei 10.741 de 01/10/2003. Estatuto do idoso. Diário Oficial da União da República Federativa de Brasil, Poder legislativo, ed. n. 192, Brasília, DF, 03 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Modalidades dos centros da atenção psicossocial. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. Brasília, 2004, p.125 – 136.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Legislação em Saúde Mental, 5. ed., Brasília, 2004, p. 243 -252.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS. Portaria nº 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. Brasília, 1990-2004, p.227 – 236.

BRASIL. Ministério da Saúde. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. Brasília, 1990-2004, p.17 – 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental na atenção básica. Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. e Portaria 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Legislação em Saúde Mental. 5. ed., Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, p. 50, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 Abr. 2006.

CARLINI, E. Síndrome neuroléptica maligna. Boletim PSIFAVI - CEBRID: São Paulo, n. 22, abr/out. 2005.

CENTENÁRIO de Nise da Silveira (1905/1999): a emoção do lidar. Psiquiatria Hoje, v. 27, n. 1, 2006.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 33, p. 454-460, 1999.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO BRASIL. Resolução n. 1.246 de 08/01/1988.

CREPET P. A transition period in psychiatry care in Italy ten years after the reform. Br. J. Psychiatry, v. 156, p. 27-36, 1990.

DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO INTERESTADUAL BIPARTITE (CIB – SUS – MG), n. 084 de 25 set. 2002.

DORVIL, P. Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante ál/hôpital Louis H. Santé Mentale au Québec, Lafontaine. 1987.

ENCONTRO NACIONAL DE PROFISSIONAIS EM PESQUISA CLÍNICA, 18 mar. 2006, São Paulo: FDA, 2006.

ERLANGER, A. Experiences in the training of personnel in homes for the aged. Soz Praventivmed, v. 32, n. 3, p. 164-167, 1987.

FIGUEIREDO, G.R. Ética e reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Temas, n. 60/61, p. 1-14, 2001.

- FLECK, M.P.A.; Ideologia Versus Ciência na alocação de recursos em Saúde Mental. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria. (Psiquiatria Hoje), v. 27, n. 4, p. 266 – 271, dez. 1995.
- FORLENZA, O.V., GINKGO BILOBA e memória: mito ou realidade? Revista de Psiquiatria Clínica, v. 30, n. 6, p. 218-220, 2003.
- FRANÇA, J. (ABP), Editorial. Jornal Brasiliense de Psiquiatria, v. 1, n. 3, set./out. 2005.
- FRANÇA, J., Editorial. Psiquiatria Hoje. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 6, 2005.
- GELLER, J.L. et al. Second generation desinstitutionalization. Am J Psychiatry, v. 147, n. 8, p. 982 – 987, 1990.
- HARTWING, J. et al. Notes the care of mentally ill residents in nursing homes in the Velzen country district. Gesundheits Wesen, v. 67, n. 4, p. 274-279, apr. 2005.
- HERBAL products and serious side effects: a case of Ginseng – induced maniac episode. Acta Psychiatria Scandinavia, v. 105, p. 76-77, 2002.
- JONES, M. Community care for chronic mental patients: the need for a reassessment. Hosp. Community Psychiatry, v. 26, n. 2, p. 94-98, feb. 1975.
- JORGE, M. R. A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil: novas alianças. Psiquiatria Hoje, v. 27, n. 1, 2006.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica, 7<sup>a</sup>ed. São Paulo: Artmed, 2003.
- LECOMTE, Y. La dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. Temas, v. 58, p. 17-34, 2000.
- LESAGA A.. Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. Sant Ment Que, v. 21, n.1, p. 79-96, 1996.
- LOUKISSA A.D.. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. J. Adv. Nurs. v. 21, p. 248-255, 1995.
- MAARBJERG, K.W.; KORNER, E.A. Geriatric psychiatry in the regimen of community psychiatry. 1. Community psychiatry services for patients living at home. Ugeskr Laeger, v. 152, n. 5, p. 303-305, jan.1990.
- MAARBJERG, K.W., KORNER, E.A. Geriatric psychiatry in the regimen of community psychiatry. 2. Psychiatry consultation service at a primary care community nursing home for the physically handicapped. Ugeskr Laeger, v. 152, n. 5, p. 305-308, jan. 1990.
- MALAN, D. As fronteiras da psicoterapia breve. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1981.

- MARTENS, L.; ADDINGTON, J. The psychological well-being of family members of individual with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v. 36, p. 128 – 133, 2001.
- MAURIN J. T.; BOYD, C.B.. Burden of mental illness on the family: a critical review. Arch Psychiatry Nurg., v. 4, n. 2, p. 99 -107, 1990.
- MERCIER C.. Les réalités de la reinsertion sociale. Inf. Psychiatr, v. 8, p. 813-821, 1997.
- MERLE, L. et al. Predicting and preventing adverse drugs reaction in the Very Old. Drugs Aging. v. 22, n. 5, p. 375-392, 2005.
- MIGUEL, E.C.F. Estudo epidemiológico do suicídio em idosos do Município do Rio de Janeiro: mortalidade e métodos mais utilizados. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, p. 28-36, 2005. Suplemento especial.
- MORAIS, J. F. D.; SOUZA V. B. A. Factors Associated with the succesful aging of socially. Active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 4, p. 302-308, dez. 2005.
- MUNK, M.; LAKS, J.. Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 54, n. 2, p. 98-100, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (O.M.S.). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, v. 1, São Paulo: EDUSP, 1995.
- PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K.. Caracterização Epidemiológica dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 27, n. 3, p. 270-277, Set./Dez, 2005.
- RAFFERY J. Mental health services in transition: the U.S.A. and United Kigdom. Br. J. Psychiatry, v. 161, p. 589-593, 1992.
- RAMMOHAN, A.; RAO, K.; SUBBAKRISHNA, D.K.. Religious coping and psychological well-being in cases of relatives with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand, v. 105, p. 356-362, 2002.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R.; KALACHE, A.. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública. v. 21, p. 211-224, 1987.
- ROBERTO, S. F.; Transtornos mentais prevalentes no Brasil. Jornal do Conselho Federal de Medicina, v. 20, n. 155, p. 8 – 9, mai/jul. 2005.
- SOLLA, J. J. S. P. Ministério da Saúde. Ações dos centros de atenção psicossocial. Portaria nº 384 de 05 de julho de 2005. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. Brasília, 2005.
- SOLLA, J. J. S. P. Ministério da Saúde. Criação de serviços alternativos em saúde mental. Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. Brasília, 2005.
- SOUZA, A. Ser Medico. Cremesp., v. 8, n. 30, p. 42-45, jan./mar. 2005.

STEIN, L.I. On the abolishment of the case manager. Health Aff, v. 11, n. 3, p. 172-177, 1992.

TESSELER R. C.; GAMACHE G.M. Family experiences with mental illness. West port: Ariburn House. 2000.

THOMAS, M.T.; e FIGUEIRAS, A.: respectivos: Pharmacologist/ Division of Scientific Investigations/ Office of medical policy – FDA et Instituto Catalão de Farmacologia – In:

XAVIER F.M.F. et al. Elderly peoples definition of quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report, 2001. Chapter Three: Solving Mental Health Problems. 14 Abr. 2004.



- PSFs: .....
  - Outros:.....
- d) Outros profissionais paramédicos (Nº e quais)

	INSTITUIÇÃO			SUS	PSFs	CONVENIADOS	OUTROS
	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO	VOLUNTÁRIO				
ENFERMEIRO							
ASSISTENTE SOCIAL							
PSICÓLOGO							
RECREACIONISTA							
TÉC. ENFERMAGEM							
AUX. ENFERMAGEM							
ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS							
OUTROS: ESPECIFICAR							

- e) Subvenções públicas (e não sociais) na área da saúde para pagamentos dos gastos gerais:
- % gasto total:.....
  - verba específica para doentes mentais na Casa de Acolhimento:.....
- f) Número de leitos totais disponíveis:.....
- Número de leitos totais ocupados aos moradores com características propostas por esta casa:.....
  - Número de leitos totais ocupados aos moradores com características de doentes mentais:.....
  - Houve aumento de leitos aos pacientes psiquiátricos nos últimos 10 anos?.....  
Qual o percentual?.....
  - O corpo Técnico e Administrativo desta Casa pode elucidar se houve aumento ou diminuição da relação doentes mentais versus idosos nos últimos 10 anos.....  
.....
- g) Têm leitos específicos para doentes mentais?.....Descrever:.....  
.....
- h) Quartos ou alas específicas aos doentes mentais?.....Descrever:.....  
.....
- i) É de conhecimento da Diretoria e do Corpo Técnico desta casa que é dever do Estado e direito do cidadão usuário acolhimento na área da saúde para doentes mentais?  
Sim  Não  .
- j) Seus representantes recomendam outros tipos de assistência aos doentes mentais usuários desta casa?.....Se sim, explicitar:.....  
.....
- k) Se o Governo estipulasse uma conduta mais clara ao doente mental de sua instituição, facilitaria o trabalho específico de sua atribuição?.....Explicitar:.....  
.....
- l) Haveria prejuízos ou ganhos se houvesse substituição de população psiquiátrica nesta casa?..... Se sim, explicitar:.....  
.....
- m) Este asilo tem alguma avaliação psiquiátrica para integrar novos usuários a esta casa?



Sim  Não  . Se sim: Psiquiátrica  Psicológica  Assistência Social  .

n) Esta casa tem critérios para avaliar seus novos usuários e excluir pacientes psiquiátricos?

Sim  Não  .

o) Nos últimos 10 anos tiveram casos de pacientes psiquiátricos que não foram aceitos pela casa?

Pouco

Médio

Muito  .

## 11.2 - ANEXO B

## QUESTIONÁRIO 2

## QUESTIONÁRIO AOS ACOLHIDOS NA CASA DE ACOLHIMENTO DE IDOSOS

Nº:.....

- 1) Iniciais do acolhido:.....Idade:.....Sexo:.....  
 Cor da pele:.....Estado Civil:.....Nacionalidade:.....  
 Procedência:.....Naturalidade:.....  
 Renda Pessoal:.....Auxílio Familiar:.....  
 Auxílio Terceiros:.....Outras rendas:.....
- 2) Tempo de habitação:.....  
 Início:.....Períodos (se houve) de voltar a conviver longos períodos  
 ou morar temporariamente com familiares ou substitutos:.....
- 3) Diagnóstico Social e Familiar:  
 a) Existe responsável pela internação do acolhido? Sim  Não   
 b) Que pessoa pode dar maiores informações sobre o acolhido?.....  
 .....Pai e mãe? Sim  Não  . Número de irmãos.....  
 c) É aposentado? Sim  Não  . Tem documentação (CPF, RG, Carteira de Trabalho)?  
 Sim  Não  . Quais.....  
 d) Qual é a capacidade laborativa para a vida diária?.....  
 .....  
 .....
- 4) Diagnóstico Psicológico:  
 a) Avaliação da infância:  
 - período escolar.....  
 - fatos, vivências.....  
 b) Avaliação da adolescência:  
 - aspirações/trabalho.....  
 - passatempos.....  
 c) Avaliação da fase adulta:  
 - relações familiares.....  
 - vida social.....  
 d) Comportamento junto à grupos sociais:  
 - igreja.....  
 - recreação.....  
 e) Ajustamento emocional (apresenta):  
 - fobia.....- angústia.....  
 - alucinações.....- agressividade.....  
 - delírios.....- agressividade.....  
 - depressão.....- dificuldade de adaptação.....  
 f) Traços de personalidade (apresenta):  
 - é natural?.....- é tenso?.....  
 - é inibido?.....- rígido?.....  
 - está oprimido?.....- fala com lógica?.....  
 - desembaraçado?.....- procura chamar a atenção?.....  
 - eufórico?.....- outros.....  
 g) Síntese.....

.....  
.....  
.....  
.....

5) Diagnóstico Psiquiátrico (CID 10):.....

- Histórico da evolução da doença:.....

.....

- Internações psiquiátricas (Nº):.....

- Egressos de Hospitais Psiquiátricos de Custódia? Sim  Não . Se afirmativo colocar

quanto tempo internado:.....e a razão da alta deste Hospital Psiquiátrico de

Custódia:.....

.....

6) Comportamento deste morador nesta casa de acolhimento:.....

.....

.....

.....

7) Quais são os problemas enfrentados nesta Casa de Acolhimento de Idosos com este

morador junto à comunidade deste Condomínio? Exemplificar:.....

.....

.....

.....

.....

8) Quais são os problemas enfrentados nesta Casa de Acolhimento de Idosos com os outros

idosos junto a este morador? Exemplificar:.....

.....

.....

.....

9) Medicações psiquiátricas e dosagens:.....

.....

.....

.....

.....

11.3 - ANEXO C

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, .....  
 .....responsável por esta Casa de Acolhimento de Idosos do  
 município de .....  
 ....., denominada:.....  
 .....autorizo o Dr. Maurício  
 Giubilei, responsável clínico desta “Avaliação Epidemiológica de Doentes Mentais nas Casas  
 de Acolhimento de Idosos em cidades do Sudoeste Mineiro, Brasil”, examinar juntamente  
 com sua equipe multiprofissional, colher dados desta Instituição, bem como dos habitantes  
 deste condomínio.

Declaro ainda que, não autorizo que os dados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados  
 na imprensa leiga, anuindo apenas que seus resultados sejam publicados em revistas ou outros  
 meios científicos nacionais e internacionais.

Proíbo ainda identificar esta Instituição que represento, autorizando apenas a cidade  
 que pertencemos.

Vai por mim assinado, bem como este autor responsável.

...../...../200....

\_\_\_\_\_  
 Presidente  
 .....  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Dr. Maurício Giubilei  
 (Autor)

11.4 - ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....
....., RG:....., nascido em...../...../.....e domiciliado
à.....
município de.....

Declaro que consinto em participar como voluntário do projeto "Avaliação Epidemiológica de Doentes Mentais nas Casas de Acolhimento de Idosos em cidades do Sudoeste Mineiro, Brasil", sob responsabilidade do pesquisador Dr. Maurício Giubilei. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido (a) que: A) o estudo será realizado a partir de entrevista; B) que não haverá riscos para a minha saúde; C) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; F) que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; G) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa; H) que esta pesquisa é importante para o estudo, melhor entendimento, da situação das Casas de Acolhimento de Idosos em relação aos egressos de Hospitais Psiquiátricos do sudoeste mineiro, cujos resultados servirão de planejamento público em atenção à Saúde Mental. Assim sendo, consinto em participar do projeto em questão.

.....de.....de 200.....

.....
Voluntário

.....
Pesquisador

Obs.: Este documento apresenta 2 (duas) vias, uma destinada ao usuário ou seu representante legal e a outra ao pesquisador.