

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**CONCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SEU TRATAMENTO ENTRE  
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL**

**por**

**Adauto Silva Clemente**

**Belo Horizonte**

**Fevereiro/2010**

**DISSERTAÇÃO MSC – CPqRR**

**A.S.CLEMENTE 2010**

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**CONCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SEU TRATAMENTO ENTRE  
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL**

**por**

**Adauto Silva Clemente**

**Dissertação apresentada com vistas à  
obtenção do Título de Mestre em  
Ciências, na área de concentração Saúde  
Coletiva.**

**Orientação: Josélia Oliveira Araújo  
Firmo**

**Co-orientação: Antônio Ignácio de  
Loyola Filho**

**Belo Horizonte**

**Fevereiro/2010**

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

C626

2010 Clemente, Aduino Silva.

Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento  
entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental  
/ Aduino Silva Clemente. – Belo Horizonte, 2010.

xiii, 34 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 44 - 47

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do  
título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós -  
Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas  
René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Idoso fragilizado/psicologia 2. Saúde  
Mental/classificação 3. Envelhecimento/etnologia 4. Saúde do  
Idoso I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação).  
II. Loyola Filho, Antonio Ignácio

CDD – 22. ed. – 305.26

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**CONCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SEU TRATAMENTO ENTRE  
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL**

**por**

**Adauto Silva Clemente**

**Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Profa. Dra. Josélia Oliveira Araujo Firmo (Presidente)**

**Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini**

**Profa. Dra. Marilyn Kay Nations**

**Profa. Dra. Celina Maria Modena (Suplente)**

**Dissertação defendida e aprovada em: 25 /02/ 2010**

## **SUPORTE FINANCEIRO**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

Centro de Pesquisas René Rachou / FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos meus avôs:

À saudosa vó Aspásia, o exemplo mais bonito de dignidade e generosidade; mostrou que uma velhice feliz pode ser o resultado de uma tessitura de toda a vida.

Ao vô Chico, de quem a caduquez não subtraiu o humor e a cortesia e que, mesmo quase já ausente, esteve cercado de amor até o fim da vida.

À vó Nenzinha, por provar os imprevistos surpreendentes da vida; de quem a velhice e o adoecimento resgataram a leveza para sorrir.

Ao vô Aducto, a quem a fatalidade da morte precoce privaram-me do privilégio de conhecer, mas não impediram a transmissão de profundo amor e admiração.

À Dica, a quem tive a alegria de “adotar” como avó, e será, provavelmente, a única a poder desfrutar com lucidez dessa homenagem em vida.

Este trabalho torna evidente uma realidade pessoal que não poderia ser expressa de forma mais clara: a incidência marcante de suas histórias em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por ter me recebido num ambiente amoroso e tranquilo:

Ao meu pai, pelo exemplo de serenidade, ética e responsabilidade.

À minha mãe, pela transmissão do interesse e da curiosidade pela vida.

Às minhas irmãs Letícia e Bethania, pela cumplicidade e carinho.

À Marizete, por ter aceitado com amor a missão de auxiliar em minha criação.

Aos meus cunhados, pela amizade fraterna.

Aos meus sobrinhos, pela renovação da vida em nossa família.

Aos primos e tios, pela família alegre e acolhedora.

Ao tio Aloísio, que se transformou num grande parceiro nas lutas do cotidiano.

Aos meus orientadores:

Dra. Josélia Firmo, pela perspicácia, responsável pelos maiores lances de criatividade deste trabalho, por sua delicadeza na condução, pela paciência e disponibilidade e por ter favorecido que eu pudesse acreditar e oferecer o melhor de mim.

Dr. Antônio Loyola Filho, pelo olhar atento e cuidadoso, pela extraordinária didática, e pela maneira amigável com que sempre me recebeu.

A toda a comunidade do Centro de Pesquisas René Rachou:

Primeiramente agradeço pela honesta seleção para o programa de pós-graduação, dando oportunidade a que iniciantes, como eu, descubram o amor pela pesquisa.

Agradeço pela infra-estrutura oferecida e pela seriedade da Instituição, que não se desvia de seu propósito maior: que a população tenha acesso aos benefícios de seu trabalho.

À Biblioteca, por prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Sou grato aos funcionários, à Secretaria de Pós-Graduação, aos professores (especialmente Dra. Celina Modena, Dra. Zélia Profeta, Dr. Rodrigo Soares e Dr. Sérgio Peixoto) e à Albelena, secretária do LEAM, por sua prestimosa disponibilidade.

Também agradeço aos colegas do curso de pós-graduação, que o tornaram mais cheio de graça, de solidariedade e de afeto: Rafaela, Guilherme, Eliete, Josianne, Marina, Bernardo, Isabela, Larissa, Dadaça (que ainda colaborou com a tradução do resumo para o inglês), e tantos outros.

A toda a comunidade do Hospital Galba Velloso, por transformar um lugar habitado pelos extremos do sofrimento humano em um ambiente agradável para se trabalhar e conviver, e por fazerem dessa Instituição uma grande escola.

Agradeço à diretoria e coordenações, pelo apoio irrestrito em todas as etapas da realização desta pesquisa.

Aos colegas do NEP: Eliane Mussel, Leonardo Carmo, Bernardo Malamut, Raquel Assrauy e Fabiana Lisboa, pela amizade e pelo diálogo sempre enriquecedor.

À Terezinha Neila, e todos os funcionários do SPP, por me receberem sempre de portas abertas e por não terem medido esforços para todos os (muitos) auxílios necessários em várias etapas desta pesquisa.

Aos colegas da ala G, pela compreensão por minhas falhas, pelo apoio e incentivo durante a execução deste trabalho, pelo ambiente de companheirismo e espírito de equipe.

Aos colegas da Clisam, incluindo a supervisora Tânia Ferreira, pela acolhida amigável, por acreditarem em meu trabalho e pela empolgação com que me acompanharam nesta empreitada. Não há como não destacar a cooperação das secretárias (Julmária, Juliana, Flávia, Joseane, Ana, Paula, Érica), cujos “malabarismos” com a agenda permitiram minha participação nas aulas do curso. Estendo esse agradecimento destacado à gerência.

Aos colegas e mestres na Medicina e na Psiquiatria:

Dr. Sérgio Trevizano e Dra. Hélydy Sanders, meus grandes mestres na Medicina, e Dra. Jussara Alvarenga, minha primeira mestra na Psiquiatria, que se tornou grande amiga e incentivadora.

Os professores e preceptores Dr. Adilson Barros, Dr. Sergio Kehdy e Dra. Maria Goretti Lamounier, mestres no sentido mais profundo do termo, modelos de profissionais e seres humanos, que me acolheram generosamente em suas vidas.

Os colegas Dra. Fabiene Lauar, Dr. Sérgio Martins, Dra. Marluce Godoy, Dra. Adelaide Ubaldino e Dra. Eliane Costa pelo apoio tão importante no início da minha vida profissional, e por continuarem oferecendo sua amizade e confiança.

Dra. Elizabeth Uchoa, pelas sugestões preciosas que floresceram do seu esforço em colaborar com este trabalho.

Aos meus psicanalistas: Thereza Paione, João Lúcio Soares e Sérgio de Mattos. As transformações em minha vida falam por si.



Aos meus companheiros da faculdade e da residência médica por terem sido amigos, além de colegas. Aos meus amigos, pela torcida, pela compreensão diante de minhas ausências nos últimos tempos. Agradeço, especialmente, ao Marcelo e ao Pedro, verdadeiros irmãos; à irmã Montse, tão distante e tão próxima; à Leila, pela cumplicidade também na vida profissional e ao Juan, por ter sido um bom companheiro em grande parte desta jornada.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, que gentilmente dividiram comigo suas histórias, possibilitando grande riqueza de experiências pessoais e de material de trabalho. E aos meus pacientes, pela confiança em dividir comigo seus sofrimentos e por despertarem em mim sentimentos humanos e desejo de saber.

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	XI
Resumo.....	XII
Abstract.....	XIII
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 Local de Estudo.....	18
3.2 Quadro Teórico.....	19
3.3 População do Estudo.....	21
3.4 Coleta de dados.....	21
3.5 Análise dos dados.....	21
3.6 Aspectos Éticos.....	22
4 RESULTADOS.....	23
4.1 ARTIGO: Concepções sobre Transtornos Mentais e seu Tratamento entre Idosos Atendidos em um Serviço Público de Saúde Mental.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
6 ANEXOS.....	41
6.1 Participantes do Estudo.....	41
6.2 Roteiro para a entrevista semi-estruturada.....	42
6.3 Termo de Consentimento.....	43
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TMC:	Transtornos Mentais Comuns
PNAD:	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
ONU:	Organização das Nações Unidas
CIDI:	Composite International Diagnostic Interview (corresponde ao diagnóstico pela CID-10)
SRQ-20:	Self Report Questionnaire
QRP:	Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (é o questionário SRQ em versão com 15 questões, validado em nosso meio, que faz parte do BOMFAQ – Brazilian OARS Multi Dimensional Function Assesment Questionnaire; uma versão brasileira do OARS – Older Americans Resources and Services)
MINI:	Mini International Neuropsychiatric Interview (corresponde ao diagnóstico pelo DSM-IV)
CID-10:	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition
HGV:	Hospital Galba Velloso
FHEMIG:	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
SES:	Secretaria de Estado da Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
NAPS:	Núcleo de Atenção Psicossocial
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
CAC:	Centro de Acolhimento de Crises

## RESUMO

O acelerado envelhecimento da população brasileira impõe à sociedade e ao sistema de saúde uma série de desafios, dentre os quais o de preparar-se para lidar com a prevalência crescente de problemas de saúde comuns na terceira idade, dentre eles, alguns transtornos mentais. A presente investigação utilizou metodologia qualitativa com objetivo de compreender os modos de pensar e agir de pacientes idosos diante dos transtornos mentais. Para atingir tal objetivo, foram realizadas entrevistas abertas junto a 13 idosos com idade entre 60 e 83 anos; atendidos no Hospital Galba Velloso, Belo Horizonte. A análise dos dados foi baseada no modelo de “Signos, Significados e Ações”, proveniente da Antropologia Médica. A maioria dos entrevistados negou a presença de qualquer transtorno mental, mas identificou signos de sofrimento mental que puderam ser articulados em três categorias: “*nervoso*”, “*problema de cabeça*” e “*doidura*”. Todos referiram ao menos algum sintoma que justificaria tratamento, e dentre as diferentes causas de transtornos mentais, destacaram-se problemas familiares e vivenciais, problemas físicos, alimentação e sono inadequados, fraqueza moral e a debilidade atribuída ao envelhecimento. A procura do atendimento foi atribuída à iniciativa de outrem; ainda assim, o tratamento foi bem aceito e positivamente avaliado. Os medicamentos foram apontados como principal medida de tratamento, todavia, são temidos pelos seus efeitos adversos e criticados devido à baixa eficácia e modo como são preconizados pelos profissionais de saúde. Outras medidas terapêuticas foram valorizadas, como atenção e compreensão, repouso, regularidade de sono e boa alimentação. Embora os idosos tenham mencionado a presença de, pelo menos, um sintoma relacionado ao transtorno mental, e tenham identificado signos a ele associados, nenhum se reconheceu com o problema. Os participantes admitem benefícios no tratamento recebido, mesmo com certas ressalvas, articuladas aos seus próprios conceitos sobre causas e conseqüências de tais perturbações.

## **ABSTRACT**

Brazilian society and the health system have been challenged with the accelerated aging process. They need to prepare to cope with the increasing prevalence of common health problems in old age, among them, some mental disorders. A qualitative approach was used to investigate and to understand the ways of thinking and behaving of elderly patients face mental disorders. Open interviews were performed with 13 individuals aged between 60 and 83 years, seen in a public hospital of mental health, in Belo Horizonte, Minas Gerais. The analysis of data was based on the model of “Signs, Meanings and Actions”. Although having identified signs of mental suffering in themselves, most of the individuals interviewed denied the presence of any mental disorder. These signs of mental suffering could be articulated in three categories: “nervousness”, “head problems”, and “craziness”. All of them referred to at least one symptom which would require treatment. Among the different causes of mental disorder, family and living problems, as well as physical problems, inadequate diet and sleeping hours, moral weakness and frailty due to aging were highlighted. The initiative of asking for medical help was attributed to somebody other than the patient; nevertheless the treatment was accepted and positively evaluated by him. Medication was seen as the main form of treatment, although it was feared by its side effects and criticized in its low efficacy and the way it is recommended by health professionals. Other therapeutic measures were valued, like attention and understanding, rest, regular sleep and a good diet. Although the elderly had mentioned the presence of at least one symptom related to mental disorder and had identified associated signs, none of interviewed people recognized themselves as having a mental problem.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos demográficos mais notórios da atualidade. Nos países desenvolvidos, a mudança na estrutura etária da população iniciou-se no final do século XIX, em um processo lento, ao longo de quase um século. Nos países em desenvolvimento, esse fenômeno iniciou-se mais tardiamente e continua em curso, em um ritmo mais acelerado. No Brasil, observa-se rápido crescimento relativo e absoluto da população idosa desde a década de 60<sup>1</sup>. O IBGE<sup>2</sup> aponta significativa alteração na estrutura etária da população brasileira nos últimos anos. A população idosa<sup>1</sup> brasileira consistia 10,7 milhões de pessoas (7,3% do total) no censo de 1991 e 14,5 milhões (8,6%) em 2000. Em 2007, a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) estimou em quase 20 milhões o número de brasileiros idosos (10,4% da população total). Calcula-se que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos em 2020, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas<sup>3</sup>.

O prolongamento da vida é uma conquista da sociedade. Entretanto, tal realidade tem sido encarada também como uma preocupação em nosso país, onde o envelhecimento populacional pode representar um problema. Nos países industrializados, o processo de envelhecimento populacional veio acompanhado por ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e por melhoria das condições de vida. No Brasil, por outro lado, a transição demográfica ocorre mais pela ação médico-sanitária do que por transformações estruturais e melhoria da qualidade de vida. Atualmente, população idosa brasileira convive com precários investimentos públicos para atendimento de suas necessidades; escassas oportunidades de lazer e convivência social, assistência médica insuficiente, baixos rendimentos advindos de aposentadorias e pensões<sup>4</sup>. Uma população mais idosa aumentará a demanda de recursos em previdência social e em cuidados de saúde. O Brasil defronta-se com o desafio de preparar-se para oferecer melhores condições de vida e saúde à sua crescente população idosa<sup>5</sup>.

Uma das conseqüências do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência dos problemas de saúde característicos da terceira idade. Os idosos apresentam demandas de cuidados em saúde diferentes daquelas do restante da população. Utilizam mais os serviços de saúde e são mais afetados por enfermidades crônicas e múltiplas, algumas vezes incapacitantes, que exigem cuidados e tratamento contínuos, avaliações periódicas e, não raro, intervenções de alta complexidade. Tornar-se-á necessário redefinir as políticas do setor e

---

<sup>1</sup> O IBGE utiliza o conceito da ONU para países em desenvolvimento, que considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

organizar sistemas eficientes de promoção, prevenção e atenção à saúde, mais adequados às necessidades dessa população<sup>6</sup>.

Dentre os problemas de saúde comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais<sup>ii</sup>. Vários fatores concorrem para determinar a alta vulnerabilidade aos transtornos mentais nessa faixa etária: sobreposição de doenças crônicas, limitações da capacidade funcional, dificuldades econômicas, isolamento e desmerecimento social, maior ocorrência de perdas e eventos de vida geradores de estresse<sup>7</sup>.

Estudos internacionais de prevalência de transtorno mental entre idosos com 65 anos ou mais, residentes na comunidade, mostraram valores distintos, a partir de diferentes critérios diagnósticos<sup>8,9,10</sup>. Na França (utilizando o MINI)<sup>8</sup>, o transtorno mental esteve presente em 17,4% da população estudada, uma prevalência superior à observada entre idosos australianos no último mês (13%) e nos últimos 12 meses (16%)<sup>9</sup>, mas inferior àquela entre idosos chilenos ao longo da vida (20%)<sup>10</sup>. Diferentemente do estudo francês, os dois últimos utilizaram o CIDI para detecção dessa condição. Há poucos estudos epidemiológicos de morbidade psiquiátrica geral no idoso em nosso meio. Uma pesquisa na comunidade, conduzida por LIMA e col.<sup>11</sup> (1999) utilizou o SRQ-20 para rastreio de transtornos mentais comuns (TMC) e apontou frequência de 27,7% acima dos 55 anos de idade em Pelotas-RS, com aumento linear com a idade. MARAGNO e col.<sup>12</sup> (2006), com o mesmo instrumento, encontraram 33,6% de TMC em idosos com 65 anos ou mais na cidade de São Paulo. A partir do questionário de rastreamento psiquiátrico QRP-OARS, RAMOS e col.<sup>13</sup> (1993) evidenciaram 27% de transtornos mentais em idosos em áreas urbanas de São Paulo; resultados semelhantes aos verificados por COELHO FILHO e RAMOS<sup>14</sup> (1999) em Fortaleza (26,4%), e por MAIA e col.<sup>15</sup> (2004) em Montes Claros (29,3%). É possível que essas prevalências maiores de transtornos mentais observadas nos estudos brasileiros derivem dos diferentes conceitos utilizados (aqui se rastreou transtornos mentais comuns e não aqueles correspondentes aos diagnósticos pelo DSM-IV ou pela CID-10<sup>16</sup>).

São diagnósticos comuns e relevantes em idosos, podendo ser motivo de atendimentos de urgência e de internações psiquiátricas: depressão, demência, transtornos ansiosos,

---

<sup>ii</sup> Os sistemas classificatórios atuais da psiquiatria utilizam o termo “transtorno mental” em substituição a outros termos, como “doença” ou “enfermidade”. Visam, com isso, atender à premissa de neutralidade quanto às teorias etiológicas e estabelecer uma abordagem diagnóstica puramente descritiva. Segundo a CID-10, “transtorno” (tradução de *disorder*) indica “um conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos clinicamente associado a sofrimento e interferência com as funções pessoais”.

alcoolismo, quadros maníacos, transtornos mentais de origem orgânica, uso abusivo e dependência de sedativos<sup>17,18,19</sup>. Depressão e demência são os mais frequentes<sup>20</sup>. Os quadros depressivos geriátricos têm características clínicas peculiares, diferentes da sintomatologia verificada nos adultos jovens, o que torna o subdiagnóstico comum e exige uma abordagem diagnóstica especial<sup>21</sup>. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais frequentes no sexo feminino e entre idosos com menor nível socioeconômico e baixa escolaridade. Estão também associados com doenças crônicas e com maior grau de incapacidade funcional (precipitando e sendo exacerbados por tais estados)<sup>22</sup>. No nosso meio, a prevalência de sintomas depressivos nessa faixa etária é alta e varia de 19,8% a 38,5%<sup>23,24,25</sup>.

A demência se caracteriza por declínio cognitivo que gera progressiva dependência e incapacidade, até a necessidade indispensável de cuidadores ou de institucionalização<sup>26</sup>. Distúrbios de comportamento são frequentes nessa população e podem requerer intervenções psiquiátricas<sup>18</sup>. Sua prevalência varia de 4,2 a 7,2% em indivíduos com 65 anos ou mais, em diversas regiões do mundo<sup>27</sup> e no Brasil<sup>28</sup>, e aumenta com o avançar da idade, com taxas de 2% entre 65 e 69 anos, 4% de 70 a 74 anos, 8% de 75 a 79 anos, 16% de 80 a 84 anos e 45% entre aqueles com 85 anos ou mais<sup>29</sup>.

Os idosos com transtornos mentais apresentam taxas maiores de consultas médicas primárias e de hospitalização por diversas razões<sup>30</sup>, sem que o transtorno mental seja adequadamente investigado, identificado e tratado<sup>31</sup>. Estudos apontam uma diminuição da procura por serviços especializados de saúde mental com o passar da idade<sup>32</sup>. Esse paradoxo demonstra a dificuldade do cuidado e a desassistência dessa população. Podem concorrer para isso: as dificuldades em reconhecer o que é normal e o que é patológico no envelhecimento por familiares, profissionais e pelos próprios idosos<sup>33</sup> (as manifestações do transtorno mental podem ser interpretadas como parte inevitável do envelhecimento); a falta de políticas de saúde mental para este público e o atendimento inadequado de idosos nos serviços que assistem a população adulta; a escassez de formação profissional voltada para a saúde mental do idoso<sup>3</sup>; e ainda as crenças e atitudes dos idosos frente aos transtornos mentais<sup>34</sup>.

Portanto, é necessário planejar e aprimorar a assistência à saúde mental do idoso. Para isso, é importante compreender como o idoso portador de transtorno mental assistido na rede pública, em nosso meio, identifica, reconhece e age diante dessa condição<sup>35</sup>. É fundamental conhecer, além dos dados epidemiológicos, quais as concepções desses pacientes sobre os transtornos mentais e seu tratamento, o que pode ser explorado com utilização de métodos qualitativos de pesquisa.

Na literatura consultada, não encontramos estudos que tenham investigado as concepções de idosos portadores de transtorno mental sobre o seu quadro.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar e compreender os modos de pensar e agir dos pacientes idosos diante dos transtornos mentais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar e compreender, com metodologia derivada da Antropologia Médica, as motivações para a procura do serviço de saúde mental pelos idosos, seu entendimento sobre os transtornos mentais, as expectativas e concepções sobre o tratamento recebido.

Compreender como os idosos entendem e lidam com os transtornos mentais pode contribuir para melhorar a atenção em saúde e minimizar seus impactos sobre a qualidade de vida da população idosa.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Galba Velloso (HGV), um dos hospitais psiquiátricos públicos estaduais pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES).

O HGV atende clientela de dezoito anos de idade ou mais. Foi inaugurado em 1961, época em que imperava o modelo hospitalocêntrico (ou manicomial) de atenção psiquiátrica. Desde sua inauguração, o HGV passou por várias reformas administrativas e assistenciais, em consonância com movimentos humanizadores que culminaram com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou força como movimento ideológico e político a partir do final dos anos 70 e foi impulsionada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui, em suas propostas, a defesa da cidadania e um modelo de atenção psicossocial e interdisciplinar, em um sistema de cuidados aos portadores de transtorno mental eminentemente extra-hospitalar e comunitário<sup>36</sup>. Esse modelo pressupõe o funcionamento de uma rede complexa de assistência, desde o nível primário, passando por ambulatórios especializados, residências terapêuticas e serviços capacitados a atender pacientes agudos de forma mais intensa e freqüente - os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) -, até o nível terciário, que abrange a internação psiquiátrica e os serviços de emergência psiquiátrica, que funcionariam em hospitais gerais<sup>37</sup>.

Na década de 90, passaram a vigorar as primeiras normas para a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços substitutivos aos mesmos; o que foi efetivamente regulamentado na Lei 10.216, promulgada em abril de 2001<sup>38</sup>.

Acompanhando esse processo, desde a década de 90, houve no HGV progressiva redução do número de leitos de internação psiquiátrica de média permanência e ampliação do serviço de atendimento a urgências, que passou a denominar-se “Centro de Acolhimento de Crises” (CAC) em 2001. O CAC constitui hoje a porta de entrada do HGV e oferece leitos de curta permanência para pacientes com transtornos mentais agudos, até sua estabilização. O objetivo é favorecer o pronto retorno do paciente a seu meio de origem, com continuidade do tratamento na rede comunitária de atenção à Saúde Mental, buscando o restabelecimento de seus laços sociais<sup>39</sup>.

A expansão da disponibilidade de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em Minas Gerais não resultou na diminuição da procura por atendimento no HGV, que mantém

importante papel na rede de saúde mental<sup>iii</sup>. O HGV recebe clientela variada, procedente de Belo Horizonte e região metropolitana, demais cidades de Minas Gerais e até de outros estados do Brasil. No ano de 2008, foram realizados 9147 atendimentos no posto de urgências do CAC. Desses atendimentos, 562 (6,14%) foram feitos a pacientes idosos, com predomínio do sexo feminino (56,7%), idades entre 60 e 99 anos e idade média de 67,9 anos. Dos 425 idosos atendidos no ano, 238 (56%) não contavam com registro de atendimento no hospital antes do ano de 2008. Houve indicação de permanência hospitalar em 168 atendimentos, dos quais 153 permaneceram por mais de 24 horas internados, com tempo médio de 11,2 dias de internação<sup>iv</sup>.

### 3.2 QUADRO TEÓRICO

A influência do universo social e cultural sobre as concepções e comportamentos vem sendo cada vez mais considerada no campo da saúde coletiva, rompendo com a tradição que privilegiava o modelo biomédico. Entende-se que a experiência da doença não é um simples reflexo de um processo patológico no sentido biomédico do termo, sendo concebida como uma construção cultural<sup>40</sup>.

De acordo com a perspectiva da Antropologia Médica, as coletividades humanas elaboram seus próprios modelos de saúde e doença. Os conceitos e comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde são construídos a partir de universos de significados socioculturais.

GEERTZ<sup>41</sup> (1973) concebe a cultura como um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. O grupo de antropologia médica de Harvard adotou a perspectiva interpretativa de Geertz na abordagem de saúde e doença, com vários desdobramentos nesse campo. EISENBERG<sup>42</sup> (1977) estabeleceu uma diferenciação paradigmática entre “doença processo” e “doença experiência”. A “doença processo” (*disease*) se refere às anormalidades dos processos biológicos e psicofisiológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo; e a “doença experiência” (*illness*), à experiência subjetiva de mal-estar e às reações frente ao adoecimento. KLEINMAN<sup>43</sup> (1980) desenvolveu o conceito de “modelos explicativos” (*explanatory models*), que descreve o conjunto de crenças e expectativas sobre uma doença, formuladas por indivíduos em uma determinada cultura. Esses modelos ordenam e dão

---

<sup>iii</sup> Dados (não publicados) da pesquisa em andamento no HGV, numa parceria FAPEMIG - FHEMIG, intitulada “Avaliação quantitativa e qualitativa da assistência em saúde mental do Hospital Galba Velloso do período de 2001 a 2009”.

<sup>iv</sup> Dados fornecidos pelo Serviço de Gestão de Informação do Hospital Galba Velloso, em março/2009.

significado à experiência de determinada doença, com relação a suas causas, sintomatologia, curso e tratamento apropriado. JENKINS<sup>44</sup> (1988) destacou algumas características essenciais para a constituição cultural de categorias de doença: a) são construídas de maneira que enfatizam ou desprezam certos aspectos sintomatológicos ou psicopatológicos da doença; b) são significativamente influenciadas pelas emoções; c) mesmo dentro de um determinado padrão cultural, existem elementos de variação e complexidade de conceitos (profissionais, doentes, familiares e outros), denotando uma natureza ambígua e ampla das categorias populares.

De acordo com essa perspectiva, o modelo biomédico das doenças também é sustentado por determinantes culturais e todas as interpretações das doenças são socialmente construídas, qualquer que seja a posição teórica ou ideológica. Diferentes categorias de pessoas empregam modelos explicativos diferentes, o que pode ser motivo de problemas na comunicação<sup>45</sup>. Conhecer tais diferenças pode facilitar a comunicação entre os grupos, permitindo uma negociação necessária ao processo terapêutico, aumentando a compreensão de intervenções e aderência a tratamentos preconizados, condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde<sup>46</sup>.

Uma concepção similar é veiculada na teoria dos sistemas de “Signos, Significados e Ações”, desenvolvida por CORIN e col.<sup>47</sup>, que afirma que cada cultura elege certos signos de adoecimento, que adquirem determinados significados a que correspondem reações sociais particulares, configurando um sistema cultural. Esse modelo busca o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e agir de populações, identificando categorias usadas por diferentes subgrupos de pessoas para reconhecer, explicar e reagir aos problemas de saúde, construindo um sistema de signos (de adoecimento), de significados (atribuídos à experiência da doença) e ações ou práticas (de cuidado). Os comportamentos concretos servem de ponto de partida para remontar ao universo de percepções e representações, ou seja, parte-se do nível prático para remontar ao nível semântico. Assim, consegue-se ter acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar determinado problema de saúde, bem como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por essa população diante desse problema<sup>47</sup>.

Dentre tais comportamentos, inclui-se a utilização dos serviços de saúde, que podem ser considerados um espaço onde representações sobre saúde e doença se produzem e reproduzem. As interações entre usuários e serviços podem ser um *locus* privilegiado de análise para se compreender o que representa a doença ou o tratamento<sup>48</sup>. A perspectiva

qualitativa é empregada para identificar e analisar a mediação de fatores culturais e sociais na construção de formas características de pensar e agir frente à saúde e à doença.

### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo idosos atendidos no HGV entre março e maio de 2009, que permaneceram no hospital por mais de 24 horas, que tinham condições de entender e habilidade para comunicar-se. As entrevistas foram realizadas em momento próximo à alta hospitalar, quando o paciente tinha o transtorno mental presumidamente estabilizado e estava em melhores condições para responder. O fechamento amostral foi determinado pelo critério de saturação.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas abertas, com roteiro semi-estruturado, buscando elucidar as concepções dos idosos sobre os transtornos mentais, a percepção sobre suas manifestações, as atitudes diante do problema, o(s) motivo(s) que levaram à busca do serviço de saúde, as indicações da internação psiquiátrica, as alternativas de tratamento, as possibilidades de cura e as expectativas e percepções sobre o tratamento recebido. Questionou-se, a princípio, qual(is) o(s) motivo(s) da internação e como o idoso avaliava a própria saúde, evitando-se mencionar qualquer termo equivalente a transtorno mental, exceto se o entrevistado utilizasse antes algum termo equivalente, o qual continuava sendo utilizado pelo entrevistador. A percepção da saúde mental foi investigada com o questionamento sobre a presença de algum “problema mental”. Tal expressão foi escolhida por ser de mais fácil entendimento e devido a sua mais ampla utilização no meio leigo.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise foi baseada no modelo de “Signos, Significados e Ações”, desenvolvido por CORIN e col.<sup>47</sup>.

Dessa forma, foram identificados os signos que os idosos associaram ao transtorno mental e as interpretações sobre tratamentos recebidos e/ou que deveriam ser idealmente realizados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução 199/96. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou (Registro CAAE 0002.0.245.287-09) e da FHEMIG (Registro CAAE 0118.0.287.245-08 e CEP-FHEMIG 005/2009).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO<sup>v</sup>:

#### CONCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SEU TRATAMENTO ENTRE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL.

#### CONCEPTIONS OF MENTAL DISORDERS AND THEIR TREATMENT AMONG ELDERLY SEEN IN A PUBLIC SERVICE OF MENTAL HEALTH

Adauto Silva Clemente <sup>I, II</sup>, Antônio Ignácio de Loyola Filho <sup>III, IV</sup> e Josélia Oliveira Araújo Firmo<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) - FIOCRUZ; <sup>II</sup> Hospital Galba Velloso – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); <sup>III</sup> Departamento de Enfermagem Aplicada – Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); <sup>IV</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) – Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) - FIOCRUZ/ Universidade Federal de Minas Gerais.

### RESUMO

**Objetivo:** A presente investigação utilizou metodologia qualitativa com objetivo de compreender os modos de pensar e agir de pacientes idosos diante dos transtornos mentais.

**Metodologia:** Foram realizadas entrevistas abertas junto a 13 idosos com idade entre 60 e 83 anos; atendidos no Hospital Galba Velloso, Belo Horizonte. A análise dos dados foi baseada no modelo de “Signos, Significados e Ações”, proveniente da Antropologia Médica.

**Resultados:** A maioria dos entrevistados negou a presença de qualquer transtorno mental, mas identificou signos de sofrimento mental que puderam ser articulados em três categorias: “*nervoso*”, “*problema de cabeça*” e “*doidura*”. Todos referiram ao menos algum sintoma que justificaria tratamento, e dentre as diferentes causas de transtornos mentais, destacaram-se problemas familiares e vivenciais, problemas físicos, alimentação e sono inadequados, fraqueza moral e a debilidade atribuída ao envelhecimento. A procura do atendimento foi atribuída à iniciativa de outrem; ainda assim, o tratamento foi bem aceito e positivamente avaliado. Os medicamentos foram apontados como principal medida de tratamento, todavia, são temidos pelos seus efeitos adversos e criticados devido à baixa eficácia e modo como são preconizados pelos profissionais de saúde. Outras medidas terapêuticas foram valorizadas, como atenção e compreensão, repouso, regularidade de sono e boa alimentação.

---

<sup>v</sup> Artigo submetido para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública (CSP) em 02/02/2010 (CSP\_0110/10).

**Conclusão:** Embora os idosos tenham mencionado a presença de, pelo menos, um sintoma relacionado ao transtorno mental, e tenham identificado signos a ele associados, nenhum se reconheceu com o problema. Os participantes admitem benefícios no tratamento recebido, mesmo com certas ressalvas, articuladas aos seus próprios conceitos sobre causas e conseqüências de tais perturbações.

**PALAVRAS-CHAVE:** pesquisa qualitativa, idoso, transtornos mentais.

## **ABSTRACT**

**Objective:** A qualitative approach was used to investigate and to understand the ways of thinking and behaving of elderly patients face mental disorders.

**Methodology:** Open interviews were performed with 13 individuals aged between 60 and 83 years, seen in a public hospital of mental health, in Belo Horizonte, Minas Gerais. The analysis of data was based on the model of Signs, Meanings and Actions.

**Results:** Although having identified signs of mental suffering in themselves, most of the individuals interviewed denied the presence of any mental disorder. These signs of mental suffering could be articulated in three categories: “nervousness”, “head problems”, and “craziness”. All of them referred to at least one symptom which would require treatment. Among the different causes of mental disorder, family and living problems, as well as physical problems, inadequate diet and sleeping hours, moral weakness and frailty due to aging were highlighted.

The initiative of asking for medical help was attributed to somebody other than the patient; nevertheless the treatment was accepted and positively evaluated by him. Medication was seen as the main form of treatment, although it was feared by its side effects and criticized in its low efficacy and the way it is recommended by health professionals.

Other therapeutic measures were valued, like attention and understanding, rest, regular sleep and a good diet.

**Conclusion:** Although the elderly had mentioned the presence of at least one symptom related to mental disorder and had identified associated signs, none of interviewed people recognized themselves as having a mental problem.

**KEY WORDS:** qualitative research, elderly, mental disorders.



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos demográficos mais notórios da atualidade. Nos países desenvolvidos, a mudança na estrutura etária da população foi um processo lento, já consolidado. Nos países em desenvolvimento, esse processo iniciou-se mais tardiamente e vem ocorrendo em ritmo acelerado. No Brasil, observa-se rápido crescimento da população idosa desde a década de 60<sup>1</sup>. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 2008 estima uma população de quase 20 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais, correspondendo a 10,5% da população brasileira<sup>2</sup>. Estima-se que, em 2020, o Brasil terá um contingente de idosos superior a 30 milhões<sup>3</sup>.

Uma das conseqüências do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de enfermidades características da terceira idade e de demandas diferenciadas de cuidados em saúde. Uma população mais envelhecida exige maiores investimentos de recursos em saúde e seguridade social. O Brasil defronta-se com o desafio de elaborar políticas públicas mais eficientes para oferecer melhores condições de vida e saúde à sua crescente população idosa<sup>4</sup>.

Dentre os problemas de saúde comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço dessa população. Há poucos estudos epidemiológicos de morbidade psiquiátrica geral no idoso em nosso meio, apontando prevalências de 26,4% a 33,6%<sup>5,6,7</sup> em comunidades brasileiras urbanas.

Depressão e demência são os transtornos mentais mais freqüentes nesse grupo etário<sup>8</sup>. A prevalência de transtornos depressivos em populações urbanas idosas brasileiras varia de 19,8% até 38,5%<sup>9,10</sup>. Os quadros depressivos geriátricos têm características clínicas peculiares, o que torna o subdiagnóstico comum, exigindo abordagem diagnóstica especial<sup>11</sup>. A demência caracteriza-se por declínio cognitivo progressivo e apresenta freqüências de 4,2 a 7,2% nos idosos, em diversas regiões do mundo e no Brasil<sup>12</sup>, tendo prevalência crescente com o avançar da idade<sup>13</sup>. Também são transtornos mentais relevantes na terceira idade os transtornos ansiosos, o alcoolismo, os quadros maníacos, os transtornos mentais de origem orgânica, o uso abusivo e a dependência de sedativos<sup>14,15</sup>.

Idosos portadores de transtornos mentais apresentam maiores taxas de consultas médicas primárias e de hospitalização por diversas razões<sup>16</sup>, sem que o transtorno mental seja adequadamente investigado, identificado e tratado. Por outro lado, há decréscimo na procura por serviços de saúde mental com o passar da idade, para o que concorrem, dentre vários fatores: as crenças e atitudes dos idosos frente aos transtornos mentais e a menor capacidade dos idosos de perceber a presença do transtorno mental<sup>17</sup>, cujas manifestações são interpretadas como parte inevitável do envelhecimento<sup>18</sup>. Tudo isso leva a presumir uma

situação de desassistência, possivelmente agravada pela escassez de políticas de saúde e de formação profissional voltadas para a atenção à saúde mental do idoso<sup>3</sup>.

Para planejar e aprimorar a assistência à saúde mental do idoso, é importante considerar as concepções deles sobre os transtornos mentais e seu tratamento<sup>19</sup>. Na literatura consultada, não encontramos estudos que tenham investigado as concepções de idosos portadores de transtorno mental sobre o seu quadro. A presente investigação utilizou-se de abordagem qualitativa, com metodologia derivada da Antropologia Médica, com objetivo de compreender os modos de pensar e agir dos pacientes idosos diante dos transtornos mentais.

## **METODOLOGIA**

### **QUADRO TEÓRICO**

Sob o ponto de vista da Antropologia Médica, a experiência da doença não é um simples reflexo de um processo patológico no sentido biomédico do termo, sendo concebida como uma construção cultural. A influência do universo social e cultural sobre as concepções e comportamentos vem sendo cada vez mais valorizada nas intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde, rompendo com a tradição que privilegiava aquelas referentes ao modelo biomédico<sup>20</sup>. GEERTZ<sup>21</sup> (1973) concebe a cultura como um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Essa perspectiva interpretativa de cultura teve vários desdobramentos no campo da abordagem de saúde e doença. Um deles é a diferenciação paradigmática entre “doença processo” e “doença experiência” estabelecida por EISENBERG<sup>22</sup> (1977). A “doença processo” (*disease*) se refere às anormalidades dos processos biológicos e psicológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo, e a “doença experiência” (*illness*), à experiência subjetiva de mal-estar. KLEINMAN<sup>23</sup> (1980) desenvolveu o conceito de “modelos explicativos” (*explanatory models*) para descrever o conjunto de crenças e expectativas sobre uma doença, formuladas por indivíduos em uma determinada cultura. Esses modelos ordenam e dão significado à experiência de determinada doença, com relação a suas causas, sintomatologia, curso e tratamento apropriado.

De acordo com essa perspectiva, o modelo biomédico das doenças também é sustentado por determinantes culturais e todas as interpretações das doenças são socialmente construídas, qualquer que seja a posição teórica ou ideológica. Diferentes categorias de pessoas empregam modelos explicativos diferentes, o que pode gerar problemas na

comunicação entre profissionais e pacientes<sup>24</sup>. Conhecer tais diferenças pode facilitar a comunicação, aumentar a compreensão e a aderência a intervenções e tratamentos preconizados, condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde.

Assim, entende-se que os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços de saúde, são construídos a partir de universos de significados socioculturais. Os serviços de saúde constituem um *locus* privilegiado de estudos para se compreender o que representa a doença ou o tratamento<sup>25</sup>.

## LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Galba Velloso (HGV), em Belo Horizonte, hospital psiquiátrico público, pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O HGV atende clientela de dezoito anos de idade ou mais, procedente da capital, da região metropolitana e de outras cidades de Minas Gerais.

Em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>26</sup>, houve no HGV progressiva redução do número de leitos de internação de média permanência e ampliação do serviço de atendimento a urgências, que passou a denominar-se “Centro de Acolhimento de Crises” (CAC) em 2001. O CAC constitui a porta de entrada do HGV e oferece leitos de curta permanência para transtornos mentais agudos, até sua estabilização, possibilitando pronto retorno do paciente a seu meio de origem, para continuidade do tratamento nos serviços de Saúde Mental de referência<sup>27</sup>. Segundo o Serviço de Gestão de Informação do HGV, no ano de 2008, foram realizados 9147 atendimentos no CAC. Desses atendimentos, 562 (6,14%) foram feitos a pacientes com 60 anos ou mais.

## POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do estudo idosos atendidos no HGV entre março e maio de 2009, que permaneceram no hospital por mais de 24 horas, que tinham condições de entender e habilidade para comunicar-se. As entrevistas foram realizadas em momento próximo à alta hospitalar, quando o paciente estava com o transtorno mental presumidamente estabilizado. O fechamento amostral foi determinado pelo critério de saturação<sup>28</sup>.

## COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas abertas, com roteiro semi-estruturado, buscando elucidar as concepções sobre os transtornos mentais, suas manifestações, atitudes diante do problema, alternativas de tratamento, possibilidades de cura, motivo(s) que levaram à busca do hospital e expectativas e percepções sobre o tratamento recebido. Questionou-se, a princípio, qual o motivo da internação e como o idoso avaliava a própria saúde, evitando-se mencionar qualquer termo equivalente a transtorno mental. Caso ele utilizasse algum termo equivalente, esse continuava sendo utilizado pelo entrevistador. Caso o entrevistado não utilizasse, espontaneamente, qualquer termo equivalente, foi diretamente questionada a presença de algum “problema mental”.

## ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e a análise dos dados foi baseada no modelo de “Signos, Significados e Ações”, desenvolvido por Corin e col.<sup>29</sup>. Esse modelo busca conhecer as maneiras de pensar e agir de populações, identificando categorias usadas por diferentes subgrupos de pessoas para reconhecer, explicar e reagir aos problemas de saúde, construindo um sistema de signos (de adoecimento), de significados (atribuídos à experiência da doença) e práticas (de cuidado). Permite acessar lógicas conceituais privilegiadas por uma população na compreensão de determinado problema de saúde, assim como identificar elementos que intervêm na construção de comportamentos adotados por essa população diante desse problema. Assim, foram identificados os signos associados ao transtorno mental e categorizadas as interpretações sobre tais problemas e sobre tratamentos recebidos e/ou que deveriam ser idealmente realizados.

## ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução 199/96. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou e da FHEMIG.

## RESULTADOS

Foram entrevistados treze pacientes, sendo oito do sexo masculino (M) e cinco do sexo feminino (F), com idades variando de 60 a 83 anos. Desses, oito procediam de Belo

Horizonte ou região metropolitana, e os outros cinco, do interior do estado. Dos treze entrevistados, nove tiveram a primeira passagem pelo HGV no ano de 2009 e dois negavam consultas psiquiátricas prévias. Somente dois estavam em enfermarias de média permanência; os demais foram entrevistados no CAC.

Todos os entrevistados sabiam que estavam internados em um hospital psiquiátrico. Apesar disso, a maioria deles afirmou gozar de boa saúde, negando a presença de qualquer problema mental. Somente dois dos entrevistados reconheciam a pertinência da internação psiquiátrica. Os demais consideravam a permanência hospitalar desnecessária. Todos manifestaram a preferência pelo tratamento no próprio ambiente de origem, especialmente pela possibilidade de estar ao lado de familiares: *“No hospital dá os remédios nas horas. Mas se a gente pudesse tratar em casa, eu achava melhor. Mesmo achando o hospital bom, eu quero ir embora.”* (M11, 73 anos)

## SIGNOS

A maioria dos entrevistados negou a presença de transtorno mental, entretanto, todos referiram ao menos um signo que justificaria alguma intervenção, devido a sofrimento, perturbação ou interferência em suas atividades diárias. Quando questionados sobre como identificar um portador de transtorno/problema mental, foram evocados outros signos.

Os signos autorreferidos foram bastante variados, sendo possível agrupá-los por algumas semelhanças e pela frequência com que foram citados. Os mais comuns foram alterações do sono (“ficar acordado”, “não dormir”, “dificuldade para dormir” ou “insônia”). Para dois entrevistados, esse era o único problema existente: *“Eu só tive insônia, né? Insônia não é problema mental.”* (M9, 68 anos)

Seguem-se os relatos de sensações referidas à região da cabeça, como “cabeça ruim/fraca/leve/tonta” ou “mente ruim/confusa”. Houve uma analogia desses signos com outros, como “ficar fora de si”, “esquecimentos” ou “memória ruim”.

Destacaram-se, ainda, signos de caráter físico, localizados no corpo, como “fraqueza”, “corpo fraco/ruim”, “nervosismo/nervoso”, dores, câimbras, mal-estar, “tremura”, “zonzeira”. Evocaram-se, também, as perturbações nas funções fisiológicas, especialmente aquelas ligadas às funções de nutrição/digestão/excreção (“não comer”, “não se alimentar”, “enjôo”, “boca seca”, “intestino preso”) e as alterações psicomotoras, tanto de lentificação - expressa em termos como “lerdeza” e “lentidão” - quanto de sua exacerbação, com sensação de “desinquietação” ou “falta de sossego”.

Descreveram-se também signos de caráter mais subjetivo, como “falta de alegria”, “tristeza” e “solidão”, choro e outras descrições peculiares do sofrimento, como “arrocho no peito”, sentir-se “assustado”, “sem liberdade”, ter “uma faca no coração”.

Quanto aos signos associados aos transtornos mentais, a agressividade foi citada pela maioria, por meio de expressões como “ser agressivo”, “bater”, “jogar”, “quebrar”, “machucar”, “matar”. Também foram referidas perturbações da linguagem, ressaltando-se o aspecto incoerente ou desorganizado do discurso. Outras características reportadas foram dificuldades de raciocinar, pensar ou tomar decisões, “confusão” ou incapacidade de concluir o que se começa.

As alterações do sono e da alimentação foram evocadas, às vezes num contexto de recusa e teimosia. Outras experiências foram citadas uma única vez, como “escutar vozes”, “enxergar o que não deve”, “perturbar pessoas”, usar vestes inadequadas, “andar de um lado e para o outro”, “ficar rindo”, “mexer nas coisas dos outros”.

## SIGNIFICADOS

Como fatores causais atribuídos ao seu sofrimento, predominaram situações vivenciais, como frustrações e perdas: “*Acho que é a vida [...] As dores que a gente passa. As dores de tristezas*” (F6, 70 anos). Dentre tais vivências, questões familiares estiveram em destaque, especialmente entre as mulheres. Evocaram-se as experiências de abandono, rejeição e solidão; relações conflituosas, especialmente com os filhos e com o cônjuge: “*Não foi problema de doidura. Foi problema com o meu marido lá.*” (F13, 63 anos)

Outros fatores foram apontados, destacando-se as lesões físicas na cabeça (“*Não era pra eu ter a cabeça boa; porque eu já apanhei tanto na cabeça*” [F5, 61 anos]) e o próprio envelhecimento (“*A gente que passou de certa idade, [...] vai aparecendo umas macacoa, né?*” [M7, 83 anos]). A falta de sono e a alimentação inadequada poderiam causar enfraquecimento, tornando a pessoa mais vulnerável a esse tipo de adoecer: “*Não se alimentar direito é perigoso ficar com os nervos fracos também.*” (F5)

A contextualização dos signos e significados descritos permitiu a delimitação de três categorias principais de problemas: “Nervoso”, “Problema de cabeça” e “Doidura”.

A categoria “Nervoso” inclui o que também se nomeia como “nervosismo”, “depressão” ou “problema na alma”. Manifesta-se com tristeza, irritabilidade, inquietude e signos de expressão mais corpórea. É determinada por situações mais cotidianas de perdas e conflitos: “*Troquei um gado a troco de um tanque. O tanque era ruim, [...] estragou e eu*

*fiquei assim nervoso... Sinto assim, uma ruindade no corpo, na cabeça, uma tremendade... Fico acordado, desinquieta; não tem nada que sossega eu.” (M11)*

A segunda categoria - “Problema de cabeça” - é descrita com termos que sugerem uma localização ou uma origem (cabeça, mente ou cérebro), e é determinada por fraqueza, debilidade ou lesão. Podemos dividi-la em duas subcategorias, de acordo com a duração e o tipo de dano. Uma delas de caráter temporário, determinada por um evento de ação imediata (aborto, “pancada”, perda inesperada, emoção muito intensa), levando a desequilíbrio físico ou emocional agudo e intenso, cuja principal manifestação é a perda temporária do juízo, evidente nesta fala: *“Meu marido bateu em mim e eu fiquei com a cabeça meia fraca [...] Fora de si” (F5)*. A outra subcategoria é descrita como uma espécie de enfraquecimento das funções mentais de instalação lenta, determinada por situações de longo prazo ou pelo próprio envelhecimento. Manifesta-se por esquecimentos, sensação de “cabeça aérea” ou “lerdeza”: *“Sou lerdo; esqueço as coisas rápido demais. É a idade que faz isso com a gente... [A cabeça] fica leve.” (M8, 66 anos)*

A outra categoria apreendida é a “Doidura”, cujo portador é identificado pelo termo “doido”. Sua descrição mostra-se mais uniforme e delimitada que as categorias expostas acima. Os entrevistados recusam tal condição para eles próprios e vinculam-na aos sentimentos ruins, à má educação ou à incapacidade de conter as tendências nocivas. Suas manifestações incluem comportamentos que denotam maldade ou intenso descontrole. Alguns atribuem esse problema ao afastamento ou desafio à autoridade divina, algo de que se deve evitar até mesmo falar ou pensar, como observamos neste relato: *“Aí eu nunca toquei nesse tipo de tema não, não tenho esse tipo de coisa não” [...] “É por causa de inveja, por causa de orgulho... A inveja puxa o problema. Faz desordem contra saúde do outro. Trata mal.” (M1, 70 anos)*

As perturbações do sono e alimentares destacam-se como signos de qualquer categoria referida anteriormente. São consideradas não apenas manifestações, mas também possíveis causadoras de tais problemas.

A evolução de tais quadros dependeria de suas causas e da possibilidade de tratamento. Há desde os que acreditam (*“Às vezes até cura” [M11]*), até os que não acreditam na cura (*“Não tem homem que cura isso” [M3, 70 anos]*), passando pela possibilidade de melhora dos sintomas. Os quadros cujos fatores causais são temporários seriam, conseqüentemente, transitórios.

## AÇÕES

O uso de medicamentos é a medida privilegiada pela maioria para tratar de seus problemas. Aos mesmos, é atribuída a capacidade de controlar e acalmar, fornecer disposição e força: *“Nunca esquecendo de tomar aqueles remédios básicos para se manter, né? [...] Acalma, né?”* (M9)

Entretanto, quando avaliamos os relatos em profundidade, revelam-se atitudes ambivalentes com relação aos medicamentos: dúvidas quanto à eficácia, desconfiança quanto ao modo como são preconizados pelos profissionais de saúde, sugerindo que seu uso seja restrito à necessidade percebida pelos próprios pacientes. Alguns manifestam explícita resistência aos medicamentos, devido aos efeitos adversos experienciados e aos temores quanto à sua capacidade de provocar outros problemas. O uso é mantido sob outras influências, como para satisfazer a familiares ou às normas institucionais. O que foi relatado acima fica evidente nos dois excertos a seguir:

- *“Estou tomando o remédio porque, internou aqui, é pra tomar remédio; tem que respeitar [...] mas se eu não precisar, tá tudo bem... Tomo remédio assim: se eu precisar.”* (M2)

- *“Desde que eu comecei, eu nunca parei... Agora, eles falam que eu não tomo. Eu tomo... Se eu parar, é só um dia ou dois. Sabendo tomar, eles não é ruim não.”* (F5)

A internação psiquiátrica é considerada um recurso de tratamento para indivíduos com signos da “doidura”. Verificamos duas posturas predominantes com relação aos motivos da própria internação: discordância e desconhecimento. Somente dois pacientes reconheciam a pertinência daquela internação. A maioria discordava da indicação de internação, cuja decisão partiu de outros, sob influência de sentimentos e interesses de conotação negativa: *“Minha menina até hoje me interna; me internou de falsidade, que passou para o lado do pai dela”* (F5). Outros referiam desconhecer os motivos que levaram ao atendimento; alguns, inclusive, ignoravam como se deu sua condução até o hospital: *“Quando eu dei por si, já estava aqui”* (M8). Apesar disso, todos aceitavam a permanência hospitalar e as condutas da equipe profissional, inclusive elogiando o tratamento recebido e reconhecendo seu benefício.

Foi freqüente a descrição de conflitos precedendo a internação e o relato do alívio obtido com o afastamento de tais situações. Outros elementos encontrados no hospital tiveram seus efeitos positivos ressaltados, dentre os quais o sono, a boa alimentação, o descanso, a regularidade de horários na administração dos medicamentos e alimentos: *“Eu ter o remédio ao tempo e à hora; eu ter meu banho ao tempo e à hora”* (F6). A postura cuidadosa, compreensiva, e até educativa dos familiares e dos profissionais de saúde é considerada um fator facilitador da melhora: *“Quando eu estou ruim mesmo, eles me acodem e me cuidam... Tratamento é ver a necessidade da gente”* (F6).



A importância de outras intervenções também foi apontada, como atividades ocupacionais e consultas com psicólogos. Outras medidas, que desvelam crenças sobre a determinação moral-religiosa dos transtornos mentais, são indicadas para lidar com tais problemas: o trabalho, a reflexão, preparados de ervas (“*beberagem*”); intervenções espirituais e religiosas, como feitiços, orações e “pegar-se com Deus”.

## DISCUSSÃO

As categorias reconhecidas pelos entrevistados em sua experiência de sofrimento são “nervoso”, “problema de cabeça” e “doidura”, que representam modelos culturais de doença, ou modelos explicativos, como concebidos por KLEINMAN<sup>23</sup>. Observou-se uma diferenciação entre essas três categorias, que remetem à própria experiência (*illness*), e aquela que é fornecida pelo modelo biomédico: o “transtorno mental” (*disease*). Houve tendência a desconsiderar a categorização biomédica, flagrante na denegação da presença de *transtornos mentais* e dos diagnósticos fornecidos por profissionais de saúde.

Pesquisas anteriores que enfocaram a experiência do adoecer psíquico apontaram alguns resultados semelhantes. DUARTE<sup>30</sup> (1986) enfatizou a linguagem do “nervoso” em sua relação com a cultura das classes trabalhadoras urbanas, como um código específico para falar de embaraços da vida prática, do embate entre valores e situações do cotidiano. Segundo esse autor, na concepção popular, “nervo” é uma entidade difusa por todo o corpo, ainda que tenha uma associação mais estreita com a cabeça. O “nervoso” comportaria duas possibilidades: “estar nervoso” - estado de perturbação mais leve ou passageiro atribuível, prioritariamente, a uma causalidade externa - e “ser nervoso” - estado mais intenso e permanente em que a ênfase não recai nos fatores externos, mas no modo e qualidade interior da perturbação. Em nosso estudo, não encontramos esta última descrição, sendo o “nervoso” entendido como um estado, mais que um modo de ser. Outros autores obtiveram descrições e interpretações semelhantes para a categoria “nervoso”<sup>31,32</sup>. Todos constataram a tendência a descrever o sofrimento em termos corporais e sua relação com experiências e eventos de vida. Tais autores consideram que essas pessoas vivenciam o sofrimento de forma integrada, ao contrário do que veiculam os modelos profissionais, que tendem a delimitar o plano somático separado do plano psíquico.

TSU e TOFOLO<sup>33</sup> (1990) estudaram as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas internadas em um hospital psiquiátrico e encontraram o predomínio de explicações psicossociais para a doença mental, que estaria intimamente ligada às emoções e

aos sentimentos. Para esses autores, isso poderia representar uma maneira de tornar o problema pessoal mais leve e suportável, admitindo possibilidades de recuperação.

A categoria “problema de cabeça” foi identificada por VILLARES e col.<sup>34</sup> (1999) na investigação de concepções da doença em familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. A descrição foi semelhante à que encontramos entre os participantes deste estudo, que circunscrevem um processo disfuncional, localizado em uma parte ou órgão do corpo, desencadeado por múltiplos fatores e que denotam determinação orgânica de tais problemas. Segundo tais autores, poderíamos constatar aqui uma apropriação de concepções médicas, traduzidas pelos pacientes em termos de sua própria visão da realidade clínica. Algumas diferenças relevantes foram encontradas em nosso estudo, no qual não houve nenhuma referência à hereditariedade na causalidade dos mesmos. Outra diferença é a descrição de um modo de enfraquecimento mais agudo e intenso das funções mentais, de caráter traumático, cuja relevância é minimizada por tratar-se de um estado temporário.

Nesta pesquisa, a idade avançada foi apontada como um fator causal para os “problemas de cabeça”, em decorrência de um processo natural, próprio do envelhecimento. CARVALHAIS<sup>35</sup> (2005) encontrou resultado semelhante entre idosas da comunidade portadoras de quadros depressivos. Porém, naquele grupo, a idade foi um fator naturalmente associado à tristeza e desânimo, ou um fator que diminuiria a resistência frente aos problemas. O grupo pesquisado neste estudo ressaltou o aspecto da perda funcional associada ao envelhecimento. Tudo isso pode levar a considerar a procura do tratamento desnecessária ou ineficaz.

Quanto aos *transtornos mentais*, vimos que são reconhecidos como categoria pertencente ao discurso biomédico. Sua descrição e explicação tiveram uma estreita e curiosa coincidência com a categoria “doidura”. Embora entendidas como entidades separadas, “problema mental” e “doidura” compartilham várias características. Quase todos os entrevistados negaram a presença das mesmas, e foi freqüente a atribuição de ambas a questões de ordem moral. Ambas são identificadas por alterações mais perturbadoras do comportamento, da percepção e do pensamento, nos quais fica evidente a importância atribuída àquilo que compromete a *capacidade de convivência e interação social* e a *autonomia*. Podemos considerar a categoria “doidura” análoga à concepção popular de “loucura”. A relação entre loucura e valores morais já foi amplamente descrita na literatura<sup>36</sup>. Nesta pesquisa, foi encontrada também a relação entre valores culturais e a noção médica de transtorno mental, já apontada em outro estudo brasileiro<sup>37</sup>.

Alguns estudos<sup>33,34</sup> verificaram a atribuição explícita de tais quadros a interferências espirituais. Não seria surpresa observar o mesmo no presente estudo, devido à penetração de

idéias religioso-espiritualistas em nosso meio. Entretanto, isso não foi observado, o que poderia ser explicado pelo contexto em que se realizaram as entrevistas; no caso, um serviço de saúde. Suspeita-se que as atitudes dos pacientes podem variar de acordo com o contexto ou a orientação institucional de onde se encontram. Inicialmente, eles hesitariam em revelar suas crenças aos profissionais de saúde, mas elas apareceriam implicitamente em suas falas<sup>38</sup>. Não foram incomuns as evocações religiosas e referências sutis à religiosidade em meio às frases dos entrevistados desta pesquisa, o que sugere que suas crenças e tradições religiosas ajudem a explicar e enfrentar o sofrimento experimentado pelos mesmos.

A maioria dos participantes avaliou positivamente a própria saúde e negou a presença de problemas mentais. Entretanto, a internação e o tratamento médico foram bem aceitos e valorizados como alternativa legítima e eficaz para lidar com os sintomas e problemas por eles enfrentados. Isso, de alguma maneira, pode representar o reconhecimento da presença de algum sofrimento psíquico. Todavia, a responsabilidade sobre a decisão da internação foi transferida para aqueles que conduziram o paciente ao hospital, ou seja, foram eles que reconheceram os signos e os interpretaram de maneira a considerar necessária a ação de buscar o atendimento psiquiátrico de urgência.

A negação do transtorno mental é classicamente atribuída, na psiquiatria, à falta de “insight” (ou de consciência de morbidade), como manifestação da própria patologia de base, sendo uma condição comum nos quadros psicóticos e em outros transtornos mentais graves<sup>39</sup>. KIRMAYER e CORIN<sup>40</sup> (1998) apontam que fatores de ordem cultural participam da construção social e cognitiva da percepção de si e do reconhecimento da presença de transtornos mentais. DAVID (1990), citado por Kirmayer e Corin<sup>40</sup>, apontou para a existência de três dimensões do uso do termo “insight” na clínica: 1) o reconhecimento da presença do transtorno mental; 2) a habilidade em reconhecer o caráter patológico de suas manifestações; 3) a aderência ao tratamento. Assim, mesmo negando a presença do transtorno, os pacientes podem ser aderentes ao tratamento, e grande parte deles é capaz de identificar comportamentos e idéias associados aos transtornos mentais.

Uma das explicações possíveis para a negação do “problema mental” pelos pacientes seria uma tentativa de proteger-se do estigma social. Assim como o significado dos sintomas, o estigma a eles associado também tem sido estudado como um processo cultural, social e interpretativo, e imbuído de noções morais<sup>41</sup>. GOFFMAN<sup>42</sup> (1963) descreveu uma série de estratégias que sujeitos utilizam para minimizar o estigma. Uma delas é a manipulação da informação, como o “encobrimento”, que pudemos constatar neste estudo, na tentativa de “imprimir um caráter mais benigno à própria condição, apresentando os signos de seu estigma como signos de outro atributo que seja um estigma menos significativo”. O mesmo autor cita

também a assimilação do estigma pelo indivíduo estigmatizado, que compartilha crenças sobre sua identidade com a sociedade em geral; o que observamos aqui na repetição, pelos próprios entrevistados, de alguns dos mais freqüentes conceitos estigmatizantes associados aos transtornos mentais: a violência e a fraqueza moral<sup>43,44</sup>. Existiria uma recusa em reconhecer-se como indivíduo portador de características que eles próprios rejeitam.

A afirmação da própria autonomia seria um aspecto implícito na negação da existência de problemas mentais, já que os indivíduos “dependentes” são considerados um problema social nas comunidades industriais e urbanas, característica que aproxima a velhice e a loucura de outras formas de marginalização. Outra explicação possível é que tal denegação seja uma estratégia para lidar com uma realidade carregada de sofrimento e dificuldades, mantendo afastadas experiências dolorosas e incompreensíveis, e sustentar expectativas de melhora ou cura.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo mostrou as concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento dos idosos atendidos no HGV. A maioria deles não reconhece a presença do transtorno, mas identifica signos de sofrimento mental que articulam em três categorias: “nervoso”, “problema de cabeça” e “doidura”. O tratamento tem seu valor reconhecido, mas com certas ressalvas, articuladas aos seus próprios conceitos sobre causas e conseqüências de tais perturbações.

Estes resultados podem contribuir para facilitar a abordagem dos idosos portadores de transtornos mentais. Conhecendo as concepções dos mesmos sobre o problema, os profissionais poderão articulá-las com suas próprias concepções, facilitando a comunicação entre profissional e paciente e melhorando a qualidade do atendimento.

Outra possível contribuição deste trabalho é melhorar o entendimento de realidades presentes na abordagem dos transtornos mentais dos idosos, como: fatores que determinam a diminuição da procura por tratamento, dificuldades no reconhecimento e manejo desses transtornos pelos profissionais de saúde e na aderência dos pacientes ao tratamento.

Os resultados deste e de outros trabalhos poderão contribuir no planejamento e organização de programas de atenção à saúde mental dos idosos e ajudar a prevenir ou minimizar o impacto dos transtornos mentais sobre a qualidade de vida desses pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):725-33.
- <sup>2</sup> IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/mapa\\_site/mapa\\_site.php#populacao](http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao) [acesso em janeiro/2010].
- <sup>3</sup> Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:705-15.
- <sup>4</sup> Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Est Pop* 2006; 23(1):5-26.
- <sup>5</sup> Maragno I, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1639-48.
- <sup>6</sup> Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
- <sup>7</sup> Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
- <sup>8</sup> Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. P.143-50.
- <sup>9</sup> Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1):1-7.
- <sup>10</sup> Castro-Costa E, Lima-Costa MFF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:104-09.
- <sup>11</sup> Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Curi P. Sintomas depressivos associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3):365-71.
- <sup>12</sup> Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6):773-8.
- <sup>13</sup> Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saude soc* 2007; 16(1):81-89.
- <sup>14</sup> Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 12-18.

- <sup>15</sup> Hanlon P, Walsh D, Whyte BW, Scott SN, Lightbody P, Gilhooly MLM. Hospital use by an ageing cohort: an investigation into the association between biological, behavioural and social risk markers and subsequent hospital utilization. *J Publ Health Med* 1998;20(4):467-76.
- <sup>16</sup> Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999 Mai; 21 Suppl 1:01-05.
- <sup>17</sup> Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patronos de uso de servicios entre adultos com problemas de salud mental, em Chile. *Pan Am Public Health* 2005; 18(4/5):263-70.
- <sup>18</sup> Waxman HM. Community Mental Health Care for the Elderly – a Look at the Obstacles. *Public Health Rep* 1986; 101(3):294-300.
- <sup>19</sup> Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):107-14.
- <sup>20</sup> Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10(4):497-504.
- <sup>21</sup> Geertz C. A interpretação das culturas. 1ªed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- <sup>22</sup> Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiat* 1977;1:09-23.
- <sup>23</sup> Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California, 1980.
- <sup>24</sup> Firmo JOA, Lima-Costa MFL, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(4):1029-40.
- <sup>25</sup> Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM & Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 99-120.
- <sup>26</sup> Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. P.39-79.
- <sup>27</sup> Mascarenhas MEB. Hospital Galba Velloso: do hospital à rede, um projeto em construção. *Jornal “O Risco”* – publicação da Associação Mineira de Psiquiatria 2003; p.4.
- <sup>28</sup> Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
- <sup>29</sup> Corin E, Uchoa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et Variations de Systèmes de Signes, de Sens et D’Action. *Psychopatologie Africaine* 1992;XXIV, 2:183-204.
- <sup>30</sup> Duarte LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar-CNPq, 1986.

- <sup>31</sup> Rozemberg B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(4):300-8.
- <sup>32</sup> Oliveira AB, Roazzi A. A representação social da “doença de nervos” entre os gêneros. *Psic: Teor e Pesq* 2007; 23(1):91-102.
- <sup>33</sup> Tsu TMJA, Tofolo V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental. *Psicol USP* 1990; 1(2):155-166.
- <sup>34</sup> Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 36-47.
- <sup>35</sup> Carvalhais SMM. Estudo epidemiológico e antropológico sobre sintomas depressivos em idosos vivendo em comunidade: Projeto Bambuí [Dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica; 2005.
- <sup>36</sup> Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. 8ª ed (2ª reimpr). São Paulo: Perspectiva; 2008.
- <sup>37</sup> Coelho MTAD, Almeida Filho N. Concepções populares de normalidade e saúde mental no litoral norte da Bahia, Brasil. *Cad. Saude Publica* 2005; 21(6):1726-36.
- <sup>38</sup> Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-58.
- <sup>39</sup> Cheniaux Jr E. Consciência da morbidade. In: Cheniaux Jr E. *Manual de Psicopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.107-08.
- <sup>40</sup> Kirmayer LJ, Corin E. Inside knowledge – Cultural construction of the insight in psychosis. In: Amador XF, David AS, editors. *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998. P.193-220.
- <sup>41</sup> Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine* 2007; 64(7):1524-35.
- <sup>42</sup> Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
- <sup>43</sup> Gibson RC, Abel WD, White S, Hickling FW. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2008; 23(1):26-33.
- <sup>44</sup> Lucchesi M, Malik AM. Feasibility of general hospitals psychiatric units in Brazil. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):1-7.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo explorou as concepções dos idosos atendidos no HGV sobre os transtornos mentais. A maioria dos idosos atendidos no HGV não reconhece a presença de transtorno em si próprio, mas identifica signos de sofrimento mental que puderam ser articulados em três categorias (“nervosismo”, “problema de cabeça” e “doidura”). Verificamos que suas concepções sobre causas e manifestações dos transtornos mentais diferem daquelas mais aceitas e divulgadas pelos profissionais de saúde. Os idosos atribuem o problema a múltiplas situações, em que os fatores psicossociais têm destaque, ou como decorrência do envelhecimento ou de outras condições físicas. Tais quadros seriam manejáveis em seu próprio ambiente, com seus próprios recursos ou com auxílio do entorno familiar.

Assim, são preconizados como terapêutica o cuidado, a atenção, o repouso, a mediação ou o afastamento de situações conflituosas, o sono e uma boa alimentação. O tratamento médico tem seu valor reconhecido, mas com certas ressalvas, pois não se mostram capazes de acessar e modificar situações que consideram como causas e conseqüências de tais perturbações. Os medicamentos, por exemplo, são citados por todos, mas temidos por seus efeitos adversos. São, geralmente, bem aceitos, desde que o próprio paciente possa participar da escolha de sua forma de uso.

Os resultados deste estudo podem facilitar a abordagem dos idosos portadores de transtornos mentais e contribuir para o planejamento e a organização de programas de atenção à saúde mental dos idosos. Os profissionais poderão utilizar tais informações para obter comunicação mais efetiva com esses pacientes e melhorar a qualidade do atendimento. Outra contribuição possível é o melhor entendimento de realidades presentes na abordagem dos transtornos mentais dos idosos, como: fatores que determinam a diminuição da procura por tratamento, dificuldades no reconhecimento e manejo desses transtornos pelos profissionais de saúde e na aderência dos pacientes ao tratamento. Um fator preponderante identificado na determinação dessas realidades é a tentativa de evitar o estigma relacionado aos transtornos mentais, carregado de conotações morais, e a afirmação da própria autonomia, no que também procuram evitar estigmas relacionados ao envelhecimento.

Com este trabalho, esperamos contribuir para prevenir ou minimizar o impacto dos transtornos mentais sobre a qualidade de vida desses pacientes.



## 6 ANEXOS

### 6.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

(por sexo, idade, procedência, diagnóstico principal e local da entrevista)

	Sexo	Idade	Procedência	Diagnóstico	Local
M1	Masculino	70 anos	Interior – zona rural	Esquizofrenia	Enfermaria
M2	Masculino	61 anos	Região metropolitana	Esquizofrenia	CAC
M3	Masculino	70 anos	Região metropolitana	Demência/ Mania	CAC
F4	Feminino	60 anos	Interior – zona urbana	Esquizofrenia	Enfermaria
F5	Feminino	61 anos	Região metropolitana	Transtorno esquizoafetivo	CAC
F6	Feminino	70 anos	Interior – zona urbana	Depressão recorrente	CAC
M7	Masculino	83 anos	Região metropolitana	Demência alcoólica	CAC
M8	Masculino	66 anos	Região metropolitana	Demência	CAC
M9	Masculino	68 anos	Belo Horizonte	Transtorno delirante persistente	CAC
M10	Masculino	70 anos	Região metropolitana	Transtorno psicótico orgânico	CAC
M11	Masculino	73 anos	Interior – zona rural	Depressão recorrente	CAC
F12	Feminino	74 anos	Interior – zona urbana	Psicose não especificada	CAC
F13	Feminino	63 anos	Belo Horizonte	Transtorno afetivo bipolar	CAC

## **6.2 ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Por que motivo(s) o(a) sr(a) está em atendimento neste hospital?

Que motivo(s) o(a) levou a procurar este serviço de saúde?

Como o sr(a) avalia sua saúde? Por quê?

Como é uma pessoa com a saúde boa? E com a saúde ruim?

Faz algum tipo de tratamento? Por quê? Há quanto tempo? Onde?

Como está avaliando o tratamento recebido aqui?

O que poderia ser mudado para melhorar o atendimento?

Como é uma pessoa com problema mental? Conhece alguém?

Qual(is) a(s) causa(s) desse tipo de problema? Como se trata?

É possível a cura para os problemas mentais?

## 6.3 TERMO DE CONSENTIMENTO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisadores do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Instituto de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz estão realizando uma pesquisa no Hospital Galba Velloso – Fhemig. Essa pesquisa tem o objetivo de compreender como as pessoas interpretam e lidam com problemas mentais.

O (a) Sr(a) foi escolhido(a) porque está sendo atendido no Hospital Galba Velloso e tem 60 anos ou mais.

Esta pesquisa envolve a realização de 1, 2 ou 3 entrevistas com o (a) senhor (a). Essas entrevistas serão realizadas no próprio hospital ou, caso necessário, agendadas em outro local e data de sua conveniência.

Toda informação obtida nesta pesquisa é confidencial. Entretanto o (a) senhor (a) poderá ter acesso à sua entrevista. As entrevistas serão gravadas e após análise do conteúdo, as fitas serão guardadas pela coordenação deste trabalho e, posteriormente, destruídas.

**SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA É TOTALMENTE VOLUNTÁRIA.**

O senhor (a) poderá desistir de sua participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Para qualquer esclarecimento, sugestão ou reclamação referente a esta pesquisa o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com Josélia de Oliveira Firmo no Instituto de Pesquisas René Rachou 33497731.

O (a) senhor (a) gostaria de participar desta pesquisa?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Declaro que li e entendi o conteúdo do presente documento e estou de acordo com os termos do mesmo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):725-33.
- <sup>2</sup> IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/mapa\\_site/mapa\\_site.php#populacao](http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao) >. Acesso em: 15 jan. 2010.
- <sup>3</sup> Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:705-15.
- <sup>4</sup> Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54.
- <sup>5</sup> Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Est Pop* 2006; 23(1):5-26.
- <sup>6</sup> Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
- <sup>7</sup> Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas a más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl I):3-6.
- <sup>8</sup> Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004;184:147-152.
- <sup>9</sup> Trollor JN, Anderson TM, Sachdev OS, Brodaty H, Andrews G. Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(6):455-66.
- <sup>10</sup> Khon R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(12):1020-8.
- <sup>11</sup> Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clin* 1999; 26(5):225-35 – Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> >. Acesso em: 15 jan. 2010.
- <sup>12</sup> Maragno I, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1639-48.
- <sup>13</sup> Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
- <sup>14</sup> Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.

- 
- <sup>15</sup> Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Publica* 2004; 38(5):650-6.
- <sup>16</sup> Organização Mundial de Saúde, coordenação. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- <sup>17</sup> Hanlon P, Walsh D, Whyte BW, Scott SN, Lightbody P, Gilhooly MLM. Hospital use by an ageing cohort: an investigation into the association between biological, behavioural and social risk markers and subsequent hospital utilization. *J Publ Health Med* 1998;20(4):467-76.
- <sup>18</sup> Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):12-18.
- <sup>19</sup> Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1):07-11.
- <sup>20</sup> Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. P.143-50.
- <sup>21</sup> Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Curi P. Sintomas depressivos associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3):365-71.
- <sup>22</sup> Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3):691-700.
- <sup>23</sup> Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1):1-7.
- <sup>24</sup> Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1):26-33.
- <sup>25</sup> Castro-Costa E, Lima-Costa MFF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:104-109.
- <sup>26</sup> Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saude soc* 2007; 16(1):81-89.
- <sup>27</sup> Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(1):61-69.
- <sup>28</sup> Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saude Publica* 2002; 36(6):773-8.

- 
- <sup>29</sup> Cummings JL, Jeste DV. Alzheimer's Disease and its management in the year 2010. *Psychiatr Serv* 1999; 50(9):1173-1177.
- <sup>30</sup> Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999 Mai; 21 Suppl 1:01-05.
- <sup>31</sup> Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3):145-9.
- <sup>32</sup> Mackenzie CS, Scott T, Mather A, Sareen J. Older adults' help seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(12):1010-9.
- <sup>33</sup> Waxman HM. Community Mental Health Care for the Elderly – a Look at the Obstacles. *Public Health Rep* 1986; 101(3):294-300.
- <sup>34</sup> Vicente B, Kohn R, Saldívia S, Rioseco P, Torres S. Patronos de uso de servicios entre adultos com problemas de salud mental, em Chile. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am Public Health* 2005; 18(4/5):263-70.
- <sup>35</sup> Bandeira M e col. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):107-114.
- <sup>36</sup> Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos* 2002; 9(1):25-59.
- <sup>37</sup> Shirakawa I, Gonçalves EC. Assistência psiquiátrica e desinstitucionalização. In: Alves LCA, coordenação. *Ética e Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. P. 185-191.
- <sup>38</sup> Delgado PGG e col. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. (organizadores) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.39-79.
- <sup>39</sup> Mascarenhas MEB. Hospital Galba Velloso: do hospital à rede, um projeto em construção. *Jornal O Risco – Associação Mineira de Psiquiatria*, Belo Horizonte; jun.2003, p.4.
- <sup>40</sup> Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4):497-504.
- <sup>41</sup> Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- <sup>42</sup> Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiat* 1977;1:09-23
- <sup>43</sup> Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of California, 1980.
- <sup>44</sup> Jenkins J. Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: the problem of nervios with mexican-american families. *Cult Med Psychiatry* 1988; 12:301-29.

---

<sup>45</sup> Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-58.

<sup>46</sup> Firmo JOA, Lima-Costa MFL, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(4):1029-1040.

<sup>47</sup> Corin E, Uchoa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et Variations de Systèmes de Signes, de Sens et D'Action. *Psychopatologie Africaine* 1992; XXIV(2):183-204.

<sup>48</sup> Nunes M, Torrente M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública* 2008; 24(1):188-196.