

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas**

Paula Manfredi

Passo Fundo

2019

Paula Manfredi

Perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves

Coorientador:

Profa. Dra. Bernadete Maria Dalmolin

Passo Fundo

2019

CIP – Catalogação na Publicação

---

M276p Manfredi, Paula  
Perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições  
terapêuticas / Paula Manfredi. – 2019.  
74 f. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves.  
Coorientadora: Profa. Dra. Bernadete Maria Dalmolin.  
Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2019.

1. Envelhecimento. 2. Idosos - Saúde mental. 3. Idosos –  
Nutrição. 4. Medicamentos – Utilização. 5. Asilos para  
idosos. I. Alves, Ana Luisa Sant'Anna, orientadora.  
II. Dalmolin, Bernadete Maria, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

# ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



**PPGEH**

Programa de Pós-Graduação  
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

"Perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas"

Elaborada por

**PAULA MANFREDI**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de  
"Mestre em Envelhecimento Humano"


Aprovada em: 26/08/2019  
Pela Banca Examinadora

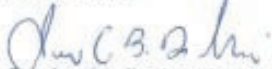
  
**Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves**  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH

  
**Profa. Dra. Helenice de Moura Scortegagna**  
Avaliadora Interna - PPGEH

  
**Profa. Dra. Luciana Grolli Ardenghi**  
Avaliadora Externa - UPF/ICB

  
**Profa. Dra. Bernadete Maria Dalmolin**  
Coorientadora - Universidade de Passo Fundo - UPF/ICB

  
**Profa. Dra. Juliane Bervian**  
Avaliadora Externa - UPF/FQ

  
**Profa. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi**  
Coordenadora do PPGEH

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado a oportunidade de chegar até aqui.

Aos meus pais, Odete e Otávio, e ao meu irmão, Otávio Augusto, pela confiança, incentivo, apoio e amor incondicional.

Ao meu noivo Douglas, pelo apoio e compreensão em todos os momentos de ausência.

Aos meus amigos e colegas, que de forma direta ou indireta, contribuíram e auxiliaram na elaboração desse estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos mais difíceis.

À minha orientadora Ana Luisa Sant' Anna Alves, que é uma referência profissional e pessoal para mim, pelo auxílio, disponibilidade, paciência, motivação e dedicação.

À minha coorientadora Bernadete Maria Dalmolin, pela atenção e disponibilidade.

Aos professores e funcionários do PPGEH, por contribuírem na minha formação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

MANFREDI, Paula. **Perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas**. 2019. 74 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2019.

O envelhecimento populacional é evidenciado pela transição demográfica atual, em que é marcada pela redução dos níveis de fecundidade e natalidade e aumento da proporção de idosos e da expectativa de vida. Esse fenômeno trás consigo a necessidade de recuperação e promoção de saúde a todos os indivíduos, porém alguns grupos populacionais requerem mais atenção, como indivíduos portadores de transtornos mentais, principalmente os que estão institucionalizados, visto que, na maioria dos casos, possuem um aumento do comprometimento da saúde. Essa população, por possuir mais alterações na qualidade e expectativa de vida, necessitam de um maior acompanhamento e planejamento terapêutico. Diante disso, o objetivo deste trabalho é identificar o perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas, com foco na prevalência do uso de polifarmácia e avaliação do estado nutricional. Trata-se de um estudo transversal com indivíduos com transtornos mentais em Residenciais Terapêuticos Privados (RTP) com amostra total de 254 prontuários. Na produção científica I, o objetivo foi verificar a prevalência de polifarmácia e fatores associados em sujeitos com transtornos mentais internados em residências terapêuticas no município de Passo Fundo. O desfecho, polifarmácia, foi avaliado considerando o uso de pelo menos 5 medicamento de uso contínuo. Foram investigados 254 sujeitos em situação de moradia em instituições terapêuticas, a prevalência de polifarmácia foi de 55,6%. Na análise bivariada foi possível verificar menor prevalência de polifarmácia entre os sujeitos que não apresentavam doença clínica e com menor tempo de internação ( $p < 0,05$ ). O mesmo resultado se manteve na análise multivariada, sendo que a razão de prevalência foi de 0,670 (IC95%: 0,514; 0,874) para doença clínica e 0,661 (IC95%: 0,451; 0,968) para tempo de internação. Na produção científica II, o objetivo foi descrever o estado nutricional de sujeitos residentes em instituição terapêutica. O tamanho amostral foi de 160 indivíduos, pois nem todos autorizaram a realização das medidas antropométricas. Foi identificado que

66,2% da amostra estava com excesso de peso, de acordo com o IMC. A partir da circunferência da cintura, observou-se prevalência de 71,2% de risco elevado ou muito elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em ambos os sexos. Houve associação entre circunferência da cintura elevada e muito elevada, sexo feminino e presença de doença clínica ( $p < 0,05$ ). O estudo identificou elevada prevalência de polifarmácia associado ao tempo de internação e presença de doença clínica, e de associação entre circunferência de cintura elevada e muito elevada, sexo feminino e presença de doença clínica. Tais resultados merecem atenção, pois trata-se de sujeitos jovens e com risco de mortalidade precoce pela própria condição clínica. Sugere-se que os gestores federais, estaduais e municipais de saúde avaliem as condições de atenção psicossocial em liberdade, nos seus territórios, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde desses sujeitos.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Transtornos Mentais. 3. Institucionalização.  
4. Medicamentos. 5. Estado Nutricional.

## ABSTRACT

**MANFREDI, Paula. Health profile of residents in therapeutic institutions. 2019. 74 f. Dissertation (Masters in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2019.**

The aging process is evidenced by the current demographic transition, in which it is marked by the reduction of fertility and birth rates and an increase in the proportion of the elderly and the life expectancy. Population aging brings with it the need for recovery and health promotion for all individuals, but some population groups require more attention as individuals with mental disorders, especially those who are institutionalized, since in most cases they have an increase of health compromise. This population, because it has more changes in quality and life expectancy, require a greater accompaniment and planning. Therefore, the objective of this study is to identify the health profile of subjects residing in therapeutic institutions, focusing on the prevalence of polypharmacy and evaluation of nutritional status. This is a cross-sectional study with individuals with mental disorders in Private Therapeutic Homes (PTH) with a total sample of 254 medical records. In the scientific production I, the objective was to verify the prevalence of polypharmacy and associated factors in subjects with mental disorders hospitalized in therapeutic residences in the city of Passo Fundo. The outcome, polypharmacy, was evaluated considering the use of at least 5 medication of continuous use. We investigated 254 subjects in housing in therapeutic institutions, the prevalence of polypharmacy was 55.6%. In the bivariate analysis it was possible to verify a lower prevalence of polypharmacy among subjects who did not present clinical disease and with a shorter hospital stay ( $p < 0.05$ ). The same result was maintained in the multivariate analysis, with a prevalence ratio of 0.670 for clinical disease and 0.661 for hospitalization time. In cinetificative production II, the objective was to describe the nutritional status of subjects residing in a therapeutic institution. The sample size was 160 individuals, since not all authorized the anthropometric measurements. It was identified that 66.2% of the sample was overweight, according to BMI. From waist circumference, prevalence of 71.2% of high or very high risk for the development of cardiovascular diseases in both sexes was observed. There was an association between high and very high waist circumference, female gender and presence of clinical disease ( $p < 0.05$ ). The study identified a high prevalence of polypharmacy associated with



hospitalization time and presence of clinical disease, and the association between high and very high waist circumference, female sex and presence of clinical disease. These results deserve attention, since they are young subjects and at risk of early mortality due to the clinical condition itself. It is suggested that federal, state and municipal health managers evaluate the conditions of free psychosocial care in their territories, in order to better the quality of life and health of these subjects.

Key words: 1. Aging. 2. Mental Disorders. 3. Institutionalization. 4. Medicines. 5. Nutritional Status.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BMI	Body Mass Index
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Circunferência de Cintura
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHA	Ácido Ducosa Hexanóico
EPA	Ácido Eicosapentanoico
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MD	Mental Disorder
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTH	Private Therapeutic Homes
RTP	Residencial Terapêutico Privado
SM	Síndrome Metabólica
SRT	Serviço de Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtornos Mentais Comuns

WHO World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
2.1	<i>Transtornos mentais na população</i>	15
2.2	<i>Transtornos mentais e o uso de medicamentos</i>	17
2.3	<i>Transtornos mentais e o processo de envelhecimento</i>	19
2.4	<i>Residenciais Terapêuticos</i>	22
2.5	<i>Transtornos mentais e aspectos nutricionais</i>	25
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as últimas décadas indicaram um processo de transição demográfica marcada pela redução dos níveis de fecundidade e natalidade e aumento da proporção de idosos e da expectativa de vida. O envelhecimento populacional observado no país traz a necessidade de ações de promoção e de recuperação da saúde (BRASIL, 2010). Porém, alguns grupos populacionais apresentam taxa de mortalidade maior e menor expectativa de vida que a taxa da população em geral, devido a presença de doenças e agravos. Para exemplificar, pode-se citar os portadores de transtornos mentais e comportamentais que em comparação aos não portadores apresentam expectativa de vida 20% menor (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Levando em consideração que esses grupos populacionais possuem um envelhecimento mais complexo, visto que apresentam, com mais frequência, déficits cognitivos, co-morbilidades e efeitos colaterais do tratamento antipsicótico de longo prazo, faz-se necessário o estudo dessa população (KRISHNAMOORTHY; BALDWIN, 2011).

A população com transtorno mental possui alterações expressivas na qualidade e expectativa de vida, visto que alguns fatores acarretam no ganho de peso, aumento de apetite, desenvolvimento de dislipidemia e outros aspectos que também estão envolvidos, como o sedentarismo, genética, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais (KENGERISKI *et al.*, 2014).

Ainda, deve-se levar em consideração que esses indivíduos podem estar internados em instituições fechadas, aumentando o grau de comprometimento da saúde. Reforça-se assim a necessidade de acompanhar um processo de reabilitação psicossocial que inclua um planejamento terapêutico individualizado, de acordo com o nível de dependência e dificuldade no convívio social, priorizando questões como lazer,

---

trabalho, renda e relações afetivas, que são aspectos essenciais para uma qualidade de vida satisfatória (GONÇALVES *et al.* 2001). A realização de terapias complementares, como intervenções nutricionais, para prolongar a vida com qualidade dessa população também se faz necessária (WHITE *et al.*, 2012). Diante disso, o presente estudo pretende identificar o perfil de saúde de sujeitos residentes em instituições terapêuticas, com foco na prevalência do uso de polifarmácia e avaliação do estado nutricional.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Transtornos mentais na população

Os dois grandes manuais de classificação internacional (Classificação Internacional de Doenças, versão 10 da Organização Mundial da Saúde e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, versão 5 da American Psychiatric Association) não trazem uma definição de transtornos mentais, mas apresentam as patologias mentais e comportamentais, baseadas em um conjunto de sinais e sintomas psíquicos e comportamentais que, associados, interferem na resposta esperada e culturalmente aceita.

Os transtornos mentais (TM) mais comuns podem estar relacionados ao uso de substâncias psicoativas, transtornos do humor e transtornos da ansiedade (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Ainda, o TM pode se desenvolver por alterações de humor associadas a uma angústia significativa, fazendo com que haja alterações no desempenho físico e mental (FREITAS *et al*, 2016).

A *World Health Organization* (WHO) evidencia que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo possuem algum tipo de transtorno mental (WHO, 2002). Já o Relatório da *World Health Organization* (WHO) de 2017 afirma que aproximadamente 322 milhões de pessoas vivem com depressão, um dos subgrupos de transtornos mentais mais frequentes (WHO, 2017). O Brasil é um dos países que apresenta uma elevada prevalência de TM, em especial na adolescência e na vida adulta, 15-59 anos, quando esses percentuais variam entre 20% e 56% (CARVALHO *et al.*, 2018). Já, na população idosa, os chamados TM comuns estão relacionados à ansiedade e à dimensão de humor depressivo, e os mais graves, associados com delírios e transtornos de humor (SILVA *et al*, 2018).

---

Os transtornos mentais, neurológicos e devidos ao consumo excessivo de substâncias constituem outro subgrupo de doenças que são uma causa importante de incapacidades e mortalidade. A América do Sul, em geral, tem maiores proporções de incapacidade devido a doenças mentais comuns, quais sejam os transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. Em comparação com outras sub-regiões, a América Central tem uma proporção maior de incapacidades devido ao transtorno bipolar e transtornos de início habitual na infância e adolescência, bem como epilepsia. Já os Estados Unidos e o Canadá sofrem de uma alta carga de incapacidade devido à esquizofrenia e demência, e grandes taxas de distúrbios relacionados aos opióides. Entre essas regiões é notável a diferença de assistência oferecida e prestada. Os países de renda mais alta gastam mais em serviços de saúde mental longe de hospitais psiquiátricos, visando melhorias na saúde mental na atenção primária, enquanto países com renda menor, ao invés de investirem em recursos na saúde mental, investem em hospitais psiquiátricos (OPAS, 2018).

Os dados corroboram com o relatório Mental Health Atlas, da Organização Mundial da Saúde, que mostra como os níveis de gastos públicos em saúde mental são muito escassos em países de baixa e média renda e mais de 80% desses fundos vão para hospitais psiquiátricos. Outro aspecto a destacar é que só uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam perturbações mentais e comportamentais no mundo recebem tratamento adequado, sendo as melhores terapêuticas aquelas que agregam ações biopsicosociais. Atualmente há conhecimento científico acumulado sobre os cuidados a esse grupo de perturbações, capaz de reduzir o peso que as mesmas representam em todo o mundo, entretanto, um grande percentual parece ficar à margem, apenas com ações isoladas (WHO, 2017).

Entre os transtornos mentais graves mais comuns está a esquizofrenia e possui maior taxa de mortalidade comparada a população em geral (WALKER *et al*, 2015). As razões para isso incluem uma série de variáveis, dentre elas, os efeitos dos antipsicóticos, principalmente quando há polifarmácia, estilos de vida não saudáveis,



---

como sedentarismo, e a alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, como diabetes mellitus tipo 2 e síndrome metabólica (VANCAMPFORT *et al*, 2016).

Alguns estudos sugerem que pacientes com esquizofrenia apresentem uma expectativa de vida de 10 a 20 anos menor que indivíduos sem a doença. Acreditam que a síndrome metabólica, má alimentação, tabagismo e o sedentarismo são fatores que contribuem para isso (SUGAR *et al*, 2016; LEE *et al*, 2017).

No Brasil, estudos em diferentes estados têm observado os principais diagnósticos em indivíduos moradores de residências terapêuticas. Estudo realizado em residenciais terapêuticos de Recife (PE) identificou que o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes são os diagnósticos mais presentes (FRANÇA *et al*, 2017). Em outro estudo, realizado em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre (RS), a patologia mais frequente foi também a esquizofrenia, porém transtornos de humor e transtornos de personalidade também apareceram (KENGERISKI *et al*, 2014).

No estado do Ceará foi identificada uma maior prevalência de esquizofrenia entre os pacientes institucionalizados. Além disso, outros diagnósticos estavam presentes, como psicose não orgânica não especificada, retardo mental, demência e outros (MELO *et al*, 2015).

## *2.2 Transtornos mentais e o uso de medicamentos*

Dentre os transtornos mentais mais prevalentes, a esquizofrenia tem sido alvo de diversos estudos. Quanto ao tratamento convencional da esquizofrenia, é descrito uso de medicamentos antipsicóticos, que incluem três classes principais: antagonistas dos receptores dopamínicos, risperidona e clozapina, com finalidade de tratamento e prevenção de sintomas (KAPLAN, 1997).

---

Existem diferenças entre os antipsicóticos. Aqueles considerados de segunda geração, como olanzapina e clozapina, estão associados ao ganho de peso, desenvolvimento de dislipidemias e hipertensão arterial, e ainda risco para diabetes melitus e doença cardiovascular (ATTUX *et al.*, 2009). Mesmo que os antipsicóticos Risperidona e Quetiapina, não ofereçam tanto risco para ganho de peso comparados a Ziprasidona e o Aripiprazol, ainda são observadas reações adversas como insônia, ansiedade, nervosismo, náusea, constipação, dispepsia, vômitos, diarreia, boca seca, desconforto abdominal, dor abdominal e fadiga (BRASIL, 2013).

Para prevenção e controle do ganho de peso, o acompanhamento nutricional e a realização de medidas antropométricas, associados com o estilo de vida e nível de atividade física regular, são recomendados e auxiliam na qualidade de vida dessa população, ainda mais se a medicação utilizada indicar o aumento de peso (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007). O excesso de peso nem sempre é dado somente como uma reação adversa da medicação, e sim pela má nutrição e inatividade física (REIS *et al.*, 2007).

Os efeitos anticolinérgicos, anti-histaminérgicos, antagonismo dos receptores de serotonina e a interferência da predisposição genética são algumas explicações para o ganho de peso induzido por antipsicóticos (WIRSHING *et al.*, 1999; WETTERLING, 2001; MATSUI-SAKATA *et al.* 2005; KIM *et al.*, 2007; NASRALLAH, 2008). O efeito anticolinérgico leva à boca seca e aumenta o consumo de líquidos calóricos, acarretando no aumento de peso (WETTERLING, 2001). Os efeitos anti-histaminérgicos podem causar à sedação, podendo ocasionar uma diminuição da movimentação e atividade do corpo, conseqüentemente aumentando o peso. O antagonismo 5HT<sub>2A</sub> contribui para ao aumento do consumo de alimentos calóricos, que também causam ganho de peso (WIRSHING, *et al.* 1999). Além disso, também foram encontradas correlações entre os antipsicóticos por receptores D<sub>2</sub>, 5HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>2C</sub>, receptores  $\alpha$  2-adrenérgicos e o ganho de peso (MATSUI-SAKATA *et al.*, 2005).

---

Desta forma, os antipsicóticos geralmente possuem como efeitos adversos inesperados o ganho de peso e a Síndrome Metabólica (SM), pois agem principalmente no sistema dopaminérgico, bloqueando os receptores de dopamina D2 (DIPASQUALE *et al*, 2013). Esse neurotransmissor auxilia na regulação da ingestão dos alimentos, agindo nos centros de saciedade, por isso, níveis alterados de dopamina podem alterar o apetite e resultar no aumento de peso (KIM *et al*, 2007). Como o excesso de peso é fator contrinuinte para o desenvolvimento de SM, é necessário que pacientes com essa patologia tenham hábitos alimentares saudáveis, a fim de controlar o ganho de peso.

### *2.3 Transtornos mentais e o processo de envelhecimento*

O Brasil enfrenta um período de rápido envelhecimento populacional, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade. Até 1950, a estrutura etária do Brasil se assemelhava a uma pirâmide, em decorrência das taxas de fecundidade de mais de seis filhos por mulher. Assim, havia de direcionar as políticas públicas para uma população mais jovem. Hoje a média de filhos encontra-se abaixo de dois filhos por mulher, concomitantemente observa-se o aumento da expectativa de vida, sendo necessário que as políticas públicas sejam redirecionadas para os adultos e, principalmente, idosos (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

A transição demográfica pode ser considerada um processo que é influenciado por vários aspectos, como fecundidade, natalidade e mortalidade. A transição demográfica atual é caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade e natalidade, sendo observado um aumento do número de idosos (LEBRÃO, 2007).

O rápido envelhecimento da população gera algumas implicações que exigem atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos para idosos

---

vêm adquirindo relevância na agenda pública, conforme aponta estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (POLÍTICAS SOCIAIS, 2007). A principal inquietação está na associação entre envelhecimento e dependência (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004), além da carga para a família. Enquanto alguns idosos são dependentes financeiramente da família, outros são responsáveis pela principal fonte de renda, especialmente em virtude de seus benefícios previdenciários e assistenciais.

Outro ponto importante é a relação entre a pressão que o envelhecimento populacional exerce sobre as políticas públicas, por essa população ser a que mais demanda benefícios previdenciários e assistenciais de serviços de saúde. Nesse modelo, o impacto das mudanças demográficas é muito grande. Com a perspectiva de crescimento da população idosa em um ritmo mais acelerado que o da população em idade ativa faz-se necessário reduzir despesas e visar um planejamento para médio e longo prazo (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Associadas à transição demográfica, é possível observar, no Brasil, a transição epidemiológica e nutricional. A primeira se refere a mudanças no padrão de adoecimento da população, ou seja, redução dos óbitos por doenças infecciosas e aumento dos óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Já a transição nutricional trata-se da elevada prevalência de excesso de peso da população em todas as faixas etárias e a redução da desnutrição, assim como mudanças nos padrões alimentares (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Todas essas transições contribuíram para as mudanças no padrão de envelhecimento da população. Ainda, deve-se considerar que cada subpopulação, com suas particularidades fisiológicas e patológicas, tem uma forma de envelhecer. Indivíduos com transtornos mentais tendem a perder a autonomia e necessitar de cuidador mais precocemente que os indivíduos sem patologias psíquicas, sendo, por vezes, institucionalizados em residências terapêuticas, o que pode ocasionar a exclusão do convívio social e familiar. A população de indivíduos com doenças mentais graves

---

como, por exemplo, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar e psicose depressiva, possuem diferenças em vários aspectos que envolvem a saúde, não apenas com consequências diretas da patologia, mas também consequências físicas deletérias da psicopatologia (CHANG *et al*, 2010).

Estudos sugerem que a prevalência de esquizofrenia, um dos mais graves e incapacitantes transtornos mentais, é em torno de 1%, não havendo diferença entre homens e mulheres (MARI; LEITÃO, 2000). Como essa patologia ocorre, predominantemente no início da idade adulta, suas consequências tornam o processo de envelhecimento mais complexo, envolvendo perda de autonomia para as atividades diárias e comorbidades (KRISHNAMOORTHY; BALDWIN, 2011).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul que teve por objetivo verificar a prevalência de transtornos mentais entre indivíduos da população em geral que buscaram atendimento médico na unidade de referência de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) em Santa Cruz do Sul evidenciou que 51,1% foram diagnosticados como portadores de diagnóstico psiquiátrico, sendo que estes utilizaram de forma significativamente mais frequente recursos da saúde nos últimos 12 meses (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

No que diz respeito ao processo de envelhecimento de indivíduos com transtornos mentais, foi identificada alta taxa de mortalidade. SUGAI e colaboradores identificaram que a expectativa de vida de indivíduos com esquizofrenia, como já referido anteriormente, é de aproximadamente 20 anos a menos do que a população em geral. Além disso, os autores evidenciam que o baixo do peso, preditor de mortalidade, é um risco para a saúde de pacientes idosos com esquizofrenia (SUGAI *et al*, 2015).

Entre os indivíduos com transtornos mentais a taxa de mortalidade de pessoas é duas vezes mais alta que indivíduos sem transtornos mentais, sendo que a expectativa de vida é 20% menor comparada à população que não tem a doença (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007). Apesar de o suicídio ser a principal causa de morte desta população,

---

---

também se tem observado, como na população em geral, óbitos frequentes por doenças cardiovasculares (NUNES *et al.*, 2014).

Vários fatores de risco para DCNT estão presentes em indivíduos com transtornos mentais como, por exemplo, o uso de antipsicótico a longo prazo, que tem associação a alterações nos níveis de colesterol LDL, aumento de peso e circunferência abdominal (ZÓRTEA *et al.*, 2009).

Algumas comorbidades também são bastante observadas, como hipertensão, diabetes e dislipidemias. Essas comorbidades aumentam o risco de desenvolvimento de síndrome metabólica, que também é frequente nessa população (DE FREITAS, 2016).

#### *2.4 Residenciais Terapêuticos*

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 106/2000 define como residenciais terapêuticos:

“Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 1).

Esses residenciais têm como finalidade o tratamento de indivíduos com transtornos mentais, vindos de hospitais psiquiátricos ou não, e que necessitam de moradia e tratamento, visando à reintegração do indivíduo na sociedade. Dito de outra

---

forma, o histórico isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos ou congêneres, agravou a condição de saúde e de cidadania desses sujeitos, tornando-se imprescindível, agir na contracorrente dessa proposta, no espaço da vida: uma residência com cuidados, mas com circulação nos espaços da cidade, na relação com o outro, com estímulo à (re)socialização, à autonomia e à liberdade (CORTES; BARROS, 2017).

Foi com o intuito de uma grande mudança conceitual, técnica, jurídica e política, oriundo de atores sociais diversos, que, a Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul aprovou em 1992 a Lei da Reforma Psiquiátrica, primeira do país, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Na mesma direção, em 2001, após 12 anos de tramitação, houve a aprovação da lei Paulo Delgado no âmbito Nacional. A referida lei dispõe sobre proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, centrado em hospital psiquiátrico para uma rede integrada de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Ambas, trazem no seu escopo a desinstitucionalização psiquiátrica.

Oriunda da experiência italiana capitaneada por Franco Basaglia e Franco Rotelli, a desinstitucionalização trata-se transformação de saberes e práticas instituídas em torno da “doença mental”. Esse movimento, chamado de Reforma Psiquiátrica, teve seu auge no Brasil na década de 80 e provocou uma série de mudanças na Política de saúde mental, ainda em curso (BASAGLIA, 1991).

Juntamente com os Residenciais Terapêuticos, a Reforma psiquiátrica trouxe outros equipamentos de Saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para atender, acolher e organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, ainda com o princípio da desinstitucionalização e com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico,

---

evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e integração social (BRASIL, 2004). Tais serviços constituem-se como referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As internações psiquiátricas, ainda muito presentes no cenário da atenção psiquiátrica, continuam a precarizar a pessoa acometida por um transtorno mental frente à sociedade, visto que segrega e aumenta a dependência e a necessidade de cuidado por parte desses indivíduos (ROZA JUNIOR; LOFFREDO, 2018).

Há de se registrar neste momento que os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) deste estudo, localizados no município de Passo Fundo, são espaços fechados, com características de isolamento e segregação social, estruturas mais próximas aos tradicionais hospitais psiquiátricos ou instituições totais, do que ao preconizado nas legislações acima referidas. De acordo com Goffman, instituições totais são definidas como:

“Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de "fechamento". Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" do que outras, Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais” (GOFFMAN, 1961, p.16).

Diante do que foi possível identificar até o momento, são escassos os estudos que evidenciam o perfil de saúde de moradores em serviços residenciais terapêuticos. Por se

---



---

tratar da similaridade entre espaços de cuidado é possível observar também estudos com outros indivíduos institucionalizados, como é o caso das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) na sua grande maioria, não estão estruturadas para receber os idosos (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2009). As ILPIs, geralmente, são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação (DAVIM *et al.* 2004).

O mesmo acontece com residenciais terapêuticos, que possuem similaridade entre os espaços de cuidado: não há acompanhamento nutricional frequente e nem oferecem alimentação adequada, visando muitas vezes o custo que a alimentação irá gerar e não o benefício que irá oferecer (GARCIA *et al.*, 2013).

Em um estudo realizado em Campinas sobre Residência Terapêutica pode-se perceber a precariedade desse tipo de instituição quanto aos cuidados de alimentação e acompanhamento nutricional. Os moradores não tinham acompanhamento nutricional frequente e escolhiam como se alimentar, explicando assim o porquê de algumas questões clínicas (ganho de peso, colesterol, hábitos alimentares prejudiciais, etc.) (SOUZA, 2012).

### *2.5 Transtornos mentais e aspectos nutricionais*

No que diz respeito a avaliação nutricional e medidas antropométricas, as medidas mais utilizadas para adultos e idosos são peso, altura, circunferência de cintura (CC) e dobras cutâneas. Desta forma, o diagnóstico nutricional e avaliação do consumo alimentar é determinante para o manejo correto do plano alimentar associado ao tratamento que será administrado (REIS *et al.*, 2007). Sinais e sintomas, com relação ao estado nutricional, podem variar em cada patologia. Devido a deficiências mentais e cognitivas, as pessoas que vivem com transtornos mentais, como demência, têm dificuldades associadas a comer e beber. Por isso, o tratamento inclui ajuda parcial e completa e apoio para se alimentar. Ainda, pode ocorrer uma diminuição da sensação de

---

---

sede e a capacidade de mastigar. No entanto, pode ocorrer aumento de apetite, comer rapidamente ou ter necessidades alimentares compulsivas (MURPHY *et al.*, 2017). Ainda, a disfagia pode se desenvolver e é relatada entre 13% a 57% nos indivíduos com demência e outras doenças associadas (VOLKERT *et al.*, 2015).

Portadores de esquizofrenia de centros comunitários de saúde mental em Gwangju, na Coreia do Sul foram investigados e identificou-se que entre 140 indivíduos (grupo esquizofênico e controle), após uma intervenção, o peso corporal e Índice de Massa Corporal (IMC) foram significativamente maiores em indivíduos do sexo feminino com esquizofrenia em comparação com os indivíduos do sexo feminino no grupo controle. A proporção de indivíduos com sobrepeso ou obesidade foi significativamente maior no grupo esquizofrênico (64,2%) em comparação com o grupo controle (39,7%) (P = 0,004) (KIM *et al.*, 2017).

Um estudo realizado com pacientes com Alzheimer no Centro de Pesquisa e Tratamento em Cognição, em Milão, mostrou um estado nutricional significativamente diferente em relação aos controles cognitivamente saudáveis. Medidas antropométricas, como circunferência da panturrilha e do braço, foram menores nos pacientes com Alzheimer, circunferências da cintura resultaram menores medidas em homens com a doença do que nos pacientes sem a doença (COVA *et al.*, 2017).

Ainda, um estudo realizado com a população de pacientes adultos com esquizofrenia no Japão, mostrou que há uma maior prevalência de baixo peso e desnutrição em pacientes internados do que na população em geral, e ainda, duas vezes maior que em pacientes ambulatoriais (SUGAI *et al.*, 2015).

No Brasil, uma pesquisa feita em Porto Alegre no Rio Grande do Sul com objetivo de avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, mostrou uma prevalência de 45% de obesidade e 27,5% de sobrepeso entre os entrevistados (KENGERISKI *et al.*, 2014).

---

Ainda em porto Alegre, estudo com 25 pacientes esquizofrênicos atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, revelou uma frequência de 40% de sobrepeso e 40% de obesidade, conforme o IMC. Entretanto estes pacientes estavam em uso de antipsicóticos (NUNES *et al.*, 2014).

Também foi encontrado como resultado de outro estudo, realizado com indivíduos com transtornos mentais de residenciais terapêuticos, em uso de medicação, em Alfenas, Minas Gerais, maior prevalência de sobrepeso (61%), através do IMC. Todas as mulheres apresentaram circunferência da cintura acima do recomendado e entre os homens, 59% se encontravam na mesma situação, indicando presença de obesidade em ambos os gêneros (GARCIA *et al.*, 2013)

Em uma unidade de saúde em Fortaleza foi realizado um estudo que avaliou o estado nutricional de 146 indivíduos em uso de antipsicótico. Pela classificação do IMC, 25,34% (n=37) apresentavam sobrepeso e 28,08% (n=41) obesidade (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Esses estudos sugerem que o uso de medicação antipsicótica pode ser um fator que contribui para a alta frequência de sobrepeso e obesidade dessa população. A prevalência de obesidade na população de pacientes com esquizofrenia tratados com antipsicóticos varia entre 40% e 60% (WIRSHING, 2004).

A obesidade é um fator de risco para doenças cardiovasculares muito presente em indivíduos esquizofrênicos e se associa diretamente com desenvolvimento de dislipidemias, resistência à insulina, diabetes e hipertensão arterial. Ainda, padrões de ingestão alimentar contribuem para o desenvolvimento dessas doenças e conseqüentemente ao óbito (HENNEKENS *et al.*, 2005).

Além disso, o estado nutricional comprometido leva à diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida, bem como aumento do risco de morbidade e mortalidade (JOHANSSON *et al.*, 2017).

---

Quanto ao hábito alimentar, parece ser um aspecto que se diferencia da população em geral e tem-se observado alto consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar e menos ingestão de frutas, verduras e laticínios (AMANI, 2007). Pacientes com esquizofrenia, por exemplo, geralmente têm um maior consumo de gorduras saturadas e um menor consumo de alimentos à base de vegetais do que a população em geral (DIPASQUALE *et al.*, 2013).

A alimentação desempenha um papel importante tanto para o controle de doenças quanto para a minimização de sintomas de algumas patologias. Assim, percebe-se que é fundamental desenvolver um plano alimentar que garanta e contribua para a promoção da saúde da população (HEITOR; RODRIGUES; TAVARES, 2013).

Alguns estudos evidenciam que os benefícios que vitaminas e minerais podem gerar na minimização dos sintomas de doenças psiquiátricas, como a vitamina D, visto que sua deficiência é relatada como um fator contribuinte para a depressão. Os achados sugerem que o cérebro possui receptores de vitamina D e que há possibilidade de que transtornos de humor e depressão possam estar relacionados à deficiência e insuficiência de vitamina D (EYLES *et al.*, 2005; BERTONE-JOHNSON, 2009; GOWDA, 2015). Outras pesquisas também mencionam deficiência de ácidos graxos polinsaturados e ferro, além da vitamina D (GRUBER BM, 2010; JAMILIAN *et al.*, 2013; WILCZYNSKA A, 2013).

Um estudo com 219 indivíduos, em Varsóvia, capital da Polónia, também mostrou resultados negativos com relação à precariedade de nutrientes ofertados a indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos afetivos. Percebeu-se uma oferta excessiva de gordura saturada e muito baixa de ácidos graxos poliinsaturados, carboidratos ricos em fibra, alimentos ricos cálcio e vitamina D (STEFANÍSKA *et al.*, 2017).

Baixos níveis de vitamina B e folato estiveram associados à baixo apetite, baixa absorção de nutrientes e maiores sintomas depressivos (ARAÚJO *et al.*, 2016). O folato

---

---

(B9) e o B12 são frequentemente deficientes em esquizofrenia (GARCÍA-MISS *et al.*, 2010; BOUAZIZ *et al.*, 2010), e estão associados à gravidade dos sintomas (GOFF *et al.*, 2004; FIRTH *et al.*, 2017). Ainda, as vitaminas C e E também são reduzidas em algumas doenças, como na esquizofrenia, e, em longo prazo, contribuindo para o elevado estresse oxidativo observado nessa população (FLATOW *et al.*, 2013).

É recomendado que haja um consumo frequente de fibras e ácidos graxos insaturados, em especial o ômega 3, que está relacionado na prevenção de algumas patologias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; CHRISTENSEN O, CHRISTENSEN E, 1988). Ácidos graxos Ômega 3 também têm mostrado eficácia na diminuição dos sintomas em algumas patologias psíquicas, como a esquizofrenia, através do consumo de alimentos fontes dessa gordura ou ainda por meio da suplementação. Em geral, o consumo de 2 g/dia de EPA (ácido eicosapentaenoico) conjuntamente com a medicação antipsicótica usual parece reduzir a sintomatologia. (ZEMDEGS *et al.*, 2009). Em outro estudo, a intervenção de 6 meses com óleo de peixe (2,2 g / d de EPA + DHA) também reduziu os sintomas psicóticos em pacientes hospitalizados com esquizofrenia (PAWELCZYK *et al.*, 2016). A mistura dos EPA e DHA (Ácido Docosa Hexaenóico) com vitaminas C e E também se mostrou eficiente na melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes portadores de esquizofrenia (ARVINDAKSHAN *et al.*, 2003).

Estudos também sugeriram a exclusão do glúten da dieta de pacientes com esquizofrenia, a fim de amenizar os sintomas da doença, mesmo sem o indivíduo ter tido o diagnóstico de doença celíaca (ERGUN *et al.*, 2017). Achados relataram que o glúten é um fator desencadeante para o desenvolvimento de esquizofrenia, e que a patologia e a doença celíaca compartilham genes semelhantes (DOHAN, 1988). A falha da permeabilidade intestinal parece ser o passo inicial para ambos e a permeabilidade da barreira intestinal pode ser o ponto de encontro para a interação de genes e o ambiente (WEI; HEMMINGS, 2005).

Outrora há evidências de que a insegurança alimentar está relacionada a problemas de saúde mental, como transtornos do humor e sintomas depressivos (CHUNG *et al.*, 2016). Além disso, em um estudo no Canadá, realizado com membros da Associação de Transtornos do Humor da Columbia Britânica, a insegurança alimentar foi significativamente mais prevalente em adultos com transtornos de humor (36,1%) em comparação com aqueles sem transtornos de humor (7,3%) (DAVISON; KAPLAN, 2015).

Diante disso, é notória a importância de um estado nutricional adequado e de hábitos alimentares saudáveis em indivíduos com transtornos mentais. A eutrofia pode evitar algumas doenças frequentes nessa população e auxiliar na diminuição dos sintomas da doença, contribuindo com o aumento a qualidade de vida.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os sujeitos estudados fazem parte de uma população vulnerável, pois possuem fragilidades acometidas pela doença e estão em situação de institucionalização, o que demanda uma atenção para a complexidade e o desafio de uma assistência que atenda os pressupostos da integralidade.

É importante atentar a alta prevalência de polifarmácia desses indivíduos, pois na maioria dos casos os medicamentos estão associados com o ganho de peso, desenvolvimento de doenças crônicas e reações adversas, como ansiedade, insônia, nervosismo e alterações gastrointestinais.

O estado nutricional também requer atenção, pois o excesso de peso e circunferência de cintura elevada são indicadores de risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e DCNT, intercorrências nas quais impactam na expectativa e qualidade de vida. Portanto, o estado nutricional tem relação com uma infinidade de variáveis que, em suma, dizem respeito à dinâmica da vida com todas as suas interfaces. Em razão da condição de institucionalização, os aspectos nutricionais deveriam ser cuidadosamente incluídos num projeto terapêutico, que abarque as singularidades de cada sujeito.

Sabendo-se que há um aumento de peso dos usuários de medicamentos psicotrópicos, há a necessidade do trabalho interdisciplinar do médico, geralmente responsável pela prescrição medicamentosa, e do nutricionista, para identificar a real necessidade do uso desses medicamentos e quais estratégias nutricionais podem ser usadas para diminuir o ganho de peso gradual. Assim, há uma prevenção do estado nutricional elevado e a diminuição dos efeitos colaterais da medicação. Quanto aos hábitos alimentares, cabe ao profissional da nutrição, independentemente da institucionalização ou não, ofertar um cardápio com uma alimentação equilibrada,

---

desenvolver programas de educação nutricional e mostrar as melhores opções alimentares para essa população.

Ainda, os usuários dessas medicações também devem ser conduzidos para a prática de atividade física a fim de auxiliar no controle de peso. Lembrando também que o acompanhamento de um profissional da psicologia é essencial, visto que é preditor do bem-estar psicológico, imprescindível para a qualidade de vida desses pacientes. Fica a sugestão da implementação de um protocolo, principalmente em residências terapêuticas, que tenha como exigência o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes com doenças mentais.

Esse estudo também possui grande relevância para a gerontologia, ciência que estuda todos os aspectos do envelhecimento e suas consequências, pois aborda o perfil de saúde de portadores de transtornos mentais como um todo, não somente de indivíduos adultos, mas também de sujeitos idosos e demonstra um papel importante para o cenário científico atual, que apresenta cada dia maiores prevalências de transtornos mentais e que, em breve, atingirão o topo das causas de morbidade na população.

Torna-se extremamente importante a realização de mais estudos sobre a temática, principalmente relacionados à aferição de parâmetros nutricionais diferentes e sobre a real necessidade do uso de medicamentos psicotrópicos, possibilitando um melhor diagnóstico e um acompanhamento mais eficaz, a fim de contrinuir com a qualidade de vida da população em questão.



## REFERÊNCIAS

AMANI R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? **BMC Psychiat.**, v.7, p. 1-5, 2007.

ARAÚJO, D. A. *et al.* Low serum levels of vitamin B12 in older adults with normal nutritional status by mini nutritional assessment. **European Journal of Clinical Nutrition**, p. 1-4, 2016.

ARMSTRONG K, S; TEMMINGH H. Prevalência e fatores associados à polifarmácia antipsicótica em pacientes com doença mental grave: achados de um estudo transversal em um país de renda média-alta. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.39, n.4, 2017.

ARVINDAKSHAN M, GHATE M, RANJEKAR P. K, EVANS D. R, MAHADIK S. P. Supplementation with a combination of omega-3 fatty acids and antioxidants (vitamins E and C) improves the outcome of schizophrenia. **Schizophr Res**, v. 62, p. 195-204, 2003.

ATTUX, C. *et al.* Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, b. 4, 2009.

BASAGLIA, F. A Instituição negada. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública** v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

BERTONE-JOHNSON, E. R. Vitamin D and the occurrence of depression: causal association or circumstantial evidence? **Nutr Rev**, v.67, p. 481–92. 2009.

BORBA L, O. *et al.* Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS). **Rev Min Enfer**, v. 21, 2017.

BOUAZIZ, N. *et al.* Plasma homocysteine in schizophrenia: determinants and clinical correlations in Tunisian patients free from antipsychotics. **Psychiatry Res.**, v. 179, p. 24–29, 2010.

BRASIL. Lei de nº 10.216, de 06 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. e. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2004. p. 25-73. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>. Acesso em: jun. 2018.

CARVALHO *et al.* Usuários do CAPS II: nutrição e qualidade de vida. **Rev Psi Divers Saúde**, Salvador, v. 7, n. 3, p. 338-350, Nov 2018.

CARVALHO M, F. *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012.

CHANG, C, *et al.* All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 77, 2010.

CHRISTENSEN, O; CHRISTENSEN, E. Fat consumption and schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**, v. 78, p. 587-591, 1988.

CORTES, H. M; BARROS, S. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. **J Nurs Health**, v. 7, n. 2, p. 148-63, 2017.

COVA, I. *et al.* Nutritional status and body composition by bioelectrical impedance vector analysis: A cross sectional study in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease, v. 12, n. 2, 2017.

DAVIM R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latinoamericana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 5128-524, 2004.

DAVISON, K, M; KAPLAN B, J. Food insecurity in adults with mood disorders: prevalence estimates and associations with nutritional and psychological health *Ann Gen Psychiatry*, v. 14, n. 21, 2015.

DE OLIVEIRA, V, C. *et al.* Polifarmácia e padrão de utilização de medicamentos em Pomerode, SC. **Arq. Catarin Med.**, v. 47, n. 2, p. 124-136, 2018.

DIPASQUALE, S., PARIANTE, C.M., DAZZAN, P., AGUGLIA, E., MCGUIRE, P., MONDELLI, V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. **J. Psychiatr. Res.** v. 47, n. 2, p. 197–207, 2013.

---

DOHAN, F, C. Genetic hypothesis of idiopathic schizophrenia: its exorphin connection. **Schizophr Bull**, v. 14, p. 489–94, 1988.

ERGÜN, C; URHAN, M; AYER, A. A review on the relationship between gluten and schizophrenia: Is gluten the cause? **Nutritional Neuroscience**, 2017.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. DE P. Mudança Demográfica no Brasil no início do Século XXI. Subsídios para as Projeções da População. Rio de Janeiro. 2015.

EYLES, D. *et al.* Distribution of the vitamin D receptor and 1 alpha hydroxylase in human brain. **J Clin Neurosci**, v. 29, p.21–30, 2005.

FIRTH, J. *et al.* The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Med.**, v. 47, p. 1515–1527, 2017.

FLATOW J, BUCKLEY P, MILLER B J. Meta-analysis of oxidative stress in schizophrenia. **Biol Psychiatry**, v. 74, p. 400–409, 2013.

FRANÇA V. V. *et al.* Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 872-884, 2017.

FREITAS IV, PY L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

FREITAS, P. H. B., PINTO, J. A. F., NUNES, F. D. D., SOUZA, A. R. S., MACHADO, R. M. Síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refratária: características sociodemográficas e clínicas. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, v. 1, p. 6, p. 1976-1996, 2016.

GARCIA P, C, O. *et al.* Perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental, usuários do Serviço Residencial Terapêutico, do município de Alfenas – MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 114-126, jan./jul, 2013.

GARCÍA-MISS M, R. *et al.* Folate, homocysteine, interleukin-6, and tumor necrosis factor alfa levels, but not the methylenetetrahydrofolate reductase C677T polymorphism, are risk factors for schizophrenia. **J Psychiatr Res.**, v. 44, p. 441–446, 2010.

GOFF D, C. *et al.* Folate, homocysteine, and negative symptoms in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, v. 161, p. 1705–1708, 2010.

---

GOFFMAN, Erving. Manicômios, *Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: **Editora Perspectiva**, 2001.

GONÇALVES D. M.; KAPCZINSKI F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.

GONÇALVES, S. *et al.* Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001.

GOWDA, U. *et al.* Vitamin D supplementation to reduce depression in adults: Meta-analysis of randomized controlled trials, v. 31, n. 3, p. 421-429, 2015.

GRUBER BM. Tajemnice schizofrenii – nieznanne oblicze witamin. **Farmacja Polska**. v. 66, n 10, p. 686–689, 2010.

HEITOR, S. F.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. Dos S. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 2013.

HENNEKENS, C, H. *et al.* Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. **American Heart Journal**, v. 150, n. 6, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010, 2010.

JAMILIAN H, BAGHERZADEH K, NAZERI Z, HASSANIJRDEHI M. Vitamin D, parathyroid hormone, serum calcium and phosphorus in patients with schizophrenia and major depression. **Int. J. Psychiatry Clin. Pract.** v.17, n1, p. 30–34, 2013.

JOHANSSON, L. *et al.* Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. **J nutr health agin**, v. 21, n. 3, 2017.

KAPLAN, H, I. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica, v. 7, 1997.

KENGERISKI, M. F., OLIVEIRA, L. D., DELGADO V., ESCOBAR, M. Estado nutricional e hábitos alimentares de usuários em Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre, Brasil. **Clinical & Biomedical Research**, v. 34, n. 3, p. 253-259, 2014.

KIM E J, *et al.* Low dietary intake of n-3 fatty acids, niacin, folate, and vitamin C in Korean patients with schizophrenia and the development of dietary guidelines for schizophrenia. **Nutrition research.**, 2017.

KIM H, C., JUNG S, W., KIM D, K. The Relationship between the Antipsychotics-Induced Weight Gain and the Dopamine D2, D3, and D4 Receptor Gene Polymorphisms in Korean Schizophrenic Patients. **Korean J Psychopharmacol**, v. 18, p. 299-307, 2007.

KIM, S, F. *et al.* From the cover: antipsychotic drug-induced weight gain mediated by histamine H1 receptor-linked activation of hypothalamic AMP-kinase. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 104, n. 9, p.3456-9, 2007.

KRISHNAMOORTHY, A; BALDWIN, A. - MANAGEMENT OF SCHIZOPHRENIA. GM JOURNAL. Disponível em: <<https://www.gmjournals.co.uk/management-of-schizophrenia>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da Transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p. 135-140, Set. 2007.

LEE J, S., *et al.* Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia in Korea: A Multicenter Nationwide CrossSectional Study. **Psychiatry Investig**, v. 14, p. 44-50, 2017.

LEITÃO-AZEVEDO C, L, *et al.* Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 2, p. 184-188, 2007.

MARI J. J; Leitão R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.22 n.1, 2000.

MATSUI-SAKATA, A; OHTANI, H; SAWADA, Y. Receptor occupancy-based analysis of the contributions of various receptors to antipsychotics-induced weight gain and diabetes mellitus. **Drug Metab Pharmacokinet**, v. 20, n. 5, p. 368-78, 2005.

MELO, M, C, A. *et al.* Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.2, p. 343-352, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - ANVISA. BULÁRIO ELETRÔNICO, 2013. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)>. Acesso em: 10 jun, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, Documento Apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde

Mental: 15 Anos Depois de Caracas. Brasília, Df: Ministério Da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (BR). Procuradoria Geral da República. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Disponível em <<http://www.mpf.mp.br/conheca-o-mpf/atuacao/procuradoria-federal-dos-direitos-do-cidadao>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição: Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2005, p. 210.

MURPHY, J, L. *et al.* Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 55, 2017.

NASRALLAH, H, A. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. **Mol Psychiatry**, v. 13, n. 1, p.27-35, 2008.

NUNES, D. *et al.* Estado nutricional, ingesta alimentaria y riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con esquizofrenia en el sur de Brasil: estudio de casos-controles. **Rev Psiquiatr Salud Ment**, Barcelona, v. 7, n. 2, p. 72-79, 2014.

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C., 2018.

PAWELCZYK T, GRANCOW-GRABKA M, KOTLICKA-ANTCZAK M, TRAFALSKA E, PAWELCZYK A. A randomized controlled study of the efficacy of six-month supplementation with concentrated fish oil rich in omega-3 polyunsaturated fatty acids in first episode schizophrenia. **J Psychiatr Res**, v. 73, p. 34-44, 2016.

POLÍTICAS SOCIAIS. IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – 2007. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view%20=article&id=5776&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view%20=article&id=5776&Itemid=9)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

REIS, J. S. *et al.* Diabetes mellitus associado com drogas antipsicóticas atípicas: relato de caso e revisão da literatura. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 3, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Lei de nº 9.716, de 07 ago. 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e dá outras providencias. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 07 ago.1992.

ROTELLI, F. LEONARDIS, O. MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, p.17-59, 1990.

ROZA JUNIOR, J, R.; LOFFREDO, A, M. Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normais sociais vigentes. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 287-295, 2018.

SAMPAIO, L. *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e fatores de risco cardiometabólico de pacientes esquizofrênicos em uso de antipsicóticos: uma reflexão para intervenção nutricional. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v., n.1, p. 60-67. Jan./mar., 2016.

SANTOS; SIQUEIRA. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n. 3, 2010.

SILVA *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 2, 2018.

SILVA J, O, B. *et al.* Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 386-395, 2012.

SOUZA B. *Residência Terapêutica: reflexões e a experiência no CAPS David Capistrano*. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”. Campinas, São Paulo, 2012.

STEFANŚKA, E *et al.* Eating habits and nutritional status of patients with affective disorders and schizophrenia. **Psychiatr. Pol.** V. 51, n. 6, p. 1107–1120, 2017.

STUCCHI-PORTOCARRERO S.; SAAVEDRA J, E. Polifarmacia psiquiátrica en personas com esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. **Rev Neuropsiquiatr.**, v. 81, n. 3, 2018.

SUGAI T, *et al.* High prevalence of underweight and undernutrition in Japanese inpatients with schizophrenia: a nationwide survey. **BMJ Open**, v. 5, 2015.

SUGAI T, SUZUKI Y, YAMAZAKI M, SHIMODA K, MORI T, OZEKI Y, *et al.* High Prevalence of Obesity, Hypertension, Hyperlipidemia, and Diabetes Mellitus in Japanese Outpatients with Schizophrenia: A Nationwide Survey. **PLoS One**, v.11, 2016.

VANCAMPFORT, D., *et al.* Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. **World Psychiat.** V. 15, n. 2, p. 166–174, 2016.

---

VOLKERT, D. *et al.* Espen Guidelines on Nutrition in Dementia. **Clin Nutr.**, v. 34, p.1052–1073, 2015.

WALKER, E.R., MCGEE, R.E., DRUSS, B.G. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiat.** v. 72, n. 4, p. 334–341, 2015.

WEI, J; HEMMINGS, G, P. Gene, gut and schizophrenia: the meeting point for the gene-environment interaction in developing schizophrenia. **Med Hypotheses**, v. 64, p. 547–52, 2005.

WETTERLING, T. Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. **Drug Saf**, v. 24, n. 1, p59-73, 2001.

WHITE, J.V., GUENTER, P., JENSEN, G., MALONE, A., SCHOFIELD, M. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). **J. Acad. Nutr. Diet.**, v. 112, n.5, p. 730–738, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: WHO; 2002.

WILCZYŃSKA A. Kwasy tłuszczowe w leczeniu i zapobieganiu depresji. **Psychiatr. Pol.** v. 67, n.4, p. 657–666, 2013.

WIRSHING, D, A. *et al.* Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. **J Clin Psychiatry**, v. 60, n. 6, p. 358-63, 1999.

WIRSHING, D. Esquizofrenia e obesidade: impacto dos medicamentos antipsicóticos. **J Clin Psychiatry**, v. 65, n. 18, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other Common Mental Disorders, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas, 2017.

ZEMDEGS, J, C, S. *et al.* Ácidos graxos omega 3 e tratamento da esquizofrenia. **Rev Psiq Clín.**, v. 37, n. 5, p. 223-227, 2010.

ZORTÉA, K. *et al.* Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 5, p. 697-705, 2009.



## APÊNDICES

Apêndice A. Instrumento de coleta de dados

**CENSO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL – DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO E/OU TRABALHADOR**

<b>CENSO ILPT – PASSO FUNDO</b>		Questionário _____
<b>Informações institucionais</b>		
Nome da instituição _____ Responsável técnico@ _____ Nome do profissional da instituição que acompanhou o censo: _____ Data da visita: ____/____/____ Nome do entrevistado@r: _____	Instituição ____	
<b>Documentos do usuário-morador</b>		
<b>NOME</b> _____ Data da última entrada na instituição ____/____/____ Certidão de nascimento: (1) Sim (2) Não RG: (1) Sim (2) Não CPF: (1) Sim (2) Não Carteira de trabalho: (1) Sim (2) Não Outros (especificar): _____	Data última ____/____/____ CN ____ RG ____ CPF ____ CT ____ Outdoc ____	
<b>Informações do demográficas do usuário</b>		
Data de nascimento ____/____/____ Idade ____ anos Estado civil: (1) solteiro (2) casado /união estável (3) viúvo (4) separado/divorciado Número de filhos: ____ filhos Religião: (1) católicos (2) evangélicos (3) espírita (4) Outros _____ Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Cor da pele: (1) branco (2) pardo (3) preto (4) indígena (5) amarelo (9) IG	DN ____/____/____ Idade ____ Estcivil ____ Filhos ____ Religião ____ Sexo ____ Cordapele ____	
<b>Filiação</b>		
Pai: _____ (0) Não (1) Sim Mãe: _____ (0) Não (1) Sim	Pai ____ Mãe ____	
<b>Endereço de origem do usuário</b>		
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ UF: _____ Município de residência (1) Passo Fundo ( ) Outro _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Telefone: _____ - _____ (0) Não (1) Sim	Mresidencia ____ Temend ____	

Informações socioeconômicas	
<p>Situação jurídica I (código civil) – o usuário morador é curatelado?  (0) Não (9) Informação ignorada</p> <p>(1) Sim, nome e contatos do CURADOR _____</p> <hr/> <p>Recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)?  (0) Não (9) Informação ignorada  (1) Sim. Desde quando? _____  Quem administra o recurso? _____</p> <p>Situação jurídica II (código penal)  (1) Internado sem ordem judicial  (2) Internado por ordem judicial  (3) Cumprindo medida de segurança  (9) Informação ignorada</p> <p>Quem encaminhou?  (1) Encaminhado pela família  (2) Encaminhado por outra instituição. Qual? _____  (3) Encaminhado por terceiros. Quais? _____  (4) Outra situação. Qual? _____</p> <p>Vínculo com alguma outra instituição previdenciária:  (0) Não  (1) Sim, qual? _____  (9) Informação ignorada</p> <p>O usuário-morador tem algum tipo de renda (além do BPC)?  (0) Não  (1) Sim  Desde quando? _____  Quem administra o recurso? _____  _____  (9) Informação ignorada</p> <p>Visitas durante o tempo de permanência na instituição:  (0) Não (9) Informação ignorada  (1) Sim. Nome e contatos de quem realiza as visitas: _____  _____</p>	<p>Situação1 __  Sit1 curador _____</p> <p>BPC __  BPC data _ / _ / _  BPC adm __</p> <p>Situação2 __</p> <p>Encaminhou __</p> <p>Intprevi __</p> <p>Renda __  Renda data _ / _ / _  Renda adm __</p> <p>Visitas __  Visita quem __</p>
Dados clínicos do usuário-morador	
<p>Data da primeira entrada nesta instituição: ___ / ___ / ___</p> <p>Diagnóstico psiquiátrico no momento da entrada na instituição:  _____  _____</p> <p>Diagnóstico no momento da coleta de dados (último registrado no prontuário):  _____  _____</p>	<p>Dataent _ / _ / _</p> <p>Diagnóstico1 __  Diagnóstico2 __  Diagnóstico3 __</p> <p>Diagcoleta _____</p>

Outras intercorrências clínicas (por exemplo: diabetes, hipertensão, deficiência visual, de locomoção e outros)	Interc01 ___ Interc02 ___ Interc03 ___ Interc04 ___ Interc05 ___																								
<hr/> <hr/> <hr/>																									
Tempo de permanência na instituição atual: ___ meses ou ___ anos	Insttempo ___																								
Motivo da permanência na instituição atual:																									
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="248 573 775 633">Vulnerabilidade – econômica</td> <td data-bbox="775 573 906 633">(0) Não</td> <td data-bbox="906 573 1050 633">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 633 775 694">Vulnerabilidade – familiar</td> <td data-bbox="775 633 906 694">(0) Não</td> <td data-bbox="906 633 1050 694">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 694 775 754">Doença clínica</td> <td data-bbox="775 694 906 754">(0) Não</td> <td data-bbox="906 694 1050 754">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 754 775 815">Transtorno mental</td> <td data-bbox="775 754 906 815">(0) Não</td> <td data-bbox="906 754 1050 815">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 815 775 875">Determinação judicial</td> <td data-bbox="775 815 906 875">(0) Não</td> <td data-bbox="906 815 1050 875">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 875 775 936">Periculosidade</td> <td data-bbox="775 875 906 936">(0) Não</td> <td data-bbox="906 875 1050 936">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="248 936 1050 996">Outros, quais?</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="248 996 1050 1077">Informação ignorada</td> </tr> </table>	Vulnerabilidade – econômica	(0) Não	(1) Sim	Vulnerabilidade – familiar	(0) Não	(1) Sim	Doença clínica	(0) Não	(1) Sim	Transtorno mental	(0) Não	(1) Sim	Determinação judicial	(0) Não	(1) Sim	Periculosidade	(0) Não	(1) Sim	Outros, quais?			Informação ignorada			VulnerabilidadeE ___ VulnerabilidadeF ___ DoençaClínica ___ Transtornomental ___ DetermJudicial ___ PericulosidadeR ___ Outrasituação ___ Outramoradia ___
Vulnerabilidade – econômica	(0) Não	(1) Sim																							
Vulnerabilidade – familiar	(0) Não	(1) Sim																							
Doença clínica	(0) Não	(1) Sim																							
Transtorno mental	(0) Não	(1) Sim																							
Determinação judicial	(0) Não	(1) Sim																							
Periculosidade	(0) Não	(1) Sim																							
Outros, quais?																									
Informação ignorada																									
O usuário-morador ingressou anteriormente em outras instituições de internação que tenha configurado moradia?																									
<small>⚠ Atenção: no caso de dúvida, questione o usuário-morador.</small>																									
(0) Não (9) Informação ignorada																									
(1) Sim																									
Instituições e motivo: _____																									
_____																									
Por quanto tempo? _____																									
_____																									
Houve internações (clínica ou psiquiátrica) concomitantes durante a permanência do usuário-morador nesta instituição?																									
(0) Não (9) Informação ignorada																									
(1) Sim																									
Motivo da internação: (1) Clínica (2) Psiquiátrica																									
Local: _____																									
Por quanto tempo? ___ dias ou ___ meses																									
Faz uso de medicação psiquiátrica?																									
(0) Não (1) Sim (9) Informação ignorada																									
Faz uso de medicação clínica?																									
(0) Não (1) Sim (9) Informação ignorada																									
	Internação ___ MotivoInternação ___ Local ___ Tempo ___  Medicpsico ___  Mediclínico ___																								

Data da última prescrição clínica ou psiquiátrica do usuário?  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ou 99/99/9999

Dprescrição \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
--

Medicamento ( <b>chegada</b> )	Dose/tomada (mg, UI, etc)	Intervalo entre doses
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Medicamento1 \_\_\_

Medicamento2 \_\_\_

Medicamento3 \_\_\_

Medicamento4 \_\_\_

Medicamento5 \_\_\_

Medicamento6 \_\_\_

Medicamento7 \_\_\_

Medicamento8 \_\_\_

Medicamento9 \_\_\_

Medicamento10 \_\_\_

Medicamento ( <b>atual</b> )	Dose/tomada (mg, UI, etc)	Intervalo entre doses
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

AMedicamento1 \_\_\_

AMedicamento2 \_\_\_

AMedicamento3 \_\_\_

AMedicamento4 \_\_\_

AMedicamento5 \_\_\_

AMedicamento6 \_\_\_

AMedicamento7 \_\_\_

AMedicamento8 \_\_\_

AMedicamento9 \_\_\_

AMedicamento10 \_\_\_

Nome e CRM do médico responsável pela prescrição:

\_\_\_\_\_

Medico \_\_\_



**PPGEH**

Programa de Pós-Graduação  
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF