

N. CLASS. M612.3  
CUTTER B518e  
ANO/EDIÇÃO 2015

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG**

**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**VÂNIA MARIA BERNARDES**

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTENSIVOS  
DO CAPS II DE VARGINHA - MG**

**VARGINHA-MG**

**ESMIG**

**VÂNIA MARIA BERNARDES**

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTENSIVOS  
DO CAPS II DE VARGINHA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Nutrição sob orientação dos professores:  
Orientador: Ma. Daniele C. Faria Moreira  
Co-orientador: Dr<sup>a</sup> Lidiane de Paula A. Miranda

**VARGINHA-MG  
2015**

**VÂNIA MARIA BERNARDES**

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTENSIVOS  
DO CAPS II DE VARGINHA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Nutrição avaliado pela banca Examinadora composta pelos membros:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Profª Orientadora Daniele Caroline Faria Moreira

---

Profª Esp. Brunna Sullara Vilela Rodrigues

---

Profª Esp. Marco Antônio Olavo Pereira

OBS:

**VÂNIA MARIA BERNARDES**

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTENSIVOS  
DO CAPS II DE VARGINHA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Nutrição sob a orientação dos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Profª Orientadora Daniele Caroline Faria Moreira

---

Profª Co- Orientadora Lidiane de Paula Ardisson Miranda

**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTENSIVOS  
DO CAPS II DE VARGINHA - MG**

Vânia Maria Bernardes\*  
Lidiane Paula Ardisson Miranda\*\*  
Daniele C. Faria Moreira\*\*\*

**RESUMO**

Para promover a saúde mental, é necessário um conjunto de ações preventivas, bem como o tratamento para melhoria, a manutenção e a recuperação da condição do paciente. O uso de antipsicóticos é parte do tratamento destes pacientes, porém seu uso pode causar efeitos indesejados, como dislipidemia, obesidade e diabetes. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito na redução de peso e circunferência abdominal através de oficinas de educação nutricional para pacientes do CAPS II de Varginha, MG. Foram realizadas 5 oficinas de educação nutricional em um período de 2 meses e avaliação antropométrica com medidas de peso, estatura e circunferência da cintura, antes e após o conjunto de oficinas. Os resultados mostraram que os pacientes reduziram em média 1,4kg e 2,2 cm de circunferência abdominal, contudo não houve diferença estatística entre a média de peso antes e após a intervenção nutricional. Destaca-se que para um resultado significativo as atividades de educação nutricional precisam ser contínuas e aliadas a uma alimentação saudável, sendo indispensável o papel do nutricionista no acompanhamento deste processo. Conclui-se que oficinas educativas são uma estratégia que estimula os indivíduos a reelaborarem seus conhecimentos e hábitos a cerca de alimentação saudável para redução de peso e risco de doenças crônicas, porém o trabalho deve ser planejado a longo prazo para resultados mais expressivos.

**Palavras-Chave:** Saúde mental. Avaliação Nutricional. Educação Nutricional.

\*Graduanda do Curso de Nutrição do UNIS/MG. e-mail: vania.unis@gmail.com.

\*\*Co-orientadora - nutricionista doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica; docente curso de nutrição UNIS/MG; e-mail: lidiane.miranda@unis.edu.br

\*\*\*Orientadora – nutricionista mestra em Saúde e Nutrição, docente curso de nutrição do UNIS/MG; e-mail: daniele.moreira@unis.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

A utilização de medicamentos antipsicóticos é parte fundamental do tratamento clínico dos pacientes com transtornos mentais, mas tem tido associação com efeitos indesejados, como: obesidade, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica além de aumentar a prevalência de mortalidade. Além disso, já está documentado que o sedentarismo e as escolhas dietéticas inadequadas contribuem para maior risco de obesidade nesses pacientes (LEITÃO-AZEVEDO, 2007).

Nos últimos anos alguns estudos revelaram que existe uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade nos indivíduos com transtorno mental usuários dos CAPS (GARCIA, 2013; ZORTEA, 2007). Destaca-se que até mesmo o Conselho Federal de Nutricionistas têm se pronunciado sobre a importância da atuação do nutricionista junto aos pacientes que sofrem com transtorno mental (CFN, 2009).

A Educação Nutricional e Alimentar (EAN) é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente que envolve vários setores e equipes multiprofissionais que tem o objetivo de promover a prática independente e voluntária de hábitos alimentares saudáveis e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que abrange a prática ao direito de todas as pessoas a alimentação de qualidade de forma permanente, em quantidade satisfatória, sem afetar o acesso a demais necessidades essenciais, tendo como apoio práticas alimentares que promovem a saúde respeitando a diversidade cultural que sejam sustentáveis de forma cultural, ambiental social e econômica (SEDHS, 2012).

A aplicação da EAN deve usar recursos educacionais e abordagens que levantem questionamentos e ofereçam diálogos junto a pessoas e grupos populacionais, considerando todas as fases do caminho da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que formam uma conduta alimentar (IDEIAS NA MESA, 2015).

O trabalho com oficinas pedagógicas tem o objetivo de trilhar o caminho no sentido de permitir que o indivíduo firme laços de cuidado com ele mesmo, assim como de trabalho e de afeição com os outros, definindo o objetivo político-social (MENDONÇA, 2005).

Segundo Guerra (2004), o que diferencia e particulariza a atividade das oficinas na saúde mental das demais intervenções, coletivas ou não, é o fato de o paciente psiquiátrico trabalhar com o objeto concreto.

Considerando essa prevalência de excesso de peso detectado nos pacientes intensivos do CAPS, assim esse trabalho teve por objetivo avaliar o efeito na redução de peso e gordura

abdominal, através de oficinas de educação nutricional para pacientes do CAPS II de Varginha, MG.

## **2 O PACIENTE PSIQUIÁTRICO E O EXCESSO DE PESO**

Alterações nutricionais como a obesidade e a desnutrição são frequentemente notadas em indivíduos portadores de transtornos mentais, que podem ocasionar complicações na saúde do paciente. Estudos confirmam que a obesidade atinge mais pessoas portadoras de transtornos mentais. Sabe-se que muitos psicofármacos têm como efeitos colaterais ligados à síndrome metabólica, como o aumento do peso, dislipidemia e alteração no metabolismo da glicose (CASEY et al., 2004; TEIXEIRA; MOREIRA; ROCHA, 2005).

De acordo com Leitão-Azevedo, et al (2006), o elevado número desses casos vem coincidindo com o aumento no uso de antipsicóticos, ainda que seja difícil determinar se a primazia destas complicações está crescendo nas populações psiquiátricas independente do tratamento com drogas. A grande parte dos dados disponíveis vem de estudos de pessoas com esquizofrenia, e, mesmo nessas condições, os registros são muito limitados. Pacientes esquizofrênicos na primeira ocorrência de esquizofrenia, sem nunca terem sido medicados, têm adiposidade visceral três vezes maior e menos tolerância à glicose e maior resistência à insulina do que pessoas que não possuem a doença.

Os elementos do ambiente envolvidos no estilo de vida podem predispor à morbimortalidade ligada ao desenvolvimento do aumento ponderal, doenças endócrinas e doença cardiovascular. O tabagismo, a dieta inadequada, o uso do álcool, e o sedentarismo elevam a mortalidade na população geral, sendo que 50 a 90% dos pacientes esquizofrênicos são tabagistas. Possui também a evidência de que consomem uma dieta mais rica em gordura e baixa em fibras do que a população de referência, havendo ainda a associação de medicação antipsicótica com aumento do apetite e avidez por carboidratos. O sedentarismo, também presente nesses pacientes, pode ser ocasionado, em parte, pelos sintomas negativos da doença e pelos efeitos sedativos dos antipsicóticos, além das confinamentos nos leitos de hospitais por longos períodos (TEIXEIRA; MOREIRA; ROCHA, 2005).

Analisando a complexidade da obesidade e do sobrepeso, com a relação de fatores genéticos perante condições multifatoriais vinculadas ao ambiente, existe a necessidade da quantificação dessa interação para o tratamento de sucesso. Pesquisas atuais procuram explicar, de forma minuciosa, o exato mecanismo implícito à ligação entre o uso de antipsicóticos e o ganho de peso. O ajuste do peso corporal é uma relação complexa, que

envolve ingestão alimentar, gasto energético, saciedade e outros pontos ainda não detectados no controle do apetite (MARTIN, 2004).

Agentes antipsicóticos têm ações diversas em diferentes sistemas de neurotransmissores e os atípicos, em especial, têm um amplo perfil de ação nesses sistemas múltiplos que parecem implicar na regulação do peso corporal. Dentro desses diferentes mecanismos já identificados, o ganho de peso ao longo do tratamento tem sido associado à maior afinidade de antipsicóticos atípicos aos receptores de histamina, de serotonina e de Dopamina (LEITÃO-AZEVEDO, et al, 2006).

Embora ainda existindo falta de clareza em relação à causa dessas alterações físicas, o excesso de peso e suas morbidades associadas são descobertas comuns dentre pacientes esquizofrênicos. Assim, esses parecem também demonstrar um risco aumentado para o desenvolvimento de alterações clínicas relacionadas à obesidade, como diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, mesmo antes do uso de antipsicóticos (MARTIN, 2004).

Diante dessa situação, uma das ideias propõe o mapeamento nutricional e de condições de saúde de pacientes com transtornos psiquiátricos, realizando-se estudos que possam ajudar de modo considerável no aperfeiçoamento na atenção primária oferecida a essas pessoas, com maior foco na questão nutricional (VARGAS; SANTOS, 2011).

## **2.1 O tratamento nutricional do paciente psiquiátrico**

Pacientes com transtornos psíquicos possuem inadequações profundas no consumo, padrão e comportamento alimentar, além de diversas crenças equivocadas sobre alimentação, o que geralmente acarreta piora do estado nutricional. O tratamento nutricional visa a reverter tais alterações e promover hábitos alimentares saudáveis e melhora na relação para com o alimento (PIVA, 2015).

O atendimento multiprofissional é importante em qualquer serviço de saúde. Podem formar esse grupo todos os profissionais, como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, nutricionistas, funcionários administrativos e educadores físicos (JARDIM, et al, 1996).

“Não é necessário que a equipe seja completa, mas deve ser composta pelo maior número de funcionários possível. As tarefas de cada um são específicas, mas em diversos momentos ocorre um imbricamento natural de funções, o que será revertido em benefício dos pacientes” (JARDIM et al, 1996).

É muito importante esse trabalho junto aos pacientes psiquiátricos, já que convivem com a exclusão social. Segundo estudos feitos por Emanuelle et al (2011), no CAPS da cidade

de Salvador (Bahia, Brasil), os pacientes se sentem acolhidos e felizes com a atenção que recebem.

Na área de Saúde Mental especificadamente, principalmente em serviços públicos, não há equipes de trabalho interdisciplinar de fato e sim profissionais de várias áreas de conhecimento, desenvolvendo suas atividades numa instituição sem que haja por parte desta, definição de uma proposta de trabalho direcionada para um objetivo comum. Os trabalhos desenvolvidos, que têm o paciente como foco, com frequência necessitam de modificações para uma melhor adaptação para atender esse paciente, porém com isso, acaba muitas vezes se perdendo ou se diluindo por falta de direcionamento ou divergências (EMANUELLE, et al, 2011).

A definição de equipe multidisciplinar é um grupo formado por profissionais de diferentes áreas. Porém, é importante destacar que para se considerar multidisciplinar, é preciso que as ações sejam realizadas de forma a convergir para um objetivo comum, para que consequentemente se colha bons resultados (JARDIM, et al, 1996).

O trabalho nutricional tem uma importância considerável nesse trabalho multiprofissional. Vemos isso em destaque nos estudos feitos por Zortéa, et al (2010), que aponta a prevalência de níveis acrescidos da circunferência abdominal, porcentagem de gordura corporal e peso nos pacientes psiquiátricos.

O estudo feito por Oliveira, et al (2011), mostra que grande parcela dos pacientes psiquiátricos acompanhados demonstram inadequação do estado nutricional. No mesmo estudo foi proposto que fossem feitas avaliações dos hábitos alimentares e acompanhamento nutricional desses pacientes no período de internação e pós-internação, para detectar alterações precoces ligadas à exposição medicamentosa. Esse perfil nutricional pode estar intimamente relacionado com os hábitos sedentários e uso de antipsicóticos.

Quando a detecção é precoce, os efeitos e evoluções do quadro podem ser diminuídos, amenizados, não permitindo a evolução à síndrome metabólica (SM), que também é muito comum entre esses pacientes (ZORTÉA, et al, 2010).

Então, nota-se a importância da formação de equipes de saúde multiprofissionais e interdisciplinares, para oferecer aos portadores de transtornos mentais um atendimento eficaz, eficiente e humanizado, promovendo, assim, maior qualidade de vida para essa população (LINDNER, et al 2009).

## **2.2 A educação nutricional**

Os hábitos alimentares e as necessidades nutricionais nos dias de hoje começaram a ser constituídos no passado pré-histórico, e os costumes alimentares passaram por modificações, muitas vezes para costumes pouco saudáveis, o que leva a um aumento de risco para saúde, associando-se muitas vezes com o desenvolvimento de deficiências nutricionais específicas ou múltiplas (RAMALHO, 1998).

Segundo Daniel & Cravo (1989) a comida tem um significado cognitivo. Nem tudo que pode ser usado para alimentação é visto como alimento ou comida dependendo da cultura em que o indivíduo é educado. Além do que o ato de comer não satisfaz apenas a necessidade biológica, mas preenche também funções simbólicas e sociais.

A nutrição e alimentação fazem parte dos direitos humanos fundamentais registrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos sendo então consideradas condições básicas para promover a proteção da saúde, permitindo a consolidação total do potencial de desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. Sendo um direito do cidadão o acesso a alimentação deve ser dever do Estado e de responsabilidade da sociedade. Assim, a busca em garantir o direito à alimentação de qualidade para todas as pessoas, passa pela formação de um novo modelo de sociedade, que tenha como a qualidade de vida do ser humano como eixo central (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

O profissional de saúde ao indicar qualquer interferência na área alimentar deve ponderar os aspectos não só econômicos, mas também os culturais envolvidos, principalmente quando a proposta de intervenção envolve aspectos educativos (RAMALHO E SAUNDERS 2000).

Define-se como educação nutricional um conjunto de atividades realizadas, tendo como alvo a valorização da alimentação saudável e a mudança de hábitos alimentares que possam ser prejudiciais à saúde. Utilizada como ferramenta que atrela a educação à saúde ao representar a união de aprendizagem, conhecimentos, atitudes e competências para a melhoria da qualidade de vida e consequente prevenção de doenças (BOOG, 2005).

Para que a população conquiste uma vida saudável é importante a prática da educação nutricional, que pode ser realizada por profissionais de nutrição através de atividades lúdicas, oficinas educacionais e palestras, que são algumas das ferramentas que são utilizadas na promoção da educação nutricional, pois auxiliam no sucesso do trabalho proposto, permitindo uma maior facilidade na aprendizagem pelas pessoas sobre escolhas e hábitos alimentares mais saudáveis (ZIMER, et al, 2004).

Segundo Marin et al, (2009), a educação alimentar pode ter resultados muito satisfatórios, em especial quando desenvolvida com grupos no sentido de formar e capacitar

para que sejam feitas escolhas alimentares saudáveis. Os programas e esforços de educação alimentar devem ser contínuos e multifacetados.

Alguns objetivos da educação alimentar são: criar atitudes positivas frente aos alimentos e à alimentação; encorajar a aceitação da necessidade de uma alimentação saudável e diversificada; promover o entendimento da relação entre a alimentação e a saúde. As estratégias para a mudança de comportamento não podem ser vistas como única responsabilidade de um setor qualquer, pois existem fatores que condicionam o costume alimentar. Assim sendo, programas de educação nutricional devem ser multisetoriais e envolver a participação da família, da comunidade e a equipe de educadores e colaboradores (MARIN; BERTON; SANTO, 2009).

As ações de Educação Nutricional de acordo com Santos (2005) requerem que o nutricionista ajude as pessoas a reestruturar a sua relação entre os conhecimentos científicos e habituais, cumprindo assim o papel de educador. Deve, para tanto, considerar a história e a cultura dos sujeitos envolvidos (pessoas e/ou coletivos), e ter a capacidade de saber ouvir e refletir com o outro.

O Nutricionista precisará utilizar seu aprendizado, o seu saber, com o objetivo de transformação da realidade. Para tanto, esse profissional deve estar cuidadoso em respeitar o tempo e as habilidades de cada um, as regras da boa convivência com as diferenças, deve parar para ouvir e para olhar, para sentir e compreender detalhes, não agir com automatismo e ter paciência, permitindo o tempo e o espaço para a diferença do outro. É importante gerar a possibilidade de reflexão no outro. O Nutricionista poderá, dessa forma, conhecer as hipóteses elaboradas pelos sujeitos, identificar aqueles conhecimentos que o sujeito já tem e aqueles que precisam ser construídos ou transformados e, a partir disso, construir com o indivíduo atendido o conhecimento que poderá levá-lo a fazer escolhas conscientes sobre sua alimentação (SANTOS, 2005).

### **2.3 A educação nutricional como ferramenta para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional**

Desenvolver o hábito de alimentação saudável significa recuperar a autoconfiança, dignidade, esperança e força para lutar por parte das pessoas que estão excluídas e exaustas.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) compreende a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e

que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (LOSAN - Art. 3º da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional).

Para ser realizada a educação nutricional demanda planejamento, com o objetivo de atingir a população em geral como grupos, comunidades e indivíduos. As pessoas precisam conhecer as dificuldades nutricionais existentes e os aspectos da economia que influenciam o acesso à alimentação. A abordagem educativa deve ser pensada na perspectiva de capacitar e fortalecer as pessoas e comunidades para alcançar a meta em Educação Nutricional (SEDHS, 2012).

A segurança alimentar se dá nos âmbitos planetário, nacional, regional, comunitário e familiar, de forma que, em todos os níveis de ensino, cabe incluir essa pauta a fim de fomentar a internalização da alimentação como direito, com o respaldo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Artigo XXV) e da Constituição Brasileira (Artigo 5.º), e como valor para a vida plena, preservando-se o ambiente, a saúde e a qualidade de vida (BOOG, 2005).

Ainda segundo Boog (2005), os valores e costumes comuns em práticas habituais podem ser questionadas sob a perspectiva da segurança alimentar, como a falta de interesse principalmente da nova geração ao ato de cozinhar, que já acostumou ao consumo de produtos industrializados sem valores nutricionais relevantes. E função da educação nutricional é o trabalho de resgatar, por exemplo, o interesse em cozinhar, fortalecendo as comunidades, convivência familiar, a disposição para dedicar tempo e atenção com a alimentação, principalmente de crianças, abrangendo o fornecimento de alimentos nesse processo amplo, repetitivo e periódico que é o ato de cuidar, pois a qualidade do cuidado é um fator que pode agravar a situação de insegurança alimentar.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

O trabalho foi desenvolvido com pacientes intensivos do CAPS II de Varginha, MG, portadores de algum tipo de esquizofrenia em uso de antipsicóticos. Neste estudo foram incluídos 34 pacientes com permanência diária do período de sete horas até as quinze horas de segunda a sexta feira, onde fazem as três principais refeições sendo: café da manhã, almoço e café da tarde.

Todos os responsáveis legais e/ou familiares capazes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os indivíduos participarem do estudo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Sul de Minas (Número do Parecer: 1.019.940).

Foram realizados 5 encontros que ocorreram uma vez por semana durante os meses de junho e julho de 2015 com abordagens sobre alimentação saudável e redução de peso com

dinâmicas grupais no formato de oficinas, de forma interativa, estimulando o diálogo e participação. Durante as oficinas as percepções, o interesse e colaboração dos participantes foram observados e registrados em diário de campo, o que permitiu auxiliar no direcionamento das atividades e perceber de forma qualitativa os resultados positivos do aprendizado construído com as atividades propostas.

Além disto, foi realizada duas avaliações antropométricas antes e após a intervenção. O peso corporal (Kg) foi aferido em balança portátil digital WISO CARE capacidade total 180 Kg, graduação 100g, para medida da estatura foi utilizado estadiômetro compacto com altura total de 2 metros, tais medidas foram utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), que foi calculado e classificado de acordo com os critérios da (OMS), adotados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) como é observado no Quadro 1. A circunferência da cintura (CC) foi aferida com fita métrica inelástica com capacidade máxima de 150 cm. Para mensurar a circunferência da cintura (CC), cada indivíduo ficou de pé, com os braços estendidos ao longo do corpo e os pés unidos. A circunferência foi medida no ponto médio entre os últimos arcos costais e a crista ilíaca, no sentido horizontal, sem compressão de pele. Para análise dos dados foram usados como valores de referências aqueles sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) como pode ser observado no Quadro 2.

O Quadro 3 mostra os temas e técnicas utilizadas em cada uma das oficinas desenvolvidas com os participantes do grupo de educação nutricional.

**Quadro 1** – Classificação de peso pelo IMC

| IMC     | CLASSIFICAÇÃO                                      |
|---------|--|
| < 18    | Magreza  |
| 18 – 25 | Normal   |
| 25 – 30 | Sobrepeso  |
| 30 – 35 | Obesidade grau I                                   |
| 35 – 40 | Obesidade grau II                                  |
| > 40    | Obesidade grau III<br>(Obesidade grave ou mórbida) |

**Fonte:** World Health Organization, 2000.

**Quadro 2** – Valor da CC considerados como risco para doenças associadas à obesidade.

| Circunferência da Cintura (cm) |          |          |
|--------------------------------|----------|----------|
|                                | Homens   | Mulheres |
| Adequada                       | < 94     | < 80     |
| Aumentada                      | 94 – 102 | 80 – 88  |
| Muito Aumentada                | ≥ 102    | ≥ 88     |

Fonte: World Health Organization, 2000.

**Quadro 3.** Temas e técnicas das dinâmicas utilizadas no grupo de educação nutricional com usuário do CAPS II de Varginha, MG.

| Tema das Oficinas                     | Técnica da Atividade educativa  |
|---------------------------------------|---|
| Pré-oficina: Eu me cuido              | Técnica semelhante ao jogo “batata quente”: enquanto tocava uma música uma bola era passada; quando a música era interrompida quem estivesse com a bola deveria falar o que faziam ou não faziam para se cuidar relacionado as questões alimentares. O objetivo era a reflexão sobre as dificuldades de cada indivíduo no processo de reeducação alimentar.   |
| Guloseimas e seus malefícios          | Foram selecionados alimentos ultraprocessados consumidos com frequência pelos participantes como refrigerante, suco artificial em pó e caixa, bolacha recheada, batata frita, miojo e salsicha. Os teores de óleo e açúcar referentes a cada produto foi pesado e exposto em copos transparentes. O objetivo era demonstrar a composição desses alimentos e discutir sobre o risco do consumo dos mesmos.   |
| Alimentação Saudável: Prato Ideal     | Foram utilizados pratos descartáveis, tesouras, cartolinas coloridas cortadas em forma de círculo, onde cada cor representava um alimento (verde: salada; marrom: feijão; amarelo: carnes brancas; vermelho: carnes vermelhas; branco: arroz). Formaram-se duplas, onde deveriam montar um prato com as quantidades adequadas de cada alimento. Cada dupla recebeu um kit onde recortavam conforme achavam ser a quantidade ideal. O objetivo desta oficina foi trabalhar as quantidades de alimentos que costuma-se servir no prato e estimular a socialização.  |
| Mitos e verdades sobre a alimentação  | Inicialmente foram selecionadas vinte perguntas sobre alimentação colocadas em cartões (ex: manga com leite faz mal?/Pular refeições emagrece?). Para a atividade os participantes receberam um balão e foram divididos em duas turmas. Cada um deveria responder uma pergunta, sendo que cada acerto era estourado um balão do time adversário e avançava uma casa no jogo do tabuleiro gigante. O time que chegasse primeiro a linha de chegada era campeão. O objetivo desta oficina foi esclarecer e superar os mitos com abordagens educativas sobre o tema. |
| Alimentos que devemos ficar alerta    | Os participantes foram divididos em dois times e foi montado o jogo de latinhas, semelhante ao boliche, onde cada latinha representava um “alimento alerta” (ex.: macarrão instantâneo, salsicha, açúcar, frituras e outros) num total de 15 latas. As latas derrubadas correspondiam ao número de pontos marcados pelo time do participante. Durante o jogo buscava-se reforçar porque devemos ficar alerta com os alimentos que eram derrubados. O objetivo desta oficina foi trabalhar as escolhas saudáveis dentro da rotina dos participantes.               |
| Autoconfiança<br>Eu posso, eu consigo | Foi reproduzido um vídeo de curta duração sobre autoestima e realizado a dinâmica do papel amassado, onde o papel amassado representava as mudanças físicas sofridas ao longo do tempo em cada ciclo da vida. Cada participante foi   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
|                                | estimulado a falar de suas dificuldades, das questões do peso e imagem, das tentativas frustradas de perda de peso, à falta de informação sobre cuidados com a alimentação, a vida sedentária, o uso contínuo de medicamentos que interferem no metabolismo dificultando a perda de peso. |
| Pós-oficina:<br>Meta da semana | Ao final de cada dinâmica era lançada uma meta simples e prática sobre o tema trabalhado e proposta para ser aplicado até o próximo encontro.   |

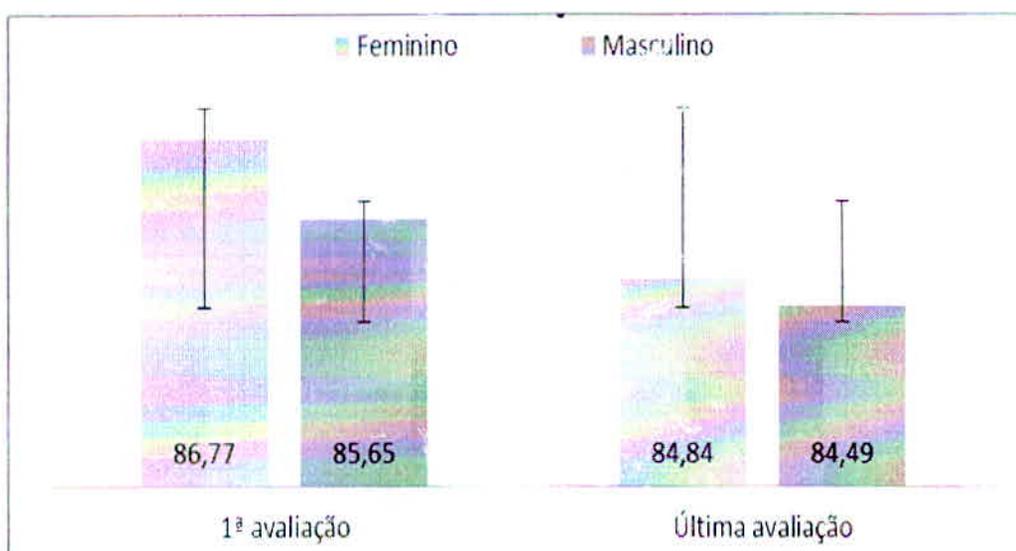
Fonte: Os autores

#### 4 RESULTADOS

A amostra foi de 34 pacientes. Sendo 65% do gênero masculino (n=22) com idade média de 33 anos e 35% do gênero feminino (n=12) com idade média de 49 anos.

A Figura 1 mostra o comparativo entre a primeira e última avaliação do peso dos participantes. Entre os homens o peso médio reduziu de 85,65Kg para 84,49kg e entre as mulheres de 86,77Kg para 84,84kg. A análise estatística dos dados revelou que não houve diferença significativa entre as duas avaliações. A média de perda de peso de ambos os grupos foi de 1,4Kg.

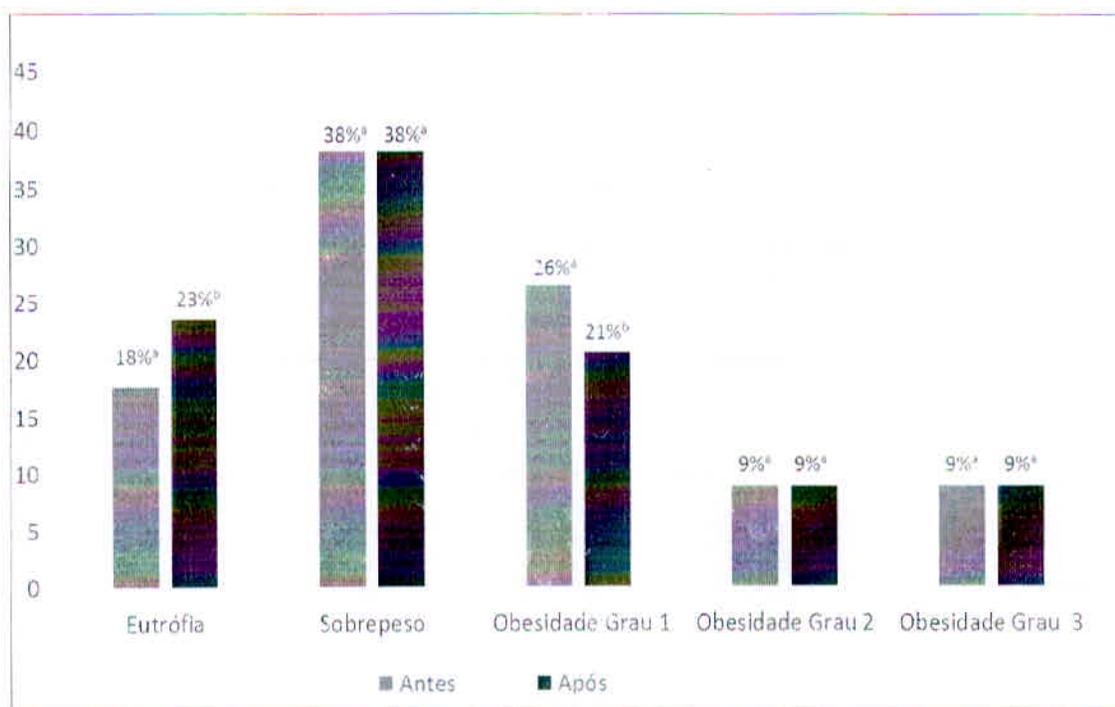
Uma análise descritiva dos dados revelou que o peso médio dos participantes foi de 83kg, sendo que a redução de peso foi maior para os pacientes com idade superior a 40 anos de idade. Considerando a média da diferença da perda de peso de 1,4Kg dezesseis pacientes perderam peso acima da média.



**Figura 1:** Comparativo do peso médio por sexo da primeira e última avaliação antropométrica dos participantes do grupo de educação nutricional.

A figura 2 mostra a classificação do IMC dos participantes do estudo antes e após os grupos de Educação Nutricional, observa-se que o número de pacientes que entraram na classificação de eutrofia aumentou significativamente saindo de 18% para 23%, enquanto houve uma redução proporcional na prevalência de obesidade grau I reduzindo em 5%. As demais categorias de IMC não se alteraram durante o período de intervenção.

O IMC médio dos participantes foi de 29,38kg/m<sup>2</sup>. Pode-se perceber ainda, que 77% dos participantes estão com excesso de peso; destes 38% estão com sobrepeso; 21 % obesidade Grau I e 9% com obesidade graus II e III. A média de excesso de peso entre os pacientes do CAPS II está acima da média nacional que é de 63,8%, dados que alertam para a necessidade urgente de intervenção nutricional junto a estes pacientes (IBGE, 2010).



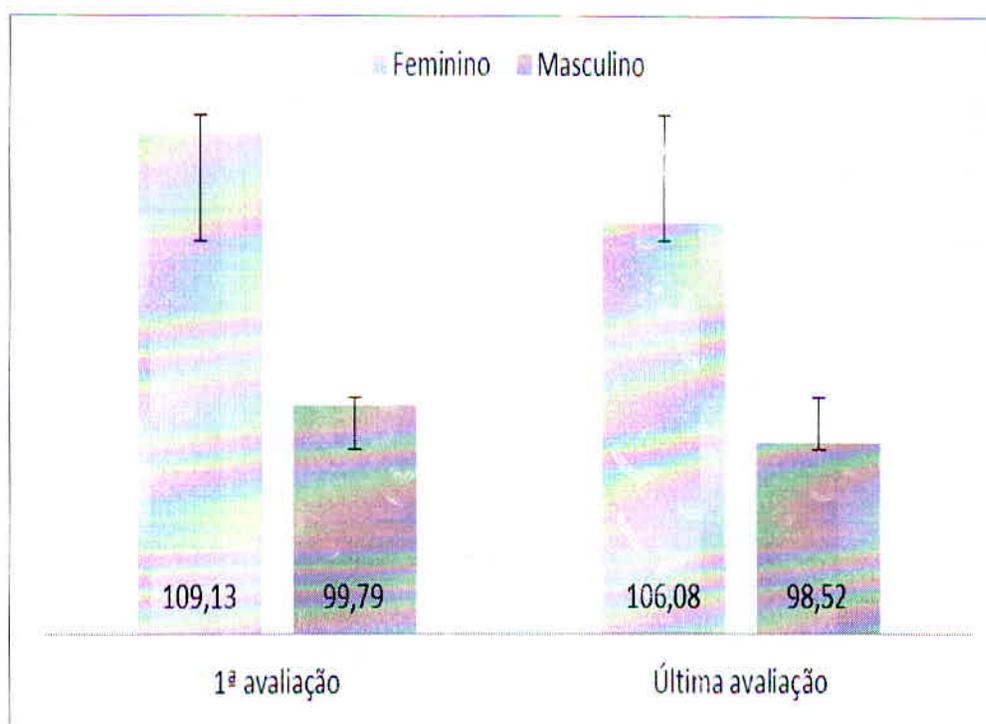
**Figura 2:** Classificação do IMC dos participantes do grupo de educação nutricional antes e após os grupos de Educação Nutricional.

<sup>a,b</sup> Médias seguidas de mesma letra não diferem entre si pelo teste de Tukey ( $p < 0,05$ ).

A figura 03 apresenta a circunferência média encontrada por sexo, antes e após as atividades de educação nutricional. Para os pacientes do sexo feminino a circunferência média da cintura caiu de 109,13cm para 106,08cm. Apesar da redução nota-se que em ambos os momentos a CC das mulheres está acima de limites considerados seguros à saúde, sendo que acima de 88 cm as mulheres se encontram com risco substancialmente aumentado de complicações metabólicas (ABESO, 2010). A circunferência média da cintura dos homens

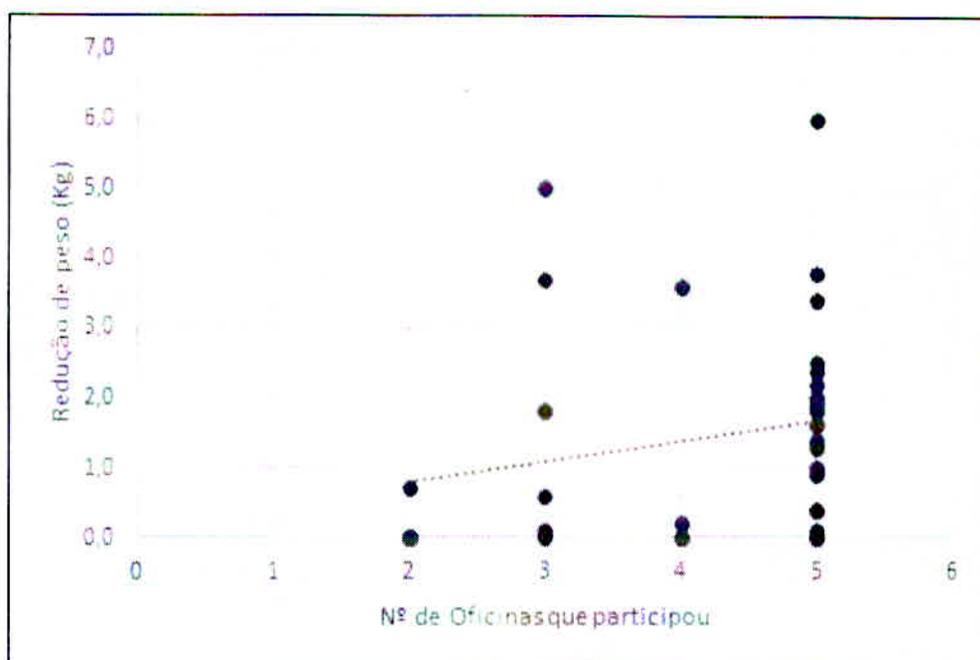
caiu de 99,79cm para 98,52cm. Assim como as mulheres os homens apresentaram medidas de CC acima de limites seguros, contudo o risco de complicações metabólicas é classificado como aumentado para valores acima de 94 cm (ABESO, 2010).

A CC média foi de 101,69cm, sem apresentar diferença entre as avaliações. A média geral de redução das medidas da circunferência da cintura foi de 2,2cm considerando a diferença entre a primeira avaliação em relação à última. Assim como a redução do peso, dezesseis pacientes reduziram a circunferência acima da média geral.

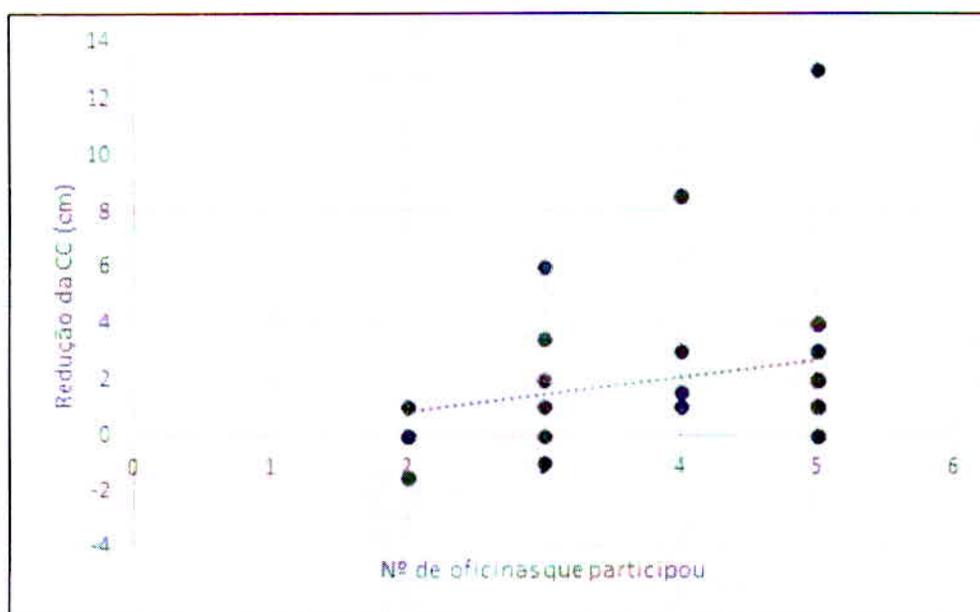


**Figura 03:** Comparativo da média da circunferência da cintura por sexo na primeira e última avaliação antropométrica dos participantes do grupo de educação nutricional.

As Figuras 4 e 5 mostram a redução do peso e CC, respectivamente, por cada participante em relação ao número de oficinas que o mesmo participou. Observa-se pelas linhas de tendência ascendentes uma relação diretamente proporcional entre o número de oficinas que o paciente participa e a redução de peso e CC. Estes dados reforçam a necessidade da continuidade das atividades de educação nutricional junto aos pacientes a fim de se obter redução de peso e CC significativos.



**Figura 4:** Dispersão do peso reduzido por cada participante em relação ao número de oficinas que participou



**Figura 5:** Dispersão da redução da CC por cada participante em relação ao número de oficinas que participou

A tabela 1 mostra a avaliação qualitativa dos participantes em relação aos temas trabalhados nas oficinas entre não gostei, indiferente e gostei. Para cada avaliação foi atribuída uma nota de 1 a 3, respectivamente. A média geral da avaliação dos participantes foi

2,95 pontos, desta forma conclui-se que todos os temas tiveram médias situadas na região de aceitação.

**Tabela 01:** Valores médios de aceitação dos temas abordados nos encontros.

| <b>Temas dos encontros</b>           | <b>Nota média*</b> |
|--------------------------------------|--------------------|
| Guloseimas e seus malefícios         | 3a                 |
| Prato saudável                       | 2,75a              |
| Alimentos em alerta                  | 3a                 |
| Mitos e verdades sobre a alimentação | 3a                 |
| Auto confiança                       | 3a                 |

\*Médias seguidas de mesma letra não diferem entre si pelo teste de Tukey ( $p < 0,05$ ).

## 5 DISCUSSÃO

Atualmente, o sobrepeso e a obesidade são comorbidades comuns entre pacientes com transtorno mental, e podem ser demonstrados por meio da presença do IMC (Índice de massa corporal) em classificações de sobrepeso e obesidade (ELKIS et al.,2008).

A população analisada constitui-se de 34 usuários inclusos no regime intensivo de cuidados do CAPS II, que tinham diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, em uso de antipsicóticos. Dos participantes analisados a média de idade entre os sexos foi de 43 anos, destes 35,29% eram mulheres e 64,70 eram homens, a maioria dos participantes (77%) apresentaram excesso de peso, independente da idade e sexo, sendo classificados com algum grau de obesidade demonstrados nas figuras 1 e 2. São dados que alertam para a necessidade urgente de intervenção nutricional junto a estes pacientes, considerando que a média nacional de excesso de peso é de 63,8% (IBGE, 2010). Dentre as mulheres 26,47% e os homens 32,35% apresentaram cc acima do recomendado, indicando presença de obesidade central em ambos os gêneros e risco de complicações metabólicas e doenças cardiovasculares. Resultados antropométricos semelhantes foram encontrados em estudos realizados com indivíduos esquizofrênicos em Porto Alegre - RS e em Alfenas – MG (GARCIA, 2013, ZORTEA, 2007).

Através desta pesquisa foi possível observar que as oficinas contribuíram para a redução dos índices de obesidade grau I e aumento dos índices de eutrofia (Figura 4 e 5). A média de redução de peso foi de 1,4 kg e de CC foi de 2,2 cm. Apesar da redução de CC,

nota-se que em ambos os momentos (antes e após) a CC está acima dos limites considerados seguros à saúde, reforçando a necessidade de um trabalho de educação nutricional continuada. Foi observado também que uma participação em maiores números de oficinas resultou em um maior número de participantes que reduziram peso e CC. Portanto é indispensável o papel do Nutricionista, atuando na prevenção e promoção de saúde com mudança de hábitos alimentares junto aos pacientes com transtornos mentais (CFN, 2009).

Durante as atividades de oficinas o grupo respondeu a um questionário de satisfação relacionado a cada tema proposto demonstrado na Tabela 1.

Neste contexto, este estudo revela que as atividades em grupo tiveram uma boa aceitação. Hoje, a obesidade e o sobrepeso são considerados comorbidades recorrentes no meio desses pacientes.

A buscar o peso ideal é imprescindível para a conservação da saúde. O excesso de peso traz riscos, já que sobrecarrega as articulações e também pode levar ao aparecimento de doenças cardíacas, diabetes e várias outras enfermidades (ABESO, 2010).

No cenário estudado, percebeu-se enquanto estratégias de educação nutricional, as oficinas, tiveram o propósito de ampliar e de aprofundar o papel da EAN na promoção de práticas alimentares saudáveis e na estratégia da promoção da saúde.

Conforme salienta Marin et al.(2009) , a educação alimentar pode ter resultados muito satisfatórios, em especial quando desenvolvida com grupos no sentido de formar e capacitar para que sejam feitas escolhas alimentares saudáveis.

É importante ressaltar que para uma maior efetividade as oficinas de educação nutricional recomenda-se que esse modelo de intervenção seja estimulado e incentivado por profissionais da área na perspectiva de ser capaz de influenciar e contribuir para a saúde e qualidade de vida destes pacientes por promover educação nutricional com mudanças de hábitos.

E também proporcionar a Segurança Alimentar e Nutricional que é a efetivação do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade aceitável, sem arriscar a satisfação de outras necessidades primordial, respeitando a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis (BOOG, 2005). A redução de peso, o interesse em participação do grupo e a busca por colocar em prática o aprendizado é uma forma de promover a Segurança Alimentar e Nutricional, uma vez que empodera o participante com informação sobre alimentação, ajudando na construção de escolhas alimentares mais saudáveis.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam que a população do CAPS II de Varginha apresenta uma elevada prevalência de excesso de peso. As oficinas de educação nutricional foram um ótimo instrumento para a melhora do estado nutricional desta população, levando a redução significativa do número de obesos grau I e elevação da prevalência de eutrofia. A média de redução de peso foi de 1,4Kg e de CC de 2,2cm. Foi observado que uma participação em um maior número de oficinas resultou em um maior número de indivíduos que reduziram de peso e CC, comprovando que para resultados mais expressivo é essencial o trabalho de educação nutricional continuada, sendo indispensável o papel do nutricionista, atuando na prevenção e promoção de saúde através de educação nutricional com mudança de hábitos alimentares.

Ressalta-se que embora as oficinas educativas tenham contribuído para a redução de peso e CC, um possível fator limitador desse estudo foi o curto período de duração das oficinas (n=5).

Neste contexto podemos dizer que existe uma necessidade da inserção do nutricionista em um campo de trabalho pouco explorado nos serviços de saúde mental, como o CAPS II. Os resultados obtidos apontaram que as oficinas educativas são um modelo de estratégia que estimula os indivíduos a reelaborarem seus conhecimentos e hábitos a cerca de alimentação saudável. No entanto a falta de educação nutricional continuada contribui para a prática de hábitos alimentares inadequados levando a este público á comportamentos alimentares nocivos a sua saúde.

Portanto no intuito de tornar mais efetiva as oficinas de educação nutricional visando prevenção e promoção de saúde com mudanças de hábitos alimentares; recomenda-se que esse modelo de intervenção seja estimulado e incentivado por profissionais da área na perspectiva de ser capaz de influenciar e contribuir para a saúde e qualidade de vida destes pacientes por promover educação nutricional com mudança de hábitos.

### **ABSTRACT**

*To promote mental health, a set of preventive measures is needed as well as treatment for improvement, maintenance and recovery of the patient's condition. The use of antipsychotics is part of treatment of these patients, but their use can cause unwanted effects such as dyslipidemia, obesity and diabetes. The aim of this study was to evaluate the effect in reducing weight and waist circumference nutrition education workshops for CAPS II patients*

Varginha, MG. 5 workshops were carried out nutrition education in period of 2 months and anthropometric measurements with measurements of weight, height and waist circumference before and after the series of workshops. The results showed that patients reduced on average 1.4kg and 2,2 cm in waist circumference, however there was no statistical difference between the average weight before and after the nutritional intervention. It is noteworthy that a significant result for the nutrition education activities need to be continuous and combined with a healthy diet, being indispensable the nutritionist's role in monitoring this process. We conclude that educational workshops is a strategy that encourages individuals to remake their knowledge and habits about healthy eating for weight reduction and risk of chronic disease, but the work must be planned in the long term to better results.

**Keywords:** Mental health. Nutritional assessment. Nutritional education.

## REFERÊNCIAS

- ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade:** Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica. 2010. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf)> . Acesso em: 18 de Nov/2015.
- BARROS, A. C. et al. Perfil nutricional de pacientes portadores de transtornos mentais em Natal – RN. **Extensão e Sociedade**. 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1)> . Acesso em: 16 de Nov/2014.
- BOOG, M. C. F. **Contribuições da Educação nutricional à construção da Segurança Alimentar**. 2005. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/8mostra/4/193.pdf>> -Acesso em: 02 de Mai/2015.
- CASEY, D. E.; et al. Antipsychotic - induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal Clinical Psychiatry*.v. 65 n. 7.p. 4-16, 2004.
- CLEMENTE, L; MOREIRA, P; OLIVEIRA, B; ALMEIDA, M, D,V. **Índice de massa corporal**. Sensibilidade e Especificidade. 2004. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/06/imc-sensibilidade-e-especificidade.pdf>> Acesso em: 19 de Nov/2015.
- ELKIS, H. et al. Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. 2008.

EMANUELLE, B. et al. **O significado do tratamento para os indivíduos que têm transtorno mental e a representação que eles têm da equipe multiprofissional.** 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-significado-do-termo-tratamento-para-os-individuos-que-tem-transtorno-mental-e-a-representacao-que-eles-tem-da-equipe-multiprofissional/66241/>>. Acesso em: 11 de Nov/2015.

FERREIRA, V. A; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública.* 2007.

GARCIA, P. C. O. et al. Perfil antropométrico de portadores de transtornos mentais do município de Alfenas – MG. *Rev. Universidade Vale do Rio Verde.* 2013.

IDEIAS NA MESA. **O que é educação alimentar e nutricional?** 2015. Disponível em: <<http://www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=site/EducacaoAlimentar>>. Acesso em: 25 de Nov/2015.

JARDIM, P.C.B.V., et al **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso.** Ribeirão. 1996.

LEITÃO-AZEVEDO, C. L., et al. Sobre peso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina comparado com o uso de outros antipsicóticos. *Rev. Psiquiátrica.* 2006.

LINDNER, et al. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. 2009. *Rev. Saúde Pública.* Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/746.pdf>>. Acesso em: 12 de Mai/2015.

MARIN, T; BERTON, P; SANTO, L. K. R. E. Educação nutricional e alimentar: por uma correta formação dos hábitos alimentares. *Rev. F@pciência.* 2009. Disponível em: <[http://www.fap.com.br/fapciencia/003/educacao\\_2009/007.pdf](http://www.fap.com.br/fapciencia/003/educacao_2009/007.pdf)>. Acesso em: 10 de Mai/2015.

MARTINS, C.D. N. Sintomas de humor em esquizofrenia: associação com história familiar e personalidade pré mórbida [**dissertação**]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2004.  
<[http://ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaIdeias/1397561168Educacao\\_Nutricional-\\_Caminhos\\_possiveis.pdf](http://ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaIdeias/1397561168Educacao_Nutricional-_Caminhos_possiveis.pdf)>. Acesso em: 03 de Mai/2015.

MENDONÇA, T. C. P. **As oficinas na saúde mental:** relato de uma experiência na internação. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000400011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000400011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 de Nov/2015.

OLIVEIRA, S.G. et al. Perfil nutricional de pacientes psiquiátricos em uso de antipsicóticos internados em um hospital universitário. *Rev. Brasileira de Nutrição Clínica.* 2011.

PIVA, A. **Nutrição e saúde mental.** 2015. Disponível em: <<http://santathecla.com.br/espacomultidisciplinar04.html>>. Acesso em: 25 de Nov/2015.

RAMALHO, R.A.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. *Rev. Nutr. Campinas.* 2000.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. de Nutrição*. 2005.

SEDHS – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social. **O que é segurança alimentar e nutricional?** 2012. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/seguranca-alimentar/seguranca-alimentar-e-nutricional.html>>. Acesso em: 25 de Nov/2015.

VARGAS, T. S; SANTOS, Z. E. A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7594-29097-5-PB.pdf>>. Acesso em 25 de Nov/2015.

ZIMER, T. T.B; CARDOSO, A.R; MIRANDA, D.C. Brinquedoteca: Planejamento e Implementação de Atividades Lúdicas para o Ensino de Matemática na Educação Infantil.  
ZORTÉA, K. et al. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010.