

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

SCHIAVON, Tainá Alves¹
LORDANI, Claudia Regina Felicetti²
LORDANI, Tarcísio Vitor Augusto³

RESUMO

A doença mental é um dos agravos mais comuns nos seres humanos, afetando cerca de 4% da população mundial com aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. A literatura vem relacionando o aumento da prevalência de obesidade entre indivíduos com doença mental. Fatores como o uso de medicamentos antipsicóticos, tem sido associados à alterações metabólicas devido, principalmente, aos seus efeitos colaterais. Diante disto, procurou-se conhecer o perfil nutricional de pacientes com doença mental atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região Oeste Paranaense e analisar a influência medicamentosa no seu estado nutricional por meio da leitura das bulas. A amostra foi composta por 9 pacientes adultos cuja doença mental foi classificada conforme o Código Internacional de Doenças (CID F00-F99), foram excluídos os pacientes cujo diagnóstico clínico pertencia ao CID F10-F19 que trata-se de uso de drogas ilícitas. As variáveis analisadas, coletadas do prontuário médico, foram: idade, gênero, diagnóstico clínico, presença de comorbidade, medicamentos utilizados durante o tratamento, peso e altura. Com base nestes dados antropométricos foi calculado o índice de massa corporal (IMC). Sobre a condição nutricional dos pacientes, chamou a atenção o fato de que 66% apresentavam algum grau de obesidade, sendo que 22% tinham obesidade grau 3 e somente 34% possuíam peso adequado para a faixa etária e altura. Das medicações prescritas, 45% tinham o ganho de peso, como efeito colateral. Como a grande maioria das medicações são de uso contínuo, sugere-se a implantação de um programa de reeducação nutricional direcionado a este público.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional. Doença mental. Avaliação nutricional.

NUTRITIONAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDED IN A PSYCHOSOCIAL ATTENDANCE CENTER OF THE WEST REGION OF PARANÁ

ABSTRACT

Mental illness is one of the most common diseases in humans. It affects about 4% of people worldwide, occurring especially in developing countries. Literature has been relating the increased prevalence of obesity among individuals with mental illness. Factors such as the use of antipsychotic drugs, has also been associated with metabolic changes due mainly to its side effects. Having these facts in mind, we tried to meet the nutritional status of patients with mental illness treated at a Psychosocial Care Center (PCC) in west Paraná and analyze the drug influence on nutrition by reading package inserts. The sample consisted of 9 adult patients whose mental illness was classified according to International Code of Diseases (ICD F00-F99), we excluded patients with a clinical diagnosis belonged to ICD F10-F19 once it is related to illicit drug use. The variables analyzed were collected from the medical records and were as follows: age, gender, clinical diagnosis, comorbidity, medications used during treatment, weight and height. Based on these anthropometric data, the body mass index (BMI) was calculated. About the nutritional status of patients, we highlight the fact that 66% had some degree of obesity, and 22% had obesity class III and only 34% had adequate weight for age and height. Concerning prescribed medications, 45% had weight gain as a side effect. As the vast majority of medications are of continuous usage, it is suggested the implementation of a dietary education program to this audience.

KEYWORDS: Nutritional status. Mental disorder. Nutritional evaluation.

1. INTRODUÇÃO

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, iniciada no Brasil a partir da década de 1970 com a reforma psiquiátrica. Esta rede ganhou impulso a partir de 1990 com o processo de redução de leitos de hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e se consolidou em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, entre elas, a Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/02), que busca convalidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária (BRASIL, 2005).

Esta política garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (BRASIL, 2012) que buscam o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

Atualmente existe no Brasil, cerca de 1.670 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros (BRASIL, 2005). Assim, o CAPS I atende uma população entre 20 mil a 70 mil habitantes; o CAPS II e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS ad), para uma população entre 70 mil a 200 mil habitantes; e os CAPS III e o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) para uma população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2012). O município de Cascavel-PR, possui 3 CAPS, sendo eles: o CAPS III, CAPS ad e CAPS i.

Segundo Thompson e Thompson (2007), a doença mental é uma das doenças mais comuns nos seres humanos, afetando cerca de 4% da população mundial e vem apresentando aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Entre essas doenças as mais severas são esquizofrenia e o distúrbio bipolar. A esquizofrenia é uma

¹ Nutricionista, Especialista em Nutrição Humana com Área de Concentração em Alimentação Institucional (UNIPAR)

² Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva (UEL), Especialista em Nutrição Clínica e Metabólica (UEL)

³ Enfermeiro, Mestre em Promoção da Saúde (UNICESUMAR), Docente do curso de Enfermagem (UFS)

doença que se manifesta no final da adolescência ou na fase adulta jovem, caracterizada pela irregularidade do pensamento, emoção e relacionamentos sociais, relacionado à imaginação delusional e o humor desordenado. Já o transtorno bipolar caracteriza-se por um distúrbio de humor alternado em períodos de depressão, euforia, sentimentos de desprezo pelas pessoas e pensamentos suicidas.

Ainda não foi possível identificar os genes responsáveis por estas doenças. Estudos investigam possíveis causas, entre elas, a má nutrição materna, sugerindo a falta do folato no período gestacional (VALLADA FILHO, SAMAIA, 2000).

A literatura vem relacionando o aumento da prevalência de obesidade entre pacientes com doença mental (ZORTÉA et al., 2010). O uso de medicamentos antipsicóticos, segundo os mesmos autores, tem sido associado a alterações metabólicas devido aos seus efeitos colaterais como, alteração do tecido adiposo, xerostomia que levaria a um aumento do consumo de bebidas calóricas e letargia que aumentariam os índices de sedentarismo (ATTUX et al, 2009).

Sabe-se que a obesidade está relacionada a outras comorbidades, entre elas, o Diabetes *Mellitus* (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e o infarto agudo do miocárdio (IAM) (MAHAN, SCOTT-STUMP, 2003) o que implica em prejuízos à qualidade de vida desta população.

Diante disto, procura-se conhecer o perfil nutricional de pacientes com doença mental atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial da região Oeste do Paraná e analisar a influência medicamentosa no estado nutricional destes pacientes.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa transversal, por meio de levantamento de dados secundários de todos os prontuários médicos de pacientes adultos, na faixa etária entre 19 e 60 anos, deambulantes, com diagnóstico clínico de doença mental (CID F00-F99), atendidos no centro de atendimento psicossocial do município de Cascavel – PR (CAPS III). Este centro foi selecionado por se tratar de referência para tratamento ambulatorial de doentes mentais deste município.

Foram excluídos os pacientes que faziam uso de substâncias químicas ilícitas (CID F10-F19), pacientes acamados, com membros amputados e/ou gessados.

As variáveis de estudo, coletadas do prontuário médico, foram: idade, gênero, diagnóstico clínico, presença de co - morbidade, medicamentos utilizados para o tratamento da doença mental, peso e altura (APÊNCIDE A).

Os dados de peso e altura foram coletados individualmente pelo médico durante seu atendimento no consultório. O peso foi coletado em balança calibrada de plataforma mecânica, onde o indivíduo posicionou-se em pé, no centro da balança, descalço e com roupas leves. A altura foi coletada por meio do estadiômetro da própria balança onde o indivíduo permaneceu em pé, descalço, com calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo (CUPPARI, 2002).

Com base nestes dados antropométricos foi calculado o índice de massa corporal (IMC) pela equação: peso atual (Kg) / estatura (m²) (CUPPARI, 2002). A interpretação dos resultados foi baseada nas recomendações da Organização mundial da saúde (OMS, 1998), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), (OMS, 1998).

IMC (Kg/m ²)	Classificação
< 16,0	Magreza grau III
16,0 – 16,9	Magreza grau II
17,0 – 18,4	Magreza grau I
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Pré-obeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥40,0	Obesidade grau III

Fonte: Cuppari, 2002

A análise dos efeitos colaterais e adversos das medicações utilizadas pelos pacientes ocorreu por meio da leitura das bulas das drogas prescritas.

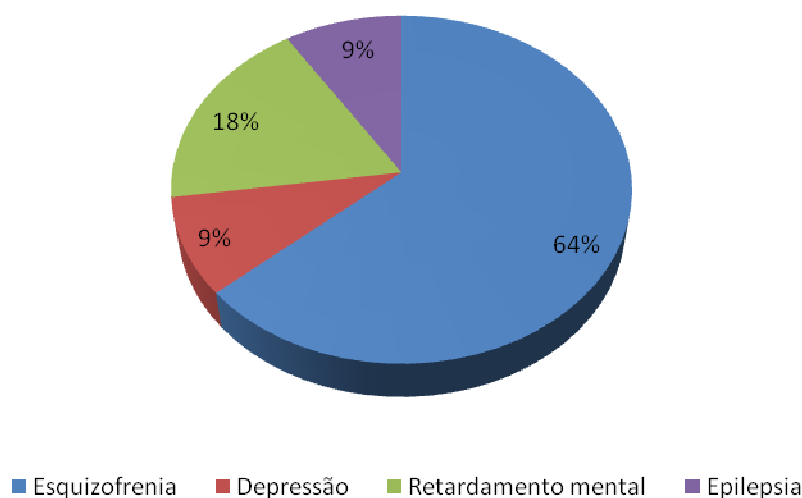
O trabalho recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz, número 061/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de coleta de dados, havia neste centro, 60 indivíduos em acompanhamento clínico. Destes, somente 9 pacientes (15% da população existente), fizeram parte dos critérios de inclusão da pesquisa e, portanto, participaram do estudo. Os demais (n=51) faziam uso de drogas ilícitas e/ou álcool e, por isso, foram excluídos.

O grupo participante foi composto por 6 (66,7%) pessoas do gênero feminino e 3 (33,3%) do gênero masculino. A média de idade dos participantes foi de 43,8 anos (idade mínima de 29 anos e máxima de 53 anos). A maioria dos pacientes estudados tinha o diagnóstico clínico de esquizofrenia (64%, n=7), conforme demonstra a Figura 1. A maioria dos pacientes (77,8%) apresentava mais de um transtorno mental.

Figura 1 – Diagnóstico clínico dos pacientes atendidos pelo CAPS III, participantes do estudo, 2012.



Fonte – Dados coletados

A esquizofrenia é uma doença que se manifesta no final da adolescência ou na fase adulta jovem, caracterizada pela irregularidade do pensamento, emoção e relacionamentos sociais, relacionado a imaginação delusional e humor desordenado (THOMPSON e THOMPSON, 2007). Ainda não foi possível identificar os genes responsáveis por essas doenças. Estudos investigam as possíveis causas, entre elas, a má nutrição materna, sugerindo a falta do folato no período gestacional como um fator causador da esquizofrenia (VALLADA, SAMAIS, 2000).

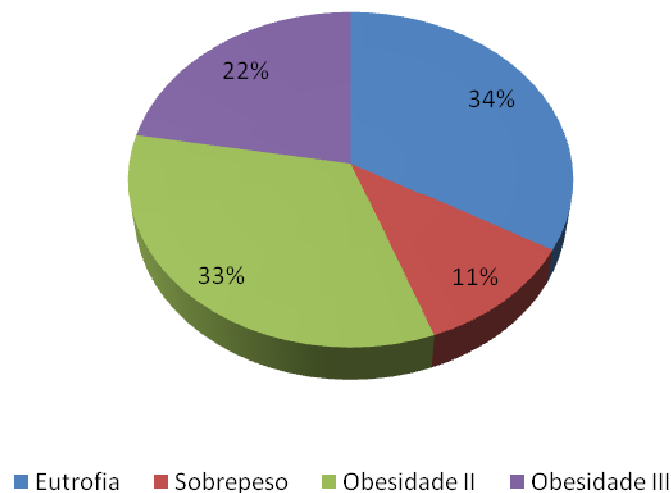
A epilepsia é uma desordem cerebral caracterizada predominantemente por interrupções recorrentes e imprevisíveis da função normal do cérebro, chamadas de crises epiléticas. Epilepsia não é uma doença singular, mas uma variedade de desordens que refletem disfunção cerebral subjacente que pode resultar de muitas causas diferentes (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

Santos e Kassouf (2007) citam em seu trabalho que depressão é uma doença mental onde leva a diminuição das atividades cotidianas devido ao abalo do estado emocional, gerando como sintomas a apatia, falta de coragem e ânimo, podendo, inclusive, induzir o indivíduo ao suicídio.

Já o retardo mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente uma relativa limitação associada a duas ou mais áreas de conduta adaptativa como: comunicação, cuidados pessoais, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde, segurança, habilidades acadêmicas funcionais, lazer e trabalho (BARBOSA; PRETTE, 2002 *apud* Luckasson et al., 1992, p. 11).

Sobre a condição nutricional dos pacientes, chama a atenção o fato de que 66% apresentavam algum grau de sobrepeso/obesidade, especialmente obesidade nos graus mais avançados (II e III), somente 34% estavam dentro da normalidade e nenhum paciente estava desnutrido na época do estudo, conforme demonstra a Figura 2.

Figura 2 – Diagnóstico nutricional dos pacientes participantes do estudo, 2012.



Fonte – Dados coletados.

Dados semelhantes foram verificados no trabalho de Vargas e Santos (2011) que constataram uma prevalência 57,2% de excesso de peso em pacientes com diagnóstico clínico de esquizofrenia, sendo 28,6% sobrepeso, 23,2% obesidade grau I e 5,4% obesidade grau II. Neste estudo, no entanto, não houve paciente classificado como obeso grau III.

Loh et al. (2006) citam que a obesidade tem se tornado o problema mais comum entre os indivíduos com doença mental, especialmente esquizofrenia, quando comparados à população em geral. Em uma análise de dados americanos sobre a saúde nacional verificou-se que o risco destes indivíduos desenvolverem obesidade foi semelhante à população masculina em geral e, significativamente maior que em mulheres sem a doença (LOH et al., 2006).

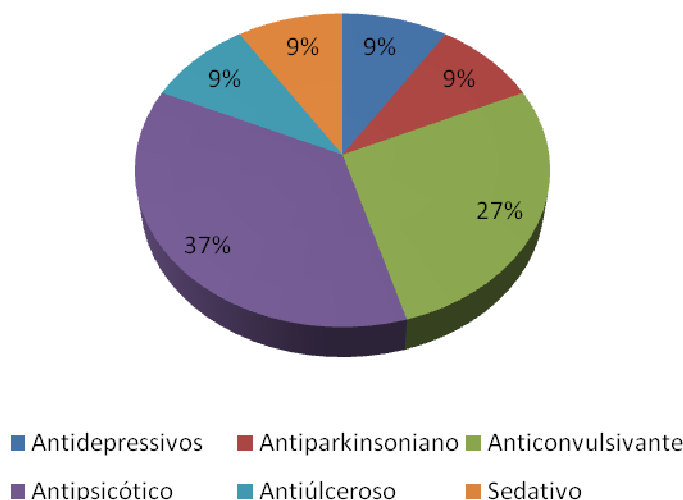
Chaves (2000), afirma que a incidência de esquizofrenia é maior no gênero de sexo masculino, pois nas mulheres os sintomas são retardados pelo estrogênio que atua como fator protetor. Por outro lado, Leitão-Azevedo et al. (2006) demonstram que a prevalência de obesidade na população de pacientes com esquizofrenia tratados com medicamentos antipsicóticos do tipo clozapina, típicos e atípicos, gira em torno de 40 a 75%.

Sintomas como negativismo, ansiedade e pensamentos desorganizados, estão presentes em pacientes mentais, dificultando assim o seguimento de um plano alimentar ou de exercício físico regular. Para um tratamento eficaz, Attux et al. (2009) comentam da necessidade de haver um programa específico para esta população de controle e prevenção do ganho de peso, adequando assim, atividade física e um plano alimentar adequado e individualizado. Os mesmos autores, citam, ainda, a possibilidade do uso de medicamentos específicos para o controle de peso (ATTUX et al., 2009).

Outro problema relacionado a obesidade nestes pacientes refere-se ao abandono do tratamento medicamentoso da doença mental pois, muitos pacientes relacionam o medicamento utilizado para esquizofrenia com o ganho de peso, suspendendo, assim, seu uso (COSTA, 2009).

Sobre os medicamentos utilizados pelos participantes da pesquisa (FIGURA 3) foram verificados 11 tipos diferentes (verificou-se o uso de mais de uma droga por paciente). Quase metade (45%) das drogas utilizadas apresentam como efeito colateral a possível alteração de peso, o que poderiam justificar, de certa maneira, a elevada prevalência do excesso de peso nestes indivíduos (APÊNDICE B).

Figura 3 – Medicamentos utilizados pelos participantes do estudo, conforme o prontuário médico 2012.



Fonte – Dados coletados.

Uma metanálise realizada entre os anos de 1966 e 1996, com mais de 80 estudos (ALLISSON et al., 1999), avaliaram o uso de antipsicóticos sobre o peso corporal e verificaram que esta classe de medicamentos produz efeito no ganho de peso após 10 semanas de tratamento. O trabalho de Vargas e Santos (2001) também demonstraram relação positiva de ganho de peso e o uso de medicação antipsicótica entre os pacientes esquizofrênicos atendidos no Hospital Colônia Itapuã, no município de Viamão, RS.

Segundo Abreu et al. (2000), o ganho de peso ocorre com praticamente todas as classes de antipsicóticos, principalmente com os típicos de baixa potência e os antipsicóticos de nova geração (ANG). Nesses últimos, é postulado um mecanismo misto de bloqueio de receptores neuro - endócrinos (5-HT_{2c}, beta3-adrenérgicos, histaminérgicos H₁ e dopaminérgicos D₂) alterando o mecanismo para ganho de peso.

Teixeira e Rocha (2006) referem em seu trabalho com doentes mentais, um aumento na incidência de obesidade, como um dos principais efeitos adversos metabólicos indesejáveis do uso de antipsicóticos, permanecendo como problema importante para a psicofarmacologia.

A melhor medida preventiva consiste na restrição de seu uso continuado, com monitoração precoce e adoção de medidas não farmacológicas de controle de peso, como dieta balanceada, atividade física regular e controle do uso de álcool, especialmente em pacientes com risco de diabetes (CHEMIN e MURA, 2011; THEODORO e BLASCOVI – ASSIS, 2009; ABREU et al., 2000).

Por outro lado, Zortea (2010) não observou correlação positiva entre obesidade e o uso associado de medicamentos. O mesmo autor demonstra, também, que para afirmar a relação entre o ganho de peso e o uso de antipsicóticos, seria necessário fazer estudos de coorte com paciente mentais desde o início do seu tratamento medicamentoso e avaliar todas as possíveis influências (ZORTEA, 2010).

Foi observado, ainda, que 66,7% dos pacientes apresentavam alguma outra patologia, entre elas: hipotireoidismo (1 paciente – 11,1%), hipertrigliceridemia (2 pacientes – 22,2%), hipertensão arterial sistêmica (1 paciente – 11,1%) e hipercolesterolemia (2 pacientes – 22,2%).

Muitas das comorbidades verificadas nos pacientes deste estudo estão relacionadas a obesidade. Por ser um problema crônico, a obesidade acarreta em várias consequências ao organismo humano, sendo fator de risco importante, para a dislipidemia (MANN e TRUSWELL, 2011, SOUZA et al. 2003) e a hipertensão arterial sistêmica (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2011; GUS et al., 1998).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) a hipertensão arterial, o fumo, o álcool, a hipercolesterolemia e o excesso de peso são os principais riscos para a saúde, devendo, portanto, serem tratadas a fim de prolongar os anos de vida saudáveis da população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se nesse estudo que 66% dos pacientes estavam acima do seu peso ideal, 66,7% possuíam comorbidades associadas e 45% dos medicamentos utilizados por estes pacientes tinham como efeito colateral o possível ganho de peso.

Considerou-se uma limitação deste estudo o fato de não ter sido especificado a dosagem das drogas utilizadas pelos pacientes e o tempo de tratamento, pois isto também pode interferir em maior ou menor grau no ganho de peso corporal.

Sugere-se a realização de outros estudos, com outras metodologias e maior amostragem sobre os hábitos alimentares, a prática de atividade física dos pacientes com doença mental a fim de correlacionar com o estado nutricional e a incidência das comorbidades. Sugere-se, ainda, outros estudos para avaliar a influência medicamentosa no surgimento destas comorbidades.

Este trabalho demonstra claramente, a importância da inclusão de profissionais nutricionistas no atendimento individualizado aos pacientes com doença mental a fim de prevenir e/ou tratar o ganho de peso e todas as consequências que isto acarreta, melhorando, assim, a qualidade e expectativa de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

ABREU, P.B.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** .v. 2, Supl. 1, p.41-44. São Paulo, Paulo, 2000.

ALLISON, D. B.; MENTORE, J. L.; HEO, M.; CHANDLER, L. P.; CAPPELLERI, J. C.; INFANTE, M. C.; WEIDEN, P. J., Antipsicótico Induzir-Ganho de Peso: Uma Síntese pesquisa abrangente, **Rev. American Journal of Psychiatry**, VOL. 156, No. 11, 1999. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=173781>> Acesso em: 05 out. 2012.

AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**; editora EPUB; ED. 5; Rio de Janeiro; 2008.

ATTUX, C., MARTINI, L. C., REIS, A. F., BRESSAN, R. A. Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. **Rev. Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, vol 53, Ed. 4, São Paulo, 2009.

BARBOSA, M. V. L.; PRETTE, Z. A. D.; **Habilidades sociais em alunos com retardo mental: Análise de necessidades e condições**, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira – Promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde SUS. Cidadão. Ações e Programas**. Serviços disponíveis em saúde mental. Brasília. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2032&codModuloArea=301&chamada=Mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-Saude-Mental>> Acesso em: 18 mai. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Decreto 3048, Previdência Social**. p.15, Brasília. 1999. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_ntep_130207.pdf> Acesso em: 18 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

CANÉPA, L. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23618> Acesso em: 05 out. 2012.

CHAVES, A. C.; Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 22, Sup I. p. 21-2, São Paulo, 2000.

CHEMIN, S. M.; MURA, J. D.P; **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**, 2ª edição, São Paulo, 2011.

COSTA, A. S. F., **Obesidade e Síndrome Metabólica na Esquizofrenia**, Monografia, FCNAUP, Universidade do Porto, 2009.

CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/ ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – Nutrição clínica no adulto**; São Paulo. Editora Manole, 2002.

FILHO, H. P. V. e SAMAIS, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev. Brasileira Psiquiatria**; vol. 22, Supl I, p. 2 – 4; São Paulo, 2000.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D.; **Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2005.

GUS, M.; MOREIRA, L. B.; PIMENTEL, M.; GLEISNER, A. L. M.; MORAES, R. S.; FUCHS, F. D.; Associação entre Diferentes Indicadores de Obesidade e Prevalência de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol. 70, n 2, p. 111-114, Porto Alegre, 1998.

LEITÃO-AZEVEDO, C. L., ABREU, M. G., GUIMARÃES, L. R., MORENO, D., LOBATO, M. I., GAMA, C. S., BELMONTE-DE-ABREU P. S. Sobre peso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina comparado com o uso de outros antipsicóticos. **Rev. de Psiquiatria Rio Grande do Sul**; vol. 2, p. 120-8, 2006.

LOH, C.; MEYER, J.M.; LECKBAND, S.G. **Uma análise abrangente de intervenções comportamentais para controle de peso em esquizofrenia**. *Ann Clin Psychiatry*. Vol. 18, p. 23-31, 2006.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F. F. A. C. – **Dicionário Terapêutico**, Guanabara; Ed. 13; Rio de Janeiro; 2007.

MAHAN, L., SCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11ed. Ed. Roca: São Paulo – SP, 2011.

MANN, J.; TRUSWELL, A. S., **Nutrição Humana**, Terceira edição, v. 1. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 2011.

MARTINS, C.; MOREIRA, S. M.; PIEROSAN, S. R.; **Interação Droga – Nutriente**; Ed.2; NutroClínica – Clínica de Nutrição Ltda; Curitiba – PR; 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: World Health Organization, 1998. (WHO/NUT/98.1.)

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Relatório Sobre a Saúde no Mundo – Redução dos riscos, promovendo uma vida saudável**, 2002.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L.; Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Rev. ista Encon. Aplic.** Vol.11, n 1, p. 5-26. São Paulo, 2007.

SOUZA, L. J.; NETO, C. G.; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F.; BASTOS, D. A.; SOUTO FILHO, J. T. D.; SOUZA, T. F.; CORTES, V. A.; Prevalencia de Obesidade e Fatores de Riscos Cardiovasculares em Campos, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.** Vol. 47. n 6. Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. **Rev. Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p.186-196, 2006.

THEODORO, L. R.; BLASCOVI-ASSIS, S. M., Síndrome de Down: associação de fatores clínicos e alimentares em adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Rev. Psicologia: teoria e prática**. Vol. 11, n1. São Paulo, 2009. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100016&script=sci_arttext > Acesso em 09 out. 2012.

THOMPSON, M.; THOMPSON, V. **Genética Médica**; Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2007.

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, H. **Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco**. *Rev. Brasileira Psiquiatria*. 2000; 22(Supl I):2-4.

VARGAS, T. S., SANTOS, Z. E. A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. **Scientia Medica** (Porto Alegre); volume 21, número 1, p. 4-8, 2011.

ZORTÉA, K., GUIMARÃES, L. R., GAMA, C. S., ABREU, P. S. B. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev. J. Bras. Psiquiatr.**; vol. 59, Ed. 2, p. 126-130, Porto Alegre, 2010.

ZORTÉA, K., BOCK, P. M., MORENO, D. B., ABREU, P. S. B.; Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. **Rev. de Nutrição de Campinas.**; vol 22, Ed. 5, p. 697 – 705, Porto Alegre, 2009.

APENDICE A

FORMULÁRIO DE PESQUISA

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

Peso (Kg)	Altura (m)	Idade (anos)	Gênero	Diagnóstico clínico	Comorbidades	Medicamentos em uso

APENDICE B

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS PACIENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO, AÇÃO/FUNÇÃO E INTERAÇÃO DROGA NUTRIENTE. CASCAVEL – PR, 2012.

Medicação	Ação/Função	Interação droga - nutriente
<i>AMITRIPTILINA</i>	Antidepressivo. Efeitos adversos: aumento de peso , aumento do apetite especialmente para doces, boca seca, obstipação, alteração no paladar, diarreia, flatulência, sedação, sonolência, delírio, tontura, cefaléia, confusão mental, arritmia, edema e retenção de urina.	Pode ser ingerido com alimento para menor desconforto. Dieta rica em fibras pode diminuir o efeito do remédio. Limitar dieta em cafeína (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>BIPERIDENO</i>	Antiparkinsoniano e corretor das síndromes extrapiramidais. Produz leves efeitos cardiovasculares e respiratórios. Contra indicados para hipertensos. Efeitos adversos: agitação, confusão mental, euforia, boca seca, taquicardia, retenção de urina, constipação e convulsões (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007).	-
<i>CARBAMAZEPINA</i>	Anticonvulsivantes, antipsicóticos. Para tratamento inicial de epilepsia, distúrbio maniaco-depressivo. Pode causar sonolência, tontura, náusea e vômito, retenção de líquido, depressão da medula óssea (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007).	Tomar com alimento ou leite para diminuir desconforto. Efeitos adversos: anorexia, diminuição de folato, diminuição de vitamina D, diminuição de Ca, aumento da uréia, aumento do bile, diminuição de sódio, aumento do colesterol, HDL e triglicerídeos (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>CLONAZEPAM</i>	Tem ação essencialmente antiepilética, anticonvulsivante e antipânico. Usados isoladamente ou com outros fármacos para controles de crises de epilepsia fotossensível, para transtornos afetivos bipolar, depressão maior, tratamento de acatisia (síndrome das pernas inquietas) e sintomas relacionados a perturbação do equilíbrio (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007). Efeitos adversos: anorexia ou aumento de peso , aumento da sede, aumento da salivação, cólicas abdominais, disfagia, náuseas, diarreias, sonolência, tontura, sedação, depressão, insônia e cefaléia (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).	Limitar na dieta cafeína (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>CLORPROMAZINA</i>	Antipsicótico de potência relativamente baixa, sedativo e antiemético. Tomar com água ou leite (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007). Efeitos adversos: boca seca, obstipação, agitação, diminui sudorese, sonolência, tontura, taquicardia, cefaléia, hipotensão, aumento ou diminuição da glicose, diminuição HDL, aumento colesterol e triglicerídeos (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).	Pode causar aumento do apetite, aumento de peso, aumento da necessidade de riboflavina, pode diminuir a absorção de vit. B12 (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>FENOBARBITAL</i>	Efeito sedativo-hipnóticos, seu uso maior é como anticonvulsivante, sedação durante o dia, ansiedade leve, tratamento de síndrome de abstinência causada por barbitúricos e outros não-benzodiazepínicos (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007). Efeitos adversos: tontura, sonolência, ataxia, depressão mental, cefaléia, diminuição da densidade mineral óssea, aumento do colesterol (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).	Aumentar na dieta a suplementação de vit. D, B12, cálcio, magnésio e folato (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).

<i>HALOPERIDOL</i>	Antipsicótico para tratamento da esquizofrenia e psicoses ativas e agudas, ocasionalmente terapia adjunta em retardo mental. Efeitos adversos: hipertemia, reações extrapiramidais que podem ser irreversível, sedação ou sonolência (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007).	Aumento do apetite, aumento de peso , anorexia, aumento da prolactina, anemia, diminuição sódio, aumento ou diminuição glicose (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>LEVOMEPRONA-ZINA</i>	Neuroléptico, antipsicótico. Alívio da dor, sedação. Efeitos adversos: hipotensão postural, náuseas, vômitos, boca seca, dificuldade de micção, tontura, sedação e calafrios (AME, 2008).	
<i>OMEPRAZOL</i>	Agente antiúlcera. Tratamento de úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagite de refluxo. Efeitos adversos: náuseas, diarreia, cólica, tontura, cefaléia, flatulência, fraqueza, sonolência, deficiência de sódio no sangue e insuficiência renal aguda (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007).	Diminui a absorção de ferro e vit. B12 (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>PROMETAZINA</i>	Pode dar hipertensão, taquicardia, constipação, boca seca, hepatite medicamentosa, confusão, desorientação, fadiga, insônia e nervosismo (AME, 2008).	Aumenta necessidade para riboflavina, aumenta glicose (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).
<i>RISPERIDONA</i>	Antipsicótico. Tratamento de manutenção de psicoses esquizofrênicas aguda e crônica. Efeitos adversos: insônia, agitação, ansiedade, cefaléia, sonolência, fadiga, dificuldade de concentração, constipação, náusea e ganho de peso (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2007).	Aumento de peso e apetite, aumento de prolactina (MARTINS; MOREIRA; PIEROSAN, 2003).

Nota: em vermelho e negrito o efeito colateral provável de ganho de peso.