



**UNIVERSIDADE
DO BRASIL**

UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA**

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE
PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES ACOMPANHADOS EM
SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Jucirene Vicente Marinho

Rio de Janeiro

2022



Elaboração de protocolo de atendimento nutricional de pacientes com transtornos mentais acompanhados em serviços de psiquiatria no município do Rio de Janeiro

Jucirene Vicente Marinho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição Clínica (PPGNC), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Nutrição Clínica.

Orientadoras: Profa. Dra. Avany Fernandes Pereira

Profa. Dra. Silvia Regina Magalhães Couto Garcia

RIO DE JANEIRO, BRASIL

ABRIL - 2022

Elaboração de protocolo de atendimento nutricional de pacientes com transtornos mentais acompanhados em serviços de psiquiatria no município do Rio de Janeiro

Jucirene Vicente Marinho

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM NUTRIÇÃO HUMANA.

Examinada por:

Profª Dra. **ANA LUISA KREMER FALLER** (Presidente)
Instituto de Nutrição Josué de Castro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profª. Dra. **GABRIELA MOURÃO FERREIRA**
Universidade Federal do Paraná

RIO DE JANEIRO, RJ-BRASIL

ABRIL, 2022

Ficha catalográfica

Marinho, Jucirene Vicente

Elaboração de protocolo de atendimento nutricional de pacientes com transtornos mentais graves acompanhados em serviços de psiquiatria no Município do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: UFRJ / Jucirene Vicente Marinho. Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição Josué de Castro, 2022.

xvii, 94 f.: il.; 31 cm.

Orientadoras: Avany Fernandes Pereira e Silvia Regina Magalhães Couto Garcia

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2022.

Referências: f. 57-63.

1. Dieta. 2. Transtornos Mentais. 3. Estado Nutricional. 4. Psicotrópicos. 5. Síndrome Metabólica. 6. Nutrição – Tese. I. Pereira, Avany Fernandes. II. Garcia, Silvia Regina Magalhães Couto. III. UFRJ, CCS, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. IV. Título.

Agradecimentos

Aos meus filhos, Catarina e Emanuel, por minhas ausências e pelo apoio constante.

Ao meu companheiro Manuel pelo constante apoio, me “tirando para dançar” e, renovada, retomar meus estudos.

Aos meus amados irmãos, irmãs e demais familiares, com nossas perdas e nascimentos ao longo dessa jornada. Aos meus pais (*in memoriam*), que me ensinaram a seguir em frente, sempre.

À Chefia de Serviço de Nutrição do HUCFF, Márcia Maforte, pelo apoio e incentivo, sempre me referenciando na psiquiatria.

A Tatiana de Paula e Elizabete Góes, pelo incentivo de sair da zona de conforto do cafezinho, nos intervalos laborais e retomada à academia pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro. Companheiras até a última versão.

Aos Professores e Coordenadores do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro, por compartilharem seus conhecimentos.

Às professoras Dra. Avany Fernandes Pereira e Dra. Silvia Regina Magalhães Couto Garcia por aceitarem o desafio de me orientar nesta pesquisa, que o fizeram com muita dedicação e profissionalismo.

À Banca Examinadora pelo aceite deste trabalho.

Aos amigos e trabalhadores da Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental, sob a coordenação da Dra Carmen Maria Japi-Assu Tourinho, que se dedica de forma ímpar à luta pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Em especial aos amigos, André Luiz Abú e Eduardo Medeiros que tiveram a oportunidade de ler e comentar o texto ao longo de sua produção.

Aos amigos e trabalhadores do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, sob a coordenação dos chefes de serviço, Dr. Antônio Leandro Nascimento, Dra Carolina Barros Ferreira da Costa e Dr. Maurício Tostes pelo apoio e parceria. À enfermeira Djennifer Gama e a terapeuta ocupacional Neila Sprioli, cuja dedicação ao trabalho, traz sentido ao acolhimento do paciente com transtorno mental. A Dra. Camilla Moreira de Sousa Pinna.

Aos pacientes, familiares e trabalhadores do campo da saúde mental, por me afetarem total e completamente. Em especial (*in memoriam*) aos que faleceram de forma súbita, ao longo desses anos de trabalho em Saúde Mental, me instigando a investigar qual a participação do nutricionista e contribuição para melhores desfechos clínicos.

À Enfermeira Márcia Giust (*in memoriam*), que me apresentou de forma tão singular a psiquiatria.

“..É preciso voltar aos passos que foram dados, para repetir e traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre.”

José Saramago

“Existem momentos na vida da gente, em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis, e, por mais que a gente pense numa forma de empregá-las elas parecem não servir. Então a gente não diz, apenas sente.”

Sigmund Freud

RESUMO

Resumo da dissertação apresentada ao PPGN/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre em Nutrição Humana.

Elaboração de protocolo de atendimento nutricional de pacientes com transtornos mentais acompanhados em serviços de psiquiatria no município do Rio de Janeiro

Jucirene Vicente Marinho

Abril, 2022

Orientadora: Profa. Dra. Avany Fernandes Pereira

Coorientadora: Profa. Dra. Silvia Regina Magalhães Couto Garcia

RESUMO

Introdução: A história de tratamento de pacientes com transtorno mental é marcada pela reclusão. A Reforma psiquiátrica, fundamentando-se no conceito de humanização do tratamento dos doentes mentais com o objetivo de reabilitar o paciente psiquiátrico, trouxe novos paradigmas para o tratamento desses indivíduos, incluindo a abordagem nutricional. Novas estratégias de assistência, como a avaliação das alterações antropométricas e metabólicas, necessitam ser investigadas e monitoradas à fim de pautar estratégias de acompanhamento nutricional para essa população. **Objetivo:** elaborar um protocolo de atendimento nutricional para pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (TMG). **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, descritivo, transversal, com indivíduos adultos de ambos os sexos, acompanhados em um Hospital Universitário e em um hospital dia da rede privada, ambos localizados na cidade do Rio de Janeiro, com aplicação de questionário de práticas alimentares construído pelo autor, à partir do Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TFEQ), aferição da pressão arterial e coleta de dados antropométricos (peso, estatura e perímetro da cintura), em abordagem individual e coleta de dados bioquímicos (glicemia de jejum, HDL-colesterol, triglicerídeos) e coleta em prontuário de dados referentes ao tratamento farmacológico utilizados pelos participantes da pesquisa, referentes ao período de julho de 2021 a janeiro de 2022. **Resultados e Conclusão:** Foram coletados dados de 40 indivíduos, 24 (60%) do sexo feminino e 16 (40%) do sexo

masculino, com média de idade de 54,8 anos(desvio padrão= 12,3).Aproximadamente 50% da amostra preenche critérios diagnóstico para Síndrome metabólica, formulados pela *National Cholesterol Education Program's Adult treatment Panel III* (NCEP-ATP III), para o diagnóstico de síndrome metabólica (SM). Houve correlação positiva estatisticamente significativa entre a concentração de triglicédeos e perímetro da cintura. O uso de um ou mais antidepressivos resultou no aumento em três vezes o risco relativo para SM, (IC 95% - 1,164 – 7,732) comparado àqueles que não fazem uso. O risco cardiometabólico apresentado nos resultados, encontra similaridade em outras investigações, o que corrobora com a necessidade de monitoramento dos desfechos metabólicos, como peça fundamental na redução dos riscos cardiovasculares, na população com transtornos mentais graves. Para tanto o presente estudo apresenta um protocolo de atendimento nutricional para pacientes com transtornos mentais graves, que deverá ser adotado em sua admissão na unidade, tão logo se estabeleça o vínculo com o paciente, à fim de nortear o profissional nutricionista em sua abordagem, para que estratégias nutricionais possam ser precocemente implementadas, com vistas na redução dos danos.

Palavras-chave: transtorno mental grave; psicofármacos; estado nutricional; síndrome metabólica.

ABSTRACT

Introduction: The history of the treatment of patients with mental disorders is marked by reclusion. The Psychiatric Reform, based on the concept of humanization of the treatment of the mentally ill with the objective of rehabilitating the psychiatric patient, brought new paradigms for the treatment of these individuals, including the nutritional approach. New care strategies, including the assessment of anthropometric and metabolic changes, need to be investigated and monitored in order to guide nutritional monitoring strategies for this population. **Objective:** to develop a nutritional care protocol for patients diagnosed with severe and persistent mental disorders (GMD). **Methodology:** This is an observational, descriptive, cross-sectional study with adult individuals of both sexes, followed up in a University Hospital and in a private day hospital, both located in the city of Rio de Janeiro, with the application of a questionnaire on eating practices constructed by the author, from the Three Factor Eating Behavior Questionnaire (TFEQ), measurement of blood pressure and collection of anthropometric data (weight, height and waist circumference), in an individual approach and collection of biochemical data (fasting glucose, HDL-cholesterol, triglycerides) and prescription of drugs from the medical records of the research participants, referring to the period from July 2021 to January 2022. **Results and Conclusion:** Data were collected from 40 individuals, 24 (60%) female and 16 (40%) male, with a mean age of 54.8 years (standard deviation = 12.3). Approximately 50% of the sample fulfills diagnostic criteria for Metabolic Syndrome, formulated by the National Cholesterol Education Program's Adult treatment Panel III (NCEP-ATP III), for the diagnosis of metabolic syndrome (MS). There was a statistically significant positive correlation between triglyceride concentration and waist circumference. Use of one or more antidepressants resulted in a threefold increase in the relative risk for MS, (95% CI - 1,164 – 7,732) compared to those who did not use them. The cardiometabolic risk presented in the results is similar to other investigations, which corroborates the need to monitor metabolic outcomes, as a fundamental part of reducing cardiovascular risks in the population with severe mental disorders. Therefore, the present study presents a nutritional care protocol for patients diagnosed with severe mental disorders, which should be adopted upon admission to the unit, as soon as the bond with the patient is established, in order to guide the nutritionist in his approach, so that nutritional strategies can be implemented early, with a view to reducing damage.

LISTA DE ABREVIATURAS

APGS-	Antipsicóticos de segunda geração
APPG-	Antipsicóticos de primeira geração
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT-	Doença crônica não transmissível
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes mellitus
FCH-	Fenótipo cintura hipertrigliceridêmica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC-	Índice de massa corporal
NCEP-ATP III	<i>The National Cholesterol Education Program adapted Adult Treatment Panel III</i>
PC-	Perímetro da cintura
PCDT	Guia de Elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
SM-	Síndrome metabólica
SOP-	Síndrome do ovário policístico
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TFEQ	Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar
TM-	Transtorno mental
TMG-	Transtorno mental grave

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questões norteadoras para construção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	30
Quadro 2 - Valores de perímetro da cintura de acordo com a representação de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade e nível de ação	37
Quadro 3 - Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III (EXPERT, 2001)	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos com transtornos mentais grave .	43
Tabela 2. Frequência de utilização de psicofármacos, e suas combinações, por indivíduos com transtornos mentais grave.....	47
Tabela 3. Características antropométricas dos participantes do estudo	48
Tabela 4. Distribuição dos participantes de acordo com a classificação de risco cardiometabólico, segundo o perímetro da cintura.....	49
Tabela 5. Variáveis bioquímicas e valores pressóricos indivíduos com transtornos mentais grave.....	50
Tabela 6. Comparação entre os valores de exames bioquímicos, pressão arterial e dados antropométricos dos participantes, de acordo com o diagnóstico de síndrome metabólica.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e suas associações diagnosticadas em indivíduos com transtornos mentais graves	45
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	65
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES, COM BASE NOQUESTIONÁRIO DOS TRÊS FATORES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR(TFEQ-21.....	69
ANEXO D – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	70
ANEXO E – PSICOFÁRMACOS: APRESENTAÇÃO, AÇÃO/METABOLISMO, INDICAÇÃO, CONTRAINDICAÇÃO, EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1. TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E SINTOMATOLOGIA.....	21
2.2. TRATAMENTO CLÍNICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES.....	22
2.2.1. PSICOFÁRMACOS	22
2.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA	24
2.4. ESTADO NUTRICIONAL NO TRANSTORNO MENTAL GRAVE.....	25
2.4.1. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL	26
2.4.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA E METABÓLICA	27
2.5. PRÁTICAS ALIMENTARES	29
2.6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	30
3. JUSTIFICATIVA	32
4. OBJETIVOS.....	33
4.1. OBJETIVO GERAL.....	33
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
6. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	35
6.1. COLETA DE DADOS	35
6.2. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	36
6.2.3. AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DA CINTURA	37
6.3. AVALIAÇÃO CLÍNICA E METABÓLICA.....	37
6.3.1. AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	37
6.3.2. AVALIAÇÃO LABORATORIAL.....	37
6.3.3. DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME METABÓLICA (SM)	38
6.3.4. FENÓTIPO CINTURA HIPERTRIGLICERIDÊMICA (FCH)	38
6.4. FÁRMACOS.....	38
6.5. PRÁTICAS ALIMENTARES	39
6.6. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NOS TMG.....	39

7. QUESTÕES ÉTICAS	41
8. ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	56
11. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	65
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES, ADAPTADO PELO AUTOR, COM BASE NO QUESTIONÁRIO DE TRÊS FATORES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR(TFEQ-21)	69
ANEXO D – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	70
ANEXO E – PSICOFÁRMACOS: APRESENTAÇÃO, AÇÃO/METABOLISMO, INDICAÇÃO, CONTRAINDICAÇÃO, EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS	75

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a assistência ao paciente com transtorno mental (TM) é marcado pela reclusão, isolamento social, tratamentos desumanos e negligência. Os tratamentos clínicos utilizados no passado, mesmo com o intuito de exercer função terapêutica, por vezes foram empregados de forma desumana e coercitiva, retratado no modelo manicomial existente de 1960 a 2000 (GUIMARÃES *et al*, 2013). A Reforma Psiquiátrica ocorrida a partir da promulgação da Lei nº 10.216, de abril de 2001, trouxe uma nova reflexão sobre o tema, sendo caracterizada pela humanização dos grandes asilos públicos, pelo atendimento ambulatorial no cuidado em saúde mental e a preservação das premissas éticas do direito à cidadania, modificando o modelo assistencial em saúde mental e tornando-o coerente com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa forma, esses pacientes conquistaram o direito de ser encaminhados aos consultórios e postos de atendimento (DELGADO, 2019).

Embora o conceito de saúde pela OMS seja abrangente e englobe o bem-estar físico, mental e social, o que se pode perceber nos transtornos mentais é o conflito entre esses três pilares. O bem-estar físico, por vezes comprometido pelos efeitos adversos dos medicamentos de uso contínuo ou por sintomas próprios dos transtornos mentais graves como a tristeza na depressão ou os sintomas negativos na psicose; o mental por delírios e alucinações e o social, marcado pela reclusão imposta pelo próprio paciente, pela família e/ou pela sociedade (SILVA *et al*, 2019).

O relatório do Atlas de Saúde Mental, 2020, que monitora as metas traçadas pela OMS e Estados membros até 2030, aponta que a taxa de utilização do serviço de saúde para pessoas com psicose por 100.000 habitantes foi de 212,4, com variação considerável entre países de alta e baixa renda. A taxa global de suicídio padronizada por idade em 2019 foi estimada em 9,0 por 100.000 habitantes. Apesar dos avanços apresentados, é possível também identificar no relatório o baixo investimento global em saúde mental, tanto financeiro, com mediana global de 2,1% dos gastos governamentais com saúde, e particularmente em países de baixa e média renda; quanto em número médio de profissionais de saúde mental que é de 13 por 100.000 habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O termo transtorno mental grave e persistente (TMG), para além do diagnóstico psiquiátrico, como Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Bipolar, Esquizofrenia e Transtorno Obsessivo Compulsivo, está associado ao grau de comprometimento do indivíduo com transtorno, a duração dos

problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais (RIBEIRO, 2003).

Os sintomas do TMG podem surgir de forma abrupta ou insidiosa, com sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo fadiga, perda de iniciativa e interesse, humor depressivo, isolamento, evoluindo para sintomas mais característicos da doença, como alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição, ou seja, incapacidade de iniciar ou persistir na busca de um objetivo (CORDIOLI, *et al* 2015).

O tratamento dos TMG inclui, além das terapias alternativas, como musicoterapia e psicoterapia, o uso de psicofármacos, devendo o acompanhamento e tratamento do indivíduo acometido, contar com uma ampla rede de apoio, envolvendo os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e seus dispositivos (CORDIOLI *et al* 2015; DELGADO, 2019).

A literatura sugere possível associação entre o desenvolvimento de síndrome metabólica (SM) e uso de antipsicóticos, especialmente ao uso de clozapina, que é utilizada pela maioria dos pacientes que possuem esquizofrenia refratária (NEBHINANI *et al*, 2013; FREITAS *et al*, 2016).

A SM caracteriza-se por um conjunto de fatores de risco para diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, sendo o critério diagnóstico proposto pelo *The National Cholesterol Education Program adapted Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) o mais utilizado. O NCEP-ATP III considera SM quando há alterações em três ou mais fatores clínicos de cinco avaliados, sendo eles: aumento da pressão arterial, glicemia, triglicérides e perímetro da cintura, além de concentrações reduzidas de HDL-colesterol (FREITAS *et al* 2018).

A avaliação do estado nutricional do paciente com TMG é fundamental para o monitoramento do risco de comorbidades, uma vez que tanto o uso das medicações psicoterápicas quanto o estilo de vida sedentário, decorrente da comum reclusão se associam ao risco metabólico aumentado de doenças crônicas não transmissíveis (SANTILLANA *et al*, 2016).

Nascimento & Leão (2019) ressaltam como desafiador a produção de práticas capazes de reduzir preconceitos e o estigma em torno dos TM, no contexto da atenção psicossocial e que a construção cotidiana de novas relações sociais, podem produzir mudanças no imaginário social sobre a loucura. Nesse sentido, a investigação sobre as práticas alimentares que envolvam o conceito social da alimentação, ou seja, frequência em lugares públicos como

bares e restaurantes, encontros com amigos para um café ou refeição, pode servir como ferramenta de análise dessa inserção do indivíduo com TM em seu contexto social.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E SINTOMATOLOGIA

O diagnóstico de transtornos mentais se baseia em observações clínicas do conjunto de sinais e sintomas reunidos em transtornos ou síndromes, cujo sistema de classificação para diagnósticos objetiva nortear o tratamento diferenciando um diagnóstico psiquiátrico de outro, oferecer uma linguagem comum entre os profissionais da saúde mental e explorar as causas ainda desconhecidas de muitos transtornos mentais. As principais classificações psiquiátricas são o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (2014), e a Classificação internacional de doenças (CID), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (SADOCK *et al*, 2017).

O termo transtorno mental grave (TMG) engloba um grupo heterogêneo de patologias, como Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Bipolar, Esquizofrenia e Transtorno Obsessivo Compulsivo, cujo diagnóstico se baseia na duração dos sintomas, grau de sofrimento emocional, nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e qualidade de vida. É comum o acometimento de indivíduos no final da adolescência ou início da fase adulta (MACHADO *et al*, 2021; CORDIOLI *et al*, 2015).

O TDM se caracteriza por período de aproximadamente duas semanas de humor depressivo, com alteração nas funções neurovegetativas, psicomotoras e cognição, podendo cursar com ansiedade ou ideação suicida. A cronicidade e a recorrência da depressão estão associadas à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física (CORDIOLI *et al* 2015).

A esquizofrenia afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. É caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas positivos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento acentuadamente desorganizado) e sintomas negativos (incluem comprometimento funcional e anormalidades do afeto, da cognição e da comunicação)(FREITAS *et al*, 2016; SADOCK *et al*, 2017).

Os sintomas negativos, em especial o isolamento social e a apatia, podem estar associados a obesidade. O sujeito acometido pelo transtorno perde o interesse por práticas sociais e atividade física, com dificuldade real de levantar-se da cama e/ou deposita sua ansiedade na busca por alimentos (SILVA *et al*, 2016).

O grau de comprometimento do embotamento, presente nos sintomas negativos, pode ainda provocar um estado de catatonia, que impossibilita o paciente de se relacionar com o meio, incluindo alimentar-se. A persistência desse estado catatônico pode levar a necessidade de suporte nutricional enteral (CORDIOLI *et al*, 2015).

A prevalência dos transtornos mentais graves é mundialmente alarmante e desproporcional ao alcance do tratamento. Estudo de KOHN *et al* (2018), buscaram compreender a lacuna de tratamento em saúde mental na Região das Américas, examinando a prevalência de transtornos mentais, o uso de serviços de saúde mental e a carga global de doença, através de dados de inquéritos comunitários de transtornos mentais na Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Guatemala, México, Peru e Estados Unidos. Os resultados demonstraram que os transtornos mentais e de uso de substâncias foram responsáveis por 10,5% da carga global de doença nas Américas e, com variação de 2% a 10% entre os estudos para taxa de prevalência de 12 meses de transtornos mentais graves. O estudo mostrou que em média, a ausência de tratamento foi de 74,7% para transtornos moderados a graves em América Latina, superior a 50% para transtornos mentais graves em crianças e adolescentes, um terço para população indígena nos Estados Unidos e 80% na América Latina. Dados de conferem uma importante lacuna entre o número de pessoas diagnosticadas, e as assistidas pelas redes de atenção psicossocial.

2.2. TRATAMENTO CLÍNICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

2.2.1. PSICOFÁRMACOS

Os psicofármacos ou psicotrópicos são medicamentos designados para tratamento de transtornos psiquiátricos. São descritos em classes, de acordo com sua principal ação clínica, sendo eles os antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor, ansiolíticos, hipnóticos e estimulantes, indicados para casos de ansiedade, depressão, insônia, psicose maníacas, esquizofrenia e outros sintomas (SOUZA *et al*, 2021; SADOCK *et al*, 2017).

São também classificados conforme a estrutura (tricíclico), o mecanismo (inibidor da monoaminoxidase - IMAO), a história (primeira geração, tradicional) ou a peculiaridade (atípico). Um mesmo fármaco pode ter mais de uma indicação, à exemplo dos fármacos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) que agem tanto como antidepressivos quanto ansiolíticos, e os antagonistas de serotonina e dopamina (ASDs), que agem tanto como antipsicóticos quanto como estabilizadores do humor (SADOCK *et al*, 2017).

Os antipsicóticos são divididos em dois grandes grupos, os antagonistas dos receptores de dopamina (ARDs), antipsicóticos de primeira geração (APPG), convencionais ou típicos e os antagonistas de serotonina e dopamina (ASDs), antipsicóticos de segunda geração (APSG), atípicos (CORDIOLI *et al*, 2015; SADOCK *et al*, 2017).

Os APPG tiveram como precursor a clorpromazina, tendo surgido nos anos de 1950, seguida de novos componentes como perfernazina, flufenazina, trifluoperazina, haloperidol, dentre outros, porém com poucas variações no mecanismo de ação ou eficiência terapêutica. Esses fármacos apresentam importante melhora nos sintomas positivos da doença, porém, apesar do baixo custo, a adesão ao uso é muitas vezes comprometida por seus efeitos colaterais extrapiramidais típicos que promovem o desenvolvimento de estigmas, como sintomas Parkinsonianos e reações distônicas agudas, ação sobre o sistema neuroendócrino, ginecomastia, amenorréia, xerostomia, dermatites, constipação intestinal e retenção urinária (CORDIOLI *et al*, 2015).

O lítio, um estabilizador de humor, é um fármaco de escolha no tratamento do transtorno bipolar, prevenindo ocorrências de suicídios e reduzindo os sintomas depressivos e maníacos. Na fase inicial do tratamento pode provocar sintomas como polidipsia, náuseas, diarreia, epigastralgia e fadiga e a médio e longo prazo sintomas neurológicos, cardíacos ou renais, também associado ao ganho de peso (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Deng (2013), apontou para subestimativa dos efeitos colaterais metabólicos associados a alguns antipsicóticos típicos, como o haloperidol, que também pode cursar com ganho de peso significativo, resistência periférica a ação da insulina, alterações da glicemia e diabetes mellitus tipo 2, particularmente sob tratamento crônico.

Os APSG apresentam vantagens sobre os efeitos colaterais extrapiramidais. A Clozapina foi o primeiro fármaco que surgiu nos anos de 1980, na Europa e nos anos de 1990 nos EUA. Os APSG são, atualmente, preconizados como tratamento de primeira linha na esquizofrenia e no tratamento da bipolaridade, a exemplo da Clozapina, Risperidona, Olanzapina e Quetiapina. Entretanto, o uso destes está associado ao ganho de peso corporal e alterações metabólicas, como as dislipidemias, resistência periférica a ação da insulina, síndrome metabólica e diabetes mellitus tipo 2. Essas alterações metabólicas aumentam significativamente o risco de morte por doenças cardiovasculares (SOUZA *et al*, 2014; ZUGNO *et al*, 2012).

Em relação ao tratamento medicamentoso atual, ressalta-se a crescente utilização de Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para tratamento do Transtorno

Afetivo Bipolar (TAB), com base nas recomendações de diretrizes internacionais, de acordo com a condição clínica particular de cada paciente. E assim observa-se o aumento do consumo dos antipsicóticos de segunda geração (APSG) nos últimos anos e com isto o impacto destes fármacos nos distúrbios metabólicos (PEÑARANDA *et al*, 2014;).

Como proposta do monitoramento nutricional para pacientes em uso de psicotrópicos foi elaborada uma tabela que associa medicação em uso, sua ação, efeitos adversos com possíveis interações e cuidados nutricionais (ANEXO E).

2.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, surge a partir do olhar sobre o sujeito e suas particularidades, no campo das psicoses, fundamentando-se no conceito de humanização do tratamento dos doentes mentais com o objetivo de reabilitar o paciente psiquiátrico e não o condenar ao isolamento (BRASIL, 2005).

Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, tendo como um dos seus princípios a universalidade do atendimento, onde todos têm direito ao atendimento pleno, tendo o próprio paciente como protagonista de seu tratamento (BRASIL, 2005).

Após 40 anos do início efetivo do movimento pela Reforma Psiquiátrica e 20 anos de institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir da Lei nº 10.216/2001, na tentativa de inclusão desses indivíduos enquanto sujeitos, pudemos notar avanços significativos em relação à reorganização do cuidado com as pessoas em situação de sofrimento mental no país. Porém podemos também constatar a falta do olhar sobre esses sujeitos, por profissionais não atuantes especificamente no campo da saúde mental (HONORATO, 2022).

Nos currículos dos cursos de Nutrição, já atualizados, não constam a abordagem a esses pacientes, limitando-se apenas aos transtornos alimentares como bulimia e anorexia nervosa. Em uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender as concepções de profissionais de uma enfermaria psiquiátrica referentes à organização do serviço e terapêutica oferecida, no que tange a aproximações e distanciamentos dos ideais da Reforma Psiquiátrica, a nutrição sequer foi citada como parte da equipe (FREITAS & VIEIRA, 2021)

A abordagem dos TMG deve ser cada vez mais tratada de forma interdisciplinar, de modo que o conjunto das diferentes ações possa contribuir para a integralidade da assistência ao paciente.

2.4. ESTADO NUTRICIONAL NO TRANSTORNO MENTAL GRAVE

O estado nutricional é a expressão da adequação das necessidades fisiológicas por nutrientes. Com o diagnóstico nutricional, obtido a partir da avaliação do estado nutricional, é possível estabelecer parâmetros adequados e oportunos para as intervenções necessárias (BRESSAN *et al*, 2012).

A avaliação do estado nutricional refere-se à associação de métodos que inclui exame físico nutricional; avaliação antropométrica (peso corporal, estatura, Índice de Massa Corporal – IMC), composição corporal (perímetros e dobras cutâneas) e exame bioquímico, com o intuito de identificar os distúrbios nutricionais e propor intervenção adequada para recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (FIDELIX *et al*, 2014)

Os métodos para avaliação do estado nutricional baseiam-se em técnicas que requerem o contato com o corpo. Tais técnicas, ao serem empregadas aos indivíduos com TMG, devem considerar o manejo da subjetividade, mediante as barreiras impostas pelos sintomas da psicose, como a possibilidade de sentir-se invadido por elementos externos (LEITE, 2016).

O acompanhamento nutricional do paciente com transtorno mental faz-se necessário para minimizar os efeitos colaterais produzidos pelos fármacos utilizados. Assim como a obesidade e a síndrome metabólica, a desnutrição em seus diferentes graus, pode se manifestar como um desfecho da doença, resultado de uma ideação delirante, que faz com que o paciente acredite que sua comida pode estar envenenada, impossibilitando-o de alimentar-se ou ainda apresentar comportamento andarilho, que faz com que o indivíduo percorra quilômetros de distância, com grande gasto calórico, ou mesmo a catatonia, que impede o paciente de reagir a qualquer estímulo, inclusive da fome (FREITAS *et al*, 2016).

A literatura ainda é escassa em relação aos estudos sobre abordagem nutricional em populações com TMG. BOCARDI *et al* (2015) avaliaram 81 pacientes acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), encontrando 60,5% da população estudada apresentando obesidade ou sobrepeso. No âmbito hospitalar, não foram encontrados estudos ou protocolos que orientem os profissionais neste campo de atuação, deste modo o estado nutricional destes indivíduos é facilmente negligenciado, sendo necessário aprofundar estudos

que correlacionem o manejo nutricional, associado ao farmacológico, no manejo dos pacientes com TMG.

A síndrome metabólica (SM) é uma importante complicação metabólica representada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina, cuja presença confere aumento do risco de mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes (CARVALHO, 2005).

Alguns estudos apontam forte correlação entre síndrome metabólica e os transtornos psiquiátricos. FREITAS *et al* (2016) estudaram a prevalência de SM e seus fatores associados em pacientes com esquizofrenia refratária em uso de clozapina. O estudo contou com a participação de 72 pacientes, dos quais 47,2 % apresentavam SM, com predomínio entre as mulheres (58,8%). Os autores concluíram como elevado e alarmante os dados obtidos no estudo, podendo representar um importante indicador de risco cardiovascular, sugerindo a construção de estratégias de prevenção primária das alterações metabólicas e o acompanhamento do periódico do paciente, principalmente em relação aos componentes da SM.

SANTILLANA *et al* (2016) avaliaram a ingestão de carboidratos e ácidos graxos na dieta de pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar, associados a parâmetros antropométricos. Os resultados denotaram, em relação aos dados antropométricos, 73% dos indivíduos estudados com excesso de peso, considerando o IMC, sendo 28% e 45% destes com diagnóstico nutricional de sobrepeso e obesidade, respectivamente. Com relação ao perímetro da cintura, 79% dos investigados, apresentaram risco de alterações metabólicas com maior risco cardiovascular.

2.4.1. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

A avaliação antropométrica apresentada como método de aplicabilidade universal, não invasiva e muito útil em estudos em grandes populações para rastreamento da obesidade e da desnutrição (CEZARONI *et al*, 2020), pode ser também uma ferramenta de útil no rastreamento de alterações metabólicas na população com TMG.

A antropometria, em conjunto com a avaliação da composição corporal, serve para dimensionar as medidas corporais e utiliza indicadores como peso, estatura e a relação entre essas duas medidas para determinação do Índice de Massa Corporal-(IMC), um dos

indicadores mais utilizados na prática clínica por relacionar-se com saúde, desenvolvimento e crescimento (FIDELIX, 2014).

É um método de aplicabilidade universal, de baixo custo, não invasivo e muito útil em estudos em grandes populações para rastreamento da obesidade e da desnutrição (CEZARONI *et al*, 2020).

A avaliação da massa corporal pelo peso como medida isolada ou ajustado para a altura, pelo IMC, é a variável antropométrica mais utilizada na avaliação do estado nutricional. Associada à avaliação da distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para verificar a necessidade de acompanhamento nutricional, por ser mais preditiva de saúde (ABESO, 2016).

A medida de perímetro da cintura reflete de forma indireta o acúmulo de gordura visceral e corporal total, sendo também um bom preditor de risco para doenças metabólicas, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial sistêmica, sendo considerado aumentado quando o resultado obtido for superior ou igual a 88 cm para mulheres e superior ou igual a 90 cm para homens, segundo a ABESO (2016).

Outro indicador de risco cardiovascular, envolvendo o perímetro da cintura é a correlação entre o perímetro da cintura aumentado e a presença simultânea de hipertrigliceridemia, fenótipo cintura hipertrigliceridêmica (FCH), sugerido por Lemieux *et al* (2000). As medidas de perímetro da cintura (PC) e o a concentração de triglicérides (TG) simultaneamente aumentados, demonstrou ser um bom indicador e preditor de risco cardiovascular e metabólico.

O Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) observou elevada prevalência de FCH e sua associação com indicadores de risco cardiovascular, especialmente com a síndrome metabólica, embasando sua utilização como ferramenta de triagem de risco cardiometabólico na prática clínica (FREITAS *et al*, 2018).

2.4.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA E METABÓLICA

A prevalência de síndrome metabólica na psiquiatria clínica e a expectativa de vida mais curta de pacientes psiquiátricos comparada com a da população em geral, chamam a atenção para necessidade de avaliação e monitoramento metabólico em pacientes com transtornos mentais. O uso abusivo de tabaco, álcool e drogas, hábitos dietéticos inadequados e obesidade, associados ao uso de psicofármacos, são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de comorbidades clínicas (SADOCK *et al*, 2017).

Não existe protocolo específico para avaliação metabólica do paciente com transtorno mental, mas o monitoramento de acordo com protocolo da medicação utilizada, visando à pesquisa de parâmetros para doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, nefrotoxicidade e hepatotoxicidade como efeitos colaterais dos fármacos administrados (CORDIOLI *et al*, 2015; BOCARDI *et al*, 2015).

A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (CARVALHO, 2005) recomenda os critérios de diagnóstico para Síndrome metabólica, formulados pela *National Cholesterol Education Program's Adult treatment Panel III* (NCEP-ATP III), que considera a combinação de pelo menos três dos seguintes componentes: circunferência abdominal, glicemia de jejum, alteração da pressão arterial e dislipidemias (HDL-colesterol e triglicerídeos). A mesma Diretriz considera ainda, identificar fatores de risco cardiovascular associados, como idade, tabagismo, prática de atividade física, história pregressa de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), diabetes mellitus gestacional, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos (SOP), doença hepática gordurosa não alcoólica, hiperuricemia, história familiar de HAS e uso de medicamentos hiperglicemiantes (corticosteróides, betabloqueadores, diuréticos).

Pode-se ainda destacar como parâmetro clínico importante nos TMG, a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos superiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg, para pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente. Sendo considerados pré-hipertensos os indivíduos com PAS entre 130 e 139 e PAD entre 85 e 89 mmHg (BARROSO *et al*, 2021).

A HAS compõe critério diagnóstico de Síndrome Metabólica e frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvos, podendo ser agravada por outros fatores de risco, como dislipidemias, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (BARROSO *et al*, 2021). Além disso, pode-se constatar que pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, como HAS, e que também apresentam transtornos psiquiátricos associados, tem pior aderência ao tratamento e pior qualidade do acompanhamento médico, mediante a dificuldade de manejo da própria medicação (VEDANA & MIASSO, 2014).

2.5. PRÁTICAS ALIMENTARES

As práticas alimentares podem ser compreendidas não somente quanto ao consumo alimentar, mas, por influências culturais, a partir das dimensões: temporal, de saúde e doença, de cuidado, afetiva, econômica e de socialização, que se entrelaçam conformando uma rede. A alimentação do ser humano não é instintiva, é construída e aprendida cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais e sua avaliação contribui para traçar o perfil metabólico e nutricional. Aguiar-Bloemer *et al* (2018), avaliaram o perfil nutricional e metabólico de pacientes com esquizofrenia em tratamento ambulatorial de um hospital terciário, através da análise qualitativa do comportamento alimentar e das práticas alimentares, concluindo que o perfil alimentar pode interagir sinergicamente com as drogas psicotrópicas utilizadas no tratamento de esquizofrenia, contribuindo com o ganho de peso e alterações metabólicas após o diagnóstico da doença. O estudo sugeriu ainda, que a educação nutricional pode diminuir o risco de problema metabólico e nutricional, independente dos medicamentos utilizados.

As práticas alimentares são também práticas sociais, que compreende seleção, modo de preparo e consumo alimentar. Portanto, a investigação de como compra, o que se come, como se come, onde se come, com quem se come, são questões que se conjugam com as práticas sociais.

A avaliação das práticas alimentares permite uma análise do comportamento alimentar no contexto em que o sujeito esteja inserido. Nos TMG, a persistência dos sintomas pode culminar com o comprometimento de suas habilidades, relações interpessoais e nas competências sociais no qual está inserido o sujeito com transtorno mental. Nesse sentido, a abordagem das práticas alimentares visa verificar o contexto social que permeia a alimentação e nortear uma assistência nutricional voltada para minimizar as marcas e o sofrimento causados pelo estigma social associada a algumas doenças crônicas (CAMPOS & PIRES, 2011).

O Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TFEQ-21) é um dos instrumentos mais utilizados para estudar diferentes comportamentos alimentares, em populações obesas e não obesas. Ele possibilita a avaliação da restrição cognitiva, descontrole alimentar e alimentação emocional (DUARTE, 2015). Em associação ao questionário TFEQ outras questões podem ser levantadas na busca da avaliação das práticas alimentares na população com TMG, a fim de investigar o contexto social e de autonomia em que estejam inseridos.

2.6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que têm como objetivo garantir o melhor cuidado de saúde, incluindo recomendações de condutas, que possam nortear a assistência (BRASIL, 2019).

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS), publicou o GUIA DE ELABORAÇÃO: ESCOPO PARA PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT), baseado no documento disponível por meio da Portaria SCTIE/MS nº 27, de 12 de junho de 2015, reforçando a utilização da análise baseada em evidências científicas, explicitando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde. O escopo auxilia na definição da extensão do PCDT e a abrangência das informações a serem contempladas no documento, com o objetivo de responder dúvidas específicas e pertinentes referentes à doença ou agravo abordado no referido protocolo, além de contribuir com a organização e planejamento para sua elaboração (BRASIL, 2019).

Quadro 1 - Questões norteadoras para construção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

<p>INCERTEZAS SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS</p> <p>a. Há mudanças observadas na prática atual?</p> <p>b. Há evidências sugerindo que a prática comum pode não ser a melhor prática?</p> <p>c. Há debate na literatura sobre as práticas?</p>
<p>Potencial para melhorar os resultados de saúde ou fazer melhor uso dos recursos</p> <p>a. Quantas pessoas são afetadas pela má prática?</p> <p>b. Qual é o potencial para reduzir a prática ineficaz?</p> <p>c. Qual é o potencial de ganho de saúde a um custo aceitável?</p> <p>d. Qual é o potencial para alcançar a redução de custos sem perda de efetividade ou aumento do impacto adverso sobre a saúde da população?</p>
<p>Potencial para reduzir as desigualdades na saúde</p> <p>a. Existem iniquidades na prevalência, fatores de risco, gravidade da doença ou provável</p>

benefício que precisam ser abordadas no escopo da diretriz?

b. As exclusões constantes do escopo (por exemplo, populações, tratamentos ou cenários) são justificadas?

Probabilidade de que a diretriz poderá contribuir para uma real mudança

a. É uma nova revisão das evidências ou é uma avaliação econômica capaz de reduzir as incertezas existentes?

b. Qual é o potencial para chegar a um consenso entre as partes interessadas?

Fonte: guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo

Na atuação do nutricionista os protocolos auxiliam no processo de diagnóstico nutricional, de forma a fornecer subsídios na identificação de parâmetros que possibilitem instituir um plano de cuidado nutricional que promova, previna e recupere as alterações detectadas de acordo com o grupo em estudo ou indivíduo avaliado. Nessa linha se destacam os protocolos para avaliação nutricional de adultos hospitalizados, idosos, gestantes entre outros grupos (MIRANDA *et al*, 2012; PRÉCOMA *et al*, 2019).

A alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como DM, hipertensão arterial sistêmica e síndrome metabólica em pacientes com TMG e os possíveis desfechos para doenças cardiovasculares, apontam para a necessidade de diagnóstico nutricional e intervenção precoces nesta população, podendo desse modo se beneficiar de um protocolo específico para sua abordagem (VARGAS & SANTOS, 2011; FRANÇA, 2021).

3. JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais graves, com seus sintomas difusos e inespecíficos, representam um grande problema de saúde pública, acometendo diversas faixas etárias, com relevante prevalência, associando-se com variáveis sociodemográficas, condições gerais de saúde e afetando a vida produtiva dos indivíduos tornando-os, por vezes, incapacitantes. Alterações metabólicas decorrentes da vida sedentária, sintomas depressivos e uso de psicofármacos refletem nas complicações metabólicas e mortes prematuras dessa população.

Novas abordagens no manejo do transtorno mental grave, com a perspectiva de inclusão social e preservação do direito à cidadania, trazendo o sujeito acometido pelo transtorno como protagonista de seu próprio cuidado, permite o acesso desses pacientes ao atendimento nutricional. Pacientes com transtorno mental apresentam especificidades que incluem questões ambientais, sociais e/ou de interação dos fármacos com os nutrientes, necessitando de protocolos específicos para avaliação e acompanhamento do estado nutricional deste público.

Para tanto, o nutricionista deve estar preparado e instrumentalizado para acolher essa demanda clínica e social, sendo crucial para a decisão e abordagem clínica o desenvolvimento de protocolo de atendimento nutricional voltado para a este público.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar protocolo de atendimento nutricional para pacientes com diagnóstico de transtorno mentais graves.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental em dois Serviços de Psiquiatria na cidade do Rio de Janeiro;
- Avaliar o perfil clínico e laboratorial dos pacientes;
- Registrar, com base em informações do prontuário clínico, o uso de psicofármacos pelos pacientes;
- Avaliar as práticas alimentares que permeiam o cotidiano dos pacientes em estudo;
- Propor protocolo de atendimento nutricional de indivíduos com transtorno mental grave.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo pacientes adultos, com idade acima de 18 anos, ambos os sexos, com diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes, identificados em prontuários, de acordo com a classificação da CID 10, que teve sua versão oficialmente substituída, CID 11, em janeiro de 2022:

F00-F09- Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos

F10-F19- Transtornos mentais decorrentes de substâncias psicoativas

F20-F29- Esquizofrenia- Transtornos esquizotípicos e delirantes

F30-39 -Transtorno de humor-afetivo bipolar

F40-F48- Transtornos neuróticos, estresse e somatoformes.

Os critérios de exclusão foram pacientes que no período da pesquisa apresentaram internações clínicas, por doenças não psiquiátricas, estados catatônicos ou em surto psicótico, pacientes com diagnóstico de Transtornos Alimentares (bulimia nervosa ou anorexia nervosa) e os impossibilitados de assinar ou de ter um representante legal para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, descritivo, transversal, com indivíduos de ambos os sexos, idade acima de 18anos, acompanhados em um Hospital Universitário e em um hospital dia da rede privada, ambos localizados na cidade do Rio de Janeiro, com coleta de dados referentes ao período de julho de 2021 a janeiro de 2022.

O Hospital Universitário dispõe de um Serviço de Psiquiatria que atende pacientes internados e ambulatoriais.

O Hospital Dia, localizado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, trata-se de um dispositivo de assistência de saúde privado, com atendimento exclusivo para pacientes em tratamento psiquiátrico e psicoterápico, em regime de hospital dia, cujo fluxo de pacientes é diário e sem internação.

6.1. COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi construído formulário específicos contemplando as seguintes seções: dados socioeconômicos e estilo de vida, diagnóstico psiquiátrico, dados antropométricos e de composição corporal, dados clínicos e bioquímicos, utilização de fármacos e informação sobre práticas alimentares.

O formulário de coleta de dados consistiu de 07 seções, distribuídas da seguinte forma:

- Comportamento alimentar: nessa seção foram registrados, codificados por números, as respostas referentes ao questionário das práticas alimentares.
- Dados sociodemográficos: constou de dados pessoais como identificação, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, hábito tabágico, etilismo e renda familiar.
- Diagnósticos: subdivididos em psiquiátricos ((F00-F09- T. mentais orgânicos, incluindo sintomáticos; F10 -F19 - T. mentais decorrentes de substâncias psicoativas; F20-F29 - Esquizofrenia; T. esquizotípico e delirantes; F30-F39 - T. de humor - afetivo bipolar; - F40-48- T. neuróticos, estresse e somatoformes) e clínicos (Diabetes Mellitus, HAS, Dislipidemias, Doenças associadas).
- Fármacos: subdivididos em psicofármacos (ansiolíticos, estabilizadores de humor, antidepressivos, hipnóticos e antipsicóticos) e clínicos (antihipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes).

- Dados antropométricos: peso corporal, estatura, IMC (valor absoluto e classificação), PC (valor absoluto e classificação).
- Síndrome metabólica (SM): nessa seção foram incluídos dados referentes a sexo, triglicerídeos, HDL- colesterol, glicemia de jejum, pressão arterial sistólica e diastólica e a indicação positiva para síndrome metabólica, quando presente 3 ou mais componentes para SM, acordo com o NCEP-ATP III, ou negativa quando inferior aos três critérios, da mesma classificação.
- Legenda: Com identificação de todos os dados descritos nas seções anteriores.

6.2. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

No hospital dia, os pacientes foram avaliados na unidade, preferencialmente na parte da manhã. Os pacientes do hospital universitário foram avaliados no ambulatório, durante a consulta da nutrição, logo antes da consulta psiquiátrica ou na enfermaria, durante o período de internação.

6.2.1- Avaliação da massa corporal

Para avaliação da massa corporal foi utilizada balança de campo eletrônica, marca Avanutri®, com capacidade máxima de 200 kg, com precisão de 50g. Foi solicitado ao paciente a retirada de peças de roupas, sapatos e acessórios adicionais, permitindo a manutenção de peças básicas como calças e camisas, de modo a não invadir sua privacidade. As peças não retiradas foram registradas e classificadas em sua média de peso.

6.2.2- Avaliação da estatura

A estatura foi medida entre a base do pé ao topo da cabeça, aferida com uso do estadiômetro portátil, digital, da marca Avanutri®, cuja associação com a massa corporal, compõe o IMC, utilizado como parâmetro de avaliação antropométrica (FIDELIX, 2014).

Para classificação do IMC foi utilizado os pontos de corte propostos pela OMS, considerando IMC inferior a 18,5 como magreza; 18,5 a 24,9 kg/m² como eutrofia; 25 a 29,9 kg/m² sobrepeso; 30 a 34,9 kg/m² obesidade grau I; 30 a 39,9 kg/m² obesidade grau II e ≥ 40 kg/m² obesidade grau III (CONSULTATION, 2000).

6.2.3. Avaliação do perímetro da cintura

A medida do perímetro da cintura foi avaliada com trena antropométrica metálica, inelástica, com capacidade de dois metros. Para classificação, foram utilizados os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), apresentados no quadro 1.

Quadro 2 - Valores de perímetro da cintura de acordo com a representação de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade e nível de ação

Risco de complicações	Homens	Mulheres	Nível de ação
Aumentado	≥ 94 cm	≥80 cm	1
Muito aumentado	≥102 cm	≥88 cm	2

Fonte: OMS, 2011

A medida foi realizada, com a pessoa em pé, ereta, com os pés posicionados a uma distância que permita o equilíbrio, com a roupa afastada da região da cintura, no nível da menor curvatura entre o tórax e o quadril (BARROS, 2010).

6.3. AVALIAÇÃO CLÍNICA E METABÓLICA

6.3.1. AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial foi aferida, pela pesquisadora, no momento da avaliação antropométrica, conforme a técnica de aferição da pressão arterial, utilizando o esfigmomanômetro e estetoscópio, higienizados com álcool 70 %, com manguito ajustado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa anticubital e bolsa de borracha centralizada sobre a artéria braquial. No momento da aferição, o paciente estava sentado, com o braço posicionado na altura do coração, com a palma da mão posicionada para cima e o cotovelo levemente fletido (SBC, 2016).

6.3.2. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Para avaliação laboratorial, os dados referentes ao período da pesquisa foram coletados do prontuário, em última data registrada, utilizados os parâmetros para síndrome metabólica: triglicerídeos, HDL-colesterol e glicemia de jejum, de acordo com o critério do NCEP-ATP III.

6.3.3. DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME METABÓLICA (SM)

Para classificação da amostra quanto ao diagnóstico da SM, foram utilizados os critérios do NCEP-ATP III, que considera a combinação de pelo menos três dos seguintes componentes: perímetro da cintura aumentado, hiperglicemia de jejum, alteração da pressão arterial e dislipidemias (HDL-colesterol reduzido e hipertrigliceridemia) (EXPERT, 2001)(Quadro 3).

Quadro 3 - Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III (EXPERT, 2001)

Componentes	Avaliação
Obesidade abdominal por meio do perímetro de cintura	
Homens > 102 cm	
Mulheres > 88 cm	
Triglicerídeos ≥ 150 mg/dL	
HDL Colesterol	
Homens	< 40 mg/dL
Mulheres	< 50 mg/dL
Pressão arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de jejum	≥ 110 mg/dL
A presença de Diabetes Mellitus não exclui o diagnóstico de SM	

Fonte: National Cholesterol Education Program (NCEP – ATP III)

6.3.4. FENÓTIPO CINTURA HIPERTRIGLICERIDÊMICA (FCH)

Para diagnóstico do fenótipo cintura hipertrigliceridêmica (FCH), foram correlacionados os dados avaliados da cintura e de TG levantados do prontuário, juntamente com demais dados laboratoriais.

6.4. FÁRMACOS

As informações sobre o uso de fármacos foram extraídas das prescrições médicas, presentes nos prontuários. Os fármacos foram classificados de acordo com sua proposta

terapêutica em psicoterápicos (ansiolítico, estabilizador do humor, antidepressivo, hipnótico, antipsicótico) ou clínicos (anti-hipertensivo, hipoglicemiante e hipolipemiante).

6.5. PRÁTICAS ALIMENTARES

Para avaliação das práticas alimentares foi utilizado um questionário, construído a partir do Questionário dos Três Fatores Alimentares (*Three Factor Eating Questionnaire-21-TEFQ-21*) (DUARTE, 2015). As questões levantadas para adaptação foram elaboradas à partir do conceito de humanização do tratamento dos pacientes com transtornos mentais, com base na análise de sua reabilitação e convívio social. Estas questões permitiram uma análise das práticas alimentares em que esteja inserido o sujeito com transtorno mental, ou seja, quais os tipos de talheres utilizados em seu cotidiano, quem prepara seus alimentos, se participa de eventos familiares que incluem alimentação dentro e fora de seus lares.

Em sua versão reduzida, o questionário, TEFQ-21 foi validado no Brasil, mostrando-se como instrumento adequado para identificar os comportamentos de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (NATACCI & FERREIRA JÚNIOR, 2011).

Os dados obtidos foram utilizados para contribuir com a elaboração do protocolo de avaliação do estado nutricional.

6.6. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NOS TMG

Para elaboração do protocolo de atendimento nutricional para pacientes com TMG, foram consideradas como questões norteadoras algumas propostas descritas no GUIA DE ELABORAÇÃO: ESCOPO PARA PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (MS), adaptadas para a população em estudo.

Em relação às incertezas sobre as melhores práticas, propostas no documento do MS, não foi encontrado na literatura Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específicos para a população com TMG, debate sobre a melhor abordagem nutricional ou evidências sugerindo que a prática comum pode não ser a melhor prática. As técnicas de avaliação do estado nutricional da população adulta são consideradas não invasivas, mas não foi encontrado na literatura discussão sobre o sentir-se invadido, sob a perspectiva do sujeito psicótico, como aponta Leite (2016).

O potencial para melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades, foi considerado na avaliação do estado nutricional, identificação dos riscos cardiometabólicos e

intervenção nutricional precoce, com foco na redução de danos para população cuja perspectiva de vida é menor que a população em geral (SADOCK, *et al* 2017).

Há escassez de protocolos que direcionem a prática do nutricionista na avaliação do estado nutricional do paciente com TMG. A construção de um protocolo específico, associado à intervenção adequada poderá amenizar os danos metabólicos que permeiam essa população.

Sendo assim foram considerados como critério para avaliação do estado nutricional as medidas antropométricas de peso corporal, estatura e perímetro da cintura, bem como o perfil clínico, com medida da pressão arterial sistólica e diastólica e avaliação laboratorial das concentrações de glicemia, HDL-colesterol e triglicerídeos.

A avaliação das práticas alimentares que permeiam o cotidiano dos pacientes em estudo, foram inseridas no protocolo a fim de auxiliar a conduta nutricional, com a proposta de minimizar os efeitos colaterais dos fármacos utilizados nos TMG.

7. QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando-se aspectos éticos previstos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde- CNS (Ministério da Saúde, 2012), em 17 de maio de 2021, sob número 4717544 (Anexo A). Uma vez aprovado, antes da coleta dos dados antropométricos e dos dados registrados em prontuário, necessários a realização do presente estudo, os pacientes ou seus representantes legais, receberam informações sobre a relevância do tema estudado, a justificativa, os objetivos da pesquisa e os métodos empregados, fornecidas pelo pesquisador e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo B).

8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A Análise Estatística incluiu o cálculo de médias e desvio padrão das variáveis contínuas e para as variáveis nominais foi feita a distribuição de frequências em Tabelas de contingência.

Foi realizado o protocolo *Data Miner* (Mineração de Dados) com associações interváveis sendo este tipo de análise mais indicada para estudos de natureza exploratória. Foi realizado o teste paramétrico Teste t de Student, para comparação de médias das variáveis dos dois grupos. Para a análise dos dados de natureza discreta utilizou-se o Teste Não Paramétrico Qui-Quadrado de Pearson, para comparação das respectivas distribuições de frequências, segundo as tabelas de contingência.

Para análise das hipóteses nulas, foi considerado nível de significância $p < 0,05$, como parâmetro de rejeição de H_0 (Hipótese Nula), isto é, igualdade entre as médias ou entre as distribuições de frequências dos dois grupos analisados.

Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 17.0 para a composição analítica e estatística dos dados.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 60 pacientes elegíveis, e excluídos 20. Destes excluídos, 15 deixaram de frequentar as unidades de coleta da pesquisa, em função da pandemia por COVID-19 que os isolou em seus lares, impossibilitando a avaliação antropométrica; 1 foi admitido em estado de catatonia; 2 com diagnóstico de bulimia e 2 por impossibilidade de assinarem o TCLE.

Quarenta indivíduos foram incluídos, sendo 24 (60%) do sexo feminino e 16 (40%) do sexo masculino, com média de idade 54,8 (desvio padrão= 12,3). Destes, 65% (n=26) foram atendidos no hospital dia e 35 % (n=14) no hospital universitário. Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, 2,5% (n=1) apresentou transtorno por uso de substâncias psicoativas, 47,5 % (n=19) esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos e delirantes; 47,5 % (n=19) transtorno de humor bipolar e 2,5% (n=1) transtorno neurótico, de estresse e somatoformes.

As características sociodemográficas dos participantes do estudo estão apresentadas na tabela 1. Para a escolaridade, 47,5% (n=19) dos participantes haviam concluído o nível fundamental. O tabagismo esteve presente em 32,5 % (n=13) dos participantes, destes 69,23% (n=9) eram do sexo feminino. O etilismo foi relatado por 20% (n=8) dos participantes do estudo, com 62,5% (n=5) do sexo masculino.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos com transtornos mentais grave

Características	Participantes (n= 40)
Idade (anos, média)	54,8 ± 12,3
Sexo feminino (n, %)	24 (60)
Sexo masculino (n, %)	16 (40)
Tabagismo- (n, %)	13 (32,5)
Etilismo- (n, %)	8 (20)
Escolaridade (n, %)	
<i>Ensino fundamental completo</i>	19 (47,5)
<i>Ensino médio completo</i>	15 (37,5)
<i>Ensino superior completo</i>	5 (12,5)
<i>Pós-graduação, mestrado ou doutorado</i>	1 (2,5)
Estado civil- (n, %)	
<i>Solteiro</i>	24 (60)
<i>Casado</i>	8 (20)
<i>Divorciado</i>	4 (10)
<i>Viúvo</i>	4 (10)
Renda familiar- (n, %)	

Características	Participantes (n= 40)
<i>De 10 a 20 SM</i>	7 (17,5)
<i>De 4 a 10 SM</i>	15 (37,5)
<i>De 2 a 4 SM</i>	13 (32,5)
<i>Até 2 SM</i>	5 (12,5)

Os transtornos mentais englobam diversos diagnósticos, dentre estes a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, cujos sintomas afetam o pensamento, emoção e comportamento, que podem causar intenso sofrimento, comprometendo sua produtividade, relações sociais, qualidade de vida, da autoestima, do das relações interpessoais e dos vínculos familiares, apontado como um grave problema de saúde pública (FREITAS *et al*, 2016).

Observa-se nessa população o comprometimento da saúde física e da longevidade, com maior ocorrência de complicações metabólicas. Estima-se que os portadores de transtornos mentais graves e persistentes morrem, em média, 25 anos mais cedo que a população geral, sendo o tabagismo um dos principais responsáveis pela diminuição da sua expectativa de vida (SRIHARI *et al*, 2013; DICKERSON, *et al.*, 2015)

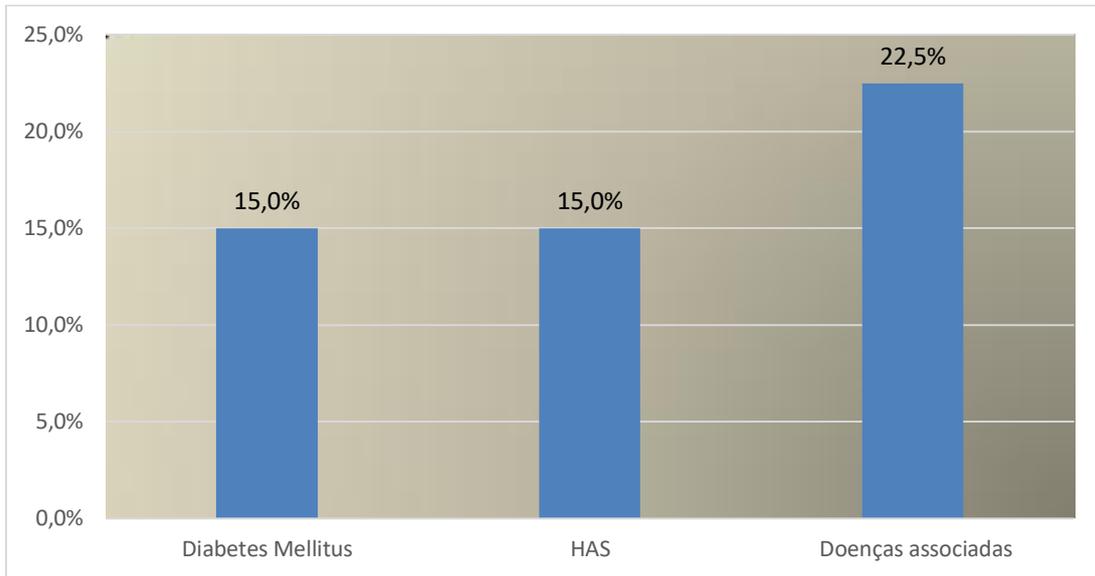
O tabagismo esteve presente em 32,5 % (n=13) dos participantes, destes 69,23% (n=9) eram do sexo feminino. O etilismo foi relatado por 20% (n=8) dos participantes do estudo, com 62,5% (n=5) do sexo masculino. Tanto o tabagismo quanto o etilismo são fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e a associação desses fatores respondem à complexidade multicausal dos principais problemas de saúde em todo o mundo (ABE, 2017; EDUARD *et al*, 2019).

Oliveira et al (2017) apontaram que o elevado consumo de tabaco, além dos riscos à saúde física, apresenta impacto na vida financeira dos portadores de transtornos mentais, por comprometer até 30% de sua renda mensal na compra de cigarros. Afeta também sua autoestima e seu autorrespeito, diante da dificuldade em ter acesso aos cigarros, o que leva alguns portadores de transtornos mentais a práticas de furto de cigarros e fumo de bitucas.

Segundo CARDOSO *et al* (2020) o consumo aumentado de bebidas alcoólicas foi mais observado em homens na idade produtiva, o que encontra similaridade no presente estudo, com 62,5% do sexo masculino dentre os etilistas. O etilismo constituiu em fator de risco prevalente nesta população e tais fatores de risco modificáveis devem ser investigados a fim de que se conheça quais deles têm mais relevância nas diferentes populações, possibilitando intervenções para modificação do estilo de vida dos indivíduos.

Em relação ao diagnóstico de comorbidades clínicas como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), as prevalências foram de 37,5% para ambas, com 22,5% diagnosticados com HAS e DM simultaneamente (Figura1).

Figura 1. Frequência de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e suas associações diagnosticadas em indivíduos com transtornos mentais graves



Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Dados do VIGITEL BRASIL (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO-2021), que estima a frequência de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio do fator de risco ou doença de interesse, através de inquérito telefônico, o Rio de Janeiro esteve presente entre as capitais brasileiras com maior frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão, com 32,2% para o sexo masculino e 31,8% para o sexo feminino e diabetes mellitus com 10,6% para a população masculina e 11,1% na população feminina.

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão arterial, possuem causas multifatoriais, incluindo dieta inadequada e sedentarismo. Podem evoluir com complicações incapacitantes que comprometem a qualidade de vida, com grande potencial de causar sofrimento mental e físico, o que pode se agravar ainda mais em um portador de transtorno mental (FRANÇA *et al*, 2021).

A hipertensão arterial sistêmica, mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC). É agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (BARROSO *et al*, 2021).

A prevalência de comorbidades HAS e DM no presente estudo foi de 37,5 % (n=15) e a combinação destas foi de 22,5 % (n=9). Resultados superiores aos encontrados por FRANÇA *et al* (2021), que verificaram a ocorrência de comorbidades clínicas nos portadores de transtornos mentais graves atendidos no Centro de Atenção Psicossocial. Dos 172 participantes de sua pesquisa, 30,2% possuíam outra doença clínica, a HAS foi o diagnóstico mais prevalente com 16,86% (n=29) participantes, seguido por DM II nove participantes, dos quais sete apresentavam o diagnóstico para ambas.

Outros estudos também apresentam resultados indicando riscos para o desenvolvimento de diabetes nessa população. García-Fernández *et al* (2019) avaliaram no período entre 2007-2010, que pacientes em tratamento com fármacos antipsicóticos apresentam um risco significativamente maior para desenvolvimento de DM, independente de outras possíveis variáveis com efeito diabetogênico.

Dificuldades no autocuidado, inadequação alimentar, sedentarismo, tabagismo e isolamento social contribuem para o aparecimento e agravamento das doenças crônicas não transmissíveis na população com TMG. O estigma que permeia o paciente psiquiátrico ocasionando afastamento do profissional da saúde e menor interesse em investigar as comorbidades clínicas por falta de capacitação ou conhecimento ou habilidades clínicas com portador de sofrimento mental resulta em subnotificação dos diagnósticos de DCNT nesta população (FRANÇA *et al*, 2021).

A combinação de psicofármacos, denominado de polifarmácia, é bastante recorrente no tratamento dos TMG e comprometimentos nefrotóxicos e hepatotóxicos são apontados como desfechos clínicos (CORDIOLI *et al*, 2015).

O manejo da polifarmácia na administração da própria medicação é um desafio ao inserir o paciente como protagonista de seu tratamento (VEDANA & MIASSO, 2014).

No presente estudo observou-se que 87,5% (n=35) dos pacientes faziam uso da combinação de pelo menos dois psicofármacos e destes, 55% (n=22) utilizavam 3 ou mais. Os resultados referentes a frequência de utilização de psicofármacos estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Frequência de utilização de psicofármacos, e suas combinações, por indivíduos com transtornos mentais grave

Classes de psicofármacos	Número de pacientes que fazem uso de 1 ou mais psicofármacos	Percentual (%)
Ansiolítico	1	2,5
Antipsicótico	1	2,5
Antidepressivo	2	5
Hipnótico	1	2,5
Dois psicofármacos	13	32,5
Três psicofármacos	11	27,5
Quatro ou mais psicofármacos	11	27,5

O uso da polifarmácia também foi encontrado por BELFORT *et al* (2017), em estudo cujo resultado apontou para maior frequência da prescrição de cinco medicamentos/dia (30,5%). Costa *et al* (2017) ao avaliarem 2475 pacientes adultos, com dados clínicos e comportamentais obtidos através de entrevistas presenciais e prontuários médicos encontraram em 85,3% o uso de medicamentos psicotrópicos e em 31,8% medicamentos não psicotrópicos, como HAS, dislipidemia e DM. Isso sinaliza a necessidade de desenvolver diretrizes e estratégias farmacêuticas que possam contribuir para a redução da carga de polifarmácia nesta população.

Soto *et al* (2021) também ressaltam a necessidade do uso racional de psicofármacos. Eles demonstraram que desde adulto jovem ao idoso são usuários desses medicamentos, com maior predominância para o Clonazepam, Diazepam e Fluoxetina. Os principais prescritores foram os clínicos gerais, não especialistas em saúde mental.

Os efeitos colaterais dos psicofármacos podem ser intensificados na polifarmácia, como demonstrado do estudo de Hashimoto *et al* (2012), que indicam o ganho de peso, xerostomia e disfunção sexual significativamente maiores na polifarmácia, em especial a dos antipsicóticos.

Os resultados referentes à avaliação antropométrica estão descritos na tabela 3, com os indicadores antropométricos de peso corporal, índice de massa corporal (IMC) e distribuição percentual de acordo com a classificação pelo IMC.

Tabela 3. Características antropométricas dos participantes do estudo

Variáveis	Participantes (n= 40)
Peso corporal, Kg (média \pm DP) *	82,3 \pm 19,4
IMC, kg/m ² (média \pm DP) *	30,5 \pm 6,5
Distribuição de acordo com classificação pelo IMC,kg/m ² (n, %)	
18,50-24,99	10 (25%)
25-29,99	10 (25%)
30-34,99	10 (25%)
35-39,99	06 (15%)
\geq 40	04 (10%)

* valores expressos em média \pm desvio padrão.

IMC: índice de massa corporal; PC: perímetro da cintura

De acordo com os resultados apresentados para classificação do IMC (tabela 3) observou-se que 75 % (n=30) dos pacientes se encontravam acima do peso, destes 50% (n=20) já apresentavam diagnóstico de obesidade, em seus diferentes níveis, de acordo com a classificação para IMC.

O ganho de peso na população com TMG está descrito na literatura como desfecho do uso de psicofármacos, em especial dos antipsicóticos atípicos ou de segunda geração (ASG), a exemplo da olanzapina, como resposta ao aumento do apetite e resistência à insulina, mas também dos típicos, que não devem ter seus efeitos colaterais negligenciados (DENG, 2013). O isolamento social e a inatividade física também contribuem com o ganho de peso e a prática de atividade física como modalidade terapêutica para pessoas com transtornos mentais é proposta por Lourenço (2017), a fim de reduzir o isolamento, tornar a pessoa mais envolvida e cooperativa nas atividades em que participa, melhorar sua disposição física, aumentar a sua autoestima, bem como reduzir a ociosidade.

Os resultados da presente pesquisa foram similares ao estudo de França *et al* (2021) que ao investigarem a prevalência de comorbidades clínicas em 172 pacientes adultos, de ambos os sexos com transtornos mentais, observaram que 74,4 % foram classificados com sobrepeso e obesidade. Em outro estudo também realizado em Centro de Atenção psicossocial, revelou que a maioria dos usuários do centro encontrava-se com excesso de peso, observando-se 29% e 33% de com sobrepeso e 64% e 34% de obesidade dos homens e das mulheres, respectivamente (BARROS *et al*,2012).

O perímetro da cintura avaliado foi classificado em relação ao risco cardiometabólico, de acordo com os critérios da WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2011), apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos participantes de acordo com a classificação de risco cardiometabólico, segundo o perímetro da cintura

Classificação do risco	Homens (n= 16)	Mulheres (n= 24)
Adequado- n (%)	5 (12,5)	4 (10)
Aumentado- n (%)	0 (0)	5 (12,5)
Muito aumentado- n (%)	11 (27,5)	15 (37,5)

Em relação ao perímetro da cintura (PC), a média encontrada foi de $100,1 \pm 14,8$ cm. Observou-se que 77,5% dos pacientes (n=31) apresentaram aumento do perímetro da cintura, indicando aumento do risco metabólico.

A prevalência de classificação de risco para perímetro da cintura, foi maior que o encontrado por Freitas *et al* (2016), que avaliaram a prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refratária, com 44,4 % dos participantes apresentando risco cardiometabólico. Em estudo desenvolvido por Barros *et al* (2012) observou-se que 72% e 83% dos usuários do sexo masculino e feminino, respectivamente, estavam em risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares.

A relação entre obesidade e distúrbio psiquiátrico tem sido tema relevante na investigação clínica. Alguns estudos sugerem que a obesidade e status psiquiátrico podem variar entre subpopulações obesas, com maior associação entre obesidade grau III (IMC maior que 40 kg/m^2) e que pessoas obesas são mais propensas a ter um distúrbio de ansiedade ou bipolar do que os indivíduos não obesos, bem como maior vulnerabilidade para o uso abusivo de álcool e outras drogas. Entre os pacientes com transtorno bipolar, aqueles que são obesos têm maior frequência de episódios maníacos e depressivos e são mais propensos a tentar o suicídio do que aqueles em peso normal (BERKOWITZ & FABRICATORE, 2011; LOPRESTI & DRUMMOND, 2013).

As taxas de obesidade são maiores do que o normal em populações psiquiátricas, particularmente em mulheres, de modo bidirecional a depressão e obesidade se relacionam, com obesidade aumentando o risco de depressão e depressão anterior aumentando de forma semelhantes a obesidade (LOPRESTI & DRUMMOND, 2013).

A obesidade está associada ao aumento da inflamação e a regulação positiva da via da quinurenina, evidenciada por redução de concentrações de triptofano plasmático. Os adipócitos, localizados no tecido adiposo branco, o principal local para armazenamento de gordura a longo prazo no corpo, secretam vários hormônios e citocinas inflamatórias, denominadas de adipocitocinas que incluem leptina, resistina, visfatina, interleucina-6 (IL-6), Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF- α) e quimiocinas, que se apresentam elevados na obesidade, assim como as proteínas na fase aguda, como a proteína c-reativa. A via da quinurenina está alterada em grande número de doenças neuropsiquiátricas, e a produção de mediadores inflamatórios, como as citocinas e quimiocinas, é capaz de aumentar a atividade da enzima indoleamina-2,3-dioxigenase, que é fundamental para o metabolismo do triptofano e a sua conversão em quinurenina nos diferentes tecidos (CARVALHO et al, 2017; LOPRESTI & DRUMMOND, 2013).

A tabela 5 apresenta a distribuição dos dados laboratoriais de pressão arterial.

Tabela 5. Variáveis bioquímicas e valores pressóricos indivíduos com transtornos mentais grave

Variáveis	Valores (média \pm DP)
Glicose (mg/dL)	107,7 \pm 38,9
Triglicerídios (mg/dL)	161,2 \pm 81,2
HDL-c (mg/dL)	48,6 \pm 16,5
PAS (mmHg)	125,8 \pm 14,1
PAD (mmHg)	84,5 \pm 12,8

Valores expressos em média \pm desvio padrão. HDL-c: Lipoproteína de alta densidade; PAS: pressão arterial sistólica e PAD: pressão arterial diastólica.

A média encontrada para glicemia e trigliceridemia na população apresentou-se acima dos pontos de corte para diagnóstico de SM (glicemia de jejum \geq 110 mg/dL e triglicerídeos \geq 150 mg/dL). Quanto a pressão arterial, alguns pacientes já diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica já faziam uso do fármaco correspondente, e as médias encontradas se apresentaram dentro do padrão desejável, sendo a sistólica com média de 125,8 mmHg (DP: 14,1) e diastólica com média de 84,5 mmHg (DP: 12,8) (ABESO, 2016).

Com base nos dados foi diagnosticada a presença de SM na população, utilizando os critérios do NCEP-ATP III, que considera a combinação de pelo menos três dos seguintes componentes: perímetro da cintura aumentado, hiperglicemia de jejum, alteração da pressão arterial e dislipidemias (HDL-colesterol reduzido e hipertrigliceridemia) (EXPERT, 2001).

A presença de síndrome metabólica e a expectativa de vida mais curta de pacientes psiquiátricos comparada com a da população em geral, representa um grave problema de

saúde pública a nível mundial e ressalta a necessidade de avaliação e monitoramento metabólico em pacientes com transtornos mentais. O uso abusivo de tabaco, álcool e drogas, hábitos dietéticos inadequados e obesidade, associados ao uso de psicofármacos, são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de comorbidades clínicas. A avaliação da SM nos TMG pode representar um importante e valioso indicador de risco para condições que impactam significativamente na morbidade e mortalidade desse grupo (SADOCK *et al*, 2017; FREITAS *et al*, 2016).

A tabela 6 apresenta a comparação entre os valores de exames bioquímicos, pressão arterial e dados antropométricos dos participantes, de acordo com o diagnóstico de síndrome metabólica.

Ao comparar os dois grupos, observou-se diferença estatística em relação às concentrações séricas de HDL-colesterol e triglicerídeos e no valor de IMC entre aqueles com e sem diagnóstico para SM.

Para variável IMC, foi realizada a comparação dos valores médios, segundo os grupos com SM e sem SM, cujo resultado mostrou diferença significativa entre os grupos ($33,7 \pm 6,3$ kg/m² vs. $27,4 \pm 5,2$ kg/m², $p=0,001$, respectivamente). Tal achado pode ser comparado ao encontrado por Freitas et al (2016), no qual a prevalência de sobrepeso e de obesidade foi, consideravelmente, maior nos pacientes com a SM em comparação àqueles sem a síndrome.

Tabela 6. Comparação entre os valores de exames bioquímicos, pressão arterial e dados antropométricos dos participantes, de acordo com o diagnóstico de síndrome metabólica

Variáveis	Síndrome metabólica		P valor
	Sim (n= 20)	Não (n= 20)	
Glicose (mg/dL)	115,1 ±50,1	100,3± 22	0,139
Triglicerídios (mg/dL)	209,6 ± 83,5	112,7 ± 40,5	0,059*
HDL-c (mg/dL)	40,5 ± 6	56,8 ± 19,5	0,001*
PAS (mmHg)	129,5 ± 11	122 ± 16,1	0,103
IMC (kg/m ²)	33,7 ± 6,3	27,4 ± 5,2	0,001*
PC (cm)	105,6 ±13,8	94,7 ± 14,2	0,614

Valores expressos em média ± desvio padrão. HDL-c: lipoproteína de alta densidade; PAS: pressão arterial sistólica. IMC: índice de massa corporal e PC: perímetro da cintura. * $p<0,005$.

Estudo que avaliou a prevalência de SM em pacientes com esquizofrenia, utilizando os critérios do NCEP-ATP-III, encontrou prevalência de 30,4%, sendo que 82% dos pacientes preencheram pelo menos um dos critérios da síndrome metabólica (VARGAS& SANTOS,

2011). No presente estudo, o percentual encontrado para diagnóstico de SM foi ainda mais elevado, correspondendo a 50% (n=20) dos indivíduos.

Observou-se correlação significativa e positiva entre os valores de triglicérides e PC independente do diagnóstico de SM (coeficiente de correlação de Pearson= 0,91, $p < 0,001$), o que corrobora com os achados de que o fenótipo cintura hipertrigliceridêmica (FCH) é muito comum nesta população (FREITAS et al, 2018). Foi ainda verificado o R^2 (coeficiente de determinação) de 84,4%, indicando que a hipertrigliceridemia pode ser derivada do PC em todos os participantes, independentemente da classificação SM.

Na sequência, foram realizados os cruzamentos entre as variáveis relativas ao tipo de fármaco e o diagnóstico de SM (TABELA7). Apenas para o uso contínuo de antidepressivos verificou-se associação positiva e significativa ($p=0,01$) com o diagnóstico de SM. Para os demais grupos de fármacos, não foram observadas diferenças significativas quanto ao uso entre os dois grupos (com SM e sem SM).

Tabela 7. Associação entre uso de fármacos classificados de acordo com sua ação e o diagnóstico de síndrome metabólica

Tipo de fármaco	Q-Quadrado	p valor
Ansiolítico* SM	1,651	0,43
Estabilizador de humor * SM	0,459	0,79
Antidepressivo * SM	10,267	0,01*
Hipnótico * SM	1,111	0,29
Antipsicótico * SM	7,983	0,09
Antihipertensivo * SM	3,476	0,48
Hipoglicemiante * SM	3,254	0,35
Antidislipidêmico * SM	3,254	0,67

Legenda: SM: síndrome metabólica.X

Após encontrar associação significativa ($p=0,01$) entre o consumo de antidepressivos e o diagnóstico de SM, optou-se por aplicar o Teste Diagnóstico à fim de verificar a real associação entre essas duas variáveis. Sendo considerado positivo, os pacientes que preencheram os critérios diagnósticos para síndrome metabólica e negativo os pacientes que não preencheram os critérios diagnósticos para síndrome metabólica, de acordo com *National Cholesterol Education Program* (NCEP – ATP III), correlacionando esses dados com a utilização ou não de antidepressivos (tabela 7).

Tabela 8. Associação entre uso de antidepressivos e síndrome metabólica

Uso de Antidepressivo	Positivo	Negativo
Nenhum	8	16
1 ou mais	12	4

Legenda: positivo= pacientes que preencheram os critérios diagnósticos para síndrome metabólica; negativo= pacientes que não preencheram os critérios diagnósticos para síndrome metabólica, de acordo com National Cholesterol Education Program (NCEP – ATP III).

O cruzamento entre as variáveis relativas ao tipo de fármaco e o diagnóstico de SM mostrou que apenas para o uso contínuo de antidepressivos apresentou associação positiva e significativa ($p=0,01$) com o diagnóstico de SM. Para os demais grupos de fármacos, não foram observadas diferenças significativas quanto ao uso entre os dois grupos (com SM e sem SM).

A aplicação do Teste Diagnóstico possibilitou verificar a real associação entre essas duas variáveis, consumo de antidepressivos e o diagnóstico de SM. Os resultados indicam que um paciente com diagnóstico de TMG e em uso de um ou mais fármaco antidepressivos, apresenta um risco relativo para SM, 3 vezes maior (IC 95% - 1,164 – 7,732) que aqueles que não fazem uso.

Em um Universo Amostral, existe a possibilidade de achados estatísticos com orientação de significância associativa entre o uso de antipsicótico e a SM. Tal associação não se mostrou significativa ($p<0,05$) no presente estudo.

Nebhinani *et al* (2013) avaliou a prevalência da SM antes e após uso de clozapina (antipsicótico) por três meses e encontrou como resultado aumento do diagnóstico de SM de 33,3% para 53,3%, respectivamente.

Freitas *et al* (2016), apontam que os antipsicóticos atípicos (segunda geração) representam um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de SM em pacientes que possuem esquizofrenia refratária. Eles também observaram que pacientes que tomam quatro medicamentos ou mais medicamentos por dia têm quase sete vezes mais chance apresentar SM que aqueles que tomam até três medicamentos.

Os resultados obtidos, além de corroborar com estudos que apontam para maior risco de doenças metabólicas na população com TMG (GARCÍA-FERNÁNDEZ, 2019; FREITAS *et al*, 2016), indica também para a necessidade de maior investigação dos desfechos metabólicos quanto ao uso de psicofármacos.

No que concerne as práticas alimentares não foram encontradas similaridades com outros estudos na população com TMG, o que permite analisá-lo de forma isolada. A aplicação das avaliações das práticas alimentares, através do questionário produzido à partir do TFEQ -21, utilizado para análise de comportamento alimentar, foi adotado como estratégia para que, acrescido de outras perguntas que possibilitassem uma investigação do contexto social e de autonomia em que estejam inseridos o sujeito com TMG, o que também possibilitou estabelecer o vínculo inicial com o paciente, antes da abordagem para aferição das medidas antropométricas.

Nas questões que relacionam sintomas de tristeza e solidão à busca por alimento, 75% (N=30) e 72,5 % (N=29), respectivamente, consideraram as afirmações falsas. Ao responder a uma dessas questões, um paciente fez o seguinte comentário: “quando me sinto só, quero um abraço.”

Em relação à alteração do peso 77,5 % (N=31) referiram este problema, o que se associa ao resultado para IMC no presente estudo, com 75% (N=30) classificados com sobrepeso e/ou obesidade.

Quanto ao viés social da alimentação, 67,5 % (N=27) referiram não se sentir incomodados em realizar refeições em locais públicos, porém 77,5 % (n=31) afirmaram não encontrar amigos para realizar alguma refeição. Alguns entrevistados alegaram ter perdido o contato com amigos, após seu diagnóstico, o que confirma o sintoma de isolamento social (HONORATO, 2022).

Ao serem questionados quanto ao incômodo em realizar refeições em locais públicos, alguns entrevistados sinalizaram sentir-se mais confiantes, quando a atividade é realizada acompanhados de familiares ou de integrantes da equipe que os assistem.

O isolamento social, promovido pelo próprio paciente, pelo familiar e pelo histórico de internação, resulta no comprometimento das relações sociais. Nesse sentido a investigação das práticas alimentares, direcionado para investigação do contexto social e de autonomia do paciente, possibilita que o nutricionista participe do projeto de humanização e reabilitação dos doentes mentais, na tentativa de inclusão desses indivíduos enquanto sujeitos (BRASIL, 2005; HONORATO, 2022).

O estigma associado à doença mental é dos mais importantes e difíceis obstáculos para a recuperação e reabilitação do indivíduo; afeta negativamente o tratamento; oportunidade de trabalho; impede a autonomia e a realização de objetivos de vida, interferindo direta e negativamente na qualidade de vida. O estigma relacionado à agressividade interfere inclusive

na escolha do talher adequado ao consumo do alimento, restringindo a somente o uso de colher para qualquer refeição (ROCHA *et al*, 2015).

O uso de talheres convencionais, como garfos e facas, foi presente em 85% (n=34), o que reforça a necessidade de dissociar a imagem de violência, contra si ou a outrem, baseado no estigma e o preconceito em torno da doença mental. Estigma este presente inclusive em serviços médicos, o que gera atraso nos diagnósticos e pior qualidade de assistência (FEIJÓ *et al*, 2019).

10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Com base na revisão bibliográfica da dissertação e nos resultados obtidos com essa população estudada, foram destacados pontos importantes para serem considerados no atendimento e acompanhamento nutricional, estando estes na proposta de protocolo de atendimento para pacientes com transtornos mentais (ANEXO D).

O protocolo consta de uma apresentação inicial, considerando as práticas alimentares avaliadas a partir de um questionário proposto, bem como a avaliação antropométrica, bioquímica e de pressão arterial, tomando por base os possíveis desfechos para doenças cardiovasculares, em diferentes etapas (identificação, histórico clínico e nutricional, aplicação do questionário das práticas alimentares, avaliação antropométrica, avaliação laboratorial da pressão arterial, definição do fenótipo cintura hipertrigliceridêmica (FCH) e síndrome metabólica (SM), utilização de fármacos e impressão, diagnóstico e conduta nutricional).

11. CONCLUSÃO

A análise do perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental em dois Serviços de Psiquiatria na cidade do Rio de Janeiro, apresentou como resultado 75% classificados com sobrepeso ou obesidade.

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem elevado risco metabólico na população estudada, com 50% da amostra preenchendo critérios do NCEP-ATP III para o diagnóstico síndrome metabólica. Observou-se também a associação significativa e positiva entre os valores de triglicerídeos e PC independente do diagnóstico de SM.

O uso de antidepressivos, associado ao desfecho da síndrome metabólica também foi um dado relevante presente estudo. Os resultados indicam que um paciente com diagnóstico de TMG e em uso de um ou mais fármaco antidepressivos, apresenta um risco para SM, 3 vezes maior (IC 95% - 1,164 – 7,732) que aqueles que não fazem uso.

A abordagem e o acompanhamento nutricional de pacientes com TMG como medida de prevenção e monitoramento dos desfechos metabólicos é fundamental na redução dos riscos cardiovasculares.

É fundamental, considerar na construção de um protocolo de avaliação do estado nutricional para os pacientes com TMG, dados que possam identificar riscos metabólicos, considerar a subjetividade do indivíduo acometido, de modo que a prática de avaliação do estado nutricional, não seja invasiva, pela perspectiva do sujeito avaliado. A avaliação das práticas alimentares poderá auxiliar na identificação do comportamento alimentar, no contexto social em que esteja inserido o paciente, além de ser útil para que se estabeleça uma relação com o profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4 ed. São Paulo. 2016.

AGUIAR-BLOEMER A C, *et al.* Eating behavior of schizophrenic patients. **Revista de Nutrição**. v. 31, n. 1, p. 13-24. 2018

AMERICAN PSYCHIATRICASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. Ed. Porto alegre: Artmed, 2014.

BARROS, A. C.; et al. Perfil nutricional de pacientes portadores de transtornos mentais em Natal – RN. Natal. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 1, n. 5. 2012.

BARROS, D.C. **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: a antropometria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, 2021.

BELFORT, I.K.P; Fernandes M.A; Monteiro, S.C.M. **Polifarmácia em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial numa capital brasileira**. In: Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2017,. anais eletrônicos... campinas, galoá, 2017. disponível em: <<https://proceedings.science/cbmfc/trabalhos/polifarmacia-em-usuarios-de-um-centro-de-atencao-psicossocial-numa-capital-brasileira>> Acesso em: 20 fev. 2022.

BERKOWITZ R. I; FABRICATORE, A. N. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. **PsychiatrClin North Am.** 2011 Dec;34(4):747-64. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.007. Epub 2011 Oct 19. PMID: 22098801

BOCARDI, S. et al. **Estado nutricional de pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial (CAPS)**. v.6. n.1. Joaçaba: Unoesc e Ciência – ACBS, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Acesso em 10/01/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília, DF: MS, 2022

BRESSAN, J. *et al.* **Nutrição na vida adulta. In: Programa de atualização em nutrição clínica (PRONUTRI).** 1 ed. Porto Alegre. Artmed. 2012

CAMPOS, A. F. e PIRES, R. C. P. Estado nutricional e percepção alimentar em indivíduos institucionalizados com seqüelas de hanseníase. **HansenologiaInternationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, v. 36, n. 2, p. 43-51, 2011.

CARDOSO, F. N. *et al.* Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2020.

CARVALHO, M. H. C. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p. 1-28, 2005.

CARVALHO M. S. *et al.* Metabolismo do triptofano em transtornos mentais: Um enfoque na esquizofrenia. V.29, n.2. São Paulo. **Vittalle**, 2017.

CEZARONI, M. G. *et al.* Analysis of body weight of adults by different indirect methods. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 22, 2020.

CONSULTATION, W. H. O. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization technical report series**, v. 894, p. 1-253. 2000. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>>. Acesso em 21/01/2022.

CORDIOLI, A. V., GALLOIS, C. B. e ISOLAN, L. **Medicamentos: informações básicas.** In: Psicofármacos: consulta rápida. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

COSTA, J. O. et al. **Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project.** v.33, n.4. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** v. 17, n. 2. Rio de Janeiro: Trab. Educ. saúde, 2019.

DENG, C. Effects of antipsychotic medications on appetite, weight, and insulin resistance. **Endocrinology and Metabolism Clinics**, v. 42, n. 3, p. 545-563, 2013.

DICKERSON, F. *et al.* Mortality in schizophrenia and bipolar disorder: Clinical and serological predictors. **Schizophr Res**, v. 170, n. 1, p. 177-183, 2016. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.010. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26607103.

DUARTE, A.S. **The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: A Confirmatory Factor Analysis in a Portuguese sample.** Universidade de Coimbra - UNIV-FAC-AUTOR Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2015.

EDUARD, M.S et al. Co-occurrence of Cardiometabolic Disease Risk Factors: Unhealthy Eating, Tobacco, Alcohol, Sedentary Lifestyle and Socioeconomic Aspects. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, 2019.

EXPERT Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. **Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).** v. 285, n. 19, *JAMA*, 2001.

FEIJÓ. L. P. et al. Diminuição do Estigma sobre Transtorno Mental após Internato em Psiquiatria do Curso de Medicina de Duas Instituições em Fortaleza (CE). v. 43, n. 4. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2019.

FIDELIX, M. S. P et al. **Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição.** São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.

FRANÇA J. O. N. Prevalência de comorbidades clínicas em portadores de transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção. **Psicossocial. Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1. Paraná: Curitiba, 2021.

FREITAS et al. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refratária. **Ciencia y enfermeira**, v. 22, n. 3. Chile: 2016.

FREITAS, L. e VIEIRA, C. M. Atendimento em enfermagem psiquiátrica: concepções dos profissionais de saúde. **Fractal: Rev. de Psicologia**, v. 33, n. 2. São Paulo, 2021.

FREITAS, R.S. et al. Fenótipo cintura hipertriglicéridêmica: fatores associados e comparação com outros indicadores de risco cardiovascular e metabólico no ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, V. et al. Incidencia de diabetes en pacientes tratados con antipsicóticos en atención primaria. **Gaceta Sanitaria**, v. 32, p. 588-589, 2019.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 361-369, 2013.

HASHIMOTO, Y. et al. Effects of antipsychotic polypharmacy on side-effects and concurrent use of medications in schizophrenic outpatients. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 66, n. 5, p. 405-410, 2012.

HONORATO, G. L Tavares. Avante Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 27-38, 2022.

KOHN, R et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap/La salud mental en las Americas: una vision general de la brecha de tratamiento/Saude mental nas Americas: uma visao geral da lacuna de tratamento. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. 1, 2018.

LEITE, S. Habitar, construir, existir: algunas consideraciones sobre el cuerpo en la psicosis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, p. 214-224, 2016.

LEMIEUX, I. et al. Hypertriglyceridemic waist: a marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapoprotein B; small, dense LDL) in men?. **Circulation**, v. 102, n. 2, p. 179-184, 2000.

LOURENÇO, B. S. et al. Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.

LOPRESTI, A. L; DRUMMOND, P. D. Progress. Obesity and psychiatric disorders: Commonalities in dysregulated biological pathways and their implications for treatment. **Neuro-Psychopharmacology&BiologicalPsychiatry**. v.45, 2013.

MACHADO, F. P. et al. Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MIRANDA, D. E. G. A., et al. **Manual de avaliação nutricional do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 103-121, 2019.

NATACCI, L.C. & FERREIRA JÚNIOR, M. The three factor eating questionnaire-R21: translation and administration to Brazilian women. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 383-394, 2011.

NEBHINANI, N. et al. A longitudinal study of change in prevalence of metabolic syndrome and metabolic disturbances 3 months after Clozapine therapy. **J Ment Health Human Behav**, v. 18, n. 1, p. 9-17, 2013.

OLIVEIRA, G. B. et al. NEFROTOXICIDADE POR LÍTIO. **ver AssocMedBras**, v. 56, n. 5, p. 600-6, 2010.

OLIVEIRA, R. M; SANTOS, J. L. F; FUREGATO, A. R. F. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2945. [Access 01/15/2022]; Available in: DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.2202.2945>.

PEÑARANDA, A. B. et al. Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 44, p. 13-28, 2014.

PRÉCOMA, D. B et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.113, n. 4. 2019

RIBEIRO, J M. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas. **Documento Técnico da ANS, RJ**, 2003.

ROCHA, F.L *et al.* Doença mental e estigma. v.25. n.4.MinasGerais. **Rev Med Minas Gerais**, 2015.

SADOCK, B. J; SADOCK, V.A.;RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed, 11. ed. Porto Alegre, 2017.

SANTILLANA, N; CAVIERES, A; VEGA, CI. Ingesta de hidratos de carbono y ácidos grasos de la dieta em sujetos con esquizofrenia y transtorno bipolar, y suas asociaciós com parámetros antropométricos. **Revista Médica de Chile**, v. 144, n. 9, 2016.

SILVA, A. M. et al. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, São Paulo. 2016.

SILVA, M. J. et al. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Rev. de Saúde coletiva**, v. 29, n. 1, Rio de Janeiro, 2019.

SOTO, B et al. O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos: Uma revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 880-889, 2021.

SOUZA, I. T. et al. The evolution of psychopharmaces in the treatment of depression. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 33, n. 2, p. 109-114, 2021

SOUZA, M. M et al. Prevalência de perfis lipídico e glicémico alterados em pacientes com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2014.

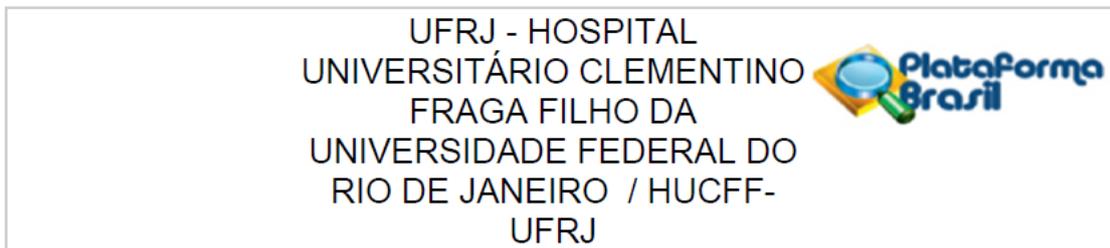
SRIHARI VH, *et al.* Cardiovascular mortality in schizophrenia: defining a critical period for prevention. **Schizophr Res.** 2013;146(1-3): 64-8.

VARGAS, T. S. e SANTOS, Z.E.A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. **Scientia médica**, v. 21. n 1, Porto Alegre, 2011.

VEDANA, K.G.G. e MIASSO, A.I. O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 670-678, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH *et al.* **Mental health atlas 2020**. World Health Organization, 2021.

ZUGNO, A. I *et al.* Energy metabolism, leptin, and biochemical parameters are altered in rats subjected to the chronic administration of olanzapine. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 168-175, 2012.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: -ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS, ACOMPANHADOS EM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador: JUCIRENE VICENTE MARINHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41624720.1.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: HOSPITAL UNIVERSITARIO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.717.544

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Maio de 2021

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador(a))

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: Elaboração de protocolo de atendimento de pacientes com transtornos mentais acompanhados em serviços de psiquiatria no município do Rio de Janeiro.

Prezado (a),

Convido o (a) Sr (a) para participar desta pesquisa que pretende elaborar uma forma de atendimento para pacientes com transtornos mentais acompanhados em serviços de psiquiatria no município do Rio de Janeiro sob responsabilidade da pesquisadora Jucirene Vicente Marinho, sob a orientação da professora DraAvany Fernandes Pereira.

O objetivo principal da pesquisa é orientar o nutricionista para o atendimento que se baseie no diagnóstico nutricional, nos exames laboratoriais e que considere os medicamentos em uso e efeitos que os medicamentos em uso podem provocar na sua alimentação e nas suas medidas corporais. Para sua participação na pesquisa será aplicado um questionário com o objetivo de investigar suas práticas alimentares e será realizada a avaliação de medidas do corpo, consistindo em peso, altura e medida da cintura. Outros dados serão retirados de seu prontuário, como exames laboratoriais de rotina e medicamentos em uso.

Ao assinar o TCLE, o participante estará concordando em permitir a coleta de dados do seu prontuário, pelo pesquisador.

A participação na presente pesquisa envolverá um risco muito baixo a você, uma vez que será aplicado um questionário e não haverá nenhum procedimento agressivo (injeção, esforço físico, etc.) ou ingestão de quaisquer medicamentos ou mesmo com aparência similar. A avaliação dos exames laboratoriais se dará à partir coleta destes dados do prontuário, sendo que os exames serão aqueles feitos na rotina de acompanhamento clínico, não sendo necessária coleta de sangue para esta pesquisa.

Você pode considerar que a participação na pesquisa pode gerar desconforto ou timidez em responder alguma pergunta ou por ter seu corpo medido. A fim de minimizar esses riscos garantimos a privacidade ao responder os questionários e o sigilo das respostas. As medidas de peso e altura serão realizadas mantendo suas próprias roupas (calças, camisas, camisetas, vestidos e peças íntimas). Será solicitado somente a retirada de calçados, casacos e adereços (relógio, cordões, anéis e pulseiras). Essas medidas serão realizadas em ambiente reservado pela pesquisadora responsável. Além disso, você terá sua identidade mantida sob sigilo (isto é, ninguém, além dos pesquisadores, tomará conhecimento das suas respostas).

O presente estudo poderá beneficiar diretamente o informante, na medida em que poderá estimulá-la a compreender questões relacionadas à sua doença como a relação de suas medicações com sua alimentação e prevenção de outras doenças.

Em qualquer fase do estudo você poderá ter acesso aos pesquisadores responsáveis pelo projeto, podendo se comunicar diretamente à nutricionista pesquisadora, Jucirene Vicente marinho, pelo telefone (21) 985530415 ou e-mail: jucirenemarinho@yahoo.com.br, no Serviço de Nutrição e Dietética do HUCFF/UFRJ no endereço Rua Prof. Rodolfo P. Rocco, nº 255, 5º andar – Cidade Universitária- Ilha do Fundão, Rio de Janeiro/RJ. Havendo necessidade, será possível, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP- do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, que é um grupo de pessoas que protege os interesses dos participantes de pesquisa e avalia a condução das pesquisas. HUCFF/FM/UFRJ, Rua Prof. Rodolfo P. Rocco, nº 255, 7º andar Ala E, Cidade Universitária/Ilha do Fundão, Rio de Janeiro/RJ- CEP: 21.941-913. Em caso de dúvidas entre em contato com o CEP/HUCFF/FM/UFRJ de segunda à sexta-feira de 8h às 16h, e-mail: CEP@hucff.ufrj.br- Tel: 39382480 e FAX: 3938-2481. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão controla as questões éticas das pesquisas na instituição e tem como uma das principais funções proteger os participantes da pesquisa de qualquer problema, estando habilitado a tirar as dúvidas dos participantes.

A sua participação neste estudo é absolutamente voluntária, ou seja, todos os participantes estão integralmente livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto provoque qualquer tipo de penalização. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória. Mediante a aceitação, espera-se que você responda o questionário. O acesso aos dados coletados na presente pesquisa será utilizado para elaborar artigos científicos. Porém, todas as informações obtidas serão confidenciais e garantimos o sigilo absoluto de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do participante e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Por outro lado, você poderá ter acesso aos seus próprios resultados a qualquer momento.

Não haverá em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, assim, se porventura ocorrerem, tais como de alimentação, transporte ou quaisquer outras, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Também, não haverá compensação financeira

relacionada à sua participação. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você terá direito à indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. É importante informar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução CNS N° 466 de 2012, estando originalmente prevista no Código Civil (Lei 10.406 de 2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, dos Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da I (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da Responsabilidade Civil). Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais.

Li e concordo em participar da pesquisa

Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro, Data: ____/____/____

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Nome do Pesquisador:

Assinatura do pesquisador :

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES, ADAPTADO PELO AUTOR, COM BASE NO QUESTIONÁRIO DE TRÊS FATORES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR(TFEQ-21)

Nº	QUESTÕES
1	Quando sinto o cheiro de bife frito ou vejo um pedaço suculento de carne, acho muito difícil não comer, mesmo que tenha acabado de fazer uma refeição
2	Geralmente como muito em ocasiões sociais, como festas e piqueniques
3	Sirvo-me de pequenas porções, de propósito, como uma forma de controlar meu peso
4	Eu como quando me sinto ansioso
5	Frequentemente sinto tanta fome que tenho que comer alguma coisa
6	Quando me sinto triste, frequentemente como demais
7	Sinto tanta fome, que meu estômago parece um saco sem fundo
8	Meu peso praticamente não mudou nos últimos dez anos
9	Quando me sinto só, me consolo comendo
10	É você quem prepara sua comida?
11	É você quem compõe seu prato?
12	Realiza refeições em locais públicos, como restaurantes, cafés e bares?
13	Se sente incomodado em realizar refeições em locais públicos?
14	Possui um alimento de grande preferência?
15	Algum alimento lhe remete à uma memória afetiva? Lhe traz uma boa lembrança?
16	Gosta de aprender ou experimentar receitas culinárias?
17	Costuma encontrar amigos para realizar alguma refeição?
18	Usa talheres convencionais para realizar sua alimentação? (garfo e faca)

Legenda: N° número da questão aplicada

ANEXO D – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

O Protocolo de Atendimento Nutricional para pacientes com diagnóstico de Transtornos Mentais Graves e Persistentes proposto no presente documento, considera as práticas alimentares avaliadas a partir de um questionário proposto, bem como a avaliação antropométrica, bioquímica e de pressão arterial, tomando por base os possíveis desfechos para doenças cardiovasculares.

Para tanto o Protocolo de Atendimento Nutricional deve ser aplicado em diferentes etapas, cuja sequência não deve ser estabelecida por uma regra, mas considerar a interação avaliador e sujeito avaliado, respeitando os limites produzidos pela singularidade dessa relação, incluindo a adequada avaliação do momento oportuno. Nesse sentido, o protocolo deve ser totalmente preenchido, para uma melhor avaliação do paciente, mas não necessariamente no mesmo momento.

Os dados obtidos através do questionário poderão ser compartilhado com a rede de assistência no qual o paciente esteja inserido (Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, hospital dia, residências terapêuticas, familiares ou profissionais da assistência), à fim de contribuir com estratégias de socialização.

A conduta terapêutica nutricional, de acordo com a avaliação do estado nutricional, deverá seguir os protocolos para população adulta, uma vez que não há protocolos específicos para a população com transtornos mentais graves. O quadro disponível no anexo E (PSICOFÁRMACOS: apresentação, ação/metabolismo, indicação, contraindicação, efeitos colaterais e interações/cuidados nutricionais), poderá auxiliar na definição do plano alimentar.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data: _____
 ___ / ___ / ___ Prontuário: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / _ Idade: _____ Sexo:
 () M () F Telefone: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

Rendafamiliar: _____

II – HISTÓRICO CLÍNICO:

1. Diagnóstico clínico principal: _____

2. Comorbidades: _____

3. Complicações: _____

4. Etilista () quantas doses/dia Tabagista() quantos maços/dia.

III- HISTÓRICO NUTRICIONAL:

14. Alteração recente de peso: () nenhuma () ganho () perda. Mudança ponderal em Kg, %, período e motivo: _____

15. Faz alguma dieta ou restrição alimentar? Qual o tipo e em quanto tempo?

16. Alteração recente da ingestão alimentar: () sem alterações () diminuiu () aumentou () mudou consistência Motivo e duração: _____

17. Intolerância _____ e _____ alergias alimentares: _____

18. Apetite atual: () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

19. Função intestinal: _____

20. Suplementação nutricional em uso: _____

21. Sintomas gastrointestinais:

() nenhum () náuseas () vômitos () anorexia () hipo/disgeusia () pirose () diarreia () constipação () flatulência () dificuldades para mastigação () disfagia () odinofagia () distensão abdominal () dor abdominal () xerostomia () sialorreia () plenitude gástrica () saciedade precoce

IV- APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES (*)

NOME:

IDADE/ DN:

SEXO:

DATA:

Instruções: Marque verdadeiro ou falso de acordo com o seu comportamento alimentar.

1. Quando sinto o cheiro de comida ou vejo um alimento apetitoso, acho muito difícil não comer, mesmo que tenha acabado de fazer uma refeição. (substituir por generalizada)
 Verdadeiro Falso
2. Geralmente como muito em ocasiões sociais, como festas e eventos sociais
 Verdadeiro Falso
3. Sirvo-me de pequenas porções, de propósito, como uma forma de controlar meu peso.
 Verdadeiro Falso
4. Eu como quando me sinto ansioso (a).
 Verdadeiro Falso
5. Frequentemente sinto tanta fome e tenho que comer alguma coisa.
 Verdadeiro Falso
6. Quando me sinto muito triste, frequentemente como demais.
 Verdadeiro Falso
7. Sinto tanta fome, que meu estômago parece um saco sem fundo.
 Verdadeiro Falso
8. Meu peso praticamente não mudou nos últimos cinco anos.
 Verdadeiro Falso
9. Quando me sinto só, me consolo comendo.
 Verdadeiro Falso

Instruções: responda sim, não ou às vezes de acordo com sua prática alimentar

10. É você quem prepara sua comida?
 Sim Não Às vezes
11. É você quem compõe seu prato?
 Sim Não Às vezes
12. Realiza refeições em locais públicos, como restaurantes, cafés, bares?
 Sim Não Às vezes
13. Se sente incomodado em realizar refeições em locais públicos?
 Sim Não Às vezes
14. Possui alguns alimentos de grande preferência?
 Sim Não
15. Algum alimento lhe traz uma boa lembrança de um momento na sua vida?
 Sim Não Às vezes
16. Gosta de aprender ou experimentar receitas culinárias?
 Sim Não Às vezes
17. Costuma encontrar amigos para realizar alguma refeição?
 Sim Não Às vezes

18. Usa talheres como garfos e facas para sua alimentação?

() Sim () Não () Às vezes

V- AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso corporal atual (kg): _____ Peso usual: _____ Estatura (cm): _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	RESULTADOS	CLASSIFICAÇÃO
IMC (Kg/m ²)		
PC (cm)		

Legenda: IMC: índice de massa corporal; PC: perímetro da cintura;

VI- AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA E DA PRESSÃO ARTERIAL

VARIÁVEIS	RESULTADOS
HDL (mg/dL)	
TG (mg/dL)	
Glicemia de jejum (mg/dL)	
PAS (mmHg)	
PAD (mmHg)	

Legenda: HDL: lipoproteína de alta densidade; TG: triglicerídeos; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

VII- DEFINIÇÃO DO FENÓTIPO CINTURA HIPERTRIGLICERIDÊMICA (FCH) E SÍNDROME METABÓLICA (SM):

Presença de FCH: () sim () não

Presença de SM: () sim () não

VIII- UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

FÁRMACOS	Classificação por ação farmacológica	Classificação de antipsicóticos por geração (primeira ou segunda)	Quantidade e horário

IX- IMPRESSÃO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA NUTRICIONAL:

ANEXO E – PSICOFÁRMACOS: apresentação, ação/metabolismo, indicação, contraindicação, efeitos colaterais e interações/cuidados nutricionais

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
<p>ÁCIDOS GRAXOS OMEGA 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • FISH OIL • ÓLEO DE PEIXE • OMEGA 3 	Compr. 500, 550, 1100 e 1200 mg.	Ômega 3 é um grupo de PUFA, composto por ácido alfa linoleico (ALA), ácido eicosapentaenoico (EPA) e o ácido docosahexanoico (DHA). Absorvido no enterócito, por ação das lipases.	Dislipidemias; profilaxia nas dislipidemias e em outros sintomas psicóticos; tratamento adjuvante ou monoterapia nas síndromes depressivas e bipolares; TDAH; transtorno da personalidade borderline e transtorno de ansiedade.	Pacientes com alergia ou intolerância à peixes ou frutos do mar	Alterações do paladar (gosto de peixe), queixa gastrointestinal (eructação, dispepsia, náuseas, vômitos e incontinência fecal) e aumento no tempo de sangramento. Menos comuns: alterações de enzimas hepáticas, edemas, epistaxe	Incluir na dieta alimentos fontes de ômega 3. Investigar intolerância ou alergia à peixe na anamnese. Observar possíveis sangramentos (nariz, fezes, urina), especialmente em pacientes com uso de Varfarina. Orientar ao paciente que procure o médico, em decorrência destes sintomas.
<p>ACIDO VALPRÓICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DEPAKENE • DEPAKOTE • DEPAKOTE ER • TORVAL • ZYVALPREX • GENÉRICO 	Compr. 125, 250, 300 e 500 mg	Anticonvulsivantes estabilizadores de humor.	Episódios de mania aguda Quadros maníacos/depressivos,	Hepatopatia grave, DM (contém açúcar), doença do ciclo da ureia e gravidez (teratogênico)	Complicações hepáticas e pancreáticas, dispepsia, diarreia, tremor, elevação benigna de transaminases, leucopenia, trombocitopenia, perda capilar, ganho de peso. Sendo em sua	Absorção retardada com ingestão de alimentos. Sendo indicado associar o uso ao alimento, especialmente na fase inicial, para prevenção de toxicidade. Avaliar provas de função hepáticas, hemograma e contagem de plaquetas. Atentar para sintomas de

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAI- NDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
					maioria dose- dependente	hepatotoxicidade: colúria, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos e icterícia. Interação com álcool: potencializa o efeito depressor.
ALPRAZOLAN • FRONTAL • FRONTAL SL • CONSTANTE • GENÉRICO	Compr. 0,25, 0,5, 1 e 2 mg	Metabolizado no fígado e excretado na urina. Potencializa o efeito do GABA, principal neurotransmiss or inibitório do SNC	Transtorno de pânico Agorofobia Transtorno de ansiedade Transtorno depressivo	Glaucoma; miastenias gravis; em associação com cetoconazolitraconazol e delavirdina; DPOC grave	Redução dos reflexos e desempenho psicomotor, fadiga, sonolência, alterações da função hepática, boca seca,	Interação com álcool. Observar a consistência da dieta, deglutição. Acompanhar funções renal e hepática.
AMITRIPTILINA • AMYTRIL • PROTANOL • TRYPTANOL • GENÉRICO	Compr. 10, 25 e 75 mg	Ligada às ptns plasmáticas é sintetizada no fígado e excretada via renal	Transtorno Depressivo Maior Dor crônica (enxaqueca), dor neuropática diabética	IAM recente (3-4 semanas); distúrbios de condução cardíaca; Íleo paralítico	xerostomia, constipação intestinal, ganho de peso, hipotensão postural, sedação, estomatite, fissura por doces, edema, hiper ou hipoglicemia.	Acompanhar funções renal e hepática; estimular ingestão hídrica e consumo adequado de fibras. Atentar para lesões na boca e esôfago (estomatite)
BIPERIDENO • AKINETON	Compr. de 2 e 4 mg	Anticolinérgico e antiparkinsonia no de metabolização hepática	Reações distônicas agudas, parkinsonismo, reações extrapiramidais por uso de antipsicóticos.	Obstrução intestinal; IR; IC ; arritmias cardíacas, hepatopatias, estenose de piloro	xerostomia, constipação, visão turva.	Álcool: potencialização da sedação. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos. Estimular ingestão hídrica e consumo adequado de fibras.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
BROMAZEPAN <ul style="list-style-type: none"> • LEXFAST • LEXOTAN • NEURILAN • GENÉRICO 	Compr. de 3 e 6 mg Gotas: 2,5 mg/ml	BZD com meia-vida de eliminação de 8-19 hs. Metabolizado no fígado. Excreção urinária	TAG, TP, TAS, insônia, agitação (evidências incompletas): doenças neuromusculares, terror noturno, convulsões parciais	Absolutas: DPOC, miastenia gravis, insuficiência hepática grave, síndrome de apneia do sono. Relativas: GAF, drogadição, primeiro trimestre da gravidez e lactentes, comprometimento hepático, depressão respiratória.	Abstinência, ataxia, déficit de atenção, sonolência, fadiga e sedação. Menos comuns: Alteração na função hepática, icterícia, alucinações, ansiedade de rebote, xerostomia, gosto metálico, náuseas, constipação, parestesia, bradicardia, cefaleia, cólica abdominal, diminuição ou perda do apetite, ganho de peso, retenção urinária.	Acompanhar funções hepática, renal e gastrointestinal, intervindo quando necessário. Oferta adequada de fibras e líquidos fracionados. Adequar a consistência da dieta e a oferta por V.O, de acordo com o nível de consciência do paciente.
BUSPIRONA <ul style="list-style-type: none"> • ANSITEC • BUSPANIL • BUSPAR 	Compr. 5 e 10 mg	Ansiolítico. Metabolizado no fígado. Maior disponibilidade quando ingerida com alimentos.	TAG Evidências incompletas: quadros mistos de ansiedade e depressão; retirada de opióides, bulimia nervosa, síndrome pré- menstrual, ansiedade pós- AVC, dispepsia funcional.	Uso associado de IMAOs, IR, glaucoma agudo, lactação, insuficiência hepática grave	Complicações renal ou hepática. Elevação da PA, em uso associado com IMAOs. Possibilidade de alteração da frequência cardíaca	Recomenda-se o uso sempre da mesma forma, ou seja ou sempre com alimentos ou sempre sem, evitando flutuações do nível sérico durante o tratamento. Acompanhar funções hepáticas e renal. Acompanhar PA e frequência cardíaca
CARBAMAZEPINA <ul style="list-style-type: none"> • TEGRETARD • TEGRETOL 	Compr. 200 e 400 mg Gotas: 20 mg/ml	Metabolismo principalmente hepático. É	Manias agudas e episódios mistos. Menores	Absolutas: Doenças hematopoiéticas,	Sonolência, ataxia, náuseas, vômitos, vertigem e visão	Oferta do medicamento próximo às refeições ajudam a minimizar os

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> • TEGRETOL CR • GENÉRICO 		excretada pela urina e pelas fezes	evidências na fase de manutenção, porém com boa resposta nessa fase, quando associada a outros estabilizantes de humor, em especial o lítio. Episódios depressivos bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia com comportamento agressivo.	hepatopatias, depressão da medula óssea, agranulocitose por clozapina, uso concomitante de nefazodona, clozapina ou IMAOs, sendo este, inclusive nos últimos 14 dias . Relativas: DCVs, glaucoma, retenção urinária.	turva, sendo mais comuns no início do tratamento. Alterações dos níveis séricos de T3 e T4, sem aumento associado do TSH. Pode produzir aumento do colesterol total, principalmente do HDL.	efeitos gastrointestinais, especialmente no início do tratamento. Acompanhar funções hepáticas e sinais de risco de DCVs (elevação da PA, sobrepeso e obesidade, gordura abdominal)
<p>CITALOPRAM</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALCYTAN • CIPRAMIL • CITTA • ZOXIPAN • ZYCITAPRAN • GENÉRICO 	Compr. 20 mg	Antidepressivo . Metabolismo hepático.	TDM, TP, TOC, Transtorno disfórico pré-menstrual. Evidências incompletas: TAS, TEPT, TAG, episódio depressivo maior do TB, anorexia e bulimia nervosa, n transtorno de compulsão alimentar,	Absolutas: tratamento concomitante com IMAOs ou com pimozida. Relativas: bradicardia, hipocalemia, hipomagnesemia, IAM recente ou insuficiência cardíaca descompensada,	Náuseas, sudorese, cefaléia, sonolência, tremor, xerostomia e astenia., prolongamento no intervalo QT. Menos comuns: redução do apetite, fadiga, ganho ou perda de peso	Acompanhar adequação do estado nutricional, potássio e magnésio. Oferta adequada e fracionada de líquidos. Oferta de alimentos ácidos, conforme a aceitação. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
CLOMIPRAMINA <ul style="list-style-type: none"> • ANAFRANIL • ANAFRANIL SR • CLO 	Compr. 10, 25 e 75 mg	Antidepressivo . Inibe a receptação de noradrenalina e serotonina. Metabolismo hepático. Excreção renal	TDM, TOC, TEP, EP	Absolutas: IAM recente (3-6 semanas), GAF, íleo paralítico, sintomas do trato urinário inferior (prostatismo) Relativas: Uso concomitante de IMAOs, cardiopatias	Aumento do apetite, náuseas, ganho de peso, xerostalmia, constipação, fadiga, sedação, tontura Menos comuns: alteração no paladar, anemia, diarreia, desregulação da temperatura corporal.	Oferta adequada e fracionada de líquidos e adequada em fibras. Acompanhar função intestinal e hemograma. Acompanhar PA. Oferecer alimentos ácidos, conforme a aceitação.
CLONAZEPAN <ul style="list-style-type: none"> • RIVOTRIL • GENÉRICO 	Compr. 0,5 e 2 mg Gotas: 2,5 mg/ml	BZD. Ação ansiolítica e antimaniaco. Metabolizado pelo fígado e excretado pela urina e pelas fezes.	TP, TAS, mania aguda Evidencias incompletas: TAG, agitação em psicoses agudas, reações catatônicas agudas, TOC	Miastenia gravis, doença de Alzheimer, EM, doença hepática grave, GAF	Ataxia, sonolência, dificuldade de concentração, fadiga, sedação. Evidencias incompletas: sialorreia, alopecia, alteração da função hepática, anorexia, aumento do apetite, xerostomia,	Monitorar funções hepática e renal. Interação com álcool: potencializa o efeito depressor.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
CLORPROMAZINA <ul style="list-style-type: none"> • AMPLICTIL • CLORPROMAZ(*) 	Compr. 25 mg Ampola 5mg/ml Compr. 100 mg (*)	Anticótico de baixa potência. Alimentos, café, cigarro e antiácidos interferem na absorção gastrointestinal	Esquizofrenia, manias, transtorno esquizoafetivo, depressão psicótica, transtorno delirante, psicoses breves Evidências incompletas: borderline, TOC	Antecedentes de discrasias sanguíneas (agranulocitose e leucopenia), estados comatosos, transtornos convulsivos, DCV grave.	Sonolência, constipação, xerostomia, retenção urinária, tontura, hipotensão, aumento de peso. Menos comuns: alteração na função hepática, eosinofilia, hiperglicemia, icterícia, íleo paralítico, leucocitose, leucopenia, sialorreia,	Monitorar função hepática e hemograma. Não oferecer junto com alimentos, café, chá, refrigerantes de cola, cerveja sem álcool. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.
CLOZAPINA <ul style="list-style-type: none"> • LEPONEX 	Compr. 25 e 100 mg	Antipsicótico. Absorção não afetada pela ingestão de alimentos	Esquizofrenia refratária, risco de suicídio persistente em pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, discinesia tardia Evidências incompletas: TB, transtorno esquizoafetivo (quadros maníacos)	Leucocitos: <3.500/mm ³ Neutrófilos: <2000/mm ³ Neutrófilos: <500/mm ³ Íleo paralítico Doenças hepáticas ou cardíacas graves	Agranulocitose: raro, porém grave	Monitorar função hepática, leucograma. Monitorar ganho de peso e controle de riscos para síndrome metabólica

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
DIAZEPAM <ul style="list-style-type: none"> • DIAZEPAM • DIENPAX • VALIUM 	Compr. 5 e 10 mg	É utilizado no tratamento da ansiedade e em diversos transtornos psiquiátricos. Rápida e completamente absorvido pelo Trato gastrointestinal. Lipossolúvel	Ansiedade aguda, insônia, TP, TAG, tratamento das complicações de abstinência de álcool. Evidências incompletas: terror noturno em crianças, síndrome do intestino irritável, tensão muscular, cardioversão, pré-anestésico, procedimentos endoscópios.	GAF, insuficiência respiratória ou DPOC, doença renal ou hepática grave, miastenia gravis	Abstinência, ataxia déficit de atenção, fadiga, sedação, sonolência.	Álcool: potencialização da sedação. Monitorar funções hepática e renal. Orientar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições.
ESCITALOPRAM <ul style="list-style-type: none"> • ESC • ESCILEX • ESPRAN • EXODUS • LEXAPRO • RECONTER • SEDOPAN 	Compr. 10 e 20 mg Gotas: 20 2 25 mg/ml	Metabolismo hepático	TDM, TP, TAG, TAS e TOC. Evidências incompletas: depressão na adolescência, prevenção de depressão pós-AVC, TAS na infância e adolescência, transtorno depressivo persistente, depressão bipolar	Uso concomitante de medicamentos que prolonguem o intervalo QT, IMAOs ou Pimozida	Náuseas, xerostomia, diminuição ou aumento do apetite, sonolência, tremores e vômitos. Menos comuns: alterações do paladar, edema, hemorragia gastrointestinal, perda ou ganho de peso	Acompanhar, função hepática, e gastrointestinal, especialmente presença de sangue nas fezes. Atentar para ganho ou perda excessiva de peso. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
FLUNITRAZEPAM <ul style="list-style-type: none"> • ROHYDORM • ROHYPNOL 	Compr. 1 mg ou 2 mg	Efeito ansiolítico, anticonvulsivante, miorelaxante e hipnótico. Metabolismo plasmático.	Insônia, sedação pré-cirúrgica. Evidências incompletas: controle do comportamento agressivo em psicóticos.	Absolutas: Insuficiência hepática e respiratória graves, síndrome da apneia do sono, miastenia gravis. Relativas: IR grave, história de dependência química.	Sonolência, diminuição dos reflexos, comprometimento de psicomotricidade nas primeiras 12 horas após ingestão.	Atentar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições.
FLUOXETINA <ul style="list-style-type: none"> • DAFORIN • FLUXENE • PROZAC • PSIQUIAL • VEROTINA • ZYFLOXIN • GENÉRICO 	Compr. 10,20 e 90 mg Gotas: 20 mg/ml	Efeito antidepressivo e amplamente utilizada em outras condições psiquiátricas. Rapidamente absorvida no TGI. Os alimentos parecem não afetar sua disponibilidade sistêmica, mas podem retardar sua absorção. É metabolizada no fígado.	TDM, TOC, TP, bulimia nervosa, TEPT, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo persistente. Evidências incompletas: TAS, transtorno dismórfico corporal, TAG, enurese noturna, anorexia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, obesidade.	Quadros de agitação psicomotoras, depressão do SNC, doenças cerebrovasculares, Insuficiência renal e hepática, DCVs graves.	ECEs, tremor, agitação, xerostomia e ganho de peso.	Acompanhar ganho de peso. Monitorar funções hepáticas e renal. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
FLURAZEPAM <ul style="list-style-type: none"> • DALMADOR M 	Compr. 30 mg	Hipnótico. Metabolizado no fígado e absorvido no TGI	Insônia	Glaucoma, insuficiência respiratória ou DPOC, síndrome da apneia do sono, miastenia gravis, IR ou hepática grave,	Sonolência diurnas, hipocinesia, cefaleia, ataxia, disartria, tontura. Menos comuns: alteração da função hepática, constipação, diarreia, náuseas, vômitos.	Monitorar funções hepática, renal e intestinal. Atentar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições.
HALOPERIDOL <ul style="list-style-type: none"> • HALDOL • HALDOL DECANOATO 	Comp. 1 e 5 mg Ampola: 5 mg/ml	Antipsicótico. Metabolismo hepático. Excretado pelas fezes (60%) e urina (40%).	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, episódios maníacos, agitação em caso de demência ou transtorno orgânico.	Depressão grave Doença de Parkinson	Acatisia, distonias, hipercinesia, hipertonia, parkinsonismo, sonolência, tremor. Menos comuns: xerostomia, constipação, náuseas, retenção urinária, sedação.	Monitorar funções hepática, renal e intestinal. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos. Atentar para riscos de acidentes relacionados ao tremor, muitas vezes o paciente necessita de auxílio no porcionamento do prato e locomoção com prato e demais utensílios à mão.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
HIDROXIZINA <ul style="list-style-type: none"> • CLORIDRAT O DE HIDROXIZIN A • DRIXI • DROTIZIN • HIDROXIZIN E • HIXIZINE • MARAX • PRURI-GRAN • PRURIZIN 	Compr. 10 e 25 mg Solução oral: 2 mg/ml 10 ml/5 ml	Anti- histamínico, usado no transtorno da ansiedade. Metabolizado no fígado e absorvido no TGI	Prurido causado por urticária, dermatoses ou mediado por histamina. Evidências incompletas: TAG, antiemético e insônia	Relativas: GAF, hiperplasia prostática ou obstrução urinária, asma ou DPOC	Xerostomia, cefaleia, fadiga, sedação, sonolência.	Álcool: potencialização da sedação. Monitorar função hepática e intestinal. Atentar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições.
IMIPRAMINA <ul style="list-style-type: none"> • DEPRAMINA • IMIPRA • MEPRAMIN • TOFRANIL • TOFRANIL PAMOATO • UNI IMIPRAX 	Compr. 10,25,75 ou 150 mg	Ação anticolinérgica. Ingestão de alimentos não afeta sua absorção e disponibilidade . Metabolizada no fígado. Excreção 80% via urinária e 20% pelas fezes.	TDM, TP, TAG, transtorno depressivo persistente, enurese noturna em crianças maiores de 6 anos. Evidências incompletas: TDAH em crianças, TEPT, dor neuropática, cistite intersticial, SCI.	Absolutas: IAM recente (3 a 4 semanas), prostatismo ou retenção urinária, íleo paralítico, GAF. Relativas: uso associado a IMAOs, alterações na condução cardíaca, ICC, história de convulsões, hipertireoidismo.	Xerostomia, constipação intestinal, Hipotensão, tontura, visão turva. Menos comuns: epigastralgia, diarreia, alteração do paladar, estomatite, hipertensão, hipo ou hiperglicemia, leucocitose, leucopenia,	Monitorar função hepática, renal, intestinal, PA, glicemias e leucograma. Atentar para alteração do paladar e estomatite. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
LEVODOPA+CLORIDRATO DE BENSERAZIDA <ul style="list-style-type: none"> • PROLOPA 	Comp. 125 mg E 250 mg (DR)	Antiparkinsoniano. Associação de duas substâncias, a levodopa, um precursor da dopamina, e o cloridrato de benserazida, uma enzima que tem como função não deixar a levodopa ser transformada em dopamina antes de entrar no SNC.	Indicado para todos os estágios da doença de Parkinson e sintomas parkinsonianos do uso de fármacos AP.	Uso concomitante de IMAOs, gravidez e amamentação, hepatopatias graves, IR grave e doenças não controladas nas glândulas endócrinas (produtoras de hormônios)	Observa-se redução do efeito, quando é ingerido com uma refeição rica em proteínas. Sonolência e episódios de sono de início repentino. Alterações gastrointestinais (constipação) principalmente nos estágios iniciais do tratamento, anorexia, perda de peso. Menos comuns: leucopenia transitória, e trombocitopenia	Deve ser administrado no mínimo 30 minutos antes ou 1 hora após as refeições. Observar sintomas gastrointestinais. Orientar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições. Acompanhar leucograma e hemograma.
LEVOMEPRMAZINA <ul style="list-style-type: none"> • LEVOZINE • Meprozin • NEOZIN 	Compr. 25 ou 100 mg Gotas: 4 ou 40 mg/ml Injetável: 25 mg/5 ml	Ação sedativa e analgésico. Metabolizada no fígado. Excreção renal e biliar.	Esquizofrenia, mania aguda com sintomas psicóticos, depressão psicótica, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, psicoses breves. Evidências incompletas: transtorno neurocognitivo, psicose induzida	Gravidez e amamentação, antecedentes de discrasias sanguíneas, estados comatosos ou depressão acentuada do SNC, epilepsia, doenças hepáticas e DCV grave.	Aumento do apetite, xerostomia, constipação, salivação, sedação, taquicardia, tontura e fotossensibilidade cutânea.	Monitorar função hepática e hemograma completo. Acompanhar ganho de peso e função intestinal. Oferta adequada e fracionada de água.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME- TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAI- NDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI- DADOS NUTRICIONAIS
			por substâncias, sintomas ansiosos.			
LÍTIO <ul style="list-style-type: none"> • CARBOLIM • CARBOLITIUM • CARBOLITIUM CR • CARBONATO DE LITÍUM 	Compr. de 300 e 450 mg (CR)	Estabilizador de humor. Excretado principalmente pelos rins.	Episódios maníacos e transtornos bipolares, depressão recorrente grave; potencializa ação de antidepressivos; transtorno esquizoafetivo.	Absolutas: IR grave, bradicardia sinusal, arritmias ventriculares graves, ICC. Relativas: hipotireoidismo e gravidez.	Acne, aumento do apetite, xerostomia, edema, fezes amolecidas, ganho de peso, gosto metálico, náuseas, polidipsia, poliúria, tremores finos. Complicações renais e cardíacas, em caso de depleção de sódio; risco de intoxicação, concomitante ao uso de diuréticos.	Indicação normal de sal, ingestão de líquidos de 1-1,5 l/dia; restrição de cafeína (relacionado à perda de excreção de água. Monitorar função renal, (creatinina e eletrólitos), tireóide, litemia e hemograma.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
OLANZAPINA <ul style="list-style-type: none"> • AXONIUM • CRISAPINA • EXPOLID • KOTICO • LANZAMED • LEUPINE • OPINOX • ZAP • ZOPYX • ZYPREXA • ZUPREXA IM(*) • GENÉRICO 	Compr. 2,5, 5 e 10 mg (*)Ampola: 10mg/5ml	Estabilizador de humor. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Metabolismo hepático. Excreção renal.	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo; TB; Agitação psicomotora, adjuvante no tratamento de TDM. Evidências incompletas: transtorno de personalidade borderline, psicose induzida por Canabis, anorexia nervosa, TEPT, TP, TAS e TAG	Relativas: GAF, doenças isquêmicas cardiovasculares e cerebrovasculares, quadros demenciais, obesidade, DM e risco de desenvolver a doença.	Ganho de peso, sedação e sonolência, aumento transitório das transaminases. Menos comuns: discrasias sanguíneas, dislipidemia, hiperglicemia.	Monitorar: função hepática, ganho de peso, lipidograma, leucograma e glicemia.
PAROXETINA <ul style="list-style-type: none"> • AROPAX • AROTIN • BENEPAX • CEBRILIN • DEPAXAN • MORATUS • PAXAN • PAXIL CR • PAXTRAT • PONDERA • PRAXETINA • ROXETIN 	Compr. 10,15,20,25,30 e 40 mg	Antidepressivo . Alimentos e antiácidos não interferem em sua absorção. Metabolizada no fígado e excretada na urina.	TDM, TOC, transtorno depressivo persistente, TP, TAG, TAS, TEPT, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno do jogo. Evidências incompletas: EP, fibromialgia, problemas de sono em pacientes em	Uso concomitante com IMAOs ou até 2 semanas após sua suspensão.	Aumento do apetite, xerostomia, constipação, sedação, taquicardia. Menos comuns: ganho de peso, anemia aplásica, eosinofilia, fotossensibilidadercutânea, icterícia, hiperglicemia, íleo parafítico, leucopenia, parkinsonismo, icterícia.	Monitorar função hepática, intestinal, leucograma, glicemias e ganho de peso. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
			quimioterapia.			
PIMOZIDA <ul style="list-style-type: none"> • ORAP 	Compr. 1 e 4 mg	Antipsicóticos. Metabolismo hepático e excreção renal.	Esquizofrenia Evidências incompletas: transtornos de tique, Transtornos delirantes, delírios secundários a parasitoses e síndromes dolorosas.	Absolutas: arritmias cardíacas, síndrome congênita do intervalo QT longo. Depressão do SNC e estados comatosos, hipocalcemia e hipomagnesemia. Relativas: insuficiência hepática grave; doença de Parkinson, insuficiência cardíaca ou taquicardia persistente.	Parkinsonismo, ECEs, rigidez muscular, tremores finos. Menos comuns: alteração da função hepática, aumento do apetite, náuseas e vômitos.	Monitorar função hepática, renal e níveis de potássio e magnésio.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/METABOLISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUIDADOS NUTRICIONAIS
PROMETAZINA <ul style="list-style-type: none"> • FENERGAN • PAMERGAN • PROFERGAN • PROMECLOR • PROMETAZO L 	Compr. 25 mg Ampola: 25 mg/2 ml	Anti-histamínico Potencializa os efeitos sedativos dos AP na agitação psicomotora. Concentra-se no fígado, rins e intestinos.	Adjuvante ao uso de AP. Náuseas e vômitos; alergias e cinetose. Evidências incompletas: tratamento de ECEs dos APs, insônia, hiperêmese gravídica, adjuvante no tratamento para enxaqueca.	Absolutas: portadores de discrasias sanguíneas, história de agranulocitose devido à outras fenotiazinas. Relativas: hipertrofia prostática, GAF, asma, lactantes, úlcera péptica estenosante e obstrução piloduodenal.	Sonolência, xerofotamia, dor epigástrica, retenção urinária. Menos comuns: aumento do apetite, constipação, diarreia, delirium, eczema, leucopenia, plaquetopenia, náuseas e vômitos.	Álcool: potencialização da sedação. Monitorar função hepática, renal e intestinal. Monitorar leucograma e ganho de peso. Atentar para que o paciente esteja bem acordado durante as refeições.
QUETIAPINA <ul style="list-style-type: none"> • QUEROPAX • QUETROS • NEOTIAPIM • SEROQUEL • SEROQUEL XRO(*) • QUEOPINE • QUEROK 	Compr. 25,100,200 e 300 mg Compr.(*):50,200 e 300 mg	Antipsicótico atípico. Metabolizada no fígado. Excreção renal e fecal.	Esquizofrenia em adultos e adolescentes maiores de 13 anos; manias; depressão bipolar; manutenção no transtorno bipolar. Evidências incompletas: sintomas depressivos da esquizofrenia, TAG, adjuvante no tratamento do TOC.	Relativo: uso em crianças menores de 13 anos para esquizofrenia e menores de 10 anos para episódios maníacos.	Xerostomia, dislipidemia, elevação de níveis séricos de triglicerídeos, elevação do colesterol total, aumento do peso, hipotensão.	Monitorar parâmetros para risco de Síndrome metabólica: Monitorar ganho de peso, circunferência abdominal, PA, glicemia e perfil lipídico.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
RISPERIDONA <ul style="list-style-type: none"> • ESQUIDON • RESPIDON • RIPEVIL • RISPERDAL • RISPERIDON • RISS • ZARGUS • GENÉRICO 	Compr. 1,2 e 3 mg Gotas: 1 mg/ml	Antipsicótico atípico. Metabolizada no fígado. Excretado principalmente por via renal.	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo; mania aguda; manutenção no transtorno bipolar; irritabilidade e sintomas comportamentais no TEA. Evidências incompletas: adjuvante no tratamento do TOC; transtornos depressivos com sintomas psicóticos.	Gravidez e lactação IR ou hepática grave	Oral: acatisia, sonolência, agitação, ansiedade, aumento do apetite, cefaleia, fadiga, ganho de peso, incontinência urinária, insônia, tremor, distonia, vertigem. De longa ação: acatisia, cefaleia, fadiga, ganho de peso, tremor, constipação, dispepsia, dores em extremidades.	Monitorar parâmetros para risco de Síndrome metabólica: Monitorar ganho de peso, circunferência abdominal, PA, glicemia e perfil lipídico. Monitorar IMC mensalmente por três meses e subsequente a cada três meses, sendo com maior frequência em diabéticos ou pacientes com ganho de peso maior que 5%.
SERTRALINA <ul style="list-style-type: none"> • ASSERT • DIELOFT • SERED • SERENATA • TOLREST • ZOLOFT • ZOLTRALIN A • ZYSERTIN • GENÉRICO 	Compr. 25, 50, 75 e 100 mg	Antidepressivo . A ingestão como alimentos acelera a absorção. É 98% ligada a proteínas plasmáticas.	TDM, TOC, TEPT, TP, TAS, TAG, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo persistente. Evidências incompletas: transtornos alimentares (transtorno de compulsão alimentar e bulimia nervosa),	Uso concomitante de IMAOs, uso concomitante de Pimozida e tioridazina.	Xerostomia, cefaleia, diarreia, disfunção sexual, insônia, náusea, sonolência e tontura. Menos comuns: Agitação, astenia, alteração do apetite, alteração de peso, alteração da função epática, alopecia, cólicas abdominais, dor epigástrica, fadiga, flatulência, hiponatremia, plaquetopenia.	Monitorar função hepática e renal, peso, função gastrointestinal. Investigar sintomas de sangramento. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
			dependência de álcool, sintomas climatéricos, transtorno por uso de cocaína.			
SIBUTRAMINA <ul style="list-style-type: none"> • SIBUS • GENÉRICO 	Compr. 10 e 15 mg	Desenvolvida originalmente como antidepressivo, mas com propriedades com indução de perda de peso, por produzir sensação de saciedade; É utilizada no tratamento de obesidade (IMC > 27 kg/m ²), ou em pacientes com IMC > que 27 kg/m ² na	Tratamento de obesidade. Evidências incompletas: IMC > que 27 na presença de fatores de risco, ganho de peso induzido por APs na esquizofrenia.	Absolutas: Cardiopatias, hipertensão não controlada (> que 145/90 mmHg) história prévia ou atual de transtornos alimentares, uso concomitante de anfetaminas e IMAOs. Relativas: histórias de DM tipo2, com pelo menos outro fator de risco, IMC>30 Kg/m ²	Anorexia, constipação, xerostomia, insônia, taquicardia, palpitações, aumento da PA, vasodilatação (ondas de calor), náusea, tontura, parestesia, cefaleia, ansiedade, sudorese e alteração no paladar. Menos comuns: Alteração reversível das provas de função hepática, alteração transitória da memória recente, flatulência.	Monitorar funções hepática e renal. Avaliar Indicação de dieta hipocalórica. Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME- TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI- DADOS NUTRICIONAIS
		presença de fatores de risco(diabetes, dislipidemia e hipertensão controlada) A farmacocinética é semelhante em indivíduos obesos e em indivíduos com o peso normal. Metabolismo hepático e excreção urinária.				
TIORIDAZINA <ul style="list-style-type: none"> • MELLERIL • UNITIDAZIN 	Compr. 10,25,50, 100 e 200 mg	Metabolismo hepático.	Esquizofrenia (atualmente utilizada como fármaco de segunda linha). Evidências incompletas: transtornos neurocognitivos maiores (demências com agitação) e psicoses na infância.	Antecedentes de discrasias sanguíneas, estados comatosos ou depressão acentuada do SNC, epilepsia.	Aumento do apetite, constipação, hipotensão postural, sedação, tontura, tremores finos. Menos comuns: Agranulocitose, alteração da função hepática, alterações cardíacas, disartria, ganho de peso, hiperglicemia, icterícia, fleoparalítico, náuseas, retenção urinária e parkinsonismo.	Monitorar função hepática, renal e gastrointestinal. Atentar para que o paciente esteja desperto ao se alimentar.
TOPIRAMATO	Compr. 25,50 e 100 mg	É	Epilepsia,	Absolutas: Gravidez.	Anorexia, ataxia,	Monitorar funções renal e

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> • AMATO • TOPAMAX • TOPTIL • GENÉRICO 		<p>minimamente metabolizado no fígado, com aumento de 2 a 3 vezes quando associado ao uso de fármacos indutores de enzimas hepáticas (carbamazepin a e fenitoína). Excreção urinária.</p>	<p>profilaxia de enxaqueca crônica, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, redução de ganho de peso em associação a estabilizadores de humor, obesidade e TEPT. Evidências incompletas: transtorno de uso por álcool ou cocaína, controle de sintomas comportamentais na doença de Alzheimer, transtorno do controle de impulsos como coadjuvante no tratamento de TOC.</p>	<p>Relativas: IR de moderado a grave.</p>	<p>cefaleia, déficit cognitivo, diarreia, dispepsia, fadiga, insônia, náusea, parestesias, tonturas, tremor, sonolência. Menos comuns: Acidose metabólica hiperclorêmica, agitação, aumento do risco para formação de cálculos renais, alteração de paladar, retardo psicomotor.</p>	<p>gastrointestinal. Incluir medidas dietoterápicas para controle e redução do peso.</p>
<p>TRAZODONA</p> <ul style="list-style-type: none"> • DONAREN • DONAREN RETARD(*) 	<p>Compr. 50 e 100 mg Compr. 150 mg</p>	<p>Antidepressivo atípico; Rapidamente absorvido após a administração por VO;</p>	<p>TDM. Evidências incompletas: hipnótico e ansiolítico, como alternativa aos BZDs, insônia</p>	<p>Uso concomitante de IMAOs em fase de recuperação pós IAM.</p>	<p>Xerostomia, cefaleia, fadiga, ganho de peso, alteração do paladar, irritação gástrica, náusea e sedação. Menos comuns: Agronulocitose,</p>	<p>Monitorar funções hepática e gástrica, monitorar peso. Atentar para sintomas de hepatotoxicidade: colúria, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos e icterícia.</p>

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
		Alimentos aumentam sua absorção. É metabolizada no fígado, e principalmente excretada pela urina. Ação antidepressiva em doses altas e efeito hipnótico em doses baixas.	decorrente do uso de antidepressivos, TAG.		anemia, constipação, diminuição dos reflexos musculares, edema, flatulência, hepatotoxicidade.	Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.
TRIFLUOPERAZINA • STELAZINE	Compr. 5 e 2 mg	Antipsicótico. Apresenta boa absorção por VO. Metabolizada no fígado e excretada nos rins.	Esquizofrenia, adjuvante no tratamento dos transtornos de humor, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, episódios psicóticos. Evidências incompletas: quadros demenciais com agitação, psicoses na infância.	Quadros de depressão do SNC, discrasias sanguíneas, DPOC grave, epilepsia, câncer de mama, gravidez e amamentação, DP e asma.	Aumento do apetite, xerostomia, constipação, desartria, hipotensão postural, salivação, sedação, taquicardia e tontura. Menos comuns: agranulocitose, alteração da função hepática, anemia plásica, ganho de peso, hiperglicemia, leucocitose e leucopenia.	Monitorar função intestinal. Monitorar peso.
ZOLPIDEM • LIORAM	Compr. 5 e 10 mg	Indutor do sono,	Insônia.	Miastenia gravis, insuficiência hepática	Tontura, diarreia, ataxia, fadiga,	Monitorar função hepática e gastrointestinal.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	AÇÃO/ME TABO- LISMO	INDICAÇÃO	CONTRAINDI- CAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES/CUI DADOS NUTRICIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> • PATZ SL • STILNOX • GENÉRICO 		rapidamente absorvido por VO, porém com absorção reduzida com uso de alimentos, liga-se as proteínas plasmáticas, e é excretado na urina e fezes.		grave, depressão e/ou ideação suicida graves, insuficiência respiratória grave.	hipotensão, cefaleia e sonolência diurna. Menos comuns: abstinência, ansiedade, xerostomia, constipação, dor abdominal, náuseas e vômitos.	Estimular salivação, com oferta de frutas cítricas e alimentos úmidos, na forma de purês e caldos.