

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS EM NATAL – RN

ARTIGO

Augusto César Barros
Nutrição - UnP

Sabrina Freire Barbalho
Nutrição – UnP

Rafaela Paula Gomes
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Oeste – Natal/RN

Ana Heloneida Araújo Morais
Nutrição - UFRN

RESUMO

Para um planejamento alimentar adequado, diversos fatores devem ser considerados como assegura as Quatro Leis da Nutrição. Em pacientes com transtornos mentais não é diferente, a alimentação tem que ser harmônica, adequada, quantitativa e qualitativamente equilibrada. O presente estudo estruturar um modelo de conduta alimentar para prevenção e promoção a saúde relacionada a bons hábitos alimentares, para os usuários em regime intensivo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Oeste, baseando-se justamente na inserção do nutricionista em um campo de trabalho ainda pouco explorado nestes serviços. Esse trabalho utiliza-se das ferramentas de avaliação e diagnóstico do estado nutricional. Por meio de métodos antropométricos se pôde observar que a maioria dos usuários do centro encontrava-se em estado de sobrepeso e obesidade, apresentando-se com sobrepeso 29% e 33% e obesidade 64% e 34% os homens e as mulheres respectivamente. Outro parâmetro muito importante, a circunferência da cintura, revelou dados preocupantes, como o que 72% dos usuários do sexo masculino estavam em risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares, e os usuários do sexo feminino com 83%. Com o diagnóstico do grupo foi conveniente propor um cardápio modelo para a instituição a fim de nortear e tentar reverter esse estado em que a maioria se encontra, foram calculadas as necessidades calóricas e nutricionais do grupo com base no peso estimado, tido como eutrófico para todo o grupo. Diante do exposto, a melhoria dos hábitos dietéticos dos usuários do CAPS II Oeste, Natal-RN, pede cuidado especial e estratégias que contribuam para promover uma alimentação completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde, para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis devem torna-se prioridade.

Palavras chaves: Antropometria. Alimentação e Nutrição. Atenção primária à saúde.

NUTRITIONAL PROFILE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN NATAL - RN

ABSTRACT

For a proper meal planning, several factors should be considered to ensure the Four Laws of Nutrition. In patients with mental disorders is no different, the food has to be harmonious, appropriate, quantitatively and qualitatively balanced. This study design an appropriate feeding for prevention and health promotion related to eating habits, for users in an intensive system of the Center for Psychosocial Care (CAPS) II West, based on precisely the insertion of the nutritionist in a field work remains little explored in these services. This work utilizes the tools of assessment and diagnosis of nutritional status. Through anthropometric methods one might observe that most users of the center was in a state of overweight and obesity, presenting with 29% overweight and obesity 33% and 64% and 34% men and women respectively. Another very important parameter, waist circumference, revealed alarming, as 72% of male users were at very high risk of developing cardiovascular disease, and female users with 83%. With the diagnosis of the group was to propose a menu template for the institution to guide and try to reverse this state in which the majority found, were calculated caloric and nutritional needs of the group based on the estimated weight for all considered eutrophic the group. Given the above, improving dietary habits of users of CAPS II West, Natal-RN, calls special attention and strategies that will help promote a complete food, varied and palatable to health promotion, prevention and control chronic diseases should become a priority. Keywords: Anthropometry. Food and Nutrition. Primary health care.

PERFIL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN NATAL – RN

RESUMEN

Para una correcta planificación de las comidas, varios factores deben ser considerados para asegurar las Cuatro Leyes de la nutrición. En los pacientes con trastornos mentales no es diferente, la comida tiene que ser armónico, adecuado, cuantitativa y cualitativamente equilibrada. Este estudio de diseño de una alimentación adecuada para la prevención y promoción de la salud relacionados con los hábitos alimenticios, para los usuarios en un sistema intensivo del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) II Oeste, basado precisamente en la inserción de la nutricionista en un campo trabajo sigue siendo poco explorado en estos servicios. Este trabajo utiliza las herramientas de evaluación y diagnóstico del estado nutricional. A través de métodos antropométricos se puede observar que la mayoría de los usuarios del centro se encontraba en un estado de sobrepeso y obesidad, que presentan sobrepeso y obesidad 29% al 33% y 64% y 34% de hombres y mujeres, respectivamente. Otro parámetro muy importante, la circunferencia de la cintura, reveló alarmantes, el 72% de los usuarios varones tenían un riesgo muy alto de desarrollar enfermedades cardiovasculares y las mujeres usuarias de 83%. Con el diagnóstico del grupo consistía en proponer una plantilla de menú de la institución para orientar y tratar de revertir este estado en el que la mayoría se encuentran, se calcularon las necesidades calóricas y nutricionales en el grupo basado en el peso estimado para

todos considerados eutróficos del grupo. Teniendo en cuenta lo anterior, la mejora de los hábitos alimentarios de los usuarios del CAPS II Oeste, Natal-RN, llama especialmente la atención y las estrategias que ayudarán a promover una alimentación completa, variada y apetecible para promoción de la salud, prevención y control enfermedades crónicas deben ser una prioridad.

Palabras clave: Antropometría. Alimentación y Nutrición. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Sociedades modernas e industrializadas parecem convergir em um padrão dietético com alto conteúdo de gorduras totais, colesterol, açúcar, carboidratos refinados, baixo teor de ácidos graxos insaturados e de fibra, padrão frequentemente denominado “dieta ocidental”. Levando a um aumento na incidência da obesidade em todas as faixas etárias, etnias, classes sociais, regiões e culturas (COUTINHO et al., 2008; BRASIL, 2010).

A associação de uma dieta excessivamente calórica e rica em lipídios com pouca atividade física, tão comum em nossos dias, tem resultado em epidemia mundial de obesidade, levando ao comprometimento do estado nutricional do indivíduo (BERTO et al., 2010).

Para um planejamento alimentar adequado, diversos fatores devem ser considerados como assegura as Quatro Leis da Nutrição. Em pacientes com transtornos mentais não é diferente, a alimentação tem que ser harmônica, adequada, quantitativa e qualitativamente equilibrada.

A associação entre transtornos psiquiátricos e distúrbios metabólicos é aventada de longa data. Ainda no final do século XIX, sir Henry Maudsley, eminente psiquiatra inglês, afirmou que “o diabetes é uma doença freqüentemente presente em famílias nas quais também prevalece a insanidade” (HOLT; PEVELER; BYRNE, 2004).

Portanto, os nutrientes de uma forma geral devem estar adequados às necessidades de cada indivíduo. Para tanto, existem referências como as *Dietary Reference Intakes* (DRIs) para os micronutrientes e macronutrientes que podem ser utilizadas para planejar dietas, definir rotulagem e planejar programas de orientação nutricional.

A avaliação do estado nutricional, neste contexto, é de fundamental importância, tendo como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo.

A avaliação nutricional de coletividades parte do geral identifica o particular e explica o individual. Explica as relações causais dos processos nutricionais e não apenas os efeitos ou as conseqüências. Também permite intervenções adequadas não apenas no tocante aos efeitos, mas, sobretudo no tocante às causas (VASCONCELOS, 2000).

O IMC (Índice de Massa Corpórea) é muito utilizado e difundido como método de avaliação do estado nutricional e leva em consideração peso em quilos, dividido pela altura em metros ao quadrado, classificando o paciente desde baixo peso até obesidade mórbida. Trata-se de um método fácil e rápido de se diagnosticar o estado nutricional do paciente logo no primeiro momento. Por meio dos valores de IMC é possível classificar o estado nutricional. Outro método de avaliação antropométrica é a medida da circunferência da cintura, a WHO (*World Health Organization*), (1998) recomenda por

Extensão e Sociedade – 2012 – Ano 3 – Nº 5 – Vol. 1 - PROEX

refletir melhor o conteúdo de gordura visceral e por se correlacionar muito bem com o risco cardiovascular.

Portanto, com o intuito de melhorar os níveis de qualidade de vida, utilizando como ferramenta a avaliação nutricional e como cenário o ambiente que o indivíduo passa mais tempo e tem acesso a grande parcela da alimentação diária, é necessário oferecer condições destas pessoas de gerenciar sua própria saúde por meio de um acompanhamento progressivo e individual. O papel do nutricionista, professores, familiares e cuidadores é dar informações conjuntamente a respeito de uma alimentação saudável e seus valores nutricionais devendo valorizar comportamentos pessoais e interpessoais, tanto do profissional de nutrição, quanto do paciente envolvido, características que são fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção e conseqüente melhora na saúde do paciente.

Neste estudo foram coletados dados antropométricos e calculada a estimativa do gasto energético total para traçar o perfil nutricional dos usuários em regime intensivo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Oeste, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Natal e planejado um plano alimentar para prevenção e promoção a saúde relacionada a bons hábitos alimentares. O CAPS é um centro de atenção psicossocial, criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um serviço de saúde aberto à comunidade; lugar de referência para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, tendo como principal objetivo a inserção social.

O estudo contou com o apoio dos familiares, cuidadores, técnicos, funcionários e diretores da instituição referida, baseando-se justamente na inserção do nutricionista em um campo de trabalho ainda pouco explorado nestes serviços. O nutricionista empenhado numa proposta de educação de hábitos alimentares pretende de forma efetiva trazer para o dia-a-dia das pessoas envolvidas, aqueles alimentos que possuem características de prevenção e promoção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, desenvolvido com a participação dos pacientes com transtornos mentais, adultos, entre os meses de agosto e novembro de 2008. Neste estudo a amostra foi específica, e não probabilística visando atender todos os 23 usuários do tratamento intensivo do CAPS II Oeste localizado na Rua Murilo de Melo Nº. 1924, Lagoa Nova, Natal-RN, participantes do Projeto “Intervenção para Alimentação Saudável: Uma Estratégia de Prevenção e Promoção à Saúde”, desenvolvido pela Universidade Potiguar (UnP). Por motivos de recusas dos familiares, dos responsáveis legais capazes ou mesmo do próprio usuário, a amostra limitou-se a 20 participantes, sendo 06 do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Os familiares ou os responsáveis legais capazes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os indivíduos participarem deste estudo. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Potiguar, onde a pesquisa foi realizada, e cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (protocolo: 118/2008).

Os participantes foram identificados por suas iniciais, idade e sexo, sendo assegurada a manutenção do sigilo com relação às informações coletadas, de acordo com a ética. O direito de participar da pesquisa, bem como sua saída em qualquer fase da mesma, foi respeitado, sem prejuízos para o cliente.

Para avaliação do estado nutricional dos participantes e padronização das medidas antropométricas, foram utilizadas as variáveis, peso atual (Kg) e estatura (cm), para a obtenção do índice de Massa Corporal (IMC) representado pela divisão da massa corporal em quilograma, pela estatura em metros, elevada ao quadrado, ou seja, $[IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}]$. Para o diagnóstico do estado nutricional com o cálculo do IMC foi utilizado a classificação de acordo com a WHO (6), que propõe pontos de corte específicos, sendo valores de IMC < que 18,5 Baixo peso, entre 18,5 - 24,9 Eutrófico, entre 25,0 - 29,9 Pré obeso, entre 30,0 - 34,9 Obeso classe I, entre 35,0 - 39,9 Obeso classe II e > que 40 Obeso classe III.

Os avaliados usaram apenas roupas leves e permaneceram descalços durante os procedimentos. Os participantes foram pesados em balança portátil eletrônica da marca Plena[®], com capacidade para 150 kg, na qual se posicionaram em pé no centro da balança, com os calcanhares juntos, braços estendidos ao longo do corpo e com olhar em direção ao plano de Frankfurt, sempre que possível. A estatura foi aferida utilizando um estadiômetro da marca WHS[®], com precisão de 0,1 cm, fixado em uma parede sem rodapé. Estas medidas foram sempre aferidas após o consumo da primeira refeição oferecida na instituição em ambos os turnos (VASCONCELOS, 2000).

Para obter a circunferência da cintura, foi medida a cintura colocando a fita métrica inelástica no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 1998). A medida foi tomada depois de exalar normalmente. Para diagnóstico de risco de complicações associadas à obesidade foi utilizada a classificação da WHO, (1998), sendo considerado risco muito elevado (nível I) para homens e mulheres circunferências ≥ 102 cm e ≥ 88 cm, e risco elevado (nível II) ≥ 94 cm e ≥ 80 cm respectivamente. Para a determinação do perfil dos idosos foram utilizados os resultados das frequências dos Sexos, Peso, Estatura, Idade e Número de comensais. A média foi feita através da fórmula: Média = $P_m \times f_i / \sum f_i$. Onde P_m é a média entre uma determinada faixa (Ex: Para sexos as faixas são: feminino e masculino), e f_i é a frequência de indivíduos que se encontram nessa faixa (ANSALONI, 2008).

Para o cálculo da estimativa do gasto energético total (GET), foram utilizadas as equações da necessidade estimada de energia (EER) proposta pela DRI para homens e mulheres com idade superior a 19 anos. Para dados necessários à equação, utilizou-se a média da idade, do peso e da estatura e ainda se levou em consideração o Coeficiente de Atividade Física (CAF) = 1, estando relacionado ao nível de atividade física (NAF) leve ($\geq 1,40 < 1,60$), o qual se emprega muito bem aos participantes da pesquisa (IOM, 2002). No cálculo da estimativa do GET desse grupo em estudo, foi realizado o cálculo da média ponderada, levando-se em consideração que, quando um dos sexos tem frequência maior ou igual a 75%, calcula-se a média ponderada dos GETs para cada sexo. No entanto, quando a frequência for inferior a 75%, calcula-se a média aritmética de um e outro ou dos dois sexos (ANSALONI, 2008), sendo, portanto, a última opção adotada para o cálculo do GET da população em estudo.

Foi planejado um cardápio modelo, para atender as necessidades nutricionais do grupo levando-se em consideração a realidade do local, poder aquisitivo da clientela e preferências alimentares. Para analisar a composição centesimal de macro e micronutrientes dos alimentos que compuseram o cardápio (modelo) proposto, para atender as necessidades nutricionais do grupo foram realizados cálculos da composição dos alimentos utilizando uma regra de três simples por fórmula desenvolvida em planilhas do Microsoft Excel[®]. O programa foi previamente alimentado com dados de macro e micronutrientes extraídos da Tabela de Composição de Alimentos: Suporte para Decisão Nutricional (PHILIPPE, 2002), e no caso da necessidade de inclusão de alimentos inexistentes na referida tabela, foram utilizados dados da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos - TACO (2006) bem como informações contidas nos rótulos de alimentos industrializados utilizados na confecção de alguma preparação sorteada para análise.

A padronização entre medidas caseiras e gramatura dos alimentos propostos no cardápio seguiram as recomendações de Benzecry et al., (2005). Com base nestes dados foram realizadas as avaliações de adequação da ingestão dos nutrientes, das preparações dos cardápios oferecidos aos usuários na instituição. Para a avaliação da ingestão dos macronutrientes, foram utilizados os valores de AMDR (*Acceptable Macronutrient Distribution Range* - Alcance de Distribuição de Macronutrientes Aceitável), que estabelecem faixas de distribuição percentual de energia entre os macronutrientes ingeridos, as quais se associam com o risco reduzido de doenças crônicas enquanto promovem a ingestão de nutrientes essenciais (IOM, 2005). A avaliação da adequação da ingestão de vitaminas e dos micronutrientes (vitaminas A, C, D, B1, B2, niacina, ácido fólico) e de energia foi feita a partir das EAR's (*Estimated Average Requirement* - Necessidade média estimada), das *Dietary Reference Intakes* (DRI's) (IOM, 1998; IOM, 2002).

Já para os micronutrientes que não dispõem de EAR (ferro, cálcio, sódio e potássio), bem como para fibras, a avaliação foi realizada pela AI (*adequate intake* - ingestão média recomendada), das DRIs (IOM, 2000; IOM, 1997; IOM, 2005). Em ambos os casos, os valores de UL (*Tolerable Upper Intake Level* - Nível de Ingestão Máxima) para os referidos nutrientes foram levados em consideração. Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva no Microsoft Excel[®], versão XP.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Buscar uma alimentação saudável e equilibrada passou a ser muito mais que uma questão estética; atualmente, há uma preocupação mundial com a obesidade e o sobrepeso e sua relação com o aparecimento de doenças crônico degenerativa. A escalada antinutricional vem preocupando órgãos ligados à saúde. Pesquisas recentes mostram que, aproximadamente, 40% dos brasileiros estão acima do peso e com sua saúde comprometida levando a um aumento significativo dos problemas decorrentes da obesidade (LESSA, 2004).

A pesquisa iniciou com a avaliação nutricional, uma ferramenta de extrema importância para compreensão da dinâmica nutricional e, conseqüentemente, para a formulação de ações mais efetivas. Nesse estudo foram avaliados 20 usuários do tratamento intensivo do CAPS II Oeste, Natal/RN.

O objetivo principal da avaliação nutricional é diagnosticar a magnitude e a distribuição dos problemas nutricionais e identificar e analisar os seus determinantes, com a finalidade de estabelecer as medidas de intervenção adequadas. Neste estudo, utilizando o IMC na avaliação nutricional e para diagnóstico do estado nutricional a classificação da WHO (1998), foi revelado que a maioria dos usuários do sexo masculino encontrava-se no estado de obesidade classe I, 43%, enquanto que no sexo feminino havia um equilíbrio entre os usuários com diagnóstico de eutrofia 33%, e pré-obeso 33% (Gráfico 01).

Camillo et al., (2007), em seu estudo, relaciona a obesidade com co-morbidades associadas, tais como: obesidade e hipertensão arterial sistêmica; obesidade e dislipidemias; obesidade, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias, e reafirma uma forte relação entre elas. Para tanto o diagnóstico de obesidade, mesmo na fase adulta, realizado na pesquisa atual, torna-se relevante quando se sabe da sua associação com co-morbidades, antecedendo, portanto muitas vezes complicações que poderiam vir a ser reveladas somente no futuro e possivelmente em situações muito mais grave, no tocante ao tratamento e ao prognóstico, justificando então a importância de se diagnosticar o comprometimento nutricional e promover uma alimentação saudável a fim de evitar os diversos tipos de complicações associadas.

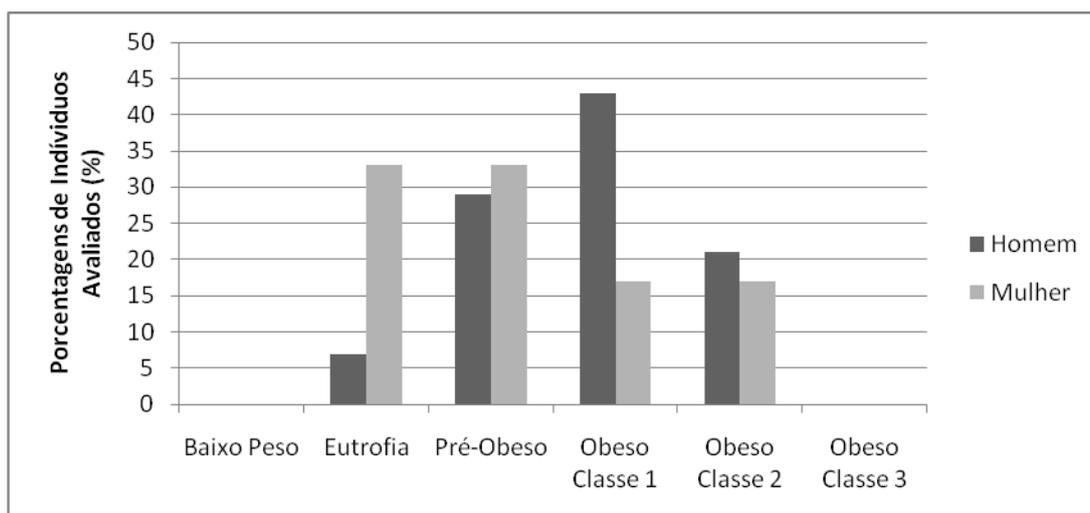


GRÁFICO 01: Distribuição percentual do estado nutricional, segundo o IMC (Índice de Massa Corpórea) e sexo dos usuários do tratamento intensivo de ambos os sexos do CAPS II Oeste, Natal/RN, 2008.

Referente aos riscos de cardiopatias que o aumento da circunferência da cintura pode trazer para os pacientes, e fazendo uma relação da deposição de gordura com o desenvolvimento e/ou progressão de Doença Arterial Coronária (DAC), Colombo, et al., (2003) em um estudo com 43 pacientes portadores de coronariopatia que apresentaram manifestação clínica de infarto do miocárdio, verificou que dos 42 sujeitos analisados 64,3% (27/42) apresentaram circunferência da cintura (CC) > 94 entre os homens e, > 80 entre as mulheres, sendo verificado mais uma vez, no referido estudo, a relação CC *versus* cardiopatias. No presente estudo houve uma incidência de 72% para os pacientes com CC acima de 102 cm entre os homens e de 83% para pacientes com CC acima de 88 cm no sexo feminino (Gráfico 02 e 03). Este dado revela-se preocupante, dando ainda

maior suporte a necessidade de intervenções urgentes quanto à qualificação da dieta, estando esta relacionada diretamente com a obesidade e ao sobre peso e, portanto com o dado alarmante apresentado acima. Colocando em alerta a equipe de saúde do local onde está pesquisa foi realizada.

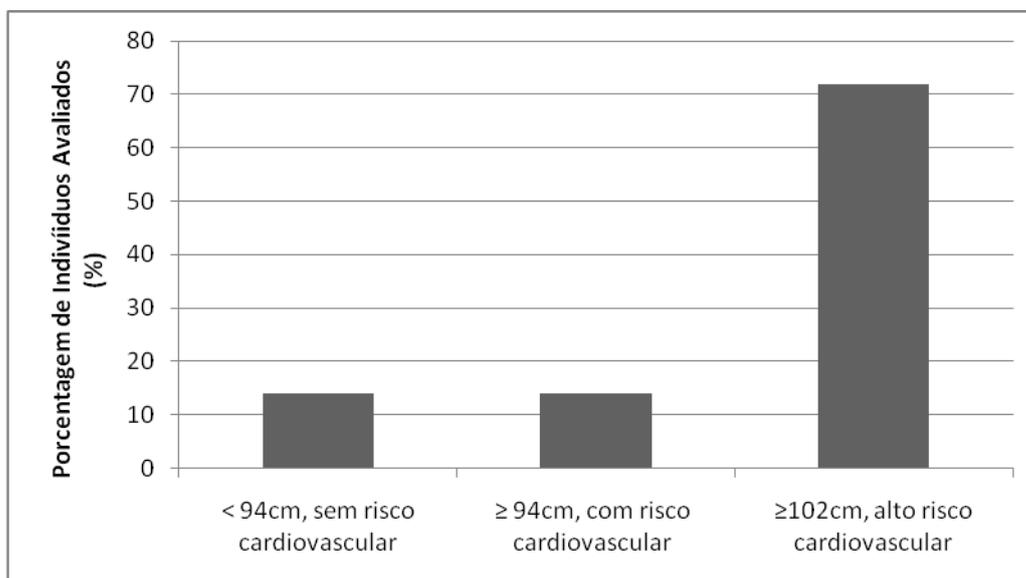


GRÁFICO 02: Distribuição da relação Circunferência da cintura com o risco cardiovascular dos usuários do tratamento intensivo, do sexo masculino do CAPS II Oeste, Natal/RN, 2008.

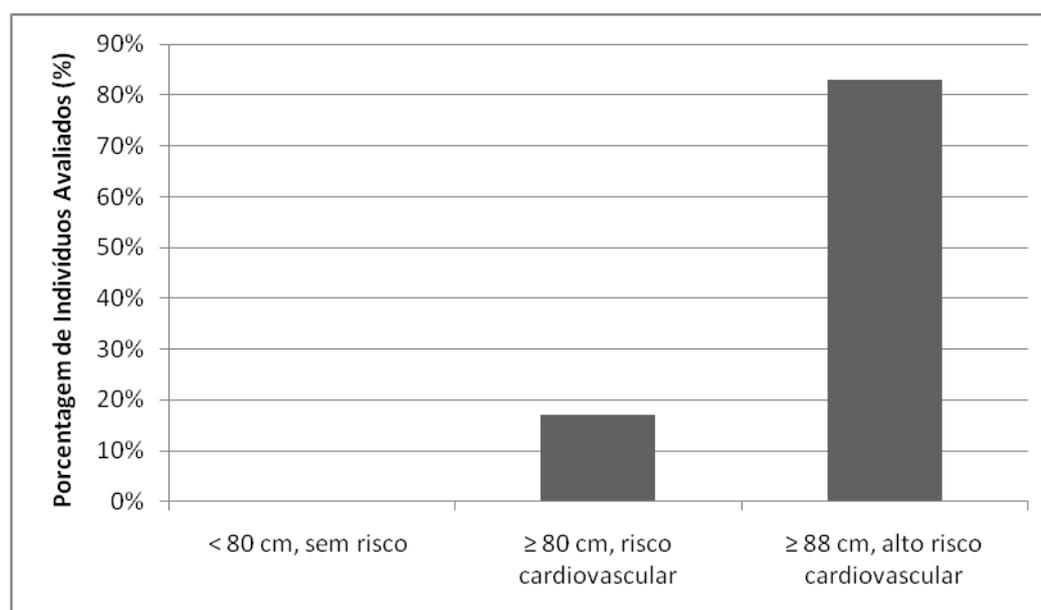


GRÁFICO 03: Distribuição da relação Circunferência da cintura com o risco cardiovascular dos usuários do tratamento intensivo, do sexo feminino do CAPS II Oeste, Natal/RN, 2008.

Visando reduzir os riscos relacionados aos dados apresentados, planejar e executar cardápios adequados, de acordo com a literatura, quanto ao conteúdo de nutrientes, pode ser considerada uma estratégia de intervenção, incitada por diagnósticos nutricionais não recomendados relacionadas à saúde. Neste sentido foi proposto um modelo de cardápio, sendo para tanto necessário a estimativa das necessidades calóricas do grupo.

Para a formação do perfil dos usuários foram utilizados os resultados das frequências dos Sexos, Peso, Estatura, Idade, Atividade ocupacional e o Número de comensais.

As médias encontradas foram: Para o sexo feminino: idade 54 anos, peso 63kg, altura de 151cm e para o sexo masculino: idade 42 anos, peso 86 kg, e altura 166 cm. Vale salientar que para o cálculo da estimativa do gasto energético total (GET), foram utilizadas as equações da necessidade estimada de energia (EER) proposta pela DRI para homens e mulheres com idade superior a 19 anos. O valor do peso utilizado foi o recomendado pela *Food and Agriculture Organization*, de acordo com altura média, pois a média de peso em ambos os sexos ultrapassavam a faixa de normalidade recomendada, sendo inclusive utilizado o peso da margem máxima, já que a clientela apresentou-se acima da faixa.

Para os pacientes do sexo masculino foi utilizada a fórmula: $EER = 662 - 9,53 \times \text{Idade (anos)} + NAF \times [15,91 \times \text{Peso (kg)}] + 539,6 \times \text{Altura (m)}$, e para os do sexo feminino: $EER = 354 - 6,91 \times \text{Idade (anos)} + NAF \times [9,36 \times \text{Peso (kg)}] + 726 \times \text{Altura (m)}$, o Nível de Atividade Física (NAF) adotado foi o Leve (1,40), por se tratar de pacientes que praticam atividade esporádica, comumente caminhada. O GET estimado foi de 2 694,38 Kcal para o sexo masculino e de 1 824,05 Kcal para o sexo feminino, prevalecendo para o grupo à média dos dois sexos que foi de 2 259,22 Kcal. É importante ressaltar que o GET estimado, utilizando o peso atual médio, foi de 3 073,04 Kcal para o sexo masculino e de 1902,67 Kcal para o sexo feminino, sendo a média de 2 487,86 Kcal, ou seja, será proposto um cardápio com um Valor Energético Total (VCT) de 2 365,44 kcal, apenas, aproximadamente, 200 Kcal a menos do que o GET estimado com o peso atual, portanto não representado uma mudança muito brusca na dieta, mas significativa ao longo do tempo que com toda certeza trará muitos benefícios, relacionados principalmente com a redução do peso.

Para planejar, uma alimentação adequada às necessidades nutricionais determinadas para o grupo em estudo foi extremamente importante o diagnóstico do estado nutricional, pois por meio dos dados encontrados é que foi demonstrado que o grupo estava com alterações em seus estados nutricionais e que existia uma relação de risco cardiovascular preocupante revelada pela Circunferência da Cintura.

A nutrição como ciência comprovou que uma alimentação balanceada, adequada a cada indivíduo, de acordo com a faixa etária, o sexo e a atividade ocupacional auxilia na prevenção de doenças e na busca da saúde. A dieta também possui papel terapêutico, ou seja, a combinação de certos alimentos ou a exclusão de outros da dieta pode trazer resultados significativos no estado de saúde das pessoas (PROENÇA et al., 2005).

O cardápio modelo (Quadro 01) foi proposto para um dia inteiro composto pelas seis refeições principais (café, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia) visando à adequação nutricional de macro e micronutrientes para o grupo de acordo com as recomendações da DRI's (8, 12-15) (Quadro 02). E é claro levando em consideração a realidade do local, como: disponibilidade de insumos, poder aquisitivo da clientela, preferências alimentares, além de outras a fim de se aproximar ao máximo do grupo em estudo. Este cardápio ao ser aplicado visa trazer os pacientes que se encontravam com excesso de peso para a faixa de normalidade e conseqüentemente diminuir o risco relacionado a circunferência da cintura.

QUADRO 01: Cardápio modelo proposto para os usuários do tratamento intensivo, do CAPS II Oeste, Natal/RN, 2008.

	Alimento	Medida Caseira^a	g/mL
Café da Manhã	Pão francês	1 unidade	50 g
	Presunto de peru	½ fatia	8 g
	Queijo tipo mussarela	1 fatia	14 g
	Suco de laranja com açúcar	1 copo	250 mL
Lanche Manhã	<i>Salada de frutas</i>	1 copo	114 g
	Maçã vermelha	½ fatia	35 g
	Banana	1 unidade pequena	50 g
	Laranja	½ unidade	100 g
	Mamão papaia	¼ unidade	100 g
	Melão	¼ fatia	100 g
Almoço	Almôndegas	2 unidade média	120 g
	Arroz	2 colher de servir	75 g
	Feijão carioca	½ colher de servir	51 g
	Purê de abóbora	1 colher de servir	25 g
	Farofa	2 colher de sopa	35 g
	Suco de abacaxi com hortelã	1 copo cheio	300 mL
	Pudim de leite	1 fatia pequena	80 g
Lanche da Tarde	Limonada	1 copo	200 mL
Jantar	Cuscuz com leite	1 pedaço médio	180 g
	Biscoito integral São Luiz	3 unidade	24 g
	Suco de goiaba com açúcar	1 copo cheio	300 mL
Ceia	logurte com mel	1 copo	190

^aMedidas Caseiras (BENZECRY et al., 2005).

QUADRO 02: Adequação nutricional de macro e micronutrientes do cardápio modelo proposto para os usuários do tratamento intensivo, do CAPS II Oeste, Natal/RN, 2008.

Macronutriente	Necessidade /dia		Cardápio Proposto	% Adequação	% Contribuição
	Mínimo AMDR	Máximo AMDR			
Caloria média (kcal)	2 259,22 kcal		2365,44 kcal	105 %	...
Proteínas	10% 56,48 g 225,92 kcal	35% 197,68 g 790,73 kcal	72,09 g 288,36 kcal	...	13%
Carboidratos	45% 224,16 g 1016,65 kcal	65% 367,12 g 1468,49 kcal	360,93g 1443,70 kcal	...	64%
Lipídeos	20%	35%		...	23%

	50,20 g 451,84 kcal	87,86 g 790,73 kcal	59,26 g 533,37 kcal		
Micronutriente	Mínimo EAR / AI^b	Máximo UL
Fibras^b média (g)	31,05		30,52	Possivelmente adequado	
Vitamina A (µg)	562,5	3 000	874,84	Possivelmente adequado	
Vitamina C (mg)	67,5	2 000	491,01	Possivelmente adequado	
Tiamina (mg)	0,95	NA	1,60 mg	Possivelmente adequado	
Riboflavina (mg)	1,0	NA	1,34 mg	Possivelmente adequado	
Niacina (mg)	11,5	35	15,66 mg	Possivelmente adequado	
Ácido Fólico(mg)	320	1000	373,69 µg	Possivelmente adequado	
Ferro (mg)	5,5	45	14,48 mg	Possivelmente adequado	
Cálcio^b (mg)	1 100	2,5	1 104,20 mg	Possivelmente adequado	

^bValor retirado da AI (Ingestão Adequada)

Mesmo o cardápio modelo tendo sido proposto para um dia inteiro de refeições é importante ressaltar, que apenas parte destas refeições é oferecida pelo local.

De acordo com Assis (1997), foi possível atribuir para cada refeição/dia quanto em Kcal os pacientes deveriam consumir se levado em consideração que na instituição são realizadas as seguintes refeições: colação, almoço e lanche da tarde, somando-se estas refeições foi obtido o percentual de 60% do valor energético total, oferecido pelo cardápio modelo proposto para o local, resultando em uma oferta de aproximadamente 1 355,53 Kcal, baseada nas estimativas energéticas estimadas do grupo (2 259,22 kcal). Os 40% restantes refere-se ao desjejum, jantar e a ceia e são realizados pelos usuários, provavelmente em suas residências. Os quais deverão ser orientados quanto as opções alimentares fora da instituição, levando em consideração os alimentos propostos na elaboração do cardápio modelo, tendo em vista a adequação do cardápio ter sido feita baseada numa proposta para o dia inteiro.

CONCLUSÕES

Considera-se que uma alimentação saudável é um instrumento fundamental para a recuperação e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e, sobretudo, para a promoção da segurança alimentar, espera-se que os dados aqui apresentados possam subsidiar a implementação de ações de promoção da saúde, bem como de linha de base para outros estudos de monitoramento do estado nutricional para a identificação do sobrepeso e conseqüentemente melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Diante do exposto, a melhoria dos hábitos dietéticos dos usuários do CAPS II Oeste, Natal-RN, pede cuidado especial da parte dos profissionais de nutrição. Neste estudo foi traçado o perfil nutricional, por meio de métodos antropométricos e estimada as necessidades nutricionais do grupo objeto do estudo, para planejar um plano alimentar adequado a estes usuários, sendo fornecido, portanto, subsídios pertinentes à discussão acerca da importância de uma alimentação saudável, completa, variada e agradável ao

paladar para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência em pacientes com transtornos mentais mostra-se preocupante, especialmente no grupo estudado cuja prevalência de obesidade se mostrou bastante aumentado.

REFERÊNCIAS

COUTINHO JG, GENTIL PC, TORAL N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição, *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008; 24(2 supl):332-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BERTO SJP, CARVALHAES MABL, MOURA EC. Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases. *Cad. Saúde Pública* [Online]. 2010;26(8):1573-82.

HOLT RIG, PEVELLER RC, BYRNE CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabet Med*. 2004;21(6):515-23.

VASCONCELOS, FAG. Indicadores antropométricos III. In: Vasconcelos, FAG. *Avaliação nutricional de coletividades*. 2.^a ed. Florianópolis: DAUFSC; 2000. Pp.67-81.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.

ANSALONI JA. *Pela adequação nutricional da alimentação coletiva*. 2008. Disponível em: <<http://www.enut.ufop.br/nutline/artigo06/artigo06.htm>>. Acesso em 19 de junho de 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes: estimated average requirements for groups*. Washington, DC: National Academic. [online] 2002. Disponível em: <http://www.nap.edu>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

Philippe ST. *Tabela de Composição de Alimentos: Suporte para decisão nutricional*. 2.^a ed. São Paulo: Coronário; 2002.

TABELA BRASILEIRA DE COMPOSIÇÃO DE ALIMENTOS (TACO). T113. Versão II. 2.^a ed. Campinas, São Paulo: NEPA-UNICAMP, 2006.

BENZECRY EH, PINHEIRO ABV, LACERDA EMA, GOMES MCS, COSTA VM. *Tabela Para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras*. 5.^a ed. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes: energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and amino acids (macronutrients)*. Washington, DC: National Academy. [online] 2005. Disponível em: <http://www.nap.edu>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes: thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline*. Washington, DC: National Academy. [online] 1998. Disponível em: <http://www.nap.edu>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes: vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc*. Washington, DC: National Academy. [online] 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes: calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*. Washington, DC: National

Academy. [online] 1997. Disponível em: <http://www.nap.edu>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

LESSA I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(4 supl):931-43.

CAMILLO EQ, PINHO ESAB, MARTINS LMP. Obesidade e co-morbidades associadas em adultos atendidos no hospital dos servidores do estado no Rio de Janeiro. *Revista brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2007;1(5):70- 6.

COLOMBO RCR, AGUILLAR OM, GUALLANI MCBJ, GOBATTO CA. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2003;11(4):446-61.

PROENÇA RPC, SOUSA AA, VEIROS MB, HERING B. *Qualidade Nutricional e Sensorial na Produção de Refeições*. 1.^a ed. Florianópolis: DAUFSC, 2005.

ASSIS, MAA. *Consulta de nutrição: controle e prevenção do colesterol elevado*. 2.^a ed. Florianópolis: Insular, 1997.