



CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA- UNINTA
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

KELLY PEREIRA BORGES

**OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE
MENTAL**

SOBRAL – CE

2019

KELLY PEREIRA BORGES

**OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE
MENTAL**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário INTA - UNINTA, como
requisito final para conclusão do curso de
Bacharelado em Nutrição.

Orientadora: Profa. Me. Ana Mara Farias
de Melo.

SOBRAL – CE

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus familiares, principalmente ao meu esposo Bonifácio, por todo seu apoio e compreensão tanto no meu ingresso nesse curso, como em todo o percurso para chegar a esse momento.

A minha mãe, que sempre me incentivou, dando apoio incondicional.

A minha filha que mesmo tão pequena sempre compreendeu o motivo da minha ausência, visando uma melhor concentração para essa pesquisa.

Ao Prof. Me. Denílson Gomes Silva, que me deu a oportunidade de vivenciar um projeto lindo e encantador, que me abriu os olhos e me instigou a realizar essa pesquisa.

A minha orientadora, Prof. Me. Ana Mara Melo, pelo suporte, apoio e paciência nas horas difíceis, obrigada por aceitar dar continuidade a esse projeto e por me orientar a seguir o melhor caminho, mesmo que mais árduo.

A todos os usuários que participaram voluntariamente da pesquisa, que foram essenciais nesse trabalho, obrigada por acreditarem na relevância dessa pesquisa.

A gerente do referido CSF e a todas as agentes comunitárias de saúde que se dispuseram a realizar as visitas domiciliares junto a mim, obrigada pelo apoio e por acreditar no meu objetivo.

Aos meus amigos de todas as horas, pelo apoio e os momentos de descontração e tantos outros momentos dramáticos que passamos juntos. A minha amiga Ligia Helayne, que infelizmente não se encontra mais entre nós, mas que tínhamos o mesmo objetivo, nos formar e exercer nossa profissão com amor, que de onde você esteja você saiba que sempre vou lembrar de você com muito carinho, obrigada pelas noites de estudos e os diálogos referente aos nossos trabalhos de conclusão de curso. Obrigada especialmente a Talita, minha amiga, por partilharmos momentos inesquecíveis tanto cômicos como trágicos, de todo o processo de desenvolvimento dos nossos trabalhos de conclusão de curso.

A todos os professores desse curso, que de uma maneira geral contribuíram para minha formação.

“Consagre ao senhor tudo que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”.

PROVÉRBIOS 16:3

RESUMO

Os transtornos alimentares podem ser definidos como alterações do comportamento alimentar do indivíduo que podem acarretar prejuízos à saúde. Essas alterações podem ser influenciadas por vários fatores, como vulnerabilidade biológica e psicológica, dentre outros. Em usuários de dispositivos de saúde mental não é diferente, por isso esta pesquisa tem como objetivo: analisar a ocorrência de transtornos alimentares em usuários da saúde mental atendidos em um Centro de Saúde da Família (CSF). A pesquisa foi realizada no CSF na cidade de Sobral-Ceará, que atende 244 usuários da saúde mental, desse total foi utilizado uma amostra composta por 37 usuários da saúde mental. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2019 e os dados foram coletados através da aplicação de um questionário sobre o perfil do consumo alimentar, além do teste de Atitudes Alimentares versão portuguesa (TAA- 26), e realizada antropometria. Os resultados foram organizados considerando as informações e suas especificidades em gráficos. Pode-se observar que os usuários são em sua maioria mulheres, representando 67,5%, com idade entre 27 e 87 anos e os homens (32,5%) com idade entre 18 e 62 anos. Quanto ao teste de atitudes alimentares, demonstrou que a amostra não apresenta risco de desenvolver Anorexia e Bulimia, porém, o transtorno de obesidade foi identificado, fato que pode ter ocorrido por uma ingestão inadequada ou insuficiente. Também foi possível avaliar as condições socioeconômicas dos usuários, bem como, seus hábitos alimentares, mostrando que os mesmos não possuem acesso a uma alimentação de qualidade e em quantidade suficiente e adequada. Os valores de Índice de Massa Corporal revelaram que 62% da amostra encontra-se com sobrepeso e obesidade e apresentam algum tipo de doença crônica não transmissível como Hipertensão e Diabetes. Além disso, os usuários são acompanhados, apenas pelo psicólogo e médico se distanciando da proposta da atenção primária, voltada para o atendimento multiprofissional. Dado a condição de saúde e a não alimentação adequada, considera-se a necessidade de cuidados nutricionais dessa população, o que requer um plano alimentar ajustado à realidade, tendo em vista que o cuidado no CSF é multidisciplinar.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares, Saúde Mental, Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Eating disorders can be defined as changes in an individual's eating behavior that can lead to health damage. These changes can be influenced by several factors, such as biological and psychological vulnerability, among others. In users of mental health devices is no different, so this research aims to: analyze the occurrence of eating disorders in mental health users attended at a Family Health Center (CSF). The research was carried out in a CSF in the city of Sobral-Ceará, with serves 244 users of mental health, of which a sample was composed of 37 users of mental health. Data collection was carried out in May 2019 and data were collected through the application of a questionnaire on the food consumption profile, in addition to the Portuguese version of Eating Attitudes Test (TAA-26), and anthropometry. The results were organized in graphs, considering the information and its specificities. It can be observed that the users are mostly women, representing 67.5%, aged between 27 and 87 years. Men (32.5%) were between 18 and 62 years of age. The eating attitudes test showed that this group does not present a risk of developing eating disorders, such as Anorexia and Bulimia, but the obesity disorder was identified, a fact that may have occurred due to an inadequate, where it was possible to evaluate the socioeconomic conditions of the users, as well as their eating habits, showing that they do not have access to adequate quality and quantity food. The values of Body Mass Index revealed that 62% of the sample is overweight and obese and present some type of chronic non-transmissible disease such as Hypertension and Diabetes. In addition, the users are accompanied only by the psychologist and physician, taking distance from the primary care proposal, which should be organized as a multiprofessional care. Given the health condition and the lack of adequate food, it is considered the need for nutritional care of this population, which requires a food plan adjusted to the reality, since CSF care is multidisciplinary.

Keywords: Eating Disorders, Mental Health, Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo Geral	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1 Contexto da Saúde Mental	6
3.2 Comportamento Alimentar dos Usuários da Saúde Mental	8
3.3 Imagem Corporal	9
3.4 Transtornos Alimentares	11
3.5 Acompanhamento Nutricional no Contexto dos Transtornos Alimentares	11
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de pesquisa	14
4.2 Local da pesquisa	14
4.3 Período da pesquisa	15
4.4 Participantes da pesquisa	15
4.5 Instrumentos de produção dos dados	16
4.6 Processamento e análise dos dados	17
4.7 Aspectos éticos e legais	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5.1 Recordatório Alimentar	23
5.2 Análise de índice de massa corpórea	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	33
APÊNDICE B - ROTEIRO ESTRUTURADO	36
ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

A alimentação de um indivíduo não consiste apenas no ato de comer, mas é uma atividade complexa e que exige uma série de procedimentos chamados de cuidados nutricionais. Estes cuidados estão voltados para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e consiste em orientações nutricionais para aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Porém, os indivíduos podem apresentar comportamento alimentar desordenado ou inadequado que pode provocar prejuízos à saúde, a isso, denomina-se transtornos alimentares (SILVA et al., 2012).

Os transtornos alimentares podem ser definidos como alterações do comportamento alimentar do indivíduo, em que essas alterações podem acarretar prejuízos à saúde e se não diagnosticadas e tratadas precocemente, apresentam potencial para causar doenças crônicas, muitas vezes silenciosas, afetando a saúde de modo geral (OMS, 1993).

Nas pesquisas sobre as dimensões nutricionais, os transtornos alimentares mais conhecidos são a Anorexia (AN) e a Bulimia (BN). Tendo como características principais a compulsão alimentar e a obsessão com o controle de peso, com maior prevalência em indivíduos do sexo feminino. Observando a dificuldade em relação aos aspectos relacionados ao aparecimento destes distúrbios, nota-se que há uma ideia negativa em relação a imagem corporal, desenvolvendo um temor a obesidade ocasionando uma maior facilidade de adesão a diferentes métodos inadequados para o controle de peso (SILVA et al., 2012).

A imagem corporal refere-se, de maneira geral, à representação que cada indivíduo possui acerca de seu próprio corpo. A qualidade da imagem corporal de um indivíduo se encontra intimamente associada à consistência de seu sistema de identidade. Esse sistema, por sua vez, é influenciado pelas representações das relações elaboradas durante a infância e pelas experiências emocionais de relacionamento com o corpo do outro e com o próprio (PERES; SANTOS, 2006).

Alguns fatores contribuem para a construção da imagem corporal, como a de natureza psicossocial, a qualidade da interação com amigos ou colegas, que por sua vez influenciam nas atitudes de pessoas de um grupo. Estudos mostram que determinados grupos ou contextos sociais tendem a partilhar das mesmas atitudes quanto à imagem corporal, restrição dietética atribuídas às tentativas para perder peso, essas atitudes grupais podem influenciar o desencadeamento do transtorno

alimentar com mais frequência. A dinâmica de interação familiar também pode contribuir para o surgimento do problema, pois por muitas vezes preocupa-se com as aparências e deseja sempre manter a harmonia; para isso, nega ou ignora conflitos existentes nas relações familiares (BARLOW; DOURAND, 2008).

O termo imagem corporal não consiste em uma imagem no sentido próprio da palavra, portanto, não é um espelho fiel de nosso corpo. Cada pessoa elabora ao seu modo a imagem do próprio corpo, assim, essa imagem não é apenas consciente, ela é construída também, parcialmente, tomando como referência o corpo de outras pessoas, podendo ser construída e reconstruída, em um processo contínuo, ou seja leva-se em consideração não somente o indivíduo em si, mas também tudo ao seu redor e suas transformações (MENÉDEZ, 2007).

Diante do exposto, as alterações no comportamento alimentar podem ser influenciadas por vários fatores, como vulnerabilidade biológica e psicológica e com os pacientes da saúde mental não é diferente. Muitos desenvolvem transtornos alimentares devido a quadros de ansiedade, compulsão alimentar ou mesmo por efeitos colaterais dos medicamentos utilizados para o tratamento das doenças psiquiátricas. Assim, passam a perder ou ganhar peso sem consciência da real situação em que se encontram, podendo desenvolver um quadro de desnutrição ou obesidade, sem ao menos perceber estratégias para modificar sua relação com o alimento e, por conseguinte, com a balança.

A prevenção e tratamento desses transtornos requer um acompanhamento de uma equipe multiprofissional, onde o nutricionista traz sua contribuição através de orientação alimentar e nutricional aos grupos de risco, para assim promover melhoras na qualidade de vida dos mesmos, juntamente com o diagnóstico e tratamento desses transtornos.

Diante do exposto é necessário estudos mais aprofundado para conhecer os hábitos alimentares dos usuários da saúde mental para se identificar possíveis transtornos alimentares. Esses estudos têm a finalidade de contribuir para uma melhor orientação sobre uma alimentação adequada e se necessário o encaminhamento para o acompanhamento nutricional.

Portanto, faz-se necessário investigar se os pacientes da saúde mental perceberam mudanças no seu comportamento alimentar após o início do tratamento? Caso tenha percebido, é possível identificar o desenvolvimento de algum transtorno alimentar?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a ocorrência de transtornos alimentares em usuários da saúde mental.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o estado nutricional dos usuários da saúde mental;
- Identificar os tipos de transtornos alimentares em usuários da saúde mental
- Analisar o consumo alimentar dos usuários da saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contexto da Saúde Mental

A definição de saúde mental se dá de acordo com cada indivíduo e como o mesmo convive em sociedade, levando em conta as diferenças culturais e o nível da qualidade de vida cognitiva ou emocional do indivíduo em busca de equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência (BRASIL, 2005).

Desde o início da criação das primeiras instituições psiquiátricas, é notório o preconceito da sociedade com, os denominados pacientes mentais, pois os mesmos são vistos como um problema, podendo ser uma ameaça à segurança pública, sem ao menos levar em consideração que mesmo sendo portador de algum tipo de doença mental, esses indivíduos tem os mesmos direitos que as pessoas consideradas "saudáveis", fazendo assim um contraponto com a cidadania e a doença mental (GOULART, 2006).

A reforma psiquiátrica surgiu no final da década de 70, em meio à crise do modelo de assistência dos hospitais psiquiátricos e em meio aos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da reforma Psiquiátrica é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BEZERRA, 2007).

O processo da reforma psiquiátrica é muito complexo, composto de inúmeros atores, instituições e forças de origens diferentes, que estão presentes nos três âmbitos do governo, federal, estadual e municipal, nas escolas e universidades, nos movimentos sociais, no serviço de saúde, e nas famílias dos usuários com transtorno mental, compreendendo assim, um conjunto de transformações práticas, valores culturais e sociais que aos poucos, no dia a dia vai avançando, marcado por inúmeras dificuldades, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Segundo (SILVEIRA et al, 2009), todo esse processo de reforma psiquiátrica no Brasil possibilitou o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas devido a interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de

políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF, como por exemplo fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da Atenção Primária em Saúde (APS) como promotora de modelos alternativos centrados nas comunidades em conformidade com os direitos humanos, dessa forma identificaram os princípios da integralidade e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, como questões que orientam tanto o modelo psicossocial da saúde mental como a ESF. Entretanto, a implementação de ações de saúde mental na saúde da família ainda está em processo de consolidação, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária (NUNES, 2007).

Dessa forma, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica, com esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2008).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves ou crônicos. O matriciamento visa a dar suporte técnico a essas equipes, bem como a estabelecer a corresponsabilização (DIMENSTEIN, 2009).

Segundo BRASIL (2011), matriciamento representa um suporte de profissionais de diversas áreas especializadas que passa a dar apoio a equipe do ESF, tendo assim uma clínica ampliada na atenção básica, através do trabalho interdisciplinar e a qualificação das ações, desse modo os usuários devem ser ouvidos e a equipe de saúde da unidade possa desenvolver ações voltadas para este grupo.

3.2 Comportamento Alimentar dos Usuários da Saúde Mental

A alimentação é uma condição inerente a todos os seres vivos, porém para entender a alimentação dos homens é necessário estudar este fenômeno além do campo biológico, é preciso entender todas as experiências adquiridas durante a sua vida, desde o nascimento até o momento em que os mesmos aprendem a preparar o próprio alimento, mas sempre considerando aspectos históricos e sociais (FREITAS et al., 2012).

Para Freitas et al. (2012), o hábito alimentar relaciona-se com a percepção sobre a comida em determinado contexto social, sendo adquirido pela repetição na experiência que cada indivíduo tem ao longo de sua vida, revelando a identidade e valores humanos no qual está inserido.

Segundo Philippi et al., (2014) o comportamento alimentar pode ser entendido como todas as formas de convívio com o alimento. Onde esse comportamento alimentar é influenciado por aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos, em geral, a população é suscetível a ter uma alimentação inadequada (MAGALHÃES, 2011).

Com o passar dos anos é notório o aumento de transtornos alimentares por inúmeros motivos, alguns devido a não aceitação do seu próprio corpo, compulsão alimentar, efeito colateral de algum tipo de medicamento, ansiedade entre outros, isso acontece também nos pacientes com algum tipo de transtorno mental, pois muitas vezes a sua relação com a comida é muito forte ou mesmo difícil (GONZALES, 2014).

Em sua grande maioria os pacientes da saúde mental são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde cultivam uma estreita relação entre a saúde mental e a atenção básica, para tanto, é preciso profissionais comprometidos com a ética, preparados para identificar os recursos disponíveis na comunidade e saber interferir e interagir na hora adequada. Profissionais que saibam ouvir, avaliar, identificar, planejar e intervir com famílias, neste caso, as de portadores de transtornos mentais; que saibam oferecer um cuidado diferenciado, que dê suporte à dor do paciente e a oportunidade para ele expressar seus sentimentos e suas expectativas (WAIDMAN; ELSSEN, 2005).

A busca se dá na desconstrução progressiva de toda instituição ou prática de caráter manicomial e excludente das pessoas portadoras de transtorno mental,

desenvolvendo-se estratégias sociais, políticas e culturais que assegurem ao paciente com transtorno mental um lugar de cidadão. O território ganha centralidade nesse movimento, pois o objetivo final é que os portadores de transtornos mentais habitem mais e mais os espaços da comunidade, saindo dos espaços de reclusão e de marginalização real e simbólica, assim o território se mostra como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos (DELGADO, 1997).

Nesse sentido é que se busca cada vez mais a implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção básica e sua ligação com a saúde mental, para promover ações que foquem o cuidado no usuário, família e a comunidade, assim a ESF por meio do Modelo Psicossocial propõe que fatores políticos, culturais e sociais sejam tidos como determinantes das doenças. Desta forma, as terapias sairiam da base do medicamento exclusivo ou predominante, e o sujeito seria o principal ator no seu tratamento, sendo a família também incluído como agentes fundamentais do cuidado (NUNES; JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Onde o cuidado é de suma importância para se obter um bom resultado no tratamento, visto que a equipe multiprofissional assistindo de perto esse usuário, possa garantir que o mesmo tenha um tratamento mais individualizado, neste sentido o nutricionista têm como papel ajudá-lo a entender sua relação com a comida e a imagem corporal que o indivíduo faz de si mesmo (DELGADO, 1997).

3.3 Imagem Corporal

A imagem corporal é definida como um conjunto de fenômenos associado as questões cognitivas, afetivas, sociais/culturais e motoras. Está diretamente relacionado com a concepção de si próprio e às interações do indivíduo no meio que o rodeia, este processo de concepção/evolução da imagem corporal está ligado, nas várias etapas da criação humana, às percepções determinantes da cultura e sociedade (SILVA; LANGE, 2010).

Pode-se notar nas sociedades ocidentais, a supervalorização da magreza como padrão de beleza, onde o corpo magro passou a ser perseguido por um número cada vez maior de homens e mulheres por sua associação com atratividade sexual, sucesso, competência e felicidade. Em contrapartida, o excesso

de peso está cada vez mais associado com incompetência, fraqueza, descontrole e fracasso pessoal. (CRUZ; STRACIERI; HORSTS, 2011).

É percebido cada vez com mais frequência as pessoas em busca do corpo perfeito, comparando o seu corpo com as imagens disponíveis na mídia, gerando assim um desconforto e uma certa discriminação consigo, têm-se um ambiente propício para o fenômeno nomeado pela psiquiatria de distorção da imagem corporal (VALE; ELIAS, 2011).

A distorção da percepção corporal, onde o indivíduo percebe seu corpo de tamanho e forma diferente da que se observa, é mais frequente em adolescentes e adultos, o que não é parâmetro para constituir característica particular de pessoas que desenvolvem algum tipo de transtorno alimentar (AMARANTE, 2007).

As influências socioculturais, as pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal, associado ao sentimento de realizações e felicidade estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação, em especial para indivíduos do gênero feminino (MAGALHÃES, 2011).

Segundo Carneiro (2007), os meios de comunicação fazem relação com a comunicação humana mediada por equipamentos e mídia eletrônica e os dispositivos e funcionalidades, portanto, a mídia e a publicidade se encarregam de difundir as imagens corporais socialmente aceitas ditas como perfeitas.

Pode-se também destacar as novas formas de representar o corpo considerando o papel da mídia e da tecnociência, em que o corpo é cada vez mais exposto e explorado em relação à sexualidade. Notamos isto ao olhar a exibição de um corpo na televisão, nas revistas, *outdoors*, internet, shows é o que percebemos é a “perfeição” das formas corporais que se fundem (ou até se anulam) à própria sensualidade do corpo (DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2012).

A mídia impõe um padrão estético de corpo diferente dos padrões do início do século XX, onde há uma supervalorização de um corpo magro, definido e musculoso como sinal de saúde, beleza e poder e não como imagem de desnutrição, pobreza e até mesmo doença como no passado. Esse fato faz com que os indivíduos que não possuem esse padrão imposto de beleza se sintam frustrados e com baixa autoestima, com isso os tornando propícios ao desenvolvimento de transtornos alimentares (SILVA et al., 2012).

A indústria de alimentos investe muito na publicidade de seus produtos, o que torna os conteúdos vinculados a mídia muito contraditórios, pois incentiva e venera

um corpo esbelto e perfeito, no entanto faz o mesmo com alimentos de alta densidade calórica, ricos em açúcares simples, colesterol e gorduras saturadas que em excesso geram a obesidade, ou seja, os meios midiáticos são movidos visando o lucro e não o bem-estar da população (RAMALHO et al., 2012).

3.4 Transtornos Alimentares

Transtornos Alimentares (TA) são doenças psiquiátricas caracterizadas por sérias alterações de padrão e comportamento alimentar com critérios diagnósticos definidos pela *American Psychiatric Association* (APA) em seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a edição – DSM-IV), sendo os quadros mais frequentes a anorexia e bulimia nervosa, no caso dos pacientes da saúde mental a maior prevalência são os quadros de ansiedade correlacionada com a alimentação, obesidade ou desnutrição. (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2014).

A bulimia nervosa é caracterizada por grande ingestão de alimentos com rapidez e sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Seu quadro clínico apresenta uso de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (CORDÁS, 2004).

Como afirma Cordas (2004), AN é caracterizada pela perda intensa de peso à custa de dietas rígidas auto impostas em busca desenfreada da magreza, ocorrendo uma distorção da imagem corporal. O quadro clínico inclui emagrecimento, amenorreia, bradicardia, baixa temperatura corporal, edema nos membros inferiores, obstipação e cianose periférica. Esses distúrbios acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens em idade reprodutiva (PINTO et al., 2009).

3.5 Acompanhamento Nutricional no Contexto dos Transtornos Alimentares

As características dos hábitos alimentares são muito diversificadas e alteram-se com frequência, nos pacientes da saúde mental muitos sofrem com os sintomas que os próprios medicamentos provocam, as vezes comem em excesso, ou desenvolvem um receio de comer, uma ansiedade que acaba prejudicando a

ingestão de alimentos e ainda devido ao número enorme de dietas, modismos alimentares e novas práticas para perder peso divulgadas pela mídia e outros meios de comunicação. Neste contexto o profissional nutricionista, têm o papel de auxiliar o indivíduo na busca de uma melhora em relação a sua alimentação, bem como ajudá-lo a perceber algum possível transtorno alimentar (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2014).

Os transtornos alimentares influenciam o estado nutricional e o metabolismo do indivíduo, onde o profissional da saúde vai precisar de muita dedicação, pois será necessário tempo para toda a equipe abordar questões delicadas e cruciais para estes doentes como: ganho de peso e recuperação da condição de subnutrição ou obesidade, melhoras na aceitação da imagem corpórea e outras dificuldades inerentes a esses transtornos que comprometem o tratamento caso não sejam trabalhadas simultaneamente com o esquema alimentar direcionado para cada indivíduo, além do risco de superalimentar o doente e suas consequências clínicas por ansiedade de resultados rápidos (SICCHIERI et al., 2006).

Na anorexia (AN), o peso corporal apresenta-se gravemente reduzido, devido a baixa ingestão alimentar, isso provoca a queima das reservas de gordura e da massa magra corporal, com aumento da água extracelular. As alterações metabólicas são semelhantes àquelas encontradas no estado de inanição por carência de alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL /ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011).

De forma geral, os anoréxicos que restringem a ingestão alimentar fazem poucas refeições ao dia, ficando longos períodos em jejum; apresentam comportamentos obsessivos como por exemplo, picar em pedaços muito pequenos qualquer tipo de comida, deixam sempre sobras da refeição no prato; exercitam-se de forma detalhista e exagerada (sobem escadarias várias vezes no mesmo período, caminham grandes distâncias, reforçando movimentos específicos para uma mesma parte do corpo, como abdômen, quadril, etc.), entre outros (SICCHIERI et al., 2006).

Na bulimia (BN), a desnutrição não é vista com frequência. O estado nutricional dos pacientes sofrerá influência da restrição energética praticada nos períodos de não purgação ou da queima calórica advinda da prática de atividade física. A ingestão energética alimentar e a distribuição dos macronutrientes pode estar dentro dos valores da normalidade, tanto no subtipo purgativo quanto no

subtipo não purgativo. Entretanto, ocorrem alterações hidroeletrólíticas importantes, alterações gastrointestinais, problemas dentários como aumento da frequência do desenvolvimento de cáries e perda dos dentes, aumento dos triglicerídeos plasmáticos, alterações hematológicas e comprometimento muscular e cardíaco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL /ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011).

Esses pacientes com BN, escolhem os horários de refeições de modo que fiquem sozinhos para comerem compulsivamente; comem em recipientes grandes como panelas ou tigelas; usam colher como opção substitutiva do garfo e da faca para facilitar a ingestão de comida; acompanham as refeições com grandes volumes de líquidos para facilitar ou promover a indução do vômito e ingerem rapidamente grandes quantidades de alimentos (8.000 Kcal/h) (SICCHIERI et al., 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral /Associação Brasileira de Nutrologia (2011), o objetivo principal da terapia nutricional, no sentido amplo da palavra, em pacientes com AN é a recuperação do peso corporal, através do uso do IMC para se determinar este peso ideal e assim sendo capaz de haver o retorno ao ciclo menstrual. Para BN, a terapia nutricional visa reduzir ou eliminar o comportamento alimentar de voracidade e de purgação, quando este último estiver presente. De qualquer forma, a reabilitação nutricional em pacientes com TA deve ser feita de forma gradual e progressiva, para que se evitem complicações na realimentação com o intuito de recuperar o padrão alimentar saudável e o tratamento das complicações clínicas e físicas da doença, utilizando o planejamento nutricional de acordo com as necessidades nutricionais do paciente, associado à educação nutricional, juntamente com o apoio da psicoterapia, em que vai auxiliar para que os objetivos da terapia nutricional sejam atingidos.

De acordo com Sicchieri et al. (2006), a avaliação nutricional é realizada no primeiro atendimento e a cada retorno realizando-se inicialmente a avaliação antropométrica com aferição de peso, altura, circunferência do braço e pregas cutâneas. Para avaliar a ingestão alimentar e progressos atingidos durante o seguimento, além de ampla anamnese inicial investigando mitos e crenças, hábitos alimentares e distorção corporal, utiliza-se o registro alimentar. É necessário bom senso e compreensão da doença como um todo para se progredir com as modificações na dieta e hábitos alimentares do indivíduo, com metas atingíveis e praticáveis, sem exigências de recuperação rápida e imediata do quadro clínico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa. Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles e, assim, descrevendo as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento de dados (BEZERRA, 2007).

A abordagem quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (MANHÃES, 2010). Essa abordagem foi importante para traduzir em números os dados observados.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães, localizado na Travessa Dom Expedito e recebeu esta denominação em 20 de junho de 2001. É mais conhecido como CSF do Dom Expedito, que abrange os bairros Dom Expedito e Santo Antônio na cidade de Sobral – Ceará e por meio de visitas domiciliares realizadas juntamente com as agentes comunitárias de saúde (ACS) em suas respectivas áreas de cobertura, onde as visitas foram realizadas de acordo com a disponibilidade de cada ACS.

O CSF do Dom Expedito é composto por: 05 enfermeiras; 02 médicas; 02 odontólogos; 10 agentes comunitários de saúde; 03 técnicas de enfermagem; 02 agentes comunitários de saúde bucal; 06 agentes administrativos; 06 profissionais (psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e educadora física) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 06 residentes em saúde da família (psicóloga, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta, assistente social e

educadora física) da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia; 04 auxiliares de serviços gerais e 05 vigias.

Os serviços ofertados no CSF são: acolhimento e triagem; vacinas; curativos e administração de medicamentos; consultas médicas e de enfermagem; dispensação de medicamentos; atendimento em saúde mental; atividades educativas; visitas domiciliares; controle de hipertensão e diabetes; tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's); tratamento de tuberculose e hanseníase; acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças; planejamento familiar; pré-natal; prevenção do câncer de mama e ginecológico; cadastramento das famílias residentes na área de responsabilidade da equipe e coleta para exames laboratoriais.

Este cenário promove assistência em saúde para aproximadamente 4.000 usuários, destes, 244 apresentam diagnóstico de algum tipo de transtorno mental e fazem o uso regular de medicamentos psicotrópicos, sendo assim, usuários da saúde mental, onde estes são acompanhados por profissionais da ESF, tais como: enfermeiras, médicas, dentistas, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde e de saúde bucal.

Vale ressaltar que este cenário promove, a oportunidade de se aplicar o Projeto de Saúde Mental, organizado pelo Me. Denilson Gomes, juntamente com o Centro Universitário INTA - UNINTA, no qual os acadêmicos podem vivenciar melhor a realidade da unidade em relação aos atendimentos dos usuários da saúde mental, através do acompanhamento de uma equipe composta por acadêmicos de vários cursos, em busca da melhoria da qualidade de vida desses usuários.

4.3 Período da pesquisa

A coleta de dados foi realizada em maio de 2019 e a pesquisa foi concluída em junho de 2019.

4.4 Participantes da pesquisa

O total de usuários da saúde mental são 244 pessoas, as quais fazem acompanhamento no Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Dom Expedito. A partir desta população foi selecionada, de forma voluntária e aleatória, uma amostra de 37 usuários, mediante ao cálculo amostral com nível de confiança de 90%.

Os critérios de inclusão foram usuários da saúde mental do CSF do bairro Dom Expedito, com idade igual ou superior a 18 anos, que fazem o uso regular de medicamentos psicotrópicos, convivendo com familiares e/ou cuidador e que possuam discurso elaborado. Foram excluídos do estudo os usuários dos outros serviços de atendimento do referido CSF.

4.5 Instrumentos de produção dos dados

Para coleta dos dados, foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE B), que consta da caracterização dos participantes e do recordatório alimentar dos mesmos, onde possui cinco questões específicas e, logo após, será aplicado o Teste de Atitudes Alimentares versão português (TAA - 26), (ANEXO A), que é um instrumento utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

O TAA- 26 foi traduzido do inglês para o português por três tradutores independentes, profissionais estes com domínio na língua inglesa e que são membros da equipe multiprofissional do ambulatório de distúrbios de conduta alimentar e do peso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Universidade de São Paulo). Esse instrumento foi validado pelos os autores utilizando população feminina do Canadá: pacientes com anorexia nervosa e jovens universitárias sem a história da doença alimentar ou psiquiátrica. A versão original do *Eating Attitudes Test* (EAT- 40) constituiu-se de 40 itens de múltipla escolha, sendo o resultado do teste a somatória dos valores atribuídos às questões e os autores estabeleceram o ponto de corte de 30 pontos como sendo indicador positivo de possibilidade de existência de distúrbio alimentar (BIGHETTI, 2003).

Mais tarde, Garner et al. (1982), propuseram a versão brasileira abreviada, o TAA -26 com 26 itens, validando e mantendo as correlações clínicas e psicométricas entre grupos de pacientes e sujeitos normais. O ponto de corte estabelecido para essa nova forma foi de 21 pontos. Sendo 26 questões objetivas e de autopreenchimento sobre o comportamento alimentar.

Foram realizadas medidas antropométricas (peso e altura) de cada usuário para a realização do cálculo índice de massa corporal (IMC) que será calculado pela equação de Quetelet ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) e interpretado conforme a Organização

Mundial da Saúde (1995), onde o mesmo irá servir como parâmetro para o diagnóstico nutricional dos participantes. Segue a baixo a tabela com os parâmetros de IMC.

IMC	Classificação
abaixo de 18,5	abaixo do peso
entre 18,6 e 24,9	Peso ideal (parabéns)
entre 25,0 e 29,9	Levemente acima do peso
entre 30,0 e 34,9	Obesidade grau I
entre 35,0 e 39,9	Obesidade grau II (severa)
acima de 40	Obesidade III (mórbida)

Considerando a disponibilidade dos participantes da pesquisa, será solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que obedece aos preceitos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012).

4.6 Processamento e análise dos dados

No primeiro momento, foi aplicado o questionário estruturado que é composto de questões específicas, em que as respostas foram analisadas de acordo com a frequência que surgirem e foram comparadas entre si. Ainda no primeiro momento foi aplicado um questionário, contendo recordatório alimentar do usuário e outras informações relevantes para o estudo.

No segundo momento, foi aplicado o TAA que foi analisado de acordo com a sua pontuação por questão, o ponto de corte estabelecido é de 21 pontos. Acima desse valor, os participantes serão classificados como grupo de risco ao desenvolvimento do transtorno alimentar e se a soma dos pontos for abaixo de 21, indica normalidade. Cada questão apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, muito frequentemente = 2 pontos, frequentemente = 1 ponto, às vezes = 0 pontos, raramente = 0 pontos e nunca = 0 pontos. As 26 questões estão divididas em três escalas ou fatores obtidas

a partir de análise fatorial, cujos conceitos e números estão a seguir: (I) Escala da dieta itens nº:1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24 e 25: reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (II) Escala de Bulimia e preocupação com os alimentos itens nº: 3,4,9,18,21,26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar ganho de peso; (III) Escala de controle oral itens nº: 2, 5,8,13,15,19,20: demonstra o auto-controle em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (BIGHETTI, 2003).

No terceiro momento foi apresentado o cálculo do IMC, onde utilizou-se peso e altura dos indivíduos. O peso foi obtido através da pesagem do usuário no momento da entrevista, com a utilização de uma balança digital e o valor obtido foi anotado no roteiro. A altura foi aferida com a utilização de uma fita métrica inelástica que foi devidamente fixada na parede da residência dos entrevistados, posteriormente o usuário foi posicionado de costas para a parede, com os pés descalços, paralelos e com o calcanhar encostado na parede, com a cabeça nivelada e o olhar para o horizonte, dessa forma foi aferido a altura e anotada no roteiro. Após o cálculo do IMC os valores foram comparados com os parâmetros para obtenção do diagnóstico nutricional dos usuários entrevistados.

4.7 Aspectos éticos e legais

O projeto desta pesquisa foi submetido aos protocolos de pesquisa na Plataforma Brasil, que foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário INTA - UNINTA, dando consentimento para que o estudo seja desenvolvido.

Após a aprovação na Plataforma Brasil, os dados dos usuários serão mantidos em sigilo de acordo com as considerações e recomendações das instituições científicas envolvidas, respeitando a Resolução 466/12 do CNS/MS, que trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado. Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve

riscos e devem ser analisadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. No caso dessa pesquisa quantitativa, os riscos serão mínimos, já que se limitará as respostas de um questionário e aferição de peso e altura, o que pode causar desconforto ou constrangimento na avaliação das medidas antropométricas. Porém, serão tomadas as devidas precauções éticas (BRASIL, 2012).

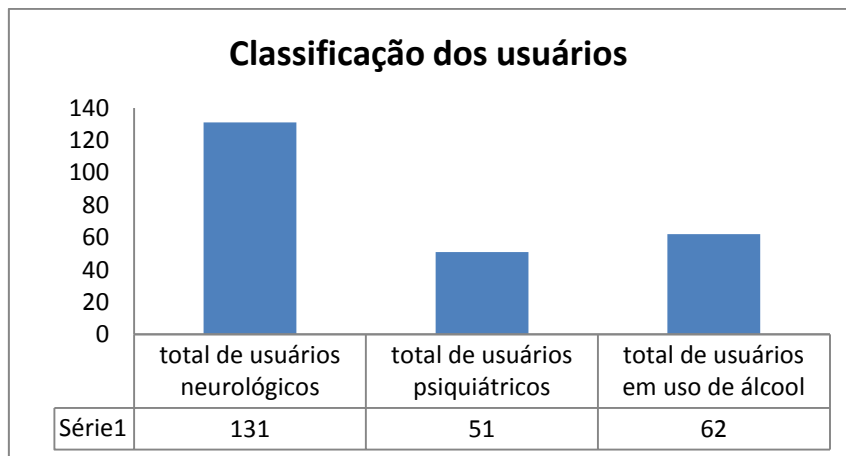
Vale informar que os usuários identificados com algum transtorno alimentar serão encaminhados, de forma sigilosa, para um serviço especializado de acompanhamento psicológico e nutricional no referido local da pesquisa.

Diante do exposto, a pesquisa poderá trazer benefícios, mesmo que não imediatos, com a divulgação dos resultados para a comunidade científica numa perspectiva de melhorar o atendimento aos usuários de saúde mental e garantir uma melhor qualidade no comportamento alimentar e nutricional de acordo com a realidade socioeconômica dos mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O referido estudo intitulado “Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental”, foi realizado no CSF do bairro Dom Expedito, onde possui atualmente cerca de 240 usuários da saúde mental, onde os mesmos, de acordo com a gerencia do CSF, são divididos em diferentes categorias: pacientes psiquiátricos, neurológicos e em uso de álcool, como pode ser observado no gráfico a seguir. Esta classificação é realizada pelo próprio CSF.

Gráfico 1: Representação da quantidade de usuários da saúde mental do CSF e suas classificações. Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental. Sobral, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

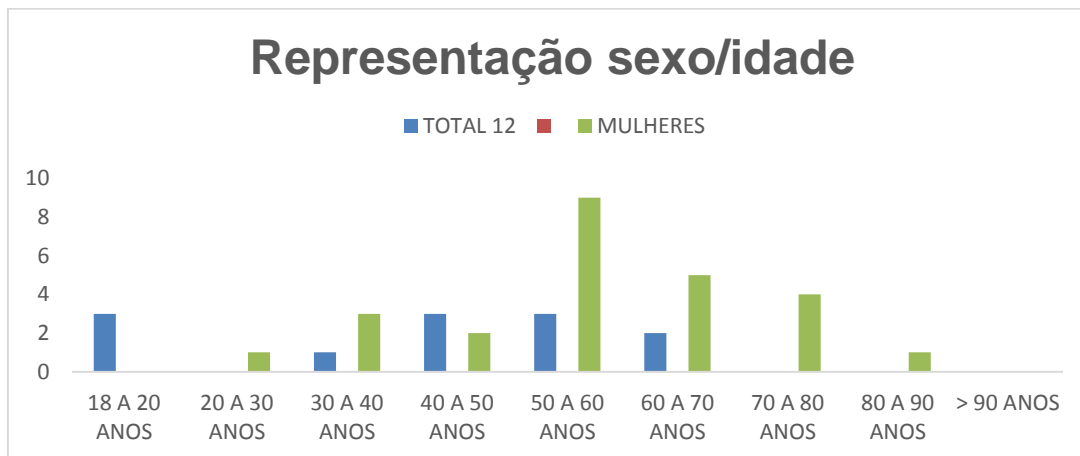
No referido CSF existem dias específicos para o atendimento com o psiquiatra, que no caso se dá uma vez ao mês, onde o mesmo atende juntamente com a médica da unidade. Existe ainda o grupo de saúde mental e o matriciamento, que ocorrem também uma vez ao mês. O matriciamento não é disponibilizado para todos os usuários, há um número restrito de discussão de casos, que é realizado para os pacientes da saúde mental, onde os critérios para realização do matriciamento podem ser, por exemplo, o usuário que não reside com familiares ou cuidador e necessita de um cuidado maior em relação a controle de medicação. O que não é o padrão dos usuários entrevistados, pois nenhum dos usuários entrevistados passou pelo matriciamento.

Segundo PEREIRA (2013), é preciso estudar saberes e práticas na atenção em saúde mental, com diversas ações reabilitadoras considerando as especificidades

de cada um, em busca do desenvolvimento e valorização do indivíduo. Independente das demandas apontadas no gráfico acima, o sujeito deve ser acompanhado de forma integral por todos os profissionais, incluindo o nutricionista, pois o que é considerado na política de saúde não é o diagnóstico, mas a pessoa em sua singularidade.

Diante do número total de usuários, obtivemos acesso a 37 deles, sendo 25 usuários do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Distribuídos por idade segundo o gráfico 2.

Gráfico 2: Representação do sexo e idade dos participantes, de acordo com a amostra utilizada. Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental. Sobral, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

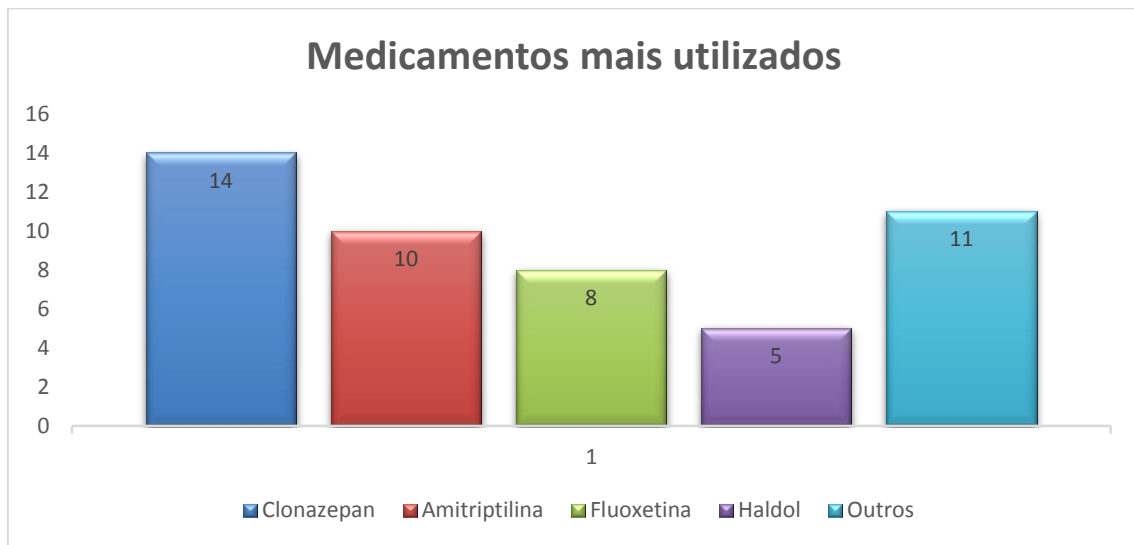
Podemos observar no gráfico 2, que em sua maioria os usuários são mulheres com idade entre 40 e 59 anos, onde não há usuário com idade inferior a 20 anos, 16% com idade entre 20 e 39 anos, 44% com idade entre 40 e 59 anos, 40% a partir de 60 anos. Os homens em sua maioria apresentam idade de 40 a 59 anos, onde e 25% com idade inferior a 20 anos, 8,33% com idade entre 20 e 39 anos, 50% com idade entre de 40 anos a 59 anos, 16,66% com idade entre 60 e 69 anos.

Retratando assim uma população com um perfil mais feminino e com uma diferença de idade maior entre si, onde a faixa etária feminina é mais ampla, visto que vai de 27 a 87 anos e a masculina de 19 a 62 anos, podemos notar que a população masculina idosa não é tão presente nesse quadro.

Todos os entrevistados fazem uso contínuo de algum tipo de medicamentos psicotrópicos, sendo os mais utilizados, Clonazepan, Amitriptilina, Fluoxetina e

Haldol, como podemos observar no gráfico 3. Sendo mais prevalentes nas mulheres, pois foi o maior público atendido pelo CSF e pesquisado.

Gráfico 3: Representação do tipo de medicação que os usuários fazem uso habitual, de acordo com a amostra utilizada. Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental. Sobral, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Este fato vai de encontro com a literatura encontrada que demonstram em pesquisas internacionais e nacionais à alta prevalência de transtornos mentais em mulheres (Silva e Costa, 2012). Esse fato pode ser considerado se levarmos em conta que as mulheres procuram mais atendimento médico do que os homens, bem como, mantêm o tratamento por mais tempo, já os homens raramente procuram a unidade de saúde em busca de atendimento e muitas vezes abandonam o tratamento e não o concluem

Com base na literatura analisada, estudos mostram que os transtornos alimentares vêm tendo um aumento nas últimas décadas, esse quadro costuma ter como fator desencadeante algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, distúrbios da imagem corporal, depressão e ansiedade (FIATES; SALLES, 2001), como podemos observar no presente estudo uma grande incidência de pessoas com depressão e/ou ansiedade, onde 19 dos 37 participantes apresentam diagnóstico de depressão o que representa 51,35% e 4 dos 37 participantes com diagnóstico de ansiedade, o que representa 10,81%.

5.1 Recordatório Alimentar

De acordo com o questionário estruturado, obtivemos o recordatório alimentar habitual da maioria dos usuários da saúde mental em três de suas refeições, sendo elas o café da manhã, almoço e o lanche da tarde, como podemos observar a seguir:

Tabela 1: Recordatório Alimentar

Café da Manhã	Almoço	Lanche da tarde
Pão com manteiga ou biscoito e café preto com açúcar; Ou não fazem essa refeição.	Arroz, macarrão, feijão e frango ou peixe;	Pão com café preto com açúcar; Ou não realizam essa refeição.

Fonte: Pesquisa direta, 2019

Ao analisarmos o recordatório alimentar dos usuários participantes da pesquisa, podemos perceber a dificuldade do acesso a uma alimentação variada e rica em nutrientes, podemos observar que existe uma monotonia nas refeições dos usuários da saúde mental, a falta de vegetais, legumes e frutas na alimentação é visível, e de acordo com alguns usuários, os mesmos consomem uma grande quantidade de alimentos ricos em carboidratos e lipídeo.

Há dias em que os mesmos realizam apenas uma dessas refeições devido à falta de condições econômicas, como podemos perceber na análise do recordatório alimentar e nos discursos dos participantes, como sinalizados nas frases a seguir: “(...) se tiver o que comer a gente come, se não tiver, o jeito é esperar até aparecer alguma coisa” (SIC). “(...) eu não sei o que acontece comigo, às vezes eu nem como e continuo engordando?!” (SIC).

Em relação ao consumo de frutas e verduras, os participantes em sua maioria relataram que dificilmente tem acesso a esses alimentos, e por isso, não tem o hábito de consumir, relatam: “A coisa mais difícil aqui em casa é a gente comer fruta, têm dinheiro pra isso não!” (SIC).

Desse modo, podemos notar uma relação conturbada com a alimentação, o que acaba promovendo um ganho excessivo de peso ou o contrário, uma perda ponderal de peso, tendo assim o aparecimento de transtornos alimentares, comprovando assim o que diz a literatura, que os transtornos alimentares estão diretamente ligados a fatores desencadeantes.

De acordo com BIGHETTI et al. (2006) os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia, têm maior prevalência em pessoas entre 12 e 18 anos, sendo do sexo feminino, isso se dá não somente nos países desenvolvidos, onde teriam características econômicas e socioculturais que desencadeariam esses transtornos, mas também nos países de terceiro mundo.

Como mostra a pesquisa, o público que utiliza o serviço do CSF, é um público mais velho, com idade superior a 19 anos, bem como descrito nos critérios de inclusão da pesquisa, onde o público deveria ter idade superior a 18 anos, o que pode nos levar a crer que devido a isso não obtivemos acesso a nenhum caso de anorexia e bulimia, pois esses transtornos são mais presentes em pessoas com idade de 12 a 17 anos.

Outro ponto a ser observado seria o fato de que em sua maioria os usuários possuem apenas uma renda mensal mínima oriunda do benefício que recebem do governo, o que poderia ser outro fator para o não aparecimento de casos de anorexia e bulimia, pois, devido ao acesso restrito a uma variedade de alimentos e por muitas vezes não haver a possibilidade do indivíduo ter acesso a o alimento em grandes quantidades, faria com que não se observe esses quadros patológicos.

De modo geral os participantes da pesquisa são de classe econômica baixa, com nível mínimo de escolaridade e alguns usuários da saúde mental são leigos em relação a orientações nutricionais e todos relataram que não receberam nenhum tipo de orientação da nutricionista ou de qualquer outro profissional do referido CSF, referente à alimentação. Vale salientar que alguns usuários possuem Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) descompensada, fazendo uso de medicações para controle dessas doenças, no entanto, sem nenhuma orientação sobre a alimentação perante esses quadros patológicos.

Seria de suma importância que houvesse algum tipo de orientação para esse público, com relação a alimentação adequada, para promover hábitos alimentares saudáveis dentro da realidade de cada indivíduo, com o propósito de prevenir e/ou controlar o aparecimento dessa doenças crônicas não transmissíveis, visto que

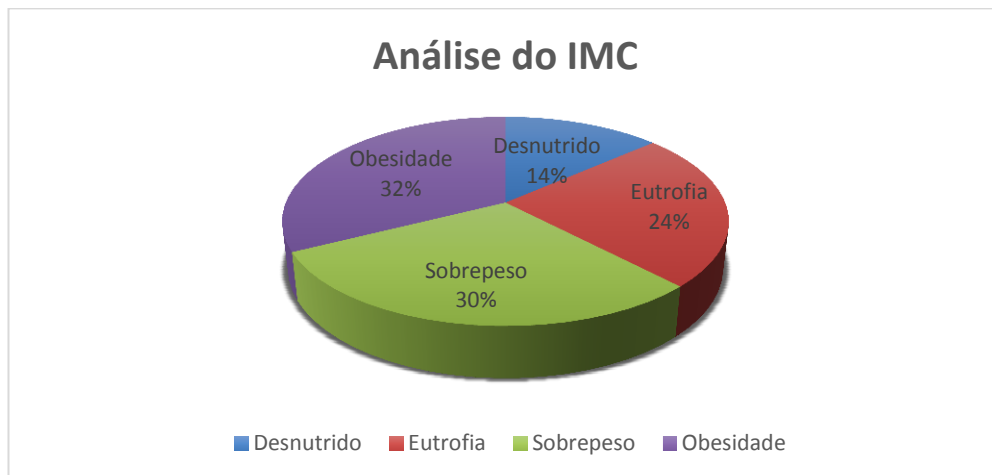
todos que apresentam esses quadros têm histórico familiar de HAS, DM, Obesidade, Hipercolesterolemia e Doenças Cardíacas.

O nutricionista apresenta um papel fundamental neste caso, pois é função desta profissão, promover educação alimentar e nutricional que corrobora significativamente para redução e/ou controle de doenças crônicas não transmissíveis, através de uma alimentação adequada e o controle de ganho de peso, de acordo com a realidade de cada indivíduo, visando assim a promoção da saúde desses indivíduos.

5.2 Análise de índice de massa corpórea

Através dos dados obtidos de peso e altura foi possível analisar o IMC dos participantes da pesquisa e dessa forma obter um diagnóstico nutricional como podemos observar no gráfico 4.

Gráfico 4: Representação do IMC e do diagnóstico nutricional dos participantes, de acordo com a amostra utilizada. Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental. Sobral, 2019



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Diante desses dados, podemos perceber que esses pacientes necessitam de um olhar mais amplo em relação a sua saúde. Há um número expressivo de usuários com sobrepeso e obesidade, sendo 62% da amostra, o que nos mostra a realidade dessa população, que sem ter a menor orientação de como deve ser sua alimentação acabam comendo em excesso, até mesmo muitas vezes, por ter

apenas uma refeição no dia, os usuários comem em grande quantidade para que possam conseguir passar o restante do dia e esperar até o dia seguinte para ter a próxima refeição.

Como relatado anteriormente, os participantes são pessoas simples, de pouca escolaridade, com renda mínima ou nenhuma renda financeira, o que acaba dificultando o acesso a uma alimentação de qualidade e em quantidade suficiente, e com a frequência adequada, que seria diariamente.

Diante dos dados obtidos e da observação da realidade dos participantes da pesquisa através das visitas domiciliares, pode-se perceber, que em sua maioria, os participantes, moram sozinhos, em residência própria, porém em condições precárias, sem saneamento básico. Em seus discursos era visível a revolta sobre o abandono familiar, pois muitos, sendo idosos, ficaram sozinhos e reclamavam da falta de atenção dos filhos em relação a saúde, muitos relatavam que os filhos passavam de meses sem visita-los.

Durante um pequeno diálogo com os participantes, pode-se constatar que a maioria dos quadros, principalmente de depressão que foi o que teve mais prevalência, começou após o “abandono” dos filhos, a separação do marido ou a perda de algum ente querido. Dessa forma, com o surgimento dos transtornos emocionais e psicológicos, os participantes relatam que tiveram algum tipo de alteração em sua forma de se alimentar, algum comem em maior quantidade, enquanto outros tiveram uma perda de apetite e por consequência comem menos.

Ao analisarmos o Teste de Atitudes Alimentares – TAA, referentes aos distúrbios de bulimia e anorexia, não foi obtido nenhum dado relevante para indicar qualquer um desses distúrbios alimentares. Isso pode ser explicado, como visto anteriormente, que o público atendido pelo CSF, é um público mais adulto, visto que a bulimia e anorexia são distúrbios mais presentes em populações mais jovens, com idade de 12 a 17 anos, que não representavam o público-alvo desta pesquisa.

O resultado também pode está relacionado à ingestão insuficiente de alimentos, em geral, não há escolha do tipo de alimento a ser consumido para ser expurgado, como no caso da BN, dessa forma também não existe a preocupação com o ganho de peso como vemos na AN.

Todos esses dados nos mostram a vulnerabilidade social desses indivíduos, que são enxergados apenas como usuários da saúde mental, mas, que não tem um suporte psicológico, nutricional, social, que ajudaria a amenizar essa situação, pois

todos esses fatores acabam influenciando e contribuindo para uma piora do quadro psicológico desses usuários.

É preciso ressaltar na pesquisa que o profissional da nutrição não aparece nas falas dos participantes, pois não existe um acompanhamento nutricional para nenhum dos participantes dessa pesquisa. Muitos deles relataram que nem tinham conhecimento que no CSF havia nutricionista, “(...) Moça eu nem sabia que no posto tinha nutricionista” (SIC). Isso indica que o atendimento multidisciplinar não está sendo realizado, desse modo, os usuários não estão sendo vistos como indivíduos que precisam de orientações correlacionadas a alimentação, principalmente se tratando de pessoas que possuem comorbidades que poderiam ser controladas como a HAS ou o Diabetes, além do principal transtorno encontrado aqui, a obesidade.

Diante disso, o profissional nutricionista tem papel fundamental para prevenir e/ou tratar de quadros patológicos que podem ser prevenidos ou controlados através da alimentação, visando a promoção da saúde. É preciso estar atento a condição nutricional das pessoas, independentemente de ser ou não usuários da saúde mental, pois saúde deve ser vista na dimensão integral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesse estudo são bastante expressivos. Devido à complexidade dos transtornos alimentares, podemos observar que existem vários fatores a serem levados em consideração para analisar e chegar a um consenso. Como observado nesta pesquisa, constatamos que há o desenvolvimento de obesidade, para chegar a esta conclusão foram observados diversos fatores, não apenas o índice de massa corporal, mas as condições socioeconômicas e próprio hábito alimentar.

Através desse estudo podemos concluir que os usuários da saúde mental necessitam de um olhar mais amplo, em relação ao seu diagnóstico e sua realidade, para que dessa forma ele seja visto como um indivíduo que precisa de atenção não somente em relação ao seu diagnóstico psicológico, mas em relação a sua saúde por completo. Afinal esse indivíduo possui outras questões tão importantes quanto o seu diagnóstico da saúde mental.

Como podemos observar no discurso dos usuários, quando relataram que não tinham conhecimento de que havia nutricionista no CSF ou que receberam qualquer orientação do nutricionista em relação à forma correta de se alimentar, mesmo os usuários que já apresentam quadro de hipertensão artéria / ou diabetes e que estão visivelmente obesos ou com sobrepeso, o que seria um fator importante para o desenvolvimento de doenças cardíacas ou mesmo para um AVC, o que agravaria todo o cenário o qual esse usuário encontra-se inserido.

Dessa forma, com esse olhar mais amplo, poderíamos intervir de forma a ajudar a melhorar esse quadro, que pode ser consequência de uma vida social, econômica precária, onde um simples ato de escutar o indivíduo, analisar sua situação como um todo e intervir de maneira correta poderia de alguma forma melhorar o seu quadro ou evitar e/ou controlar um quadro de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e etc.

Portanto, é fundamental que continuem pesquisando os usuários da saúde mental para que ocorra o aprofundamento sobre o tema, suas causas, e qual a melhor forma de intervir para ajudar a melhorar a vida desses usuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARLOW, D. H., & Durand, V. M. (2008). **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning.

BEZERRA JUNIOR, Benilton Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007

BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT - 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**. 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiVg9v89erQAhWCIJAKHbyWAPUQFggiMAE&url=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde12042004234230/publico/tese.pdf&usg=AFQjCNGm9I0WdmdRZRgw1fyZPIRFUTMA4w&sig2=D07A6dJPbDR48ggvuUjoA>>. Acesso em: 10 março. 2018.

BIGHETTI, Felícia., José Ernesto dos Santos, Roseane Pilat Pessa Ribeiro. **Grupo de Orientação clínico- nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiencia "GRATA"**. Ribeirão Preto - SP. Julho, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde Mental em dados-12**. Informativo eletrônico v. 5, n. 9, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Brasília, 2008. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 27 junho. 2019.

CARNEIRO, V.G. **A influência da mídia na obesidade de crianças e adolescentes**. Monografia (Bacharelado em Educação Física). Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP, Guarujá. 2007. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/monografia/midia-na-obesidade.pdf> Acesso: 09 março. 2018.

CORDÁS T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. Psiq. Clinica**. v. 31(4): 154-57. 2004. Disponível em:

<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj84Om9rzPAhXlhpAKHaN0BWUQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frpc%2Farticle%2Fdownload%2F16259%2F17971&usg=AFQjCNHaHkMWX9eJaXotaAD4xDaen1ySQ&sig2=1LTAgrB8zVPldLx5WtNBA&vm=bv.134495766,d.Y2l>>. Acesso em: 02 maio.2018.

CRUZ, Ana Carolina da; STRACIERI, Adriana Pereira Medina; HORSTS, Renata Ferreira de Magalhães Leite. **Percepção corporal e comportamentos de risco para os transtornos alimentares em estudantes de um curso de nutrição. Revista Nutrir Gerais:** Revista digital de nutrição, Ipatinga, v. 5, n. 9, p.821-840, 2011. Disponível em:<<http://www.unilestemg.br/nntostranstornos.pdfutrirgerais/downloads/artigos/volume5/edicao-09/percepcao-corporal-comportame>>. Acesso em: 15 nov. 2016.
DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial **Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro,1997.

DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. **Mudanças alimentares e educação nutricional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2009, p. 63-74.

FIATES, Geovanna Medeiros; RATAICHEXK e SALLES; Raquel KUERTEN. **Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitários.** Campinas,2001

GERVAS, J, Fernandez-Perez M. **Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família.** [s.d.] [acesso em 11 maio 2018]. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf

GONZALEZ, Gabriela Andrea Leite; SACOMANI, júnior; RONDINA, Regina de Cássia. **As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação com o espelho e a imagem corporal.***Rev. Subj.* [online]. 2014, vol.14, n.3, pp. 383-394. ISSN 2359-0777.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas psicossociais.** São João Del Rei, v.1, n.1, p.1-19, jun. 2016.

MAGALHÃES, Paula. **Comportamento alimentar, estado nutricional e imagem corporal de estudantes de nutrição: aspectos psicossociais e percurso pedagógico.** 2011. 163 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição, Área de Ciências Nutricionais, Universidade Estadual Paulista Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara - SP, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/100970>>. Acesso em: 01.abr. 2018.

MENÉDEZ., T. B. (2007). **Câncer de mama e imagem corporal: Uma busca através da dança do ventre.** Trabalho de Conclusão de Curso, Fisioterapia.

Universidade São Marcos, São Paulo. Recuperado de <http://br.monografias.com/trabalhos3/cancer-mamaimagem-corporal/cancer-mama-imagem-corporal.shtml>

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A; ZUBEN, B. V. V; SANTOS; M.A. Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde.** v. 9, Supl.1, p.330. 2014. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10346/9710>>. Acesso em: 01 out.2016.

PERES, R. S., & SANTOS, M.A. (2006). **Contribuições do Desenho da Figura Humana para avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa.** *Medicina, Ribeirão Preto, [online]*, 39(3), 361-370. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/392/393>.

PEREIRA, Elza Dilly. **Assistência à Saúde Mental na atenção primária á saúde.** Porto Alegre,2013

PHILIPPI, Sonia Tucunduva et al (Org.). **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição.** 2. ed. Barueri- Sp: Manole, 2014.

PINTO, A.C.M; et al. Transtornos Alimentares em Alunas da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP. **Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba.**v.11, n.2, p.16-20. 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/982> >. Acesso em: 02 março 2018.

RAMALHO, Alanderson Alves; DALAMARIA, Tatiane; SOUZA, Orivaldo Florencio de. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1405-1443, jul., 2012.

SICCHIERI, Juliana Maria Faccioli et al. manejo nutricional nos transtornos alimentares. **Revista Medicina, Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 3, n. 39, p.371-374, jul. 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/393>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SILVA, G. A; LANGE, E.S.N. **Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos de sexo feminino.** *Psicologia Argumentativa.* p. 44. 2010. Disponível em: www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3509&dd99=pdf. Acesso: 14 abril.2018.

SILVA, Janiara David et al. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ouro Preto, v.

12, n. 17.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/24.pdf>>. Acesso em: 08 abril 2018.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100019&lng=en&nrm=iso>. acesso 27 June 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232009000100019>

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral /Associação Brasileira de Nutrologia. **Projeto Diretrizes: Terapia Nutricional no Paciente com Transtornos Alimentares**. 2011. Disponível em: <http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2012/194.pdf> Acesso em: 12 maio. 2018.

TEIXEIRA, Amanda Solimani; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; LEAL, Greisse Viero da S.; et al. Substituição de refeições por lanches em adolescentes. **Revista Paul Pediatr**, v.30, n. 3, p.330-337, 2012.

VALE, A.M.O; ELIAS, L.R. Transtornos alimentares: uma perspectiva analítica comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 13, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151755452011000100005&script=sci_arttext:>. Acesso em: 08 out.201

WAIDMAN, M.A.P; ELSEN. O cuidado interdisciplinar à família do portador de Transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; 14(3):341-

APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador Responsável: Prof. Me. Ana Mara Farias de Melo

Pesquisadora Participante: Kelly Pereira Borges

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo **“OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL”**. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é o benefício que poderá ocorrer no atendimento aos usuários da saúde mental do CSF, promovendo uma melhora na qualidade alimentar e nutricional desse usuário, bem como uma melhor qualidade de vida.

O objetivo geral do estudo será analisar a ocorrência do desenvolvimento de transtornos alimentares em usuários da saúde mental e a pesquisa será realizada no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães, localizado na Travessa Dom Expedito – Bairro Dom Expedito na cidade de Sobral, no Estado do Ceará. Os dados serão coletados por meio do “Teste de Atitudes Alimentares”, um questionário, com roteiro estruturado, será aplicado de forma espontânea, executadas no mês de maio de 2019 nas dependências do CSF, conforme a disponibilidade dos participantes. Será estabelecido o anonimato, identificando-os por números naturais.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir com a divulgação dos resultados para a comunidade científica numa perspectiva de melhorar o atendimento aos usuários de saúde mental e garantir qualidade no comportamento alimentar e nutricional de acordo com a realidade socioeconômica dos mesmos. Os procedimentos implicarão em risco mínimo, mas podem incluir vergonha por expor assuntos pessoais, porém serão minimizados através da garantia de sigilo da identidade e das informações coletadas e caso algum participante não sentir à vontade para responder poderão recusar-se.

A sua participação é voluntária e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você. Vale informar que o participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob segredo e você pode fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Inta- UNINTA, localizado na Rua Rodrigues Magalhães, 700, 1º andar – Prédio administrativo – Bairro Dom Expedito, Sobral-CE, CEP: 62.011.230. Telefone (88) 3112.3500 ou (88) 9.99420072, ramal 3552, e-mail: CEP@uninta.edu.br/sec.cep@uninta.edu.br. ou entrar em contato com a orientadora Ana Mara Farias de Melo, no endereço: Rua Luiz Gonzaga Prado, Nº 40, Centro/Sobral, telefone: (88) 996480817 – email: anamarapsi@gmail.com e/ou com a pesquisadora Kelly Pereira Borges através, do endereço: Rua Padre Osvaldo Chaves, Bairro D. Expedito Lopes, 56, Sobral- CE, Telefone número (88) 994627960 E-mail: matosborgeskelly@gmail.com. A equipe

de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Diante do exposto eu, _____ certifico que após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos pela orientanda **Kelly Pereira Borges**, estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa, exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Sobral, _____ de _____ 2019.

Assinatura do Participante

Ana Mara Farias de Melo – CPF: 029.154.353.75

Pesquisador Responsável

Kelly Pereira Borges – CPF: 029.348.593-39

Pesquisadora Participante

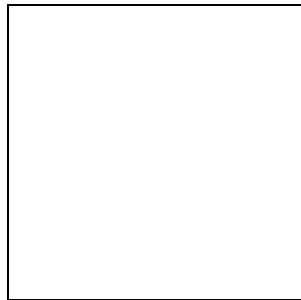
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____ portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **“OCORRENCIA DE TRANSTOROS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL”**, assinando o presente documento em duas vias iguais de igual teor e valor.

Sobral, _____ de _____ 2019.

Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica



Ana Mara Farias de Melo – CPF: 029.154.353.75

Pesquisador Responsável

Kelly Pereira Borges – CPF: 029.348.593-39

Pesquisadora Participante

D) Você mastiga bem os alimentos?

Sim () Não ()

E) Quem prepara suas refeições?

3. Durante o tratamento, você percebeu alguma diferença em relação a sua forma de se alimentar? Se sim, cite qual (is).

4. Quais os medicamentos que você faz uso? A quanto tempo?

5. Que tipo de orientações em relação a sua alimentação o CSF tem lhe repassado?

ANEXO A

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (TAA-26) VERSÃO PORTUGUÊS

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Sinto desconforto após comer doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Faço regimes para emagrecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)