



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Elen Cristiane Doná de Oliveira

**SUPLEMENTAÇÃO DE FIBRAS DIETÉTICAS EM PACIENTES MORADORES
DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Botucatu

2016

Elen Cristiane Doná de Oliveira

**SUPLEMENTAÇÃO DE FIBRAS DIETÉTICAS EM PACIENTES MORADORES
DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), câmpus de Botucatu para obtenção do título de mestra em enfermagem.

Orientadora: *Profa Dra Silvia Justina Papini.*

Coorientador: *Prof Dr Guilherme Correa Barbosa*

Colaborador: *Prof. Adj. José Eduardo Corrente*

BOTUCATU – SP

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Oliveira, Elen Cristiane Doná de.

Suplementação de fibras dietéticas em pacientes moradores de um hospital psiquiátrico / Elen Cristiane Doná de Oliveira. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Silvia Justina Papini
Coorientador: Guilherme Correa Barbosa
Coorientador: José Eduardo Corrente
Capes: 40503003

1. Fibras na nutrição humana. 2. Farelo de aveia.
3. Suplementos dietéticos. 4. Doenças crônicas. 5. Síndrome metabólica. 6. Esquizofrenia. 7. Hospitais psiquiátricos - Pacientes.

Palavras-chave: Doenças crônicas; Esquizofrenia; Farelo de aveia; Fibra alimentar; Síndrome metabólica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Elen Cristiane Doná de Oliveira

Título: Suplementação de fibras dietéticas em pacientes de um hospital psiquiátrico

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Justina Papini – UNESP/Botucatu

Primeiro Titular: Prof^a Dr^a Adriana Mendes – UNESP/Botucatu

Segundo Titular: Prof^a Dr^a Natália Baraldi Cunha – USC/Bauru

03/02/2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sérgio e Alzira, pelo dom da vida. Sempre abdicaram seus sonhos para que os meus fossem realizados. Moldaram-me com amor e dedicação, ensinando-me sempre o quão importante é o respeito ao próximo.

Ao meu marido, Rodrigo, pelo amor, carinho e pela família linda que me deu. O nosso amor nunca se apagará.

A minha pequena irmã, Rayane, que chegou em minha vida e incendiou de amor e alegria meus dias. Você é a flor mais linda do meu jardim. Te amarei de sol a sol e sempre serei sua irmã!

Ao meu pequeno príncipe, Lucas, que através do seu nascimento me ensinou o que realmente é o amor. Amor incondicional, amor que dói. Você é o meu coração que bate fora do peito.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

Obrigada!

AGRADECIMENTO

À Deus, por iluminar os meus caminhos e me ofertar a Tua Mão para que eu sempre pudesse levantar após os tropeços e tombos da vida.

Aos meus pais, por cuidarem do meu filho, como se fossem deles, pelo carinho e zelo com ele nos dias em que me ausentava devido aos estudos nesse período.

Ao meu esposo, pelo carinho, compreensão, paciência e incentivo durante esses anos juntos. Obrigada por existir em minha vida. Te amo.

Ao Lucas, pela paciência que teve com a mamãe. Obrigada por estudar junto, por escrever junto e tenho certeza que seu “livro” também logo estará pronto. Te amo além da vida!

À minha amiga, Tamires, pelo apoio, pelas conversas nas longas horas de viagem e pela presença em minha vida. Sem você eu não teria forças para trilhar esse caminho. Obrigada por tudo!

Ao co-orientador profº Dr. Guilherme Barbosa, pelos seus ensinamentos e contribuição aos estudos. E pela enorme contribuição do profº Dr. José Eduardo Corrente, sua presença foi fundamental para o término dessa pesquisa.

À minha mestra, profª Drª. Sílvia Justina Papini, que foi o alicerce para a construção desse estudo. Orientou não apenas o meu projeto, mas também me deu LUZ para seguir em frente. Agradeço a Deus por ter permitido que você cruzasse o meu caminho. Não tenho palavras para lhe agradecer....mas, simplesmente obrigada.

Aos familiares, colegas, amigos, professores e tantas pessoas que juntos fizeram parte da construção desse sonho, o meu muito obrigada.

LISTA DE ABREVIACÕES

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e droga
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
RT	Residência Terapêutica
ASG	Antipsicótico de Segunda Geração
APG	Antipsicótico de Primeira Geração
DCV	Doença Cardiovascular
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ADA	Associação Americana de Diabetes
SM	Síndrome Metabólica
RI	Resistência a Insulina
NCEP-ATP III	National Cholesterol Educationa Program - Adult Treatmente Panel III
IDF	International Diabetes Federation
CA	Circunferência Abdominal
PA	Pressão Arterial
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
AACC	American Association of Cereal Chemists
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
5 HTP	5 Hidroxitriptofano
M0	Momento Basal
M1	Primeiro Momento 90 dias de intervenção
M2	Segundo Momento 180 dias de intervenção
M3	Terceiro Momento 180 dias após última intervenção
IMC	Índice de Massa Corpórea
CIMS	Conselho para Organização Internacional de Ciências Médicas
TGL	Triglicerídeos
DASH	Dietary Approach to Stop Hypertension
NSI	Nutrition Screening Initiative

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de seguimento.....	377
Figura 2. Classificação do estado nutricional.....	522

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Componentes da síndrome metabólica segundo a definição do National Cholesterol Educationa Program - Adult Treatment Panel III e do International Diabetes Federation e Harmonizada****.	255
Tabela 2. Medidas descritivas para os indicadores antropométricos avaliados no momento inicial do estudo (M0).	511
Tabela 3. Perfil metabólico dos indivíduos com psicopatias no momento basal do estudo (M0).	522
Tabela 4. Comparação do índice de massa corpórea e circunferência abdominal nos três momentos do estudo.	533
Tabela 5. Comparação entre os valores dos componentes da síndrome metabólica nos quatro momentos do estudo (M0, M1, M2, M3).	533

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
REVISÃO DA LITERATURA.....	15
1. História Clássica da Psiquiatria	16
1.1. Reforma psiquiátrica brasileira.....	18
2. Tratamento do paciente com doença mental	22
3. Alterações metabólicas nos pacientes com doença mental.....	24
4. Cuidado nutricional nos pacientes com psicopatias	27
5. Papel da fibra dietética no controle do peso corporal e dos componentes ..	28
da síndrome metabólica.	28
HIPÓTESE	30
OBJETIVOS.....	31
Objetivo Geral	32
Objetivos Específicos	32
MÉTODO.....	33
Participantes.....	33
Tipo de estudo.....	33
Local de estudo	33
População do Estudo.....	33
- Critérios de Inclusão.....	34
- Variáveis de desfecho.....	34
- Avaliação antropométrica e diagnóstico nutricional	34
- Avaliação laboratorial	36
Protocolo de Intervenção	37
Aspectos éticos.....	37
Análise Estatística.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
ARTIGO	44
INTRODUÇÃO	47
MÉTODO.....	49
RESULTADOS	50
DISCUSSÃO	54

CONCLUSÃO58

PRODUTO59

REFERENCIAS.....60

ANEXOS63

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 2003 terminei a graduação em fisioterapia e a partir de 2005 iniciei minha carreira docente na Faculdade de Saúde de São Paulo, na cidade de Penápolis. Sempre gostei da área de saúde e em 2006 tive oportunidade de cursar a graduação em enfermagem, concluindo em 2009. Neste período continuei lecionando no curso de fisioterapia quando, em 2010, fui remanejada para supervisionar o setor de estágio de psiquiatria em enfermagem. Até aquele momento trabalhava com gestantes, preparando-as para o parto natural através de exercício físico, e reabilitava mulheres pós mastectomia devido ao carcinoma mamário.

Ocorreu uma mudança radical na minha vida profissional, deixei de atender como fisioterapeuta e iniciei minha carreira no ensino de graduação em enfermagem. Essa mudança drástica de área de atuação fez com que eu vivenciasse o mundo dos internos de um hospital psiquiátrico, notar a carência, as deficiências da vida social, as dificuldades e o abandono, que despertou em mim uma imensa vontade de ajudá-los nas pequenas tarefas diárias.

Através dos cuidados de enfermagem iniciei uma observação em relação a dieta, o sedentarismo, o aumento de peso constante, as alterações metabólicas e o cansaço físico fácil.

Começou a ser notório que essas alterações causavam nos pacientes desconfortos intestinais deixando-os irritados e aumentava a vontade de fumar. Diante disto me interessei pelas condições de saúde e qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos, principalmente na alimentação e atividade física. E quando demonstrei meu interesse à diretoria do hospital em relação aos cuidados e melhoria da qualidade de vida dos internos, obtive grande apoio. Afinal a psiquiatria hoje é um mundo que me encanta, pois descobri que de perto, ninguém é normal.

REVISÃO DA LITERATURA

1. História Clássica da Psiquiatria

Na antiga Grécia, a loucura era considerada como uma manifestação divina, a imagem dos loucos sempre estava associada à superstição ligada à sabedoria profética e transformadora. Existem registros de que era aplicada terapia do sono nessa população, nos templos, acreditava-se que sonhando com o deus dos mortais, Asclépio, o louco teria seus sintomas reduzidos¹.

O mesmo autor cita que na idade média (476 a 1492), a loucura foi associada com movimentos diabólicos. Os loucos foram perseguidos, martirizados e alguns queimados em fogueiras, pois eram perseguidos pela Santa Inquisição da Igreja Católica acreditando que não eram humanos e ao mesmo tempo eram atraentes. Nesse mesmo período era comum, em praça pública, ver os loucos como verdadeiros animais, enjaulados².

De acordo com Foucault (1997)², na idade média em algumas cidades da Europa, existiam lugares reservados para a população insana, onde viviam alojados, trancafiados e chicoteados publicamente. Já no século XVII, com o aparecimento do Iluminismo, os indivíduos encarcerados devido à loucura, foram considerados como improdutivos perante a sociedade, ocasionando uma desqualificação moral¹.

Criou-se em toda a Europa no século XVII os hospitais gerais, local esse para a internação de indivíduos que não possuíam características de convívio social e que foram internados nesses hospitais junto de pessoas com doenças venéreas, filhos prodígios, libertinos, homossexuais, indivíduos com demência e também os considerados loucos. Nesses tipos de instituições, a vida diária dos internos era desumana, as condições eram precárias, sem higiene, todos os internos viviam juntos, apenas os mais agressivos ficavam isolados em local fechado e presos por correntes fixadas em paredes ou nas próprias camas. Tratamento como purgativos, banhos, sangrias eram utilizados em alguns hospitais, mas esses eram os únicos tipos de terapêutica existente².

No final do século do XVIII, surgiu como especialidade médica, a psiquiatria, que trouxe a confiança de um bom tratamento para pessoas asiladas portadoras de transtorno mental. Philippe Pinel (1745-1827) foi quem introduziu a clínica psiquiátrica¹.

Segundo Amarante (2007)³, a revolução francesa tinha como ideais a liberdade, igualdade e fraternidade e com esse embasamento, Pinel, iniciou a obra psiquiátrica no Hospital Geral de Paris e em 1793, chefiou uma das unidades do Hospital Geral, o Hospital Bicêtre.

Philippe Pinel atuou categoricamente no final do século XVIII, firmando o marco para assimilação da doença mental, dita como loucura, na sociedade ocidental². Pinel definiu a loucura como um distúrbio no âmbito das paixões, sendo esta capaz de causar desarmonia na mente e em alguns momentos o indivíduo tinha a capacidade de perceber a realidade, sendo esta uma alienação mental. Diante da concepção em que a alienação dependia das percepções e das sensações do indivíduo, embasou-se então que nesse ideal e para amenizar o estado de loucura do indivíduo, defendia Pinel, que o louco deveria ser afastado de tudo e de todos que lhe promovesse alguma sensação de desconforto, dessa maneira seria necessário excluir o alienado de suas percepções habituais⁴.

Amarante(2007)³, relata que Philippe Pinel é considerado o pai da psiquiatria, o mesmo utilizava o termo alienado para os indivíduos com doença mental. Criou-se esse termo devido a origem de alienígena, de fora do mundo e da realidade. O nome do psiquiatra foi dado a vários hospitais e em diversos países, e o sobrenome dele começou a ser utilizado como sinônimo de louco.

No Brasil, no período colonial (1500-1822), quem cuidava dos enfermos eram curandeiros, padres e jesuítas, sendo que médicos nesse período eram raríssimos e não se tinha especialidade médica. As Irmandades das Santas Casas eram quem abrigavam e cuidavam dos doentes desprovidos financeiramente⁵. De acordo com Bastos 2007⁶, nessas instituições de saúde citada acima, os indivíduos com transtorno mental, sobreviviam trancafiados em lugares insalubres como os porões ou quartos bastante afastados e os mais agressivos e com comportamento de extrema agitação eram pelos guardas amarrados em troncos e espancados.

Miranda-Sá 2007⁵, retrata que em 1808, quando no Rio de Janeiro chegou a corte portuguesa, o Brasil ficou em bastante evidência por se tornar um reino unido e iniciou a urbanização, mas os problemas sanitários se tornaram também evidentes. As pessoas com doença mental não tinham condições de trabalhar no campo e nas

cidades, eles eram notados com maleficência, iniciando nesse período um problema social até mesmo para os familiares.

Diante desse quadro, o Brasil se viu necessitado da criação de um local para essa população, tornando o primeiro país da América Latina com base no alienismo francês a instituir um manicômio¹. Dom Pedro II em 1841, promulgou o decreto nº 82 para a fundação de local a cuidar dos alienados⁷. E em 1852, inaugurou-se o hospício Dom Pedro II que em outro momento recebeu o nome de Hospício Nacional de Alienados⁷.

No decreto de Dom Pedro II, o médico clínico era responsável pelas terapêuticas aos alienados, sendo essas, camisa de força, restrição de visita, diminuição da quantidade de alimentos, banho de emborcação e isolamento em solitárias, caso necessitasse de intervenções com os alienados e o médico não estivesse presente, o primeiro enfermeiro poderia executar a terapêutica⁸. Diante de estudos realizados por Messas 2008⁹, a desigualdade de tratamento existia nesse período e o que diferia era o demonstrativo de movimentação financeira. Os internos que pagassem a conta da hospitalização teriam alta a qualquer momento e os desprovidos financeiramente permaneceriam internados até a quitação do débito.

Após esse momento, foram criadas no Brasil por vários anos, inúmeras colônias de tratamento para os alienados. Essas tinham o propósito de estimular o indivíduo com doença mental a buscar sua cura, em desenvolver terapêuticas na lavoura, aproximando-os mais com as atividades diárias tentando uma integração social, porém esses tipos de colônias não deram certo pelo tempo prolongado de permanência dos indivíduos e pela falta de efetividade das terapêuticas¹.

Na década de 50 e 60 com o surgimento dos diversos tipos de fármacos principalmente os psicotrópicos, eclodiu os ambulatórios de saúde mental, tornando os indivíduos com transtorno mental menos presos, pois alguns deles iniciaram seus tratamentos em ambulatórios, fora da permanência hospitalar⁵. Já na década de 70 iniciou-se o movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

1.1. Reforma psiquiátrica brasileira

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe não somente a desinstitucionalização da loucura, pelo intermédio da extinção do aparato manicomial, mas defender os direitos dos sujeitos com doença mental e orientar mudanças na assistência em saúde dessa população. Estas mudanças substituem os hospitais psiquiátricos em serviços com o propósito na reinserção social e na consolidação da cidadania desta população¹⁰.

Após a promulgação da lei Federal nº 10.260 de 06 de abril de 2001, iniciou um alinhamento da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, abrindo caminhos para um novo modelo de assistência em saúde mental. A lei acima é o resultado da substituição do Projeto de Lei 3.657/1989 de Paulo Delgado, que sofreu vários vetos pelos doze anos que tramitou pelo Senado¹¹.

Tal lei preconiza que o indivíduo com doença mental possui direito ao tratamento com humanidade, acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser protegido de abusos e exploração, garantia de sigilo, ser tratado pelo meio menos invasivo possível, ter direito a presença médica a qualquer momento, ter o tratamento o mais próximo possível do âmbito familiar e ser tratado preferencialmente em serviços comunitários¹¹.

Ainda citando a lei nº 10. 216 fica proibido internações asilares e estabelece que a internação seja realizada apenas se os cuidados nos serviços de saúde mental extra-hospitalares não forem suficientes ao paciente¹¹.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) configura-se no serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico situado no território e tem por objetivo a reinserção social do portador de transtorno mental na comunidade, superando o aparato manicomial.

Integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o CAPS condiz ao serviço de atendimento aberto da saúde mental. Este é um local de referência para indivíduos com psicose, transtornos mentais, neuroses graves, doenças que exigem dessas pessoas a permanência em centros de atendimento comunitário com cuidados intensivos e que promovam a melhoria da vida¹².

De acordo com Brasil (2004)¹², o CAPS oferece recursos terapêuticos que englobam o atendimento individual, com orientação, medicação, psicoterapia, atividades em grupo tendo como referência às oficinas terapêuticas. Essas podem

estimular a cultura através de filmes, teatro, visita a museus, monumentos históricos de cada município, a alfabetização com grupos de leituras, oficinas de artesanatos que através dos trabalhos desenvolvidos podem ser geradoras de renda. Os familiares também são beneficiados com atendimento individual ou em grupo. Cabe a equipe do CAPS realizarem visitas domiciliares aos indivíduos vinculados ao tratamento, além de assembleia e reuniões de equipe para melhor organização do serviço e melhorias de atendimento ao público da unidade. Essas atividades são instrumentos importantes para que o CAPS seja um local de convivência. Com o objetivo da reinserção social, esse serviço necessita de ações extramuros, ou seja, ações intersetoriais mais efetivas na intenção de acolher e auxiliar na resolutividade das necessidades do portador no âmbito biopsicossocial.

A portaria nº 336/2002 complementa a Portaria nº 224/1992 instituindo os CAPS como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. Tal portaria descreve os CAPS em cinco modalidades (CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSad II, CAPSi II) que é estabelecido conforme a complexidade, o porte, a abrangência populacional de cada município e sua demanda. O CAPSad II é implantado em municípios acima de 100.000 habitantes e é focado para a população que faz o uso abusivo de álcool e outras drogas. O CAPSi II é direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes, sendo que o município para obter esse tipo de programa, precisa ter população acima de 200.000 habitantes. Já os CAPSI, CAPSII e CAPSIII, possuem capacidade de atendimento em municípios que tenham a população respectivamente entre 20.000 e 70.000 habitantes, entre 70.000 e 200.000 habitantes e acima de 200.000 habitantes. Cada um desses tipos de serviço tem especificamente os seus dias de funcionamento, números de refeições ofertadas, turnos, atividades terapêuticas desenvolvidas, quantidade de profissionais e formação acadêmica de cada um¹².

Guimarães (2011)¹³, afirma que cada usuário necessita ter um projeto terapêutico singular desenvolvido em algum tipo de CAPS, sendo sempre de acordo com as suas necessidades. O CAPS precisa ser capaz de ofertar atendimento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. O intensivo é um atendimento diário, exclusivo para indivíduos com sofrimento psíquico grave, que estão com grande dificuldade de convívio familiar ou em crise psíquica. Já no tratamento semi-intensivo, o atendimento ocorre até 12 dias do mês. Nesse período o sofrimento

minimiza, mas precisa de auxílio direto da equipe, buscando uma forma de restaurar sua autonomia. Na categoria não-intensivo, o atendimento ocorre 3 dias no mês, nessa fase o indivíduo consegue viver em um ambiente social e possui bom relacionamento familiar precisando de pouco apoio da equipe.

De acordo com a autora supracitada, o papel da equipe técnica no quesito de organização, desenvolvimento e manutenção do local terapêutico é de extrema importância. O período de permanência do usuário no atendimento dos CAPS vai depender do comprometimento psíquico, da elaboração do projeto terapêutico singular, do envolvimento familiar e inserção social. Essa deve ocorrer de maneira gradativa para propiciar ao indivíduo uma possibilidade de emancipação e autonomia perante a sociedade local, mas para que isso ocorra é necessário que o CAPS esteja associado a alguns serviços de base comunitária para que essa inserção seja de forma contínua.

Outra estratégia presente dentro da reforma psiquiátrica é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Esse foi implantado pelo SUS através da portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000. As residências terapêuticas são moradias para a população internada por longa permanência em hospitais psiquiátricos e que perderam vínculo com a família, que possuem grandes dificuldades em conviver em sociedade e que não possuem apoio da comunidade¹⁴.

O SRT fundamenta-se em casas localizadas em ambientes urbanos. Cada uma dessas casas deve conter cômodos da mesma forma das casas habituais e devem abrigar no máximo 8 indivíduos com transtorno mental. Os móveis da casa, assim como utensílios domésticos precisam acomodar-se em todos os ambientes, tais como: sala, quartos, cozinha, copa. As refeições devem ser no mínimo divididas em 3 porções, sendo café da manhã, almoço e jantar¹¹.

As residências terapêuticas devem estar articuladas com a rede de serviço de atendimento psicossocial de cada município. Elas precisam contar com o auxílio do CAPS de referência e de seus profissionais. As necessidades individuais de cada indivíduo com transtorno mental devem ser levadas em consideração, assim como a inserção desse indivíduo na organização social e no relacionamento interpessoal¹⁴.

As RT (Residências Terapêuticas) estão configuradas em dois tipos, sendo RT I e RT II. Na primeira categoria, deve-se inserir o indivíduo na rede social

existente no município, por meios de trabalho, educação e lazer. O acompanhamento de cada morador é desenvolvido através do programa terapêutico. Esses usuários devem contar com o auxílio de um cuidador capacitado a atendimento aos usuários do programa, um profissional do CAPS ou da Saúde da Família e até mesmo com um profissional doméstico com carteira assinada, e toda amparada por lei, sendo o recurso financiado pelo Programa de Volta para Casa¹³.

O Programa de Volta para Casa (Lei 10.708/2003) é uma auxílio reabilitação psicossocial para pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, e que objetiva contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania¹⁵.

Já o serviço de RT II é inserido a usuários que necessitam de cuidados bastante intensos, com técnica diária de monitoração e cuidadores de tempo integral para auxiliar na residência. Esse tipo de residência é o que substitui a morada familiar, sendo que os indivíduos possuem essa residência sendo sua casa e estando integrado novamente na sociedade após anos trancafiados em hospitais¹³.

Com o surgimento do Serviço Residencial Terapêutico ficou evidenciado a desospitalização psiquiátrica, pacientes provindos de longa internação migram para suas novas residências, ampliando o convívio social, mas continuam necessitando de assistência em suas comorbidades, melhorando desta forma sua qualidade de vida.

2. Tratamento do paciente com doença mental

A esquizofrenia é uma das mais estudadas e também mais intrigantes das doenças psiquiátricas.¹⁶ A mesma é descrita como um distúrbio complexo em todos os seus aspectos e de etiologia ainda desconhecida. Há várias teorias que tentam explicar seu aparecimento incluindo fatores genéticos, bioquímicos, neurológicos, psicossociais e ambientais. Essa doença mental que acomete 1% da população e representa um grande cargo financeiro e social, não apenas para a família, mas

também para toda a comunidade^{16,17,18}. Pacientes com esquizofrenia apresentam uma expectativa de vida menor quando comparados com a população geral, o risco de desenvolverem doenças cardiovasculares são duas vezes maiores comparado com a população geral, chegando a 32,5%¹⁹.

Os pacientes acometidos com doença mental, principalmente esquizofrenia, considerada também uma doença crônica, desenvolvem alucinações visuais e auditivas, delírio persecutório, sonhos e pesadelos constantes, agressividade entre outros. Para a diminuição desses agressivos sintomas, é utilizado entre outras terapias, a terapia medicamentosa, que além de minimizar os sintomas da doença serve como prevenção de futuras crises^{20,16}.

Nicolino (2011)²¹ relata que por ser uma doença crônica, o tratamento acontece com utilização de fármacos antipsicóticos de modo prolongado. As medicações controlam os sintomas da esquizofrenia, melhoram o bem-estar do indivíduo e elevam a chance de adaptação ao meio social.

Medicamentos psicotrópicos utilizados no tratamento de esquizofrenia tiveram início na prática clínica na década de 1950 com o advento da clorpromazina²². Ferreira²³ relata que o tratamento farmacológico com antipsicótico acarreta, ao paciente, vários efeitos adversos, e esses podem ser classificados em efeitos hematológicos, caracterizado por eosinofilia, agranulocitose e neutropenia; efeitos neurológicos, sintomas extrapiramidais, discinesia, tremor tardio, convulsões, sedação, hipotermia, acatisia, parkinsonismo; efeitos cardiovasculares, hipotensão, alterações eletrocardiográficas e arritmias cardíacas e efeitos endócrinos, fundamentado no aumento de peso, hiperglicemia, ginecomastia e disfunção sexual. As alterações metabólicas, em especial o desenvolvimento da obesidade abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes Mellitus tipo 2, componentes da síndrome metabólica são as maiores causas de morte entre estes pacientes²³.

Com o avanço das pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos, surgiram os antipsicóticos de segunda geração (ASG) com inúmeras vantagens em relação aos de primeira geração (APG), como menores efeitos extrapiramidais. Atualmente, ASG são prescritos como tratamento de primeira linha na esquizofrenia^{24,25}. Em contrapartida, o uso crônico desta terapia está associado ao aparecimento de alterações metabólicas que aumentam significativamente o risco de

morte por doença cardiovascular (DCV), a principal causa de mortalidade dos pacientes com esquizofrenia²⁶. As principais comorbidades metabólicas verificadas nestes pacientes estão associadas ao aumento importante de peso, principalmente ao aumento de gordura visceral, dislipidemias, hiperglicemia, componentes da síndrome metabólica. Essas alterações tornaram-se grande desafio para os especialistas que tratam destes pacientes. Em 2004, foi realizado um estudo sobre obesidade pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em conjunto com Associação Americana de Diabetes (ADA) e Associação Americana de Clínicos Endocrinologistas, originando o consenso de especialistas sobre drogas psicotóxicas e obesidade²⁷.

No Brasil alguns ASG fazem parte do programa de medicamentos de alto custo do Ministério da Saúde, o que elevou, nos últimos anos, o aumento da prevalência de alterações metabólicas nestes pacientes, gerando um problema de saúde pública. Outro problema observado, no Brasil é o fato de, na prática psiquiátrica principalmente na rede de atendimento primária, o tratamento ser restrito a remissão dos sintomas psicóticos, não sendo considerados outros aspectos importantes do tratamento, em especial os distúrbios metabólicos, acarretando graves problemas cardiovasculares que acabam piorando a qualidade de vida e aumentando a morbimortalidade.

Diante deste cenário, foi publicado um estudo em 2008, pelo Consenso Brasileiro Sobre Antipsicóticos de Segunda Geração e Distúrbios Metabólicos com objetivo principal de fornecer informações com aplicação prática de ações preventivas e de controle das alterações metabólicas comuns a esses pacientes²⁶.

3. Alterações metabólicas nos pacientes com doença mental

O crescente aumento de peso e obesidade na população em geral, tornou-se problema de saúde pública no mundo, principalmente por sua forte associação ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e morte prematura²⁷. Estudo revela a prevalência de obesidade nos pacientes com esquizofrenia, tratados cronicamente com medicamentos antipsicóticos de segunda geração, correspondendo a 40% a 75% do total, valores superiores ao encontrado na

população brasileira, que, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2014 a prevalência era de 47,8% a 60,8% de excesso de peso e 13,5% a 22,6% de obesidade no país²⁸.

Estas alterações metabólicas, quando associadas, acarretam a Síndrome Metabólica (SM), um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco para doenças cardiovascular, usualmente relacionados à deposição central de gordura e a resistência à insulina (RI), que aumenta duas vezes a taxa de mortalidade em relação à população geral, e triplica as chances para o desenvolvimento de doença cardiovascular³⁰. A prevalência na população geral é de 20% a 25%, e entre os pacientes com transtornos psicóticos é bastante variável²⁷, usando os critérios do National Cholesterol Educationa Program - Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) para o diagnóstico, (2001)²⁹. Este critério, mais usado em estudos e na prática clínica, define que a SM é diagnosticada a partir da alteração de três ou mais de seus componentes, sendo eles a hiperglicemia de jejum, hipertensão arterial, obesidade abdominal, hipertrigliceridemia e diminuição do HDL-colesterol²⁹, também de acordo com os critérios do International Diabetes Federation (IDF),(2013)³⁰. Mais recentemente, uma nova proposta de diagnóstico para SM, reduz o ponto de corte da glicemia de jejum e sugerem diferentes pontos de corte específicos para a CA, para populações de diversos países^{31, 32}. Essa nova proposta pode elevar ainda mais a prevalência de SM na população geral e de indivíduos com psicopatias. (Tabela 1)

Tabela 1. Componentes da síndrome metabólica segundo a definição do National Cholesterol Educationa Program - Adult Treatment Panel III e do International Diabetes Federation e Harmonizada****.

Componentes	NCEP	IDF	Harmonizada
Obesidade*	Cintura >102 em homens e >88 em mulheres.	Cintura > 94 cm em homens europeus, >90 cm em homens asiáticos e >80 cm em mulheres	Específica para cada população e etnia [#]
Glicose plasmática	≥110 mg/dL	≥100 mg/dL ou diagnóstico de diabetes	≥100 mg/dL ou diagnóstico de diabetes
Triglicérides**	≥150 mg/dL	≥150 mg/dL	≥150 mg/dL

HDL**	<40 mg/dL e homens e <50 mg/dL em mulheres	<40 mg/dL em homens e <45 mg/dL em mulheres	<40 mg/dL em homens e <45 mg/dL em mulheres
Pressão arterial**	Sistólica ≥140 mmHg ou diastólica ≥90 mmHg	Sistólica ≥130 mmHg ou diastólica ≥85 mmHg ou tratamento para HAS	Sistólica ≥130 mmHg ou diastólica ≥85 mmHg ou tratamento para HAS

*componente obrigatório para OMS associado a 2 critérios; **Triglicérides e HDL constituem um critério para OMS; ***componente obrigatório para o IDF associado a outros critérios; **** presença de 3 ou mais critérios citados. * circunferência da cintura ≥90cm para homens e ≥80cm para mulheres (para América Central e América do Sul), **HDL(High Density Lipoproteins), mg/dl(miligramas/decilitro), mmHg(milímetros de mercúrio), HAS(Hipertensão Arterial Sistêmica)

Apesar da literatura mostrar o suicídio como primeira causa de mortalidade, os pacientes com esquizofrenia morrem, como a população geral, de causas comuns²⁷. Atualmente estudos têm destacados maior prevalência de mortalidade desses pacientes, em relação a população geral, por complicações clínicas metabólicas sendo portanto, considerada como as principais causas de morte o suicídio e a doença cardiovascular. Tais condições são agravadas considerando a associação do uso de medicação ASG, ao estilo de vida, como hábito alimentar inadequado, sedentarismo, uso do cigarro e a privação social²⁶.

Diante destas condições se faz necessário uma avaliação dos componentes da síndrome metabólica antes do início do tratamento com antipsicótico e o monitoramento frequente e cuidadoso dos componentes da SM, peso, circunferência abdominal (CA), pressão arterial (PA), níveis séricos de glicemia e lipídios após o início da terapia medicamentosa. Doenças com íntima relação, tornando fundamental o conhecimento de que o paciente é portador de uma delas e a partir daí elaborar plano terapêutico, pois quando ocorrem em conjunto, potencializam suas morbidades e com medidas passíveis de serem executadas pelos pacientes²⁷.

O Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos²⁶, define as condutas terapêuticas para os pacientes com alterações metabólicas relacionadas a SM. Com relação ao ganho de peso, primeira comorbidade associada ao uso de ASG, o tratamento pode ser medicamentoso ou não medicamentoso. Estudos com tratamento farmacológico em pacientes esquizofrênicos com obesidade encontraram resultados não significativos para perda de peso¹⁶. É importante destacar que vários medicamentos são desaconselháveis para pacientes com transtorno psiquiátrico²⁶.

4. Cuidado nutricional nos pacientes com psicopatias

A principal alternativa para o controle de ganho de peso destes indivíduos está ligada as mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida, elaboração de um plano alimentar ajustado às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, e inclusão de atividade física regular diária respeitando as condições físicas individuais²⁷.

A inclusão de uma caminhada leve diariamente poderia ser vista como uma boa estratégia para aumento da atividade física. Apesar dos especialistas recomendarem, no caso da SM, que as atividades físicas devem ter um balanço entre atividades aeróbicas e anaeróbicas, com predominância dos exercícios aeróbicos, feitos por 30 minutos em torno de cinco vezes por semana, respeitando as condições físicas individuais,^{27,31,33} os indivíduos em uso de terapia antipsicótica apresentam algumas limitações para sua realização, entre elas o sono, a indisposição física e emocional, devido ao efeito sedativo dos antipsicóticos que faz com que eles passem a maior parte do dia deitado³⁴. Alguns estudos com pacientes moradores de SRT, em acompanhamento nos CAPS, relataram a dificuldade de incluir atividade física, caminhadas na rotina diária^{35,36,37,38}.

Outro fator importante que contribui para o ganho de peso, além da medicação e da própria doença, está associado ao hábito alimentar, que neste caso, está ligado ao elevado consumo de gorduras em geral, açúcares (bolos, doces, bebidas açucaradas) associado ao baixo consumo de fibras dietéticas^{35,36,39}. Henderson et al 2006³⁴, em seu estudo avaliou o consumo alimentar usando como ferramenta o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e o Diário Alimentar, e observou que os pacientes não apresentavam consumo energético superior ao da população, mas a qualidade nutricional dos alimentos e preparações consumidas eram inferiores, concluindo que o paciente com esquizofrenia não apresenta um consumo energético que explique por si só a obesidade, mas apresenta um padrão alimentar inadequado, destacando o elevado consumo de açúcares e gordura,³⁶ demonstrando o efeito qualitativo da dieta.

O hábito alimentar sofre influência de vários fatores, além das preferências individuais, o meio ambiente, fatores culturais, psicológicos e socioeconômicos também interferem nas escolhas alimentares que, no caso dos pacientes esquizofrênicos, é a base para a adoção da má alimentação observada. Devido as condições de saúde, muitos pacientes não conseguem trabalhar, vivem em hospitais ou são internados com frequência, o que os leva ao isolamento social, acarreta dificuldade financeira e condição de vida difícil, piorando ainda mais a qualidade da alimentação³⁵. Aliado a isto, as deficiências cognitivas, a falta de conhecimento, compreensão e condição de manter os cuidados com a saúde contribuem para que eles não consigam fazer escolhas alimentares saudáveis,^{35,36,39} dificultando a orientação e adesão ao plano alimentar para controle das alterações metabólicas presentes.

O plano alimentar para tratamento da síndrome metabólica consiste em melhorar a qualidade da dieta⁴⁰. A redução do consumo de gorduras e açúcares e aumento do consumo de fibras dietética, é o primeiro passo para uma alimentação saudável¹⁶. O uso diário de fibra dietética, principalmente a beta-glucana, presente no farelo de aveia e cevada, está diretamente relacionada com diversos benefícios à saúde, incluindo perda de peso e o controle das alterações dos componentes da síndrome metabólica⁴¹.

5. Papel da fibra dietética no controle do peso corporal e dos componentes da síndrome metabólica.

A associação do consumo de fibras dietética, principalmente frutas e vegetais, e o benefício à saúde intestinal é inquestionável⁴². São encontradas nos alimentos vegetais e em alimentos enriquecidos delas, como pães, biscoitos e cereais matinais.

Estudos^{43,44} mostram que as fibras dietéticas possuem papel de grande importância no metabolismo da glicose. As beta-glucanas encontradas no farelo de aveia e cevada, são bastante conhecidas por seus efeitos de redução pós-prandiais de glicose e insulina.

As fibras dietéticas contribuem tanto para a prevenção da DM tipo 2, quanto para a seu tratamento ^{43,45}. O aumento do consumo de grãos integrais e fibras estão associados a diminuição do índice de resistência à insulina ^{43,44,45} e que o consumo diário de 3 a 6 gramas de beta glucanas já eram suficientes para reduzir em 5% os níveis de colesterol HDL e que também diminuiriam os índices glicêmicos.

A American Association of Cereal Chemists (AACC)⁴⁶ define fibras dietéticas como sendo a parte das plantas resistentes à digestão e absorção completa ou parcial fermentação no intestino grosso. A fibra dietética, está presente na casca dos alimentos, dando firmeza aos vegetais⁴⁰. Geralmente essas fibras são digeridas no intestino delgado e fermentada no intestino grosso, melhorando o trânsito intestinal e dando volume a fezes. Propriedades laxativas, redução de colesterol e modulação da glicemia são funções fisiológicas atribuídas às fibras⁴⁷.

A eficácia positiva do efeito da fibra alimentar está vinculada com a fermentação que ocorre no intestino grosso sobre o pH do cólon, o que ocasiona melhora no intestino e desenvolvem outros subprodutos com importante função fisiológica ⁴⁸. É recomendado pela American Dietetic Association a ingestão de 20-35g de fibras ao dia ou 10 a 14g de fibras/1000 kcal ⁴⁹.

As fibras dietéticas atuam também no controle da fome por promover uma saciedade maior e retardo do esvaziamento gástrico; melhora do funcionamento intestinal, aumentando a massa fecal, estimulando a evacuação; e na redução do risco de doenças crônicas por diminuir a absorção de açúcares e gorduras, auxiliando na redução dos níveis de colesterol, triglicérides e glicemia, comprovados por estudos que observaram que dietas ricas em fibras diminuem o risco de doenças cardiovasculares^{40,41,48}.

Alguns autores^{40,41,48} observaram que o consumo adequado de fibras, na forma de farelo de aveia resultaram em diminuição do colesterol total e das concentrações do LDL-colesterol. Considerando as dificuldades dos pacientes, acima relatados, em cuidar da saúde e da alimentação, o baixo custo e a facilidade do uso do farelo de aveia, pode-se considerar a suplementação alimentar deste alimento como uma alternativa terapêutica preventiva ou de tratamento das alterações metabólicas, para os pacientes em uso crônico de antipsicótico.

HIPÓTESE

O consumo aumentado de fibras dietéticas é eficaz para o controle de peso, diminuição da circunferência abdominal e melhora dos componentes da síndrome metabólica de pacientes psicóticos crônicos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o efeito da suplementação de fibras dietéticas sobre o peso corporal, circunferência abdominal e componentes da síndrome metabólica de pacientes psicóticos institucionalizados em um hospital psiquiátrico.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os indivíduos portadores de psicopatias
- Identificar o risco cardiovascular de portadores de psicopatias
- Identificar a presença de comorbidades e alterações dos componentes da síndrome metabólica.
- Comparar as medidas do peso corporal e do índice de massa corporal antes e depois da intervenção.
- Comparar os valores dos componentes da síndrome metabólica antes e depois da intervenção.

MÉTODO

Participantes

Foram estudados todos os pacientes moradores de uma Instituição Psiquiátrica, que tinham condições de participar do estudo. Por se tratar de pacientes psicóticos crônicos asilados, quem responde por eles é o diretor da instituição onde vivem, por isso a inclusão no estudo dependeu do consentimento do mesmo, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Tipo de estudo

Estudo antes e depois, sem grupo controle.

Local de estudo

O estudo foi realizado em uma Instituição Psiquiátrica situada em um município da região Noroeste do Estado de São Paulo, com população estimada em 61.726 habitantes, tendo como economia o setor sucro-alcooleiro e pecuário.

A instituição possui um total de 105 leitos, 78 masculinos e 27 femininos, destes, 51 são destinados a moradores, divididos em três alas:

Psiquiatria Feminina – 27 leitos.

Psiquiatria Masculina – 53 leitos.

Dependentes Químicos – 25 leitos.

População do Estudo

Foram incluídos no estudo, 45 pacientes moradores há mais de cinco anos na instituição. Todos os participantes eram doentes crônicos, estáveis, que mantinham suas medicações sem alterações há mais de um ano. A maioria dos medicamentos usados eram neurolépticos, anticonvulsivante, estabilizantes do humor, anti-histamínico, anti-hipertensivo. As informações sobre os medicamentos usados e a posologia assim como o as medidas de pressão arterial, diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram obtidas dos prontuários.

- Critérios de Inclusão

Todos os pacientes moradores, os quais a direção do hospital permitiu a participação, que estavam em condições clínicas e aceitaram consumir a suplementação de fibras dietéticas.

- Variáveis de desfecho

Foram medidas no início (M0), após 90 dias (M1) e após 180 dias (M2) do início da intervenção, e cento e oitenta dias (M3) após o último dia da intervenção, a evolução dos indicadores antropométricos e dos componentes da síndrome metabólica (4 momentos).

- Avaliação antropométrica e diagnóstico nutricional

A avaliação antropométrica foi realizada nos quatro momentos (M0, M1, M2, M3), sendo aferidas as medidas de peso, estatura e a circunferência do abdômen (CA) e, calculado o índice de massa corpórea (IMC).

O peso foi obtido utilizando-se uma balança eletrônica do tipo plataforma, com capacidade para 150kg e precisão de 0,1kg. Para a medida da altura foi utilizado o antropômetro portátil com precisão de 0,1cm, devendo o indivíduo estar descalço e em posição ortostática. Ambas as medidas foram realizadas seguindo metodologia proposta por Lohman et al., 1988, por profissionais técnicos de enfermagem previamente treinados.

O IMC foi utilizado para a classificação do estado nutricional, se refere a medida da massa corpórea total, calculado através da relação do peso pela estatura ao quadrado. Foram utilizados como referência os valores propostos pela World Health Organization (WHO), 1998 para adultos e Nutrition Screening Initiative (NSI), (1992) para idosos (Quadro I e II).

Gráfico 1: Classificação do Índice de Massa Corpórea, Organização Mundial de Saúde

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Magreza Grau III	$< 16 \text{ Kg/m}^2$
Magreza Grau II	$16 - 16,9 \text{ Kg/m}^2$
Magreza Grau I	$17 - 18,4 \text{ Kg/m}^2$
Eutrofia	$18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$
Sobrepeso ou Pré-obeso	$25,0 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$
Obesidade Grau I	$30,0 - 34,9 \text{ Kg/m}^2$
Obesidade Grau II	$35,0 - 39,9 \text{ Kg/m}^2$
Obesidade Grau III	$\geq 40,0 \text{ Kg/m}^2$

Fonte: World Health Organization (1998)

Gráfico 2: Classificação do IMC – NSI

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Magreza	$< 22 \text{ Kg/m}^2$
Eutrofia	$22 - 24 \text{ Kg/m}^2$
Excesso de Peso	$24 - 27 \text{ Kg/m}^2$

Fonte: OPAS, 2002.

Para as medidas de circunferência abdominal utilizou-se uma fita em fibra de vidro, maleável e inelástica (Seca®, Alemanha) com graduação de 0,1cm e comprimento de 150cm. Para a medição a fita foi posicionada no perímetro abdominal, no local de máxima extensão da região do abdômen, conforme metodologia recomendada por Lohman et al.,1988.

- Avaliação laboratorial

Para avaliação laboratorial foram coletados 5 mL de sangue periférico dos pacientes no período da manhã, após jejum de 12 horas. Foram analisadas as concentrações séricas de colesterol total (CT) e HDL-colesterol (HDL-c), triglicérides (TGL) e glicemia de jejum (GJ).

A classificação de hiperglicemia, foi feita segundo o valor de glicemia de jejum, foram utilizados os valores e referência propostos pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015, que sugere valores plasmáticos de referência ≥ 100 mg/dL. Para a avaliação de alteração dos indivíduos de acordo com o resultado do lipidograma utilizou-se como referência àqueles sugeridos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013, colesterol total ≥ 240 mg/dL, HDL-colesterol < 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres e triglicérides ≥ 200 mg/dL.

A coleta de sangue foi realizada na própria instituição pela equipe do hospital e encaminhada para o laboratório de análises clínicas, que realizou as análises laboratoriais.

Diagnóstico Síndrome Metabólica

Para a classificação da SM utilizou-se como referência a “Síndrome Harmonizada”, definida pela presença de, pelo menos, três dos cinco fatores de risco, aumento da circunferência da cintura (≥ 90 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres), triglicérides ≥ 150 mg/dL, HDL-colesterol < 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres, pressão sanguínea sistólica ≥ 130 mm Hg ou pressão sanguínea diastólica ≥ 85 mm Hg e glicose de jejum > 100 mg/dL. Os valores bioquímicos foram retirados do sistema de prontuário eletrônico, a CA foi aferida seguindo protocolo específico. A PA foi determinada indiretamente por um esfigmomanômetro e um estetoscópio, como recomendado pela VI Diretriz brasileira de Hipertensão (2010), realizado por profissional da área da saúde⁵⁴.

Protocolo de Intervenção

Após preenchimento do protocolo de caracterização da população (Anexo 2), avaliação inicial dos indicadores antropométricos e bioquímicos (Anexo 3), todos os pacientes foram submetidos a protocolo de intervenção com suplementação de fibras dietéticas por 180 dias e após 180 dias sem suplementação.

Os pacientes receberam a dieta habitualmente oferecida pelo hospital acrescido de suplementação de 20 gramas de fibra dietética, na forma de farelo de aveia, adicionado ao leite no café da manhã. (Figura 01)

Antes do início do projeto, foram avaliados os cardápios oferecidos nos últimos dois meses, e observou-se uma padronização, com variedade mínima, que não alteraria os resultados do estudo. Todos os pacientes receberam a dieta geral oferecida. Não foi objeto de estudo interferir no consumo alimentar dos participantes, nem no cardápio da instituição.



Figura 1: Esquema de seguimento

Aspectos éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos, do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, CAAE: 49147215.2.0000.541. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue ao diretor do hospital (Anexo 2).

Análise Estatística

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis antropométricas e bioquímicas com cálculo de média e desvio padrão nos quatro momentos. A comparação entre os momentos para avaliar o efeito do consumo de fibras foi feito utilizando ANOVA em medidas repetidas seguido do teste de comparação múltipla de Tukey para as variáveis com distribuição simétrica. No caso de distribuição assimétrica, o mesmo modelo foi utilizado ajustando uma distribuição Gama seguido do teste de comparação múltipla de Wald.

Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5% ou p-valor correspondente. Todas as análises foram realizadas pelo programa SAS for Windows.

REFERÊNCIA

REFERÊNCIAS

1. Stockinger RC. Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
2. Foucault, M. História da loucura na idade clássica. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
3. Amarante P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil cap.20 (org). Editora Fiocruz/ CEBES, 2007.
4. Coelho VAA. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.2014;19(8): 3605-3616.
5. Miranda-SÁ LSJ. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007; 29 (2): 156-158.
6. Bastos, O. Primórdios da psiquiatria no Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007, 29(2): 154-155.
7. Canabrava DS. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia.2010; 12 (1):170-176.
8. Brasil. Decreto nº. 1.077, de 04 de dezembro de 1852. Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Coleção das leis do império do Brasil de 1852, Rio de Janeiro, 1853.
9. Messas GP. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro.2008;15 (1):65-98.
10. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Revista de Saúde Coletiva, 2010; 20 (3): 895-912.
11. Brasil. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem?* Brasília: MS; 2004b.

13. Guimarães AN. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto e Contexto Enfermagem*. 2011;19(20): 274-282.
14. Brasil. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília Ministério da Saúde, 2004c.
15. Brasil. De volta para casa. Liberdade e Cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. 2003. Secretaria de atenção a saúde. Departamentos de ações programáticas estratégicas. Disponível em: devoltaparacasa@saude.gov.br <http://datasus.gov.br> acessado em: 05/09/2016.
16. Costa ASF da. Obesidade e síndrome metabólica na esquizofrenia (monografia). Universidade do Porto. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação; 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/54551> acessado em: 27/08/2016.
17. Araripe Neto AGA, Bressan RA, Bussato Filho G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34 (2):198-203.
18. Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34 (2):208-12.
19. Aguilar E, Coronas R, Caixa`s A. Síndrome metabólico em pacientes esquizofrênicos com tratamento antipsicótico. *Medicina clínica*, 2012; 139 (12): 542-546.
20. Diaz, A. P. et al. Cognitive performance of long-term institutionalized elderly patients with schizophrenia. A case control study. *Dementia e neuropsychologia*. 2011; 5(2):99-103.
21. Nicolino PS, Vedana KGG, Miaso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45 (3): 708 -715.
22. Lopes F M, Alamo C. Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Curr Pharm Des*, 2009. 15(14):1563-86.
23. Ferreira AIS. Esquizofrenia e Análises Forenses. Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS. Universidade de Coimbra, 2011.
24. Falkai P, Wobrock T, Glenthøj B, Gattz WF, Möller HJ. Força-tarefa da WFSBP para diretrizes para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte1: tratamento agudo e Parte 2 :Tratamento de longo prazo. *Rev.Psiquiatr Clin*. 2006, 33 (1):7-64.

25. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patient with schizophrenia. 2nd edition. *Am J Psychiatry*, February 2004. 4. IPAP. International Pharmacological.
26. Elkis H, Gama C, Suplicy H, Tambascia M, Bressan R, Lyra R, Cavalcante S, W. Consenso Brasileiro sobre antipsicótico de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Rev. Bras Psiquiatr.* 2008, 30(1):77-85
27. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity (Consensus Statement). *Diabetes Care*. 2004, 27 (2): 596-601.
28. Vigitel. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Materias_-_para_pesquisa/Materias_por_assunto/2015_vigitel.pdf > Acessado em: 14/09/2016
29. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97.
30. International Diabetes Federation. Diabetes research and Clinical Practice. 2013;101(3):349-351. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2013.08.001> acesso em 20/10/2016
31. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(1). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>> Acesso em: 10/09/2016.
32. Alberti K, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention, national heart, and blood institute; American heart federation; international atherosclerosis society; and international association for the study of obesity. *Circulation*. 2009;120(16):1640-6
33. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2007; vol.88 (suppl. 1): 2-19. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf> acessado em 14/09/2016.

34. Henderson DC, Borba Cp, Dalley TB, Boxil LR, Nguyen DD, Cullsnce MA, et al. Dietary intake profile of patients with esquizofrenia. *Ann Clin Psiquyatric.* 2006, 18(2):99-105.
35. Mauri M, Castrogiovanni S, Simoncini M, Iovieno N, Miniati M, Rossi A, et al. Effects of on educational intervention on weight gain in patients treated with antipsychotics. *J.Cli Psychopharmacology.* 2006, 26 (50):462-6.
36. Kwon JS, Choi JS, Bahk WM, Kim CY, Kim CH, Shin YC, et al. Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a 12-week randomized controlled clinical trial. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(4):547-53
37. Menza M, Vreeland B, Minsky S, Gara M, Radler DR, Sakowitz M. Managing Atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(4):471-7.
38. Aquila R, Emanuel M. Interventions for weight gain adults treated with novel Aatipsycotics. *J Clin Psychiatry.* 2000;2(1):20-3.
39. Amani rls dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *BMC Psychiatry* 2007, 7:15-22 - DOI: 10.1186/1471-244X-7-1
40. Mira GS, Graf H, Cândido LMB. Visão retrospectiva em fibras alimentares com ênfase em beta-glucanas no tratamento do diabetes. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2009; 45 (1):11 -20.
41. Rocha CLL, Donatto F, Liberali, R, Navarro F, Souza TPJ, Prestes J. Efeitos do farelo de aveia sobre parâmetros antropométricos e bioquímicos em corredores de rua. *Revista da Educação física/UEM.* 2012; 23 (1):115 -122.
42. Brito ACW de, Júnior BD, Stertz SC, Freitas RJS. Caracterização e estabilidade de purê misto de frutas, fonte de fibra alimentar. *B.CEPPA.* 2011; 29(1):137-146. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/cep.v28i1.22785> > aceso em 14/11/16
43. Stemmburgo T, Dall'Alba V, Gross JL, Azevedo MJ. Fatores dietéticos e símbrome metabólica. *Arq. Bras. Endocrinologia.* 2007; 9:51.
44. Melo VD, Laaksonem DE. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53/5.
45. Fernandes et al. Perfil de consumo de nutrientes antioxidantes em pacientes com síndrome metabólica. *Rev.Cienc. Med.* 2007; 16(4-6): 209-219.

46. AACC. American Association of Cereal Chemists. Dietary Fiber Technical Committee. All dietary fiber is fundamentally functional. *Cereal Foods World*. 2003; 48(3): 128-131.
47. Brennan CS. Dietary fiber, glycemic response, and diabetes. *Mol. Nutr. Food. Res.* 2005; 49:560-570.
48. Bernaud FSR, Rodrigues TC. Fibra alimentar: ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*. 2013; 57(6):397-405.
49. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J. Am. Diet. Assoc.* 2002; 102:993-1000.
50. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.
51. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva; 1998.
52. Nutrition Screening Initiative. *Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans*. Washington, DC: Nutrition Screening Initiative, 1992.
53. Alberti K, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention, national heart, and blood institute; American heart federation; international atherosclerosis society; and international association for the study of obesity. *Circulation*. 2009;120(16):1640-6.

Papel do farelo de Aveia sobre os parâmetros da síndrome metabólica de indivíduos psiquiátricos hospitalizados

Role of oat bran on the parameters of the metabolic syndrome of individuals hospitalized psychiatric

Elen Cristiane Doná Oliveira, Guilherme Correa Barbosa, José Eduardo Corrente, Silvia Justina Papini

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma doença crônica e o tratamento acontece com utilização de fármacos antipsicóticos de modo prolongado. As medicações controlam os sintomas da doença, melhoram o bem-estar do indivíduo e elevam a chance de adaptação ao meio social, em contrapartida, acarretam vários efeitos adversos, sendo a alteração dos componentes da síndrome metabólica a mais comum.

Objetivo: Avaliar o efeito da suplementação de farelo de aveia sobre o peso corporal, circunferência abdominal e componentes da síndrome metabólica de pacientes psicóticos institucionalizados em um hospital psiquiátrico. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo com intervenção em indivíduos psicóticos crônicos. A partir da medida de peso e estatura calculou-se o índice de massa corporal (IMC) para classificação do estado nutricional nos 4 momentos do estudo, início, 90 e 180 dias de suplementação e 180 dias após o término da suplementação. Foram avaliados os componentes da síndrome metabólica: circunferência abdominal, glicemia de jejum, HDL-colesterol, triglicerídeos, antes e ao final da suplementação e após 180 dias sem suplementação. **Resultados:** Foram estudados todos os 45 moradores do local, destes, 62% eram do sexo masculino, com a média de idade de $55,5 \pm 13,2$ anos, todos há mais de cinco anos internados. Na sua totalidade faziam uso de medicação antipsicótica, 75% deles apresentaram risco cardiovascular, 46,7% eram obesos, 33,3% apresentaram colesterol total elevado, 50% hipertrigliceridemia, 28,9% apresentaram hipertensão arterial e 88,9% não apresentavam diagnóstico de síndrome metabólica no início do estudo. Em relação a suplementação com 20 gramas de farelo de aveia durante 180 dias, houve diferença

estatística nos valores dos níveis de colesterol total, HDL-colesterol e triglicérides, mostrando a eficácia desta suplementação. Observou-se correlação significativa entre os valores de triglicérides séricos com IMC, circunferência abdominal, colesterol total, HDL-colesterol e glicemia, e IMC com a circunferência abdominal.

Conclusão: Apesar da baixa prevalência de Síndrome Metabólica no grupo estudado, verificou-se que metade dos apresentava obesidade e 1/3 aumento da gordura abdominal, fator de risco importante para doenças cardiovasculares e que o uso de suplementação de farelo de aveia foi favorável para melhora dos níveis de colesterol total e triglicérides. **Produto:** Incluir na rotina alimentar diária dos pacientes a fibra alimentar.

Palavras chave: Esquizofrenia, Síndrome Metabólica, Fibra Alimentar, Farelo de Aveia, Doenças crônicas.

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a chronic disease and treatment occurs with prolonged use of antipsychotic drugs. The medications control the symptoms of the disease, improve the well-being of the individual and increase the chance of adaptation to the social environment. On the other hand, medications have several adverse effects, and the alteration of the components of the metabolic syndrome is the most common. **Objective:** To evaluate the effect of supplementation of oat bran on body weight, abdominal circumference and components of the metabolic syndrome of institutionalized psychotic patients in a psychiatric hospital. **Method:** This is a quantitative study with intervention in chronic psychotic individuals. Body mass index (BMI) was calculated from the body mass index (BMI) for the classification of the nutritional status in the 4 study moments, beginning, 90 and 180 days of supplementation and 180 days after the end of the supplementation. The components of the metabolic syndrome: abdominal circumference, fasting glucose, HDL-cholesterol, triglycerides, before and at the end of the supplementation, and after 180 days without supplementation, were evaluated. **Results:** All 45 residents were studied. Of these, 62% were male, with a mean age of 55.5 ± 13.2 years, all of whom had been hospitalized for more than five years. 75% of them had a cardiovascular risk, 46.7% were obese, 33.3% had high total cholesterol, 50% had

hypertriglyceridemia, 28.9% had arterial hypertension and 88.9% did not. Diagnosis of metabolic syndrome at the start of the study. Regarding supplementation with 20 grams of oat bran for 180 days, there was a statistical difference in the levels of total cholesterol, HDL-cholesterol and triglycerides, showing the efficacy of this supplementation. A significant correlation was observed between serum triglyceride levels with BMI, waist circumference, total cholesterol, HDL-cholesterol and glycemia, and BMI with waist circumference. **Conclusion:** Despite the low prevalence of Metabolic Syndrome in the studied group, it was verified that half of them presented obesity and 1/3 increase of abdominal fat, an important risk factor for cardiovascular diseases and that the use of oat bran supplementation was favorable for improved levels of total cholesterol and triglycerides. **Product:** Include dietary fiber in the daily diet of patients.

Key words: Schizophrenia, Metabolic Syndrome, Dietary Fiber, Oat Bran, Chronic Diseases.

INTRODUÇÃO

Com o avanço das pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento das psicopatias, surgiram os antipsicóticos de segunda geração (ASG), com inúmeras vantagens em relação aos de primeira geração (APG), e menores efeitos colaterais extrapiramidais^{1,2}. Em contrapartida, o uso crônico desta terapia está associado ao aparecimento de alterações metabólicas que aumentam significativamente o risco de morte por doença cardiovascular (DCV), hoje, principal causa de mortalidade dos indivíduos com esquizofrenia³.

Alguns autores^{3,4,7,8} têm sugerido que estes indivíduos apresentam maior risco de distúrbios metabólicos quando comparados à população em geral, principalmente devido à obesidade abdominal, dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, componentes da síndrome metabólica. As explicações para estas alterações são diversas, vão desde as decorrentes da própria doença, pelo aumento do estresse e resposta inflamatória, fatores ligados a componentes genéticos⁶, efeito

colateral do medicamento até os relacionados ao estilo de vida, como sedentarismo e consumo alimentar inadequado ⁹.

Ações de controle dessas comorbidades devem ser implementadas, o uso da medicação é um fator que não pode ser alterado, assim como na vulnerabilidade genética, mas as intervenções não farmacológicas podem e devem ser propostas no acompanhamento desses indivíduos. Em sua revisão sistemática, Faulkner et al 2007¹⁰ encontrou que, intervenções não farmacológicas como, a prática de exercícios físicos regular e melhora da qualidade da dieta, associada a mudanças comportamentais, mostraram resultados positivos em curto prazo.

Uma opção terapêutica não farmacológica para prevenção e controle destas alterações metabólicas é o aumento do consumo de fibras dietéticas. O uso diário de fibra dietética, principalmente a beta-glucana, presente no farelo de aveia e cevada, está diretamente relacionada com diversos benefícios à saúde, incluindo perda de peso e o controle das alterações dos componentes da síndrome metabólica ⁴¹.

A associação do consumo de fibras dietética, principalmente frutas e vegetais, e o benefício à saúde intestinal é inquestionável ⁴², estudos^{43,44} mostram que as fibras dietéticas, possuem papel de grande importância no metabolismo da glicose, e as ricas em beta-glucanas em especial, são bastante conhecidas por seus efeitos de redução pós-prandiais de glicose e insulina, contribuem tanto para a prevenção da Diabetes tipo 2, quanto para a seu tratamento ^{43,45}. O aumento do consumo de grãos integrais e fibras estão associados a diminuição do índice de resistência à insulina ^{43,44,45} e o consumo diário de 3 a 6 gramas de beta-glucanas contribui para redução de 5% os níveis de colesterol-HDL e diminuição dos índices glicêmicos.

Além dos efeitos sobre a glicemia por diminuir a absorção de açúcares, as fibras dietéticas dificultam a absorção de gorduras, auxiliando na redução dos níveis de colesterol, triglicérides, comprovados por estudos que observaram que dietas ricas em fibras diminuem o risco de doenças cardiovasculares^{40,41,48}.

A eficácia positiva do efeito da fibra alimentar está vinculada com a fermentação que ocorre no intestino grosso sobre o pH do cólon, o que ocasiona melhora no intestino e desenvolvem outros subprodutos com importante função fisiológica ⁴⁸. A American Dietetic Association a ingestão de 20-35g de fibras dietéticas ao dia ou 10 a 14g de fibras/1000 kcal ⁴⁹. Alguns autores^{40,41,48}

observaram que o consumo adequado de fibras, na forma de farelo de aveia resultaram em diminuição do colesterol total e das concentrações do LDL-colesterol.

Considerando as dificuldades dos indivíduos com doenças psiquiátricas em cuidar da saúde e da alimentação e o baixo custo, a facilidade do uso e a falta de estudos nesta área, pode-se considerar que a suplementação alimentar do farelo de aveia possa ser uma alternativa terapêutica preventiva ou de tratamento das alterações metabólicas, para os pacientes em uso crônico de antipsicótico.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o efeito da suplementação farelo de aveia, sobre o peso corporal e componentes da síndrome metabólica em institucionalizados em um hospital psiquiátrico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo antes e depois, sem grupo controle, pós-intervenção, em que foram avaliadas as medidas antropométricas, alterações metabólicas e dos componentes da síndrome metabólica dos 45 pacientes moradores de uma instituição psiquiátrica há mais de 5 anos, que estavam em condições e aceitaram participar do protocolo. O período do estudo foi novembro de 2015 a novembro de 2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, CAAE: 49147215.2.0000.541 e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizadas para a avaliação antropométrica as medidas de peso, estatura e a circunferência do abdômen (CA). O diagnóstico nutricional foi determinado de acordo com os valores do índice de massa corpórea (IMC), calculados a partir da razão do peso corporal pela estatura ao quadrado, sendo utilizado como referência os valores propostos pela World Health Organization (WHO)¹², 1998 para adultos, e Nutrition Screening Initiative (NSI)¹³, 1992 para indivíduos acima de 60 anos.

O perfil metabólico levou em consideração os níveis plasmáticos de colesterol total e HDL-colesterol, triglicérides e glicemia de jejum, e clínico diagnóstico de hipertensão arterial. Para a classificação da SM utilizou-se como referência a “Síndrome Harmonizada”, definida pela presença de, pelo menos, três dos cinco fatores de risco, aumento da circunferência da cintura por etnia (≥ 90 cm para

homens e ≥ 80 cm para mulheres, para América Central e do Sul), triglicérides ≥ 150 mg/dL, HDL-colesterol < 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres, pressão sanguínea sistólica ≥ 130 mm Hg ou pressão sanguínea diastólica ≥ 85 mm Hg e glicose de jejum > 100 mg/dL¹⁶.

A maioria dos indivíduos usavam como medicamentos de rotina neurolépticos, anticonvulsivante, estabilizantes do humor, anti-histamínico e antihipertensivo. As informações sobre os medicamentos usados e a posologia assim como o as medidas de pressão arterial, diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram obtidas dos prontuários.

Após a avaliação inicial dos indicadores antropométricos e bioquímicos, todos os pacientes foram submetidos a protocolo de intervenção com suplementação de farelo de aveia por 180 dias. Foram medidas no início do estudo (M0), após noventa (M1) e cento e oitenta dias (M2) do início da intervenção, e após cento e oitenta dias da última suplementação com farelo de aveia, a evolução dos indicadores antropométricos e dos exames bioquímicos (4 momentos). Todos os participantes receberam a dieta habitualmente oferecida pelo hospital acrescido de 20 gramas de farelo de aveia adicionado ao leite, no café da manhã.

Para análise dos resultados inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis antropométricas e bioquímicas com cálculo de média e desvio padrão nos quatro momentos. A comparação entre os momentos para avaliar o efeito do consumo de fibras foi feita utilizando ANOVA em medidas repetidas seguido do teste de comparação múltipla de Tukey para o caso de variáveis com distribuição simétrica. Em caso de assimetria, o mesmo modelo foi utilizado ajustando uma distribuição gama seguido do teste de comparação múltipla de Wald.

Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5% ou p-valor correspondente. Todas as análises foram realizadas pelo programa SAS for Windows.

RESULTADOS

Foram avaliados 45 pacientes destes, 62,2% (28) eram do sexo masculino, com média de idade de $55,5 \pm 13,2$ anos, mínimo de 25 e máximo de 81 anos, 64,4% (30) tinham menos de 60 anos. Na sua totalidade eram pacientes dependentes de

auxílio nas atividades de vida diária, principalmente no autocuidado devido aos agravos psiquiátricos. Possuíam boa convivência institucional.

A tabela 2 apresenta a avaliação nutricional inicial dos pacientes.

Tabela 2. Medidas descritivas para os indicadores antropométricos avaliados no momento inicial do estudo (M0).

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Peso (kg)	71,2	14,2	45,6	98,8	69,7
Estatura (cm)	1,62	0,09	1,45	1,81	1,62
IMC* (kg/m ²)	27,3	5,9	18,2	42,3	26,4
CA** (cm)	98,5	15,6	70,0	136,0	98,0

kg: kilograma, cm: centímetros, kg/m²: kilograma por metro quadrado, * IMC; índice de massa corpórea, **CA: Circunferência Abdominal.

Ao avaliar o risco cardiovascular, pela alteração na medida da circunferência abdominal, corrigida por sexo, 75,6% (34) do grupo estudado apresentou risco elevado. Das mulheres, 94,0% (16) apresentavam aumento da CA, e dos homens, 50,0% (14).

A figura 2 apresenta a classificação do estado nutricional usando os valores de IMC para cada faixa etária, no momento basal do estudo (M0).

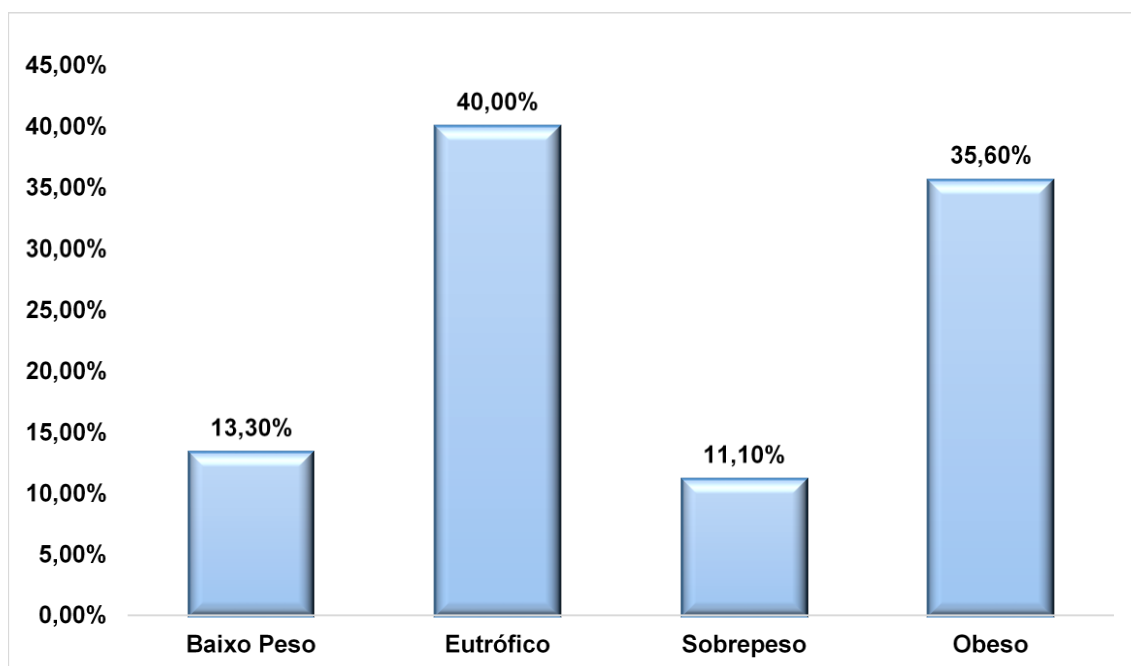


Figura 2. Classificação do estado nutricional

Os resultados mostraram que 35,6% (16) dos pacientes eram obesos, ao separar por sexo, 64,7% (11) das mulheres e 35,7% (10) dos homens apresentaram excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Ao verificar o estado nutricional de acordo com a faixa etária, os adultos eram mais obesos que os idosos (55,2% x 31,3% respectivamente).

A tabela 3 apresenta os resultados das concentrações plasmáticas dos exames bioquímicos que caracterizaram o perfil metabólico, antes da intervenção (M0).

Tabela 3. Perfil metabólico dos indivíduos com psicopatias no momento basal do estudo (M0).

Variável	Média	Desvio padrão	Minimo	Máximo	Mediana
Colesterol total (mg/dl)	193,5	31,5	138,0	270,0	189,0
HDL-colesterol (mg/dl)	53,9	11,7	34,0	82,0	52,0
Glicemia (mg/dl)	86,0	23,7	61,0	203,0	82,0
Triglicerídeos (mg/dl)	141,9	80,0	54,0	380,0	122,0

mg/dl: miligramas por decilitro, HDL: high-density lipoprotein.

Ao avaliar a prevalência de síndrome metabólica no grupo estudado, verificou-se que 31,1% (14) apresentaram, destes 35,2% (6) eram mulheres e 28,5%(8) homens. Em relação aos componentes alterados 33,3% (15) apresentaram pelo menos um componente com alteração, destes, 95,6% (14) apresentaram a circunferência abdominal, 66,7% (10) hipertensão arterial e 46,7% (7) concentração de triglicerídeos alterados.

A tabela 4 mostra os valores médios do índice de massa corporal e circunferência abdominal aumentada nos três momentos do estudo.

Tabela 4. Comparação do índice de massa corpórea e circunferência abdominal nos três momentos do estudo.

Variável	M0 (SD)	M1(SD)	M2(SD)	M3(SD)	Valor de <i>p</i>
IMC* (kg/m ²)	27,3 (5,9)	27,1 (5,8)	27,2 (5,8)	27,2 (5,8)	0,9130
CA** (cm)	98,5 (15,6)	96,9 (15,3)	95,5 (15,3)	95,5 (15,3)	0,6458

M0: momento inicial, M1: 90 dias de intervenção, M2: 180dias kg: quilograma, cm: centímetros, kg/m²: quilograma por metro quadrado, * IMC; índice de massa corpórea, **CA: Circunferência Abdominal, SD: desvio padrão, comparação obtida por ANOVA em medidas repetidas.

Os resultados mostraram que não houve diferença estatística nos valores de IMC e medida de circunferência abdominal após os 180 dias de suplementação com farelo de aveia, e após 180 dias sem a suplementação.

Na tabela 5 observa-se o comportamento dos exames bioquímicos, valores médios e desvio padrão nos quatro momentos do estudo (M0, M1, M2 e M3).

Tabela 5. Comparação entre os valores dos componentes da síndrome metabólica nos quatro momentos do estudo (M0, M1, M2, M3).

Variável	M0 (SD)	M1(SD)	M2(SD)	M3(SD)	Valor de <i>p</i>
Colesterol total (mg/dl)*	193,5 (31,5) ^{a,b}	173,4 (31,6) ^c	179,9 (39,0) ^{b,c}	198,4 (31,6) ^a	0,0016
HDL-colesterol (mg/dl)*	53,9 (11,7) ^a	52,1 (13,9) ^{a,b}	45,7 (12,7) ^b	52,2 (12,9) ^{a,b}	0,0155
Glicemia (mg/dl)**	86,1 (23,7) ^a	80,3 (44,6) ^a	86,4 (36,0) ^a	95,5 (23,8) ^b	0,0004
Triglicerídeos (mg/dl)**	149,9 (80,0) ^a	111,1 (70,9) ^b	137,6 (100,5) ^a	151,5 (79,9) ^a	0,0004

*valor de *p* obtido da ANOVA em medidas repetidas. Médias seguidas de mesma letra não diferem pelo teste de Tukey ao nível de 5% de probabilidade. **valor de *p* obtido do modelo linear generalizado com distribuição gama. Médias seguidas de mesma letra diferem pelo teste de Wald ao nível de 5% de probabilidade. M0: momento inicial, M1: 90 dias de intervenção, M2: 180dias de

intervenção, M3: 180 dias sem intervenção, mg/dl: miligramas por decilitro, HDL: *high-density lipoprotein*, SD: desvio padrão

Em relação as concentrações séricas de colesterol, o protocolo de suplementação aplicado mostrou-se eficiente para redução dos seus níveis nos primeiros 90 dias de estudo ($p = 0,0125$), mantendo-se até o final do período de suplementação e retornando aos valores basais depois de retirado o farelo de aveia. Quanto a concentração sérica de HDL-Colesterol houve diferença estatística, no momento inicial e 180 dias e, 90 dias e 180 dias ($p=0,0080$). As concentrações séricas de triglicerídeos foram as que mais mostraram alterações positivas com a suplementação com fibras, os resultados foram estatisticamente menores nos 3 momentos ($p= 0,0010$). Não houve diferença nos níveis de glicemia durante o período de suplementação.

Quanto ao M3, 180 dias após a última suplementação farelo de aveia, houve diferença estatística para todos os parâmetros avaliados. As concentrações de colesterol total, glicemia e triglicerídeos, que apresentaram diminuição nas concentrações sérica após a suplementação, com a suspensão da oferta de fibras alimentares, voltaram a apresentar aumento das concentrações, com significância estatística (p valor $0,0016$, $0,0004$ e $0,0004$ respectivamente). As concentrações do HDL-colesterol por sua vez voltaram a normalidade (p valor $0,0155$).

Quanto ao diagnóstico de síndrome metabólica após 180 dias de suplementação, a prevalência foi de 48,9% (22), e ,180 dias após o término do protocolo, foi encontrado 28,9% (13) de SM entre o grupo estudado. Tal variação se deve a redução das concentrações de HDL-colesterol verificada no M2 ($p = 0,0080$), e normalização no M3 ($p= 0,0155$).

DISCUSSÃO

Com relação as características da população estudada, a maioria era do sexo masculino, o mesmo encontrado nos estudos de Fleck¹⁷. Já o trabalho publicado pelos autores Barboza e Silva¹⁹ destaca a prevalência maior no sexo feminino, todos referentes a pacientes institucionalizados. Não há estudos consistentes que apontem que relatem possíveis diferenças entre os sexos²⁰.

A média de idade dos pacientes avaliados neste trabalho é inferior ao estudo de Vargas¹⁸, que encontrou idade média de $62,7 \pm 10,4$ anos em pacientes institucionalizados, e superior ao de Garcia⁴, avaliando pacientes não institucionalizados, que foi de $50,1 \pm 11,1$ anos. A faixa etária de 55 ± 13 anos demonstrou uma que são indivíduos jovens, em idade produtiva e com grande risco de DCV. Não foi encontrado na literatura trabalhos que discutam a respeito da idade destes pacientes. Considerando que, com o aumento da idade, há maior o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente as metabólicas, e com o processo de desospitalização destes indivíduos, que passarão a ter acompanhamento ambulatorial, o conhecimento do estado nutricional se torna etapa fundamental na avaliação clínica para nortear os cuidados no tratamento, em especial as mudanças no estilo de vida que ocorrerão^{4,18}.

Vários estudos^{4,18} destacam que os pacientes com transtornos psicóticos têm maior risco de obesidade, especialmente obesidade abdominal, hipertensão arterial, alteração dos níveis glicêmicos, hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL-colesterol consequentemente, síndrome metabólica, alterações relacionadas a própria doença, ao uso de medicamentos e ao estilo de vida, principalmente ao consumo de alimentos com elevada densidade energética e sedentarismo. No presente estudo verificou-se que, dos componentes da SM, 1/3 dos pacientes apresentaram aumento da CA, seguido de baixos níveis de HDL-colesterol (28,9%). As menores alterações foram observadas em relação aos níveis de triglicérides 17,8% e glicemia de jejum (6,7%). Resultados que podem ser explicados, neste caso, ao uso do medicamento, visto que todos os pacientes faziam uso crônico de antipsicótico; ao sedentarismo e consumo de fibras abaixo das recomendações.

A maioria dos estudos usaram os critérios do NCEP-ATP III²¹ para classificar a SM, mas as prevalências são diferentes, tanto em relação a SM quanto aos componentes alterados. Apesar das alterações encontradas, ao associar os componentes, 11,2% dos pacientes tinham diagnóstico de SM, o que sugere o tratamento destes pacientes não devem se resumir apenas no cuidado com a doença mental, mas também no desenvolvimento de ações que permitam melhorar as alterações metabólicas e reduzir os riscos de doenças cardiovasculares. As orientações da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome

Metabólica²² estabelece que plano alimentar para redução de peso e estímulo ao exercício físico são os primeiros cuidados para pacientes com SM. É certo que essas duas medidas em conjunto promovam perda de peso, com expressiva diminuição da CA e da gordura visceral, melhora significativa da resistência à insulina conseqüentemente, menor risco de desenvolvimento de diabetes mellitus, além de redução dos níveis pressóricos de triglicérides e aumento do HDL-colesterol²². A orientação para aumento do exercício físico, além de melhorar as condições de saúde metabólica poderiam ajudar os pacientes com psicopatias em relação ao bem-estar geral, melhora da força muscular e até da auto-estima. Estudo realizados com pacientes moradores de SRT, acompanhados no CAPS mostram que a prática de atividade física encontra bastante resistência, devido ao número de medicamentos, muitas vezes associação de vários tipos, estes indivíduos não têm disposição física para sequer realizar caminhada. Os pacientes com esquizofrenia além de serem sedentários também fazem o uso de tabaco na sua grande maioria²³, passando a maior parte do seu dia deitado, o que torna essa opção terapêutica difícil de ser implementada.

A segunda opção de cuidado é elaboração de um plano alimentar com adequação energética, redução do consumo de açúcares, gorduras, sódio, e aumento do consumo de vegetais, frutas e fibras, ou seja, a adoção do modelo dietético DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension). Sabe-se que este tipo de conduta é difícil de ser seguida e mantida por muito tempo nos pacientes que apresentam apenas SM, o que pode se esperar em pacientes com distúrbios psiquiátricos. Deve-se considerar também as condições sócio-econômicas, quando hospitalizados, a maioria das instituições vivem de doações e campanha para compra de alimentos, como é o caso do presente estudo, o que não permite grande variedade no cardápio, e nos SRTS que, além da disponibilidade de alimentos, muitas vezes o próprio paciente que prepara seus alimentos.

Estudo realizado por Zortéa²⁴, que tem como objetivo a realização da orientação nutricional para pacientes moradores de SRT atendidos no CAPS com excesso de peso, verificaram baixa adesão e resistência por parte dos pacientes em relação as orientações nutricionais recebidas. Os resultados esperados para o desfecho de perda de peso foram negativos.

Diante de toda essa dificuldade em relação a mudança no padrão alimentar e a inclusão de exercício físico, a proposta deste estudo foi suplementar a alimentação com fibras dietéticas, na forma de farelo de aveia, justificada pela facilidade de inclusão deste alimento (baixo preço, sem necessidade de preparo especial) no cardápio diário.

A recomendação nutricional ^{22,19} é que o consumo diário de fibras deva ser de 20g a 30g preferencialmente na forma de hortaliças, leguminosas e grãos integrais por serem fonte também de diversas vitaminas, minerais e outros nutrientes essenciais para a saúde, evidências demonstraram que 50g/dia apresenta efeito positivo sobre o controle glicêmico e lipídico, não se tem relatos dos efeitos sobre a palatabilidade e sintomas gastrointestinais¹⁰. Não existe na literatura trabalhos que indiquem a quantidade ideal de suplementação de fibras nem o tempo de uso para melhora dos componentes da síndrome metabólica.

Durante todo estudo não houve nenhuma queixa quanto ao uso da suplementação, a adesão foi total e agradou aos pacientes. A opção de servir o farelo de aveia misturado ao leite no café da manhã não alterou a rotina do serviço de nutrição do hospital, confirmando a facilidade de uso deste suplemento na rotina.

Com relação aos resultados dos indicadores avaliados, a suplementação de farelo de aveia não contribuiu para perda de peso e diminuição da CA dos pacientes, além do tempo de estudo não ter sido suficiente para promoção da diminuição do peso, a falta de exercício e, a não interferência na qualidade e quantidade de alimentos consumidos, deve ser considerada quando se pretende perder peso²⁵. Os pacientes, durante todo o estudo não mudaram a sua rotina de vida.

Já em relação aos componentes bioquímicos da SM, apesar da média dos valores se apresentar dentro dos limites de normalidade, nos primeiros 90 dias de suplementação (M1), já mostrou diferenças significativas nos níveis de colesterol total, triglicérides, e HDL-colesterol, sugerindo que tanto a quantidade quanto o tempo foram suficientes para auxiliar no controle destes componentes. Ao final do estudo, 180 dias (M2), verificou-se que os níveis de colesterol se mantiveram semelhante ao M1, menores que M0. Quanto ao HDL-colesterol os níveis diminuiram ainda mais em relação ao M0 e M1, sugerindo que a falta de atividade

física pode ser um fator importante na manutenção destes níveis, uma vez que esses pacientes são sedentários.

Os níveis de triglicérides que mostraram redução significativa de M0 para M1, voltou a elevar em M2, com diferença estatística significativa. Uma provável explicação para essa variação pode ser a pequena alteração na dieta ocorrida nos últimos 40 dias do estudo. Como já citado anteriormente, o hospital cenário deste trabalho é uma entidade filantrópica, que depende de doações particulares e campanhas para arrecadação de recursos e alimentos. No período citado, houve um aumento nos cardápios diário de alimentos ricos em carboidratos, principalmente macarrão e fubá, além de bolos nos lanches, que pode ter influenciado nos resultados dos triglicérides.

Apesar da modificação ocorrida na oferta alimentar, não houve aumento da prevalência de SM, permitindo concluir que a suplementação com farelo de aveia foi importante neste período. Ao final do estudo, um paciente que fora diagnosticado com SM, apresentou melhora de um dos componentes, redução dos níveis de triglicérides, os outros quatro, apresentaram melhora dos componentes, mas ainda se mantiveram alterados.

CONCLUSÃO

Sem dúvida a orientação de mudança de estilo de vida com melhora no padrão de consumo alimentar e aumento de atividade física são as primeiras medidas a serem tomadas para prevenção e controle das alterações dos componentes da síndrome metabólica e risco de doença cardiovascular, om as dificuldades de implementação destas medidas, os resultados do presente estudo mostraram que, a suplementação de farelo de aveia é uma maneira fácil e prática para o controle dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em especial, neste caso, redução dos níveis de colesterol total e triglicérides.

São necessários novos estudos com maior número de pacientes, maior tempo de suplementação e diferentes quantidades de farelo de aveia para definição de um protocolo específico para estes pacientes.

PRODUTO

O produto do presente estudo foi a implantação na rotina alimentar destes pacientes a oferta de farelo de aveia diariamente, no café da manhã, enquanto continuarem institucionalizados, e a manutenção da oferta quando forem transferidos para os Serviço de Residência Terapêutica. Durante o desenvolvimento do trabalho houve uma ótima aceitação da suplementação, sem queixa de efeito colateral, além de ser um alimento de fácil consumo por não precisar de manuseio para preparo.

REFERENCIAS

1. Falkai P, Wobrock T, Glenthøj B, Gattz WF, Möller HJ. Força-tarefa da WFSBP para diretrizes para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte1: tratamento agudo e Parte 2: Tratamento de longo prazo. *Rev. Psiq Clin.* 2006, 33 (1):7-64.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patient with schizophrenia. 2nd edition. *Am J Psychiatry.*, February 2004. 4. IPAP. International Pharmacological.
3. Elkis H, Gama C, Suplicy H, Tambascia M, Bressan R, Lyra R, Cavalcante S, W. Consenso Brasileiro sobre antipsicótico de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Rev. Bras Psiquiatr.* 2008, 30(1):77-85.
4. Garcia PCO, Moreira JC, Bissoli MC, Simões TMR. Perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental, usuários do Serviço Terapêutico, do município de Alfenas-MG. 2013; 11(1). Disponível em <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.114126> acesso em: 17/07/2015.
5. Attux, C. Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. *Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabolismo*, 2009.
6. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry.* 2008 (1):27-35.
7. Leitão CL, Guimarães LR, Lobato MI, et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clin.* 2007; 34:184-8.
8. Cohn T, Prud'homme D, Striner D. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of metabolic syndrome. *Can J Psychiatry.* 2004; 49: 753-60.
9. Faulkner G, Cohn T, Remington G, Irving H. Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007; 90(1-3):174-8.
10. Faulkner G, Soundy AA, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: A systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(5):324-32

11. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira, 158 pág. 2014.
12. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of antropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva; 1998
13. Nutrition Screening Initiative. Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans. Washington, DC: Nutrition Screening Initiative,1992.
14. VI- Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes (2015-2016) /Adolfo Melech et al: organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sergio Venício-São Paulo: A.C. Farmaceutica, 2016.
15. V- Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rev. Soc. Bras. Cardiol.2013; 101(4):1-36.
16. Alberti K, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al. Harmonizing the metabolic syndrome a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention, national heart, and blood institute; American heart federation, international atherosclerosis society, and international association for the study of obesity. Circulation. 2009;120(16):1640-6.
17. Fleck MP, Berlim MT, Fafer, B. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento de depressão. Ver. Bras. Psiquiatr. 2009;31(1):7-17.
18. Vargas TS, Santos ZEA. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; 21(1): 4-8.
19. Barboza PS, Silva DA. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de Porciuncula-RJ. Acta Biomédica Brasiliensia. 2012; 3(1): 85.
20. Leitão CL, Guimarães LR, Lobato MI, et I. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. Rev. Psiqu. Clin. 2007; 34:184-8.
21. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285(19):2486-97.

22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005;84(1). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>> Acesso em:10/09/2016.
23. Aguilar E, Coronas R, Caixa`s A. Síndrome metabólica em pacientes esquizofrênicos com tratamento antipsicótico. Medicina clínica, 2012; 139 (12): 542-546.
24. Zortéa K, Guimarães LR, Gama, CS, Belmonte-de-Abreu, PS. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):126-130.
25. Costa ASF da. Obesidade e síndrome metabólica na esquizofrenia (monografia). Universidade do Porto. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação; 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/54551> acessado em: 27/08/2016.

ANEXOS

ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

Apresentação: Sou Elen Cristiane Doná de Oliveira, enfermeira, CPF: 223.289.038-43, Coren 333.988, pesquisadora responsável pelo trabalho: “Suplementação de Fibras Dietéticas em Pacientes Moradores de um Hospital Psiquiátrico”.

Instituição de ensino: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Informações sobre o estudo:

Esta pesquisa busca avaliar os resultados obtidos após suplementação com fibras alimentares, a manutenção do peso e exames laboratoriais relacionados a doenças cardiovasculares.

Convidamos _____ o(a) _____ senhor(a) diretor(a) _____, para participar deste estudo e solicitamos o seu consentimento, através da assinatura deste termo. Serão realizados estudos de prontuários correspondentes algumas questões relacionadas a condição de saúde dos internos. Os moradores serão pesados e medidos quanto a estatura e circunferência da cintura. Serão realizados também exames de sangue em quatro momentos durante a realização da pesquisa. Abaixo detalhamos estas avaliações:

- Responder através de estudo as perguntas a respeito de condição de saúde.
- Permitir a medida do peso, estatura e da circunferência da cintura.
- Permitir a coleta de sangue para avaliação bioquímica que serão usadas para a pesquisa. Serão coletados 5ml de sangue e cada avaliação programada, totalizando 20ml.

-Consumir 20 gramas de fibras alimentares (aveia) no café da manhã.

Essas avaliações serão realizadas 03 vezes: no início do protocolo, 90 dias 180 dias, de acordo com o protocolo do estudo.

As repercussões são mínimas, apenas a exposição das informações em relação ao resultado da pesquisa. As informações serão utilizadas exclusivamente por mim, que mantereí sigilo sobre a identidade dos institucionalizados. Gostaria

ainda de esclarecer que a participação na pesquisa é livre e desta forma os internados têm a liberdade em recusar ou retirar, a qualquer momento, o consentimento sem nenhum prejuízo. Este termo de consentimento livre e esclarecido é assinado em duas vias, para que uma fique em posse do entrevistado. É esperado que as conclusões deste estudo possam ser utilizadas para melhorar condição de saúde de todos os pacientes em tratamento psiquiátrico. Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Eu, _____, RG _____, a
baixo assinado, tendo recebido e compreendido as informações acima, concordo em participar.

Penápolis, SP, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do diretor

Pesquisador: Sou Elen Cristiane Doná de Oliveira, Endereço – R. 2, n 35 – Residencial Gargione 1. Penápolis/SP. e-mail: elendona@hotmail.com Telefone de contato: (18) 3652-7797 ou (18) 99742-8914.

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa de Botucatu: (14) 3880-1608

ANEXO 2: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO (PRONTUÁRIO)

Adaptado do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo/2008

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. NOME COMPLETO DO USUÁRIO/ APELIDO:-

_____ N^o _____

2. DATA DE NASCIMENTO

SIM. () QUAL? _____ () INFORMAÇÃO

IGNORADA

3. IDADE ATUAL OU PRESUMIDA

SIM. () QUAL? _____ () INFORMAÇÃO

IGNORADA

4. ESTADO CIVIL

1. SOLTEIRO

2. CASADO

3. SEPARADO

4. OUTRO. QUAL?

5. INFORMAÇÃO IGNORADA

5. RAÇA/COR

1. BRANCA

2. PRETA

3. PARDA

4. AMARELA

5. INDÍGENA

DADOS CLÍNICOS E PSIQUIÁTRICOS DO PRONTUÁRIO

6. DATA DE ADMISSÃO NA INTERNAÇÃO ATUAL NESTE HOSPITAL

(INDEPENDENTE DA RENOVAÇÃO DA AIH) ____/____/____

7. DIAGNÓSTICO(S) PSIQUIÁTRICO(S) ATUAIS: CÓDIGO CID 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

1. F00-F09 TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS, INCLUSIVE OS SINTOMÁTICOS

()SIM ()NÃO

2. F10-F19 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

()SIM ()NÃO

3. F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E
TRANSTORNOS DELIRANTES

()SIM ()NÃO

4. F30-F39 TRANSTORNOS DE HUMOR (AFETIVOS)

()SIM ()NÃO

5. F40-F48 TRANSTORNOS NEURÓTICOS, TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO “STRESS” E TRANSTORNOS SOMATOFORMES

()SIM ()NÃO

6. F50-F59 SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A
DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS E A FATORES FÍSICOS

()SIM ()NÃO

7. F60-F69 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO
COMPORTAMENTO DO ADULTO

()SIM ()NÃO

8. F70-F79 RETARDO MENTAL

()SIM ()NÃO

9. OUTROS. QUAIS?

8. DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL ()SIM ()NÃO

2. DIABETES ()SIM ()NÃO

3. CARDIOPATIAS ()SIM ()NÃO

4. DOENÇAS PULMONARES (Tuberculose, DPOC, Pneumonia, etc.) ()SIM ()NÃO

5. HANSENÍASE ()SIM ()NÃO

6. DOENÇAS DE PELE (Escabiose, Pediculose, Eczemas, etc.) ()SIM ()NÃO

7.	OUTRAS.	QUAIS?
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (PRESCRIÇÃO ATUAL)		
1.MÚLTIPLOS	MEDICAMENTOS.	
QUAIS?		
2.	MEDICAMENTO	ÚNICO.
	QUAL?	

ANEXO 3: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E BIOQUÍMICA

Nome _____ N^o _____

Dados Antropométricos e Bioquímicos

	M0 _/_/_	M1 _/_/_	M2 _/_/_
Peso (kg)			
Altura (cm)			
IMC (kg/m ²)			
Circunferência da Cintura (cm)			
Diagnóstico Nutricional			
Colesterol total			
HDL-colesterol			
Triglicérides			
Glicemia			

Observações/Intercorrências
