

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**CARDINALLY KELLY DANTAS DA SILVA**

**SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
À ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ASSISTÊNCIA  
INTEGRAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
(CAPS) NO MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**

Cuité/PB

2015

CARDINALLY KELLY DANTAS DA SILVA

**SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE À ATENÇÃO  
NUTRICIONAL NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) NO MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Alimentação, Cultura e Sociabilidades na Sociedade Atual.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Izayana Pereira Feitosa

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586s Silva, Cardinally Kelly Dantas da.

Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Picuí - PB. / Cardinally Kelly Dantas da Silva. – Cuité: CES, 2015.

75 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Dra. Izayana Pereira Feitosa.

1. Saúde mental. 2. Nutrição. 3. Assistência integral. I.  
Título.

CDU 613.86

CARDINALLY KELLY DANTAS DA SILVA

SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE À ATENÇÃO  
NUTRICIONAL NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) NO MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em  
Nutrição, com linha específica em Alimentação,  
Cultura e Sociabilidades na Sociedade Atual.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Izayana Pereira Feitosa – Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Michelle Cristine Medeiros da Silva – Membro examinador

Universidade Federal de Campina Grande

---

Prof. Dr. José Justino Filho – Membro examinador

Universidade Federal de Campina Grande

Cuité/PB

2015

Dedico este trabalho aos meus pais  
Ivanildo e Luísa que me apoiaram ao  
longo de toda esta caminhada e à  
minha avó Benedita, minha eterna vó  
Biata (*In memoriam*) por seus sábios  
e valorosos conselhos e por sua  
generosidade infinita.

## AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, por ser uma presença constante em minha vida, me possibilitando a realização deste sonho.

Aos meus pais Ivanildo e Luísa, pela educação que me deram, pelo apoio, dedicação e carinho incondicionais ao longo dos anos e por acreditarem no meu potencial.

Às minhas irmãs Leilane e Vannesa, pela amizade e pelas palavras de otimismo e encorajamento que me dedicaram durante minha jornada acadêmica.

À minha avó Benedita - eterna vó Biata (*In memoriam*) por toda a ajuda e por todos os conselhos e palavras de incentivo e carinho. Queria muito que a senhora estivesse aqui pra compartilhar comigo esta conquista, mas sei que onde estiver a senhora está feliz por mim. A ti serei eternamente grata.

À minha tia Aparecida, por todos os conselhos e palavras de incentivo e por sua paciência e generosidade de ler este trabalho deixando sua rica contribuição.

Aos meus familiares de uma forma geral, como são muitos não cabe aqui citar todos, serei sempre grata àqueles que me apoiaram e acreditaram que este sonho um dia seria realizado.

A todos os meus professores que contribuíram para minha formação desde os meus primeiros anos até meu ingresso na jornada acadêmica.

À Minha orientadora Prof. Dra. Izayana Pereira Feitosa por ter me acolhido com tanta generosidade, acreditando e confiando em meu trabalho, me orientando de forma impecável, sempre com muito compromisso e dedicação. Meu muito obrigado.

Ao Prof. Leonardo Cavalcante de Araújo Mello pelos primeiros ensinamentos e por todas as contribuições dadas a este trabalho.

Ao Prof. Dr. José Justino Filho e à Prof. Dra. Michelle Cristine Medeiros da Silva, por todos os aprendizados e pela valiosa participação na banca de avaliação deste trabalho.

A todos que fazem parte da instituição Universidade Federal de Campina Grande – *campus* Cuité, professores, coordenadores e demais funcionários pelos inestimáveis e valorosos ensinamentos compartilhados e por todo suporte e experiências transmitidas no decorrer destes anos de jornada.

Às minhas amigas que fiz ao longo desta jornada: Amanda, Alana, Janaína, Raquel, Wilândia e Roana, por estarem sempre por perto, fisicamente ou em pensamento, me auxiliando e me dando força nos momentos difíceis e por compartilharem tantos momentos bons comigo, sintam-se todas homenageadas e lembradas por mim.

À Coordenadora do CAPS de Picuí pelo acolhimento e disponibilidade me dando a possibilidade de desenvolver meu trabalho com confiança.

A todos os profissionais que atuam no CAPS de Picuí, pela disponibilidade em participar desta pesquisa, dividindo comigo uma parcela preciosa dos seus tempos.

A todos que fazem parte da família do “Busão do seu Zeca” pelos cinco anos de convivência e pela possibilidade de ter feito amigos que levarei no meu coração por toda vida, especialmente à Vanessa Nogueira, Rita de Cássia, Nayara Sousa, Andreza Agda, e Alzira Hermana.

“A minha saúde depende do sentido  
que dou à minha vida. Posso estar  
doente, posso sofrer, mas se minha  
vida tem sentido, eu posso  
transformar esse sentimento.”

Jean-Yves Leloup

## RESUMO

SILVA, C. K. D. **Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Picuí-PB.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Este trabalho teve como objetivo compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um CAPS à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que contou com a participação de 5 profissionais, sendo 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, que responderam a um questionário semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados desta pesquisa demonstraram que os profissionais atribuem grande valor ao trabalho do nutricionista no CAPS. A preocupação com o estado nutricional e a busca de soluções para minimizar este problema foi referido por todos os participantes. Os profissionais relataram que procuram oferecer serviços de acordo com a necessidade dos usuários, cujos principais são oficinas, atendimentos específicos e acolhimento e que para o planejamento utilizam estratégias como reuniões e discussão de casos. Com relação à assistência nutricional, os participantes mencionaram ter grande preocupação com esse fator, ao mesmo tempo que não dispõem do nutricionista para norteá-los sobre questões alimentares. Foi relatado também que mesmo sem a presença do nutricionista, procura-se oferecer assistência nutricional através da elaboração de cardápios pelos próprios profissionais, além da inclusão da família e outras ações. Sobre a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde, foi mencionada a importância do trabalho em rede e a necessidade de haver um nutricionista no CAPS. Sobre os benefícios da atenção nutricional para o portador de transtorno mental foi mencionada a necessidade do nutricionista no CAPS, de uma alimentação balanceada, do fortalecimento da equipe, dentre outros. Observou-se, contudo que o nutricionista ainda é visto algumas vezes como um profissional voltado para o tratamento de doenças e não para a promoção de saúde e prevenção de agravos. Esses resultados foram discutidos com base nos aportes teóricos e nos estudos empíricos pertinentes.

**Palavras chave:** Nutrição, Saúde mental, Assistência integral

## ABSTRACT

SILVA, C. K. D. **Meanings assigned by health professionals to nutritional attention in comprehensive care in Psychosocial Assistance Center (CAPS) in the municipality of Picuí-PB.** 2015. 75f. Completion of Course Work (Degree in Nutrition) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

This work aimed to understand the meanings that CAPS health professionals assign to nutritional care under the integrality perspective. It is about a descriptive study with a qualitative approach that had the participating of 5 professionals that answered a semi-structured questionnaire wherein 4 of them were women and 1 was a man. The dates have been analyzed through content analysis technique that has proposed by Bardin. The research results could demonstrate that the health professionals impute a great importance to nutritionist work at CAPS. All participants have related such a preoccupation with nutritional status and search for solutions to reduce the problem at hand. The professionals also reported they try to offer services according to users' needs and the most important services are workshops, specific care and reception. About the planning of the services they use some strategies like meetings and case discussions. With respect to nutritional assistance, the group of participants commented their concern and interest about that factor despite they don't have a nutritionist to guide them about food issues. It was also reported even without the presence of a nutritionist, they try to offer a nutritional assistance through preparation of menus that are made by the professionals in addition to family participation and other operations. As for the connection between nutritional attention and comprehensive health care, some professionals commented the importance of networking and the need of a nutritionist at CAPS. Regarding to nutritional attention benefits for people with mental illness was mentioned the need for a nutritionist at CAPS, a balanced diet, strengthen the team, among others factors. We have noticed, however, that sometimes the nutritionist is still considered as a professional that only treat diseases and someone who is not facing health promotion and illness prevention. These results were discussed using as basis theoretical contributions and relevant empirical studies.

**Keywords:** Nutrition, Mental Health, Comprehensive Care

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Quais são os serviços oferecidos aos usuários do CAPS?”.....39
- Tabela 2** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Como é feito o planejamento das ações do Projeto Terapêutico Singular?”.....42
- Tabela 3** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Quais as ações ou atividades são incluídas nesse planejamento?”.....44
- Tabela 4** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Em algum momento do planejamento do Projeto Terapêutico Singular existe a preocupação em oferecer algum suporte de assistência nutricional aos usuários?”.....47
- Tabela 5** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Se existe essa preocupação, de que forma vocês oferecem esse suporte pra eles de assistência nutricional?”.....51
- Tabela 6** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Pra você qual a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde?”.....54
- Tabela 7** – Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Em sua opinião que benefícios a atenção nutricional pode trazer para o portador de transtorno mental que frequenta o CAPS?”.....58

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CES – Centro de Educação e Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SAS – Statistical Analysis System

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UAS – Unidade Acadêmica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UnP – Universidade Potiguar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
4.1 PERCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	18
4.2 A INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	20
4.3 INSTRUMENTOS PARA O CUIDADO COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	22
<b>4.3.1 A criação do CAPS como um espaço para reintegração social</b> .....	22
<b>4.3.2 O Projeto Terapêutico Singular como instrumento organizador do cuidado ao portador de transtorno mental</b> .....	24
4.4 USO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E SUA INTERFERÊNCIA NO ESTADO NUTRICIONAL EM PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL.....	26
4.5 ESTUDOS EMPÍRICOS.....	28
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	32
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	32
5.3 PARTICIPANTES.....	33
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
5.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	33
5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	34
5.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	34
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	36
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICES</b> .....	68
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista (para profissionais do CAPS).....	69
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70

<b>ANEXOS</b> .....	71
ANEXO A – Termo de Autorização Institucional-Instituição cooparticipante.....	72
ANEXO B – Termo de Autorização Institucional-Instituição proponente.....	73
ANEXO C – Termo de compromisso do pesquisador.....	74
ANEXO D – Termo de compromisso dos pesquisadores.....	75

## 1 INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental no Brasil consolidou-se graças à Reforma Psiquiátrica que surgiu a partir da grave situação nos hospitais psiquiátricos no fim da década de 50 que sofriam com superlotação, maus tratos de pacientes, falta de profissionais adequados e gastos excessivos com internações psiquiátricas, trazendo a proposta de novos modelos de atenção à saúde mental que substituíssem o modelo do hospital psiquiátrico (NASCIMENTO; SANCHEZ, 2013).

A promulgação da Lei Federal 10.216 em 2001 deu novo impulso e ritmo ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil e passou a redirecionar a assistência em saúde mental priorizando a oferta de tratamento em serviços de caráter comunitário e a defesa da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, onde o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ganhou um valor estratégico para a mudança no modelo de assistência à saúde mental (BRASIL, 2005).

Os CAPS começaram a surgir na década de 80 e assumiram um papel importante na organização da rede comunitária de cuidados, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental (BRASIL, 2004). Estes dispositivos utilizam o Projeto Terapêutico Singular como instrumento de trabalho em equipe, possibilitando a participação do usuário na construção de sua autonomia (CARVALHO et al., 2012).

O Projeto Terapêutico Singular caracteriza-se como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e definidas a partir da singularidade do indivíduo (BOCCARDO et al., 2011) e que são construídas de forma coletiva (BRASIL, 2008). O Projeto Terapêutico Singular busca atender às necessidades do usuário do serviço de acordo com o princípio da integralidade, onde se procura identificá-lo em sua totalidade, como indivíduo que está inserido em um contexto familiar, no meio ambiente e na sociedade (MACHADO et al., 2007).

A partir do princípio da integralidade e da preocupação com o cuidado de portadores de transtornos mentais o trabalho em questão tem como foco principal a importância da atenção nutricional na assistência integral à saúde, trazendo como tema “Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Picuí-PB.”

A metodologia deste trabalho será constituída por uma pesquisa qualitativa descritiva composta de entrevista semiestruturada que será aplicada aos profissionais atuantes no CAPS I da cidade de Picuí e observação participante. Posteriormente, o material coletado será analisado pelo método de análise de conteúdo, ressaltando que a pesquisa respeitará as regras éticas para pesquisas com humanos em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Finalmente o objetivo deste trabalho é compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

O despertar para a realização do presente estudo surgiu a partir da observação da rotina de um CAPS, quando um dos usuários relatou sua dificuldade para perder peso depois que passou a fazer uso de medicamentos psiquiátricos. Houve então um interesse em se realizar um estudo sobre o conhecimento e utilização, pelos profissionais que compõem a equipe do CAPS, de práticas relacionadas à atenção nutricional dentro da construção do Projeto Terapêutico Singular, como estratégia para melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida dos usuários.

Sabe-se que o uso de medicamentos psiquiátricos causa diversos efeitos colaterais, que estão geralmente associados ao ganho de peso e alterações em alguns indicadores bioquímicos. Assim sendo, existe a necessidade de um acompanhamento nutricional dentro da proposta do PTS com esses usuários, possibilitando a prevenção ou controle de fatores de risco para a saúde, como obesidade, diabetes, hipertensão, sedentarismo e maus hábitos alimentares.

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica é oferecer ao portador de transtorno mental meios concretos para o resgate de sua subjetividade, cidadania e inserção na sociedade (PITTA, 2011). Dentro desse contexto, pode-se destacar a alimentação e a nutrição como direitos fundamentais para promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação integral do potencial de crescimento e desenvolvimento do indivíduo com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2003). Desta forma, o nutricionista integrando a equipe de profissionais do CAPS viria a contribuir para a melhoria dessa qualidade de vida e da inclusão social dos usuários, além de promover a autonomia em relação às questões alimentares dos mesmos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a equipe e os serviços que são oferecidos aos usuários do CAPS.
- Descrever as atividades definidas no Projeto Terapêutico Singular para os usuários atendidos no CAPS.
- Investigar em que momento a atenção nutricional aparece no Projeto Terapêutico Singular
- Analisar a compreensão dos profissionais da equipe do CAPS acerca da assistência integral à saúde e sua relação com a atenção nutricional.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Percursos da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se iniciou nos anos 70 e pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que avançaram no cotidiano da vida das instituições, nos serviços e nas relações interpessoais e foi marcado por muitos conflitos e desafios. Esse processo tem uma história própria sendo inscrita em um contexto internacional de mudanças que objetivavam a superação da violência aos portadores algum tipo de transtorno mental nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ao final da década de 50, a situação nos hospitais psiquiátricos brasileiros era muito grave e devido à má fama dos grandes hospícios públicos a iniciativa privada ingressou nessa área, fazendo o gasto com internações psiquiátricas chegar a ocupar o 2º lugar entre os gastos com internações patrocinadas pelo Ministério da Saúde. Como consequência desta situação, surge no Brasil o Movimento da Luta Antimanicomial que foi influenciado pelo modelo de desinstitucionalização italiano que tinha a comunidade terapêutica como modelo de luta contra o manicômio (NASCIMENTO; SANCHES, 2013).

O início de fato desse movimento ocorreu em 1978, quando foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que deu início às denúncias de violência praticada nos manicômios e do domínio de uma rede privada de assistência, iniciando-se a construção coletiva uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo cuja assistência às pessoas com transtorno mental estava centrada no hospital (BRASIL, 2005).

De acordo com Pitta (2011), o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira acumula força e experiência a partir de eventos realizados na década de oitenta. Mas é o II Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987 que se torna o marco principal dos movimentos sociais em favor da Reforma Psiquiátrica, nele é concretizado o movimento Antimanicomial e é adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste período, surge no Brasil, na cidade de São Paulo em 1987 o primeiro CAPS e em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos inicia um processo de intervenção no

hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde muitos pacientes eram maltratados e mortos. Foi no ano de 1989 também que deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, cuja proposta era regulamentar os direitos das pessoas com transtorno mental e extinguir progressivamente os manicômios no país (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, alcançando vários estados brasileiros. Este período foi caracterizado por um processo descontínuo de expansão dos CAPS, que contava ao final do mesmo com 208 CAPS em funcionamento em todo o país (BRASIL, 2005).

Somente em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) foi sancionada e passou a reorientar a assistência em saúde mental, dando prioridade à oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. A partir da promulgação dessa lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Política de Saúde Mental, juntamente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica se consolida, ganhando grande sustentação e visibilidade. Ao CAPS foi conferido valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e foi traçada também a política para o combate do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira defende ações em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas. Defende ações intersetoriais para possibilitar a inclusão social do sujeito no trabalho, na escola, no esporte, na cultura e em outras áreas (YASUI, 2010).

O objetivo da Reforma é realizar uma desinstitucionalização responsável, tratando o sujeito em sua existência e de acordo com suas condições reais de vida. A exclusão deixa de ser o tratamento e começam a serem criadas possibilidades concretas de resgate da subjetividade e cidadania do sujeito e sua inserção na sociedade (PITTA, 2011).

Em um de seus trabalhos Amarante (1995) afirma que cumprir os objetivos da reforma não significa fechar hospícios ou abandonar as pessoas em suas famílias ou nas

ruas, ou muito menos fechar leitos para reduzir custos. Ele fala em desinstitucionalização para superação de um modelo atrasado, tratando o sujeito em sua existência e em relação com suas condições sólidas de vida. Ou seja, não basta apenas administrar fármacos ou psicoterapias, é preciso também construir possibilidades de vida para o indivíduo.

Falar de direitos, cidadania e aprovar leis não é o suficiente, pois isto por si só não garante que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito. A construção da cidadania deve fazer parte de um processo social, particularmente em relação à saúde mental e atenção psicossocial que é um processo bastante complicado, tornando-se necessário, portanto que as mentalidades, atitudes e relações sociais sejam mudadas (AMARANTE, 2007).

#### **4.2 A integralidade nas práticas de saúde**

A saúde no Brasil passou por grandes mudanças durante as décadas de oitenta e noventa, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que apesar de ser o sistema de saúde vigente, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990, ainda sofre com alguns obstáculos até chegar à sua consolidação (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

Para Machado et al. (2007), na saúde em geral o modelo habitualmente reproduzido ainda se baseia em uma prática fragmentada, centrada na produção de atos, onde predomina a desarticulação entre as várias queixas dos usuários. Para que esse modelo fosse superado, foi estabelecida uma nova referência, com princípios voltados para o compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

A integralidade é um dos pilares que sustenta a criação do SUS e um princípio consagrado pela Constituição de 1988 cuja execução pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. A partir desse conceito supõe-se que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de acordo com a dinâmica do processo saúde doença (CAMPOS, 2003).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios da integralidade na assistência, da humanização e da equidade foram reafirmados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS, como também a necessidade de fortalecer o

caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal (BRASIL, 2000).

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os estabelecimentos e organizações da saúde ainda trabalham. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer tanto no âmbito institucional, em relação à organização e articulação dos serviços de saúde, quanto nas práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico ainda é o ator principal (CAMPOS, 2003).

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é preciso repensar as formas como os profissionais de saúde se organizam e operam. Quando se fala em produção de cuidado, isso se refere à possibilidade de interação aprofundada, ética e dialógica entre esses profissionais que estão envolvidos no processo de produção do cuidado (HENRIQUES; PINHEIROS, 2004). É preciso exercitar o trabalho em equipe, desde o processo de formação, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais, com o intuito de estabelecer estratégias que colaborem para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. (MACHADO et al., 2007).

De acordo com o princípio da integralidade a atenção deve levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social do indivíduo, pois o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social separadamente. Garantir a integralidade significa dar ao sistema de saúde condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes, oferecendo aos indivíduos e coletividades um atendimento organizado, diversificado e humanizado (CAMPOS, 2003).

Segundo Mattos (2001), defender a integralidade não significa dizer que se devem deixar de lado os conhecimentos técnicos sobre as doenças, o que se procura é usar esse conhecimento de maneira adequada. A formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, mas deve incluir também os seguimentos de organização da vida e a compreensão de que os processos de adoecimento não são apenas biológicos. (GONÇALVES; SENA, 2001)

A ideia de cuidado integrado em saúde necessita de um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes a partir da ideia de que todos são responsáveis pela produção da saúde. Entende-se, portanto que a área da saúde não deve

ser exclusiva de nenhum núcleo profissional, pois o cuidar de pessoas é constituído de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética entre os responsáveis pela produção do cuidado (HENRIQUES; PINHEIROS, 2004).

### **4.3 Instrumentos para o cuidado com o portador de transtorno mental**

#### **4.3.1 A criação do CAPS como um espaço de reintegração social**

Os CAPS começaram a surgir no Brasil na década de 80 e passaram a receber financiamento do Ministério da Saúde a partir de 2002, período no qual ocorreu uma significativa expansão destes serviços. Os CAPS são serviços de saúde municipais que oferecem atendimento diário às pessoas que apresentam transtornos mentais severos e persistentes, onde é realizado acompanhamento clínico e a reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços com a família e com a comunidade (BRASIL, 2005).

O primeiro CAPS do país chamado Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. Esse e tantos outros foram criados com o objetivo de melhorar a assistência aos portadores de transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS é ofertar atendimento diário em um determinado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo centrado no hospital, evitando as internações. Estes serviços devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam de forma permanente de outras redes sociais e de outros setores, para que tenham a possibilidade de atender às demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade devido a algum transtorno mental (BRASIL, 2004).

O CAPS possui papel estratégico na rede básica de saúde e funciona como um dispositivo que permite o deslocamento progressivo do cuidado com o portador de transtorno mental do hospital para a comunidade. Essa rede é composta pelas unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os serviços do CAPS devem tentar se integrar de forma permanente com as equipes da rede

básica de saúde em seu território, pois eles têm um papel importante no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com os portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

De acordo com o porte, a capacidade de atendimento e a clientela atendida, os CAPS são organizados segundo o perfil populacional dos municípios sendo diferenciados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS I são os de menor porte e estão presentes em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, com uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos provenientes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Os CAPS II são os centros de médio porte que fazem a cobertura de municípios com mais de 50.000 habitantes. Atendem geralmente adultos com transtornos mentais severos e persistentes e têm equipe mínima de 12 profissionais de nível médio e superior. Os CAPS III são os serviços de maior porte e dão cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam 24 horas todos os dias da semana e nos feriados, realizando acolhimento noturno quando necessário. A equipe mínima deve ter pelo menos dezesseis profissionais, além de uma equipe noturna e de final de semana (BRASIL, 2005).

Os CAPSi são responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, estando presentes em municípios com mais de 200.000 habitantes, com uma equipe mínima formada por onze profissionais. Os CAPSad atendem pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, estando presentes em cidades com mais de 200.000 habitantes, com uma equipe mínima composta por treze profissionais. (BRASIL, 2005)

Os CAPS são responsáveis pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, através da elaboração de projetos terapêuticos e comunitários, dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, além de dar assessoria e oferecer retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004).

Estes dispositivos apresentam-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados onde os pacientes devem receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais articulados de acordo com um projeto terapêutico individualizado (BRASIL, 2004).

Para Fraga e Ferreira (2011), o CAPS é o espaço primordial onde os princípios da Reforma Psiquiátrica devem ser realizados. Os principais objetivos desse dispositivo são evitar as internações psiquiátricas, diminuir a reincidência das mesmas e possibilitar o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida para o indivíduo (RIETRA, 1999).

Os usuários do CAPS referem-se a esse dispositivo como uma forma especial de atenção que é valorizada e reconhecida pelos mesmos. Não é um espaço físico qualquer, mas um lugar que reconhecem como referência e lugar de tratamento, que representa a possibilidade de mudanças, de pensar em trabalhar ou retornar ao trabalho, de retornar à realidade, de realizar sonhos e de fazer o usuário pensar que ele é capaz (MARZANO; SOUZA, 2004).

#### **4.3.2 O Projeto Terapêutico Singular como instrumento organizador do cuidado ao portador de transtorno mental**

A Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção e efetivação de um novo modelo de atenção psicossocial, cuja principal ferramenta é o CAPS (CARVALHO et al., 2012). Para que esse modelo de tratamento seja efetivo é importante que o usuário e a família participem do processo, para tanto o CAPS utiliza o Projeto Terapêutico Singular como instrumento de trabalho em equipe. É através desta ferramenta que se pode concretizar o conjunto de diretrizes propostas pela nova política de saúde mental assegurando aos sujeitos uma assistência diferenciada capaz de promover qualidade de vida e evitar as internações repetidas (MÂNGIA; BARROS, 2009).

De um modo geral, o PTS é compreendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas organizadas por meio de ações articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante de discussão realizada por uma equipe, considerando as necessidades e o contexto social em que o indivíduo está inserido (BRASIL, 2008).

O nome Projeto Terapêutico Singular está relacionado ao fato de que o mesmo pode ser feito não só para indivíduos, mas também para grupos ou famílias, pois sua construção tem como elemento central de articulação a singularidade. Esse modelo proporciona uma atuação integrada de uma equipe multidisciplinar que valoriza outros

aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2008).

A construção de um PTS divide-se em quatro momentos: O diagnóstico, no qual deve conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, indo, portanto além das condições de saúde, onde devem ser investigadas as necessidades ocultas, possibilitando uma conclusão sobre os riscos e vulnerabilidade do usuário; a definição de metas, onde são feitas propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário e a família pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o indivíduo; a divisão de responsabilidades, onde são definidas as tarefas de cada um com clareza e a realização de avaliações periódicas, no qual será discutida a evolução e se serão feitas correções pertinentes para ajustar o projeto ao usuário (BRASIL, 2008).

As estratégias centrais para a construção do PTS são o acolhimento, o vínculo entre profissionais e usuários, a participação da família e a responsabilidade de cada membro da equipe no desenvolvimento do projeto terapêutico singular (MÂNGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006).

Para Carvalho et al. (2012), o acolhimento consiste em ofertar escuta humanizada além da demanda apresentada pelo usuário e no reconhecimento do outro em sua individualidade, o que possibilita a proximidade ao longo do processo de acompanhamento. Já o vínculo é o componente do processo de cuidado que, a partir do acolhimento reorganiza o processo de trabalho e o funcionamento do serviço. Quando o vínculo se estabelece é criada uma relação de compromisso entre a equipe, o usuário e a família, que pode resultar em uma ligação mais humanizada.

O principal objetivo de um PTS é possibilitar a inserção social do indivíduo através de ações que envolvam educação, esporte, cultura e lazer que são desenvolvidas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário (BOCCARDO et al., 2011). Suas ações devem ser desenvolvidas de forma que possam ir além da estrutura física do CAPS e procurem articular redes de suporte social que sejam voltadas para os sujeitos e auxiliem no restabelecimento de vínculos familiares e sociais perdidos no decorrer do processo de adoecimento (BRASIL, 2004).

As atividades planejadas no Projeto Terapêutico Singular devem dar prioridade às necessidades e os interesses do usuário, de modo que não se tornem rotineiras

(SARACENO, 1999), além de buscar atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, visando diminuir a dependência exclusiva dos usuários aos serviços de saúde através da oferta de recursos exteriores ao CAPS (MÂNGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

As equipes envolvidas no cuidado em saúde mental devem desenvolver novas formas de se organizarem nos serviços, diferentes daquelas utilizadas tradicionalmente nos serviços ambulatoriais (BOCCARDO et al., 2011). A base da organização dos serviços de saúde mental deve ser a realização de reuniões, momento onde todos deveriam ter voz ativa e contribuir na abordagem dos vários aspectos do sujeito, devendo ir além do quadro diagnosticado e do medicamento a ser utilizado. A partir deste entendimento ampliado sobre o sujeito serão elaboradas propostas de ações (BARROS, 2009).

Para Boccardo et al. (2011), as mudanças do modelo assistencial conferem aos serviços de saúde mental, equipe, usuários e seus familiares novas funções, possibilitando que todos os envolvidos no processo de cuidar possam compartilhar responsabilidades. Nesse sentido, o PTS possibilita a realização das diretrizes propostas pela nova política de saúde mental e garante aos usuários uma assistência diferenciada capaz de promover qualidade de vida e evitar as internações frequentes (MÂNGIA; BARROS, 2009).

O resgate da cidadania deve ser o objetivo final das estratégias de cuidado e ele só pode ser alcançado na singularização das necessidades do indivíduo, promovida pelo PTS (BOCCARDO et al., 2011).

#### **4.4 Uso de medicamentos psiquiátricos e sua interferência no estado nutricional em portadores de transtorno mental**

O uso de medicamentos antipsicóticos representa um importante componente no tratamento clínico de pacientes com esquizofrenia, porém tem sido associado a algumas alterações metabólicas. Por exemplo, o uso de antipsicóticos atípicos, com exceção da ziprasidona está associado à obesidade, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica e elevada mortalidade (LEITÃO-AZEVEDO et al., 2007; ZORTÉA et al., 2009). Além do tratamento com antipsicóticos, o estilo de vida também contribui para causar ou agravar

alterações metabólicas em indivíduos com transtornos psiquiátricos (ELKIS, et al., 2008; CERQUEIRA FILHO, 2006).

No Brasil, o uso de antipsicóticos atípicos aumentou muito nos últimos anos, tornando o impacto dos distúrbios metabólicos uma questão urgente, tanto na prática clínica diária quanto no sistema público de saúde (ZORTÉA et al., 2010). Geralmente, a prática psiquiátrica na rede de atendimento primário se preocupa, quase sempre com a remissão dos sintomas psicóticos, esquecendo muitas vezes de outros aspectos importantes do tratamento, como a segurança cardiovascular, distúrbios metabólicos e outros sintomas negativos que podem aumentar a morbidade clínica e piorar a qualidade de vida desses pacientes (ELKIS et al., 2008).

Algumas medidas simples podem se mostrar intervenções úteis no controle de peso e prevenção de agravos à saúde destes indivíduos, como a realização frequente de avaliação nutricional, solicitação de diário alimentar e acompanhamento com nutricionista quando necessário (CERQUEIRA FILHO, 2006).

Para tanto seria ideal utilizar o ambiente que o indivíduo passa a maior parte do seu tempo, onde ele tem acesso à maior parcela da sua alimentação diária, pois é muito importante oferecer a essas pessoas condições de gerenciar sua própria saúde através de um acompanhamento progressivo. O nutricionista, familiares, cuidadores e demais profissionais envolvidos no cuidado com o portador de transtorno mental têm o papel de dar informações de forma conjunta sobre uma alimentação saudável e seus valores nutricionais valorizando comportamentos pessoais e interpessoais, possibilitando ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência em pacientes com transtorno mental mostra-se preocupante (BARROS et al., 2012).

O CAPS torna-se, portanto, um espaço privilegiado para realização de ações de saúde voltadas para o acompanhamento nutricional, controle de peso, promoção de saúde e prevenção de agravos, devolvendo ao usuário a autonomia quanto à sua alimentação e melhora na qualidade de vida.

#### 4.5 Estudos empíricos

Tendo como objetivo investigar como o nutricionista pode atuar no CAPS, realizou-se uma breve busca em bases de dados na internet, onde foi possível encontrar alguns trabalhos que tratam especificamente sobre temas relacionados ao estado nutricional de portadores de algum tipo de transtorno mental que fazem uso de medicação psiquiátrica e são acompanhados pelo CAPS. Os trabalhos mais adequados estão descritos a seguir.

Em um estudo realizado por Peixoto (2006) cujo principal objetivo era avaliar o estado nutricional e os fatores interferentes em pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo, onde os participantes constituíram-se de 300 indivíduos de ambos os sexos entre 18 e 60 anos portadores de transtorno depressivo assistidos por um hospital público do Distrito Federal, foi observado que mais da metade da amostra estudada apresentava-se acima do peso. A coleta de dados foi realizada através de uma ficha de atendimento para obtenção de dados pessoais, recordatório 24 horas para análise de ingestão de calorias e nutrientes e exames bioquímicos. Os instrumentos utilizados foram: balança, estadiômetro, fita métrica inelástica, esfigmomanômetro e bioimpedância e a análise dos dados foi realizada a partir do programa estatístico *Statistical Analysis System* – SAS versão 8.2, onde realizou-se o teste exato de qui-quadrado e análises de variância e de covariância. Este estudo concluiu que existe a necessidade de acompanhamento nutricional desses pacientes, destacando o trabalho do nutricionista, como componente da equipe multiprofissional, que atua na atenção à saúde dos mesmos.

Em outro estudo realizado por Cozer e Gouvêa (2010) cujo objetivo era avaliar o estado nutricional de adolescentes usuários de um CAPS AD por meio da avaliação nutricional e frequência de consumo alimentar, observou-se que, embora a grande maioria apresentava-se como eutróficos, quando o resultado foi separado por gênero percebeu-se que quase metade dos pacientes do sexo feminino apresentavam sobrepeso ou obesidade. Este estudo foi realizado com 25 adolescentes, com faixa etária entre 10 e 18 anos, com diagnóstico prévio de uso abusivo de substâncias psicoativas, e frequentadores de um CAPS AD. Os dados foram coletados através de um formulário contendo dados pessoais, medidas nutricionais (peso e altura), substância utilizada e questionário de consumo alimentar. Após a coleta, os dados foram organizados em três categorias sendo a primeira referente ao estado nutricional, a segunda referente à

substância utilizada e a terceira referente ao hábito alimentar. A análise foi feita numa perspectiva quali-quantitativa a partir dos achados obtidos.

Zortéa et al. (2010) realizaram uma pesquisa com 40 indivíduos com idade superior a 18 anos, diagnosticados com esquizofrenia, onde todos utilizavam antipsicóticos, no mínimo há três meses, e eram frequentadores CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes responderam oralmente a um questionário de anamnese e tiveram seus dados antropométricos (peso, estatura, circunferência abdominal e percentual de gordura) e pressão arterial aferidos. Os dados coletados foram apresentados de forma descritiva, com média e desvio-padrão (paramétricos), frequências ou mediana e intervalo de 95% de confiança (não paramétricos). As associações entre dados paramétricos foram avaliadas por meio de coeficiente de correlação de Pearson e os dados não paramétricos, por meio do coeficiente de correlação de Spearman, e posteriormente foi utilizada análise de regressão linear. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste de qui-quadrado. Para análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 17.0, onde um  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

Foi observado neste estudo que os usuários apresentavam níveis aumentados de circunferência abdominal, percentual de gordura corporal, onde a maioria encontrava-se com excesso de peso e 30% estava com a pressão arterial elevada. Este estudo concluiu que além do acompanhamento médico, psiquiátrico e psicológico, era necessário fazer avaliação dos hábitos alimentares e o acompanhamento nutricional desses pacientes, para que fossem detectadas de forma precoce alterações relacionadas ao uso de antipsicóticos.

Em um estudo semelhante realizado por Barros et al. (2012) com 20 usuários em tratamento intensivo do CAPS II, participantes de um projeto de intervenção sobre alimentação saudável desenvolvido pela Universidade Potiguar (UnP), que tinha como objetivo traçar o perfil nutricional dos usuários em regime intensivo, foi observado que a maioria dos usuários do sexo masculino apresentava obesidade classe I, enquanto entre os usuários do sexo feminino havia um equilíbrio. Observou-se também que havia uma grande incidência de Circunferência da Cintura acima de 102 cm entre os homens e acima de 88 cm entre as mulheres.

Na ocasião foi realizada avaliação do estado nutricional dos participantes e padronização das medidas antropométricas, utilizando-se as variáveis, peso atual (Kg) e

estatura (cm), para a obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC); circunferência da cintura para diagnóstico de risco de complicações associadas à obesidade e cálculo da estimativa do gasto energético total com o objetivo de planejar um cardápio modelo, para atender as necessidades nutricionais do grupo.

Favacho et al. (2010) realizaram um estudo em um CAPS no município de Belém-PA com 120 participantes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, usuários do CAPS, apresentando transtornos mentais como esquizofrenia, transtornos de ansiedade, transtorno do pânico e transtorno de humor. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário contendo informações de identificação, tipo de transtorno mental, dados socioeconômicos, comportamental e de frequência alimentar, bem como foram aferidas medidas antropométricas de peso e altura. As variáveis de identificação, socioeconômicas, comportamentais, estado nutricional e o consumo de alimentos foram descritas em frequências relativas e a análise dos dados foi processada utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) onde estabeleceu-se para todos os testes o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Foi observado neste estudo que o excesso de peso estava presente em 51,7% dos usuários. De acordo com o sexo, entre os homens o excesso de peso foi de 56,6% e entre as mulheres foi de 47,8%. A obesidade teve prevalência de 17,5%, sendo mais comum nas mulheres (22,4%) que nos homens (11,3%).

Monteiro et al. (2012) realizaram um estudo com 22 usuários portadores de algum grau de transtorno mental em um centro de convivência. Foram realizadas oficinas onde inicialmente foi apresentado aos usuários o tema da oficina, o porquê de o mesmo ter sido escolhido e qual a sua importância para o autocuidado e para uma vida mais saudável. Posteriormente, a temática foi discutida com os usuários, havendo um levantamento dos conhecimentos prévios dos usuários, para que, a partir dos mesmos, o assunto começasse a ser trabalhado. Por fim, foi feita uma avaliação da oficina, oral ou escrita, para que os participantes apresentassem as críticas e as sugestões para as oficinas subsequentes.

Neste estudo foi constatado que alguns participantes possuíam hábitos alimentares inadequados e que a maioria optava, no momento de realizar as compras, por alimentos de menor valor financeiro e mais calóricos. Observou-se também que muitos não sabiam higienizar e armazenar corretamente os alimentos, além da dificuldade dos participantes

em fixar o conteúdo das oficinas por um maior período de tempo, havendo desta forma, a necessidade de um reforço contínuo.

Conforme o relatado, foi possível perceber que existem diversos estudos tratando de um assunto importante e muito relevante, que é a avaliação do estado nutricional e dos hábitos alimentares de indivíduos portadores de algum tipo de transtorno mental que fazem uso de medicação psiquiátrica. Entretanto observa-se que são escassos os trabalhos voltados para o estudo da atuação do nutricionista na construção do PTS no CAPS no desenvolvimento de ações de Alimentação e Nutrição voltadas para promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como tratamento de complicações já existentes.

Como dito anteriormente, o CAPS é um dispositivo criado para ofertar atendimento diário às pessoas que apresentam transtornos mentais severos e persistentes, onde é realizado acompanhamento clínico e a reinserção social desses indivíduos. Este serviço possibilita uma assistência integral voltada para a melhoria do estado geral de saúde do usuário, que para tanto dispõe de uma equipe multidisciplinar, formada por diversos profissionais. Percebe-se, no entanto, que o nutricionista geralmente não aparece na formação desta equipe, visto que a maioria dos usuários apresenta algum tipo de alteração metabólica proveniente do tratamento medicamentoso, necessitando também de acompanhamento nutricional.

A partir destas colocações pode-se concluir que existe uma lacuna em relação à realização de estudos que investiguem a percepção que os outros profissionais têm sobre a nutrição e a atuação do nutricionista no âmbito da saúde mental junto à equipe multidisciplinar (mais especificamente no CAPS). Com o intuito de tentar preencher esta lacuna, a pesquisa em questão busca compreender os sentidos que profissionais de saúde de um CAPS atribuem à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade. A inclusão do profissional Nutricionista na Saúde Mental precisa acontecer o quanto antes, pois com a ingestão controlada de nutrientes e calorias é possível melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida de usuários de medicação psiquiátrica frequentadores do CAPS.

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de Pesquisa**

Tendo como objetivo compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade, o presente estudo optou por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Conforme Minayo (2010, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Cabe ressaltar aqui que a pesquisa qualitativa não se restringe apenas às ciências sociais, e que a mesma se ancora nas experiências vivenciadas através das ciências sociais.

### **5.2 Cenário da Pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial “Loucos pela VIDA” localizado no município de Picuí-PB. O CAPS de Picuí foi fundado no ano de 2009 e desde então presta relevante serviço, no tocante ao tratamento e reinserção social de portadores dos mais diversos tipos de transtornos mentais residentes no município e outros circunvizinhos, atendendo em média 90 usuários, conforme as modalidades disponíveis: não-intensivo, semi-intensivo e intensivo.

Este é um espaço de convivência que acolhe usuários diariamente, os quais participam de várias atividades, coordenadas por uma equipe multidisciplinar composta por psicóloga, assistente social, enfermeira, técnico de enfermagem e pedagoga. Outros serviços disponibilizados aos usuários são o atendimento clínico, que quando necessário é realizado pelo médico do PSF mais próximo da instituição, acompanhamento psiquiátrico, realizado uma vez por mês e dispensação de medicamentos realizado duas vezes por por uma farmacêutica.

Além da equipe principal o serviço conta com uma equipe auxiliar composta por um auxiliar administrativo, uma cozinheira, uma auxiliar de serviços gerais, um porteiro e dois motoristas.

### **5.3 Participantes**

Os participantes desta pesquisa foram os profissionais que compõem a equipe responsável pelo planejamento das atividades do PTS do CAPS I da cidade de Picuí-Pb. A partir da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo oito perguntas, foi possível investigar qual a percepção dos profissionais a respeito dos sentidos que eles atribuem à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade.

Participaram desta pesquisa cinco profissionais, sendo 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, a saber: 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 pedagoga, 1 enfermeira e 1 técnico de enfermagem, tendo como objetivo obter material para posterior análise e discussão.

### **5.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão utilizados para a escolha da pesquisa foram: profissionais que fizessem parte da equipe principal que participassem das reuniões para construção do PTS e que estivessem presentes diariamente no CAPS, excluindo-se desta forma, a farmacêutica, a psiquiatra e os demais profissionais da equipe auxiliar.

### **5.5 Instrumentos de pesquisa**

Os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa foram a entrevista semiestruturada e a observação participante. Na entrevista semiestruturada os participantes responderam a uma entrevista elaborada a partir de um roteiro específico contendo oito perguntas. De acordo com Minayo (2010, p. 64) a entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.”

Conforme Silva (2006, p. 53)

A entrevista, neste tipo de estudo, apresenta-se como uma ferramenta que possibilita a obtenção de dados mais profundos da realidade, aqueles que só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos, como os valores, opiniões, maneiras de sentir, dentre outros.

A observação participante é uma aproximação da cartografia e de acordo com Kastrup (2009, p. 32) “... é um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari

(1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção.”

## **5.6 Procedimentos de coleta**

Primeiramente solicitou-se autorização para realização desta pesquisa à Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde/Unidade Acadêmica de Saúde através dos Termos de Autorização Institucional. Em seguida realizou-se o primeiro contato com os profissionais no CAPS, onde eles foram informados sobre a pesquisa e os objetivos da mesma foram esclarecidos a partir da apresentação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando as regras éticas para pesquisas com humanos em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi explicado que a participação na pesquisa era voluntária e foram marcados locais e horários prévios para realização das entrevistas com aqueles que se disponibilizaram a participar, onde foi ressaltado que os conteúdos das entrevistas seriam utilizados apenas para a pesquisa ou para possíveis eventos ou publicações científicas, preservando a identidade dos participantes. Para os que aceitaram participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo todas as informações sobre a pesquisa, bem como os princípios éticos da mesma, o qual foi lido e assinado pelo participante autorizando a utilização do material coletado.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas por meio de aparelho celular portátil e transcritas na íntegra para serem lidas cuidadosamente e em seguida serem submetidas ao método de Análise de Conteúdo.

## **5.7 Procedimentos de análise**

Todas as entrevistas foram realizadas a partir de questões subjetivas, que em seguida foram transcritas e submetidas ao processo de categorização conforme método de Análise de Conteúdo, que de acordo com Bardin (1979),

[...], é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 42)

Conforme Minayo (2010, p. 91), as obras que tratam da Análise de Conteúdo geralmente dividem-se em três etapas: Pré-análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados.

A primeira etapa inclui uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado de forma exaustiva, para que níveis mais profundos possam ser atingidos. A segunda etapa compreende uma exploração do material, onde trata-se da análise propriamente dita. E a terceira etapa compreende uma síntese interpretativa através da elaboração de uma redação que possa dialogar com temas objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2010).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção são apresentados os resultados relacionados à aplicação da entrevista. Primeiro é apresentada a pergunta que foi feita ao participante, em seguida são descritas as categorias onde são dados exemplos com trechos das entrevistas. Após a descrição são apresentadas tabelas com as categorias pertinentes a cada pergunta e suas respectivas frequências em números e porcentagens e por último é feita a discussão conforme será apresentado a seguir

A primeira questão da entrevista tinha como objetivo conhecer a equipe e os profissionais que a compõem. Solicitou-se então que os participantes respondessem à seguinte questão: “*Quais são os profissionais que compõem a equipe do CAPS?*”

Conforme relatos dos entrevistados obteve-se a seguinte descrição: o CAPS do município de Picuí é composto por oito profissionais que fazem parte da equipe principal e seis profissionais que fazem parte da equipe de apoio. Dentre os profissionais da equipe principal foram citados um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social, um clínico geral, um pedagogo, um psiquiatra, um farmacêutico e um técnico de enfermagem.

Dentre estes profissionais citados durante a entrevista, dois realizam atendimentos semanais, como é o caso da farmacêutica e do clínico geral que realizam dispensação de medicamentos e acompanhamento clínico respectivamente, e um realiza atendimento mensal, no caso do psiquiatra. Os demais estão presentes na instituição todos os dias.

A equipe auxiliar é composta segundo os participantes por uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, um auxiliar administrativo, dois motoristas que trabalham sob a forma de revezamento e um porteiro. Observou-se também durante as entrevistas que apesar do não existir determinados profissionais na instituição durante a pesquisa eles foram citados nos relatos dos participantes, como é o caso do clínico geral.

Tendo como objetivo verificar os serviços que eram oferecidos no CAPS, na segunda questão foi perguntado aos participantes “*Quais são os serviços oferecidos aos usuários do CAPS?*” Logo após realizou-se análise de conteúdo onde originaram-se as seguintes categorias:

**Oficinas**: esta categoria reuniu respostas onde os participantes se referiram às oficinas terapêuticas oferecidas aos usuários do CAPS. Exemplos: “...as oficinas, que tem oficina de música, tem oficina de artesanato...” (Part. 01); “...temos um coral, oficina de música,

*de palito, da palavra que nós chamamos bom dia CAPS, é um momento de socialização, temos oficina de colagem, fuxico.” (Part. 05).*

**Atendimentos específicos:** nesta categoria foram reunidas as respostas onde os participantes se referiram aos atendimentos oferecidos de acordo com a especificidade de cada profissional. Exemplos: *“Tem também semanalmente a consulta com o médico pra troca de receita, acompanhamento médico e quinzenalmente a psiquiatra.” (Part. 05); “Aí tem a parte da triagem, sinais vitais, aferição, toda essa parte fica na minha competência.” (Part. 01); Então a gente oferece o quê, além da gente, cada um, no caso temos Marlene<sup>1</sup> né, que é a pedagoga, eu como psicóloga, que tanto faço atendimento individual, porque as vezes tem aquele paciente que não quer se expor no grupo, então a gente conversa. (Part. 04).*

**Acolhimento:** as respostas reunidas nesta categoria referem-se às atividades voltadas para o acolhimento diário que é realizado no CAPS quando os usuários chegam ao serviço. Exemplos: *“... a parte do BOM DIA que é o acolhimento, tem as individuais, cada profissional faz a sua né.” (Part. 01); “É, e o bom dia CAPS, porque o bom dia CAPS é o momento onde todos se reúnem né, e eles vão também falar, dizer o que é que eles acham do CAPS, do dia-a-dia deles, eles traz pra cá. Tem uma troca.” (Part. 02).*

**Atividades de lazer/festividades:** Foram agrupadas nesta categoria as respostas onde os participantes se referiram à realização de atividades voltadas para o lazer e datas comemorativas no CAPS. Exemplos: *“Eles gostam muito de festa né, então a gente comemora como, a gente começa pelo carnaval, é nossa primeira atividade, é carnaval e páscoa, aí depois maio dia das mães e o dia da luta antimanicomial, que é no dia dezoito de maio.” (Part. 03); “...quinzenalmente nós temos os nossos passeios né, que a gente vai passear com eles, vamos pro parque ecológico, já fomos pra Carnaúba, já fomo lá pra Pedro Tomás, a gente faz sempre piquenique.” (Part. 03).*

**Distribuição de refeições:** esta categoria reuniu respostas nas quais os participantes mencionaram preparo e realização de refeições. Exemplos: *“Aí quando é de três horas em ponto a gente serve o lanche, aí então depois de servir o lanche eles vão pra casa.” (Part. 03); “...quando é de onze e meia a gente serve o almoço...” (Part. 03).*

---

<sup>1</sup> O nome da participante foi substituído por um pseudônimo, com o intuito de preservar a identidade da mesma.

**Higiene pessoal:** esta categoria agrupou respostas referentes às atividades citadas pelos participantes voltadas para a higiene pessoal dos usuários. Exemplos: “...a gente se preocupa muito com a questão da higienização...” (Part. 03); “...então essa prática eles adquiriram aqui, a questão da higienização.” (Part. 03).

**Desvio de função:** nesta categoria foram reunidas as respostas cujos participantes citaram atividades realizadas por eles divergentes de sua função principal como profissional. Exemplos: “...olhar a parte, até que entra que nem devia da alimentação deles, dar orientação, porque como a gente não tem a nutricionista, quase todos tem as taxas alteradas.” (Part. 01); “...então a gente faz a orientação pra eles não comerem, aí Luana<sup>2</sup> (usuária) olhou pra mim e fez: ‘é, em casa eu não vou comer e aqui no CAPS dá’, então não valeu de nada o que eu falei.” (Part. 01).

**Trabalho multidisciplinar:** nesta categoria foram agrupadas as respostas dos participantes que mencionaram a realização de trabalho em equipe. Exemplos: “Então aí a gente continua com as oficinas terapêuticas, de acordo com o que a gente chama de Projeto Terapêutico Singular.” (Part. 03)

**Diferentes modalidades de atendimento:** as respostas desta categoria referem-se às que os participantes mencionaram as diferentes modalidades de atendimento oferecidas pelo CAPS. Exemplos: “...a gente tem três modalidades de atendimento, é intensivo, não intensivo e semi intensivo.” (Part. 03)

A Tabela 1 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

---

<sup>2</sup> O nome da participante foi substituído por um pseudônimo, com o intuito de preservar a identidade da mesma.

**Tabela 1** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Quais são os serviços oferecidos aos usuários do CAPS?” (N=05)

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Oficinas	6	23,08
Atendimentos específicos	5	19,23
Acolhimento	4	15,38
Atividades de lazer/festividades	3	11,54
Distribuição de refeições	2	7,60
Higiene pessoal	2	7,69
Desvio de função	2	7,69
Trabalho multidisciplinar	1	3,85
Diferentes modalidades de atendimento	1	3,85
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os resultados expostos na tabela acima, observa-se que a categoria que apresentou maior percentual foi **Oficinas**, seguida das categorias **Atendimentos específicos** e **Acolhimento**.

A realização de oficinas e o acolhimento como relatado pela maioria dos participantes mostraram-se ser componentes importantes no tratamento dos portadores de transtorno mental. Fato semelhante é apontado por Monteiro et al. (2012) que observaram em sua pesquisa que a realização de oficinas objetiva a construção de novas práticas, baseada no acolher ao sofrimento como uma das etapas do processo de trabalho, onde o acolhimento inverte a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, garantindo o acesso universal, proporcionando a reintegração social do portador de sofrimento mental, sempre valorizando suas potencialidades.

A realização de oficinas parece ser uma estratégia muito utilizada pelos profissionais do CAPS para trabalhar temas e assuntos diversos com os usuários. Desta forma é possível utilizar esta metodologia de trabalho para inserir a alimentação e a nutrição na rotina diária desta instituição, como sugere Monteiro et al. (2012) em seu estudo quando afirma que a realização de oficinas de educação nutricional no CAPS é capaz de promover modos de vida saudáveis através da utilização de dinâmicas lúdico pedagógicas, com o intuito de facilitar o processo de aprendizagem dos usuários.

Portanto, poderia esta ser uma estratégia para oferecer aos usuários do CAPS e seus familiares informações e conhecimentos sobre alimentação e nutrição, pois

conforme Monteiro et al. (2012) a realização de oficinas terapêuticas planejadas sob a ótica da educação alimentar e nutricional pode proporcionar a construção de novos hábitos alimentares mais saudáveis.

Na categoria **Atendimentos específicos** é possível observar que além dos trabalhos grupais existe a preocupação em oferecer atendimentos específicos de acordo com a necessidade de cada usuário, sendo possível observar que existe sempre uma preocupação por parte destes profissionais com o fator nutricional envolvido no tratamento dos usuários. Como é o caso das consultas especializadas com clínico geral, psicólogo e psiquiatra para acompanhamento do usuário na evolução de seu quadro clínico.

Em seu estudo Zortéa et al. (2010) concluíram que tanto o estilo de vida quanto o tratamento com antipsicóticos podem contribuir para a causa ou o agravamento de alterações metabólicas nos indivíduos com transtornos psiquiátricos e que o psiquiatra deve avaliar com cuidado a escolha da medicação, dando atenção ao papel da intervenção sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares e que além do suporte médico, psiquiátrico e psicológico, deveria ser feita avaliação dos hábitos alimentares e acompanhamento nutricional desses pacientes, para que fossem detectadas possíveis alterações associadas à utilização de antipsicóticos de maneira precoce.

Observa-se também que existe a preocupação em oferecer ações ou serviços visivelmente necessários para os usuários que não estão dentro de suas competências profissionais, como observado na categoria **Desvio de função**, quando eles relatam realizar orientações nutricionais para os usuários, devido à falta de um profissional específico, mesmo sem ter conhecimento aprofundado sobre alimentação e nutrição.

De certa forma, isto acaba sobrecarregando o profissional, que além de suas atribuições específicas sente-se na obrigação de preencher a lacuna deixada pela ausência do nutricionista neste serviço. Situação semelhante é observada por Santos (2005), onde ele afirma que o fato de o nutricionista ainda não ter lugar assegurado em muitos serviços de saúde coletiva, acaba fazendo com que os profissionais de saúde tenham que desempenhar papel de coadjuvante, onde eles assumem funções que não lhes pertencem.

As demais categorias foram menos citadas e incluem **distribuição de refeições, higiene pessoal, trabalho multidisciplinar, diferentes modalidades de atendimento e**

**atividades de lazer/festividades.** São atividades rotineiras ou pontuais, como é o caso das atividades de lazer/festividades que ocorrem em datas comemorativas, realizadas tanto pela equipe técnica quanto pela equipe auxiliar e que dão suporte ao desenvolvimento de todas as outras atividades planejadas para o PTS. Desta forma, se faz necessário valorizar o trabalho de todos da equipe, com o intuito de que se aprimorem estas atividades, visando sempre o cuidado e a reinserção do usuário em sua rotina de vida e sua comunidade.

A terceira questão da entrevista visava investigar como era feito o planejamento de ações do PTS: *“Como é feito o planejamento do Projeto Terapêutico Singular?”* A análise das respostas desta questão deu origem as seguintes categorias:

**Reuniões da equipe:** Nesta categoria foram reunidas as respostas dos participantes que se referiram à realização de reuniões entre a equipe para o planejamento de ações. Exemplos: *“A gente se reúne uma vez por mês e daí é desenvolvido o que a gente planeja, o que a gente vai fazer, geralmente é de acordo com as festividades que já tem inseridas dentro do CAPS...”* (Part. 01); *“...então a gente sempre tem essas reuniões e nas reuniões a gente decide as diretrizes.”* (Part. 04); *“Nós nos reunimos assim, era pra ser de quinze em quinze dias, uma vez por semana a gente se reúne pra discutir os casos, esse projeto ainda temos muita dificuldade de realizar, que é um pouco complicado trabalhar o perfil de cada usuário, mas temos o projeto e temos a dificuldade nisso.”* (Part. 05).

**Discussão de casos:** Foram agrupadas nesta categoria as respostas nas quais os participantes citaram a discussão de casos como uma das estratégias utilizadas para o planejamento de ações do Projeto Terapêutico Singular. Exemplos: *“No horário da tarde, geralmente na tarde, a gente reúne a equipe todinha e vamos discutir os casos. A gente lê como foi a triagem e o projeto terapêutico, a gente lê e define, quem vai ser o técnico de referência do usuário né?”* (Part. 03); *“Nós nos reunimos assim, era pra ser de quinze em quinze dias, uma vez por semana a gente se reúne pra discutir os casos...”* (Part. 05).

**Atividades complementares:** Nesta categoria foram reunidas as respostas onde os participantes se referiram à realização de atividades complementares, além de suas atividades específicas, seja pela ausência de algum profissional ou pela própria necessidade do serviço. Exemplos: *“Aí no momento assim, a gente tá sem oficina, a*

*gente mesmo aqui é quem se vira, cada um que tem seus dons vai trabalhar com eles entendeu...”* (Part. 03); *“Ai o técnico de enfermagem dá esse apoio, ele tem essa oficina de música, tem oficina de cinema também, de filmes.”* (Part. 03); *“A quantidade de casos, e nós também não temos um oficineiro pra realizar as oficinas, então é a equipe mesmo que realiza as oficinas.”* (Part. 05).

A Tabela 2 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 2** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Como é feito o planejamento das ações do Projeto Terapêutico Singular?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Reuniões da equipe	5	45,46
Discussão de casos	3	27,27
Atividades complementares	3	27,27
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

Conforme os resultados apresentados na tabela 3 verifica-se que a principal estratégia utilizada pelos profissionais para o planejamento das ações do PTS é a realização de **reuniões da equipe** que ocorrem de forma periódica, semanalmente ou quinzenalmente, onde observa-se através da análise das respostas que ainda existe uma certa dificuldade para a realização destas reuniões o que acaba refletindo na execução do PTS, que acaba não fluindo com se deveria. Em seguida, verifica-se a **discussão de casos** como outra estratégia para o planejamento de ações para os usuários e a realização de **atividades complementares**.

A análise das respostas de um dos participantes sobre a dificuldade em realizar o PTS assemelha-se ao resultado encontrado por Mângia, Castilho e Duarte (2006), que ao comparar dois CAPS observaram que na maioria das vezes a execução do projeto terapêutico não leva aos resultados desejados devido às dificuldades e limitações que os profissionais e o próprio serviço apresentam. No que diz respeito à dificuldade de realização do PTS, este autor verificou que alguns fatores como a dificuldade de acesso do usuário ao CAPS, a falta de conhecimento sobre o serviço, a dificuldade de conseguir transporte e a resistência em aderir ao tratamento, comprometem a manutenção do projeto terapêutico, prejudicando o usuário, o que pode interferir no trabalho dos profissionais e provocar um desgaste em toda a equipe.

De acordo com a análise das respostas dos entrevistados as dificuldades observadas durante a realização desta pesquisa incluem: trabalhar desde a fundação do CAPS em um prédio adaptado que ainda não foi submetido à reforma para ampliação de instalações; contar com uma equipe reduzida e na maioria das vezes com a ausência de algum componente, onde os profissionais precisam exercer funções além de suas atribuições, dispendo desta forma de pouco tempo para reunirem-se e discutirem os casos dos usuários e por último a falta de conhecimento de alguns familiares sobre o funcionamento deste serviço, pois uma das queixas apresentadas por alguns entrevistados foi a questão de o familiar muitas vezes atribuir responsabilidade exclusiva pelo tratamento do usuário ao CAPS.

Na quarta questão, foi solicitado aos participantes que eles respondessem a seguinte pergunta: *“Quais as ações ou atividades são incluídas nesse planejamento?”* Após realização de análise de conteúdo, obtiveram-se as seguintes categorias:

**Atendimento específico:** Nesta categoria foram incluídas as respostas dos participantes que mencionaram realização de atividades de caráter específico de suas profissões dentro das ações planejadas no Projeto Terapêutico Singular. Exemplos: *“Por exemplo, quando a gente tá observando que eles tão entrando muito em surto, então tem alguma coisa errada com a medicação, então daí a gente passa a trabalhar o quê: a medicação.”* (Part. 01); *“A gente tem a questão da psicopedagoga que trabalha toda a parte de psicomotricidade, se eles tão com o pensamento lógico...”* (Part. 04).

**Atividades complementares:** Foram incluídas nesta categoria as respostas onde os participantes se referiram à realização de atividades complementares à realização de suas atividades específicas, seja pela ausência de algum profissional ou pela própria necessidade do serviço. Exemplos: *“Tem que tá estimulando o quê? As atividades de pintura, atividades de escrita, então tudo isso é um trabalho contínuo.”* (Part. 01); *“...a gente vai buscar, a gente, por exemplo: gente pra dar palestra, a parte de dentista vem pra cá dar palestra, a gente pode fazer palestra com nutricionista, já veio também. O que tiver a gente inclui, o que for bom pra eles sobre saúde.”* (Part. 03).

**Higiene pessoal:** nesta categoria foram agrupadas as respostas referentes às atividades citadas pelos participantes voltadas para a higiene pessoal dos usuários. Exemplos: *“...por exemplo, quando a gente vai fazer alguma atividade a gente tá vendo a necessidade de higiene, então a gente faz o planejamento pra trabalhar com eles essa*

*questão de higiene.” (Part. 01); “...a gente tava com quase todas as usuárias com pediculose, então a gente teve que trabalhar em cima disso, então vem a parte do xampu, como usar, por que usar, tem que usar.” (Part. 01).*

**Lazer/festividades:** As respostas que foram reunidas nesta categoria referem-se às atividades de lazer e festividades relacionadas a datas comemorativas realizadas pelos profissionais do CAPS. Exemplos: *“O CAPS celebra o aniversariante do mês, as datas comemorativas, dia dos pais, páscoa, enfim, a semana da saúde mental, sempre estamos realizando eventos, que é o que eles gosta é desses eventos..” (Part. 05).*

A Tabela 3 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 3** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Quais as ações ou atividades são incluídas nesse planejamento?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Atendimento específico	3	37,50
Atividades complementares	2	25,00
Higiene pessoal	2	25,00
Lazer/festividades	1	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com a tabela 3 observa-se que a principal ação incluída no planejamento do PTS é a oferta de **atendimento específico**, seguido de **atividades complementares** e **higiene pessoal**. Segundo relatado pelos participantes nas entrevistas, estas são ações ou atividades desenvolvidas conforme a necessidade do serviço e dos usuários.

Assim como citado anteriormente na categoria **Atendimentos específicos** os profissionais do CAPS preocupam-se em oferecer atendimentos específicos de acordo com a necessidade de cada usuário. Além destes atendimentos específicos existem outras **atividades complementares** que são incluídas no planejamento das ações do PTS, com o intuito de ocupar todo o tempo que os usuários permanecem no serviço, não os deixando desta forma, ociosos.

As ações voltadas para a importância da **higiene pessoal** são outras atividades que estão presentes no planejamento do PTS. São desenvolvidas e incluídas na rotina dos

usuários conforme observa-se a necessidade. Por último emergiu a inclusão de atividades voltadas para o **lazer/festividades**. Estas são atividades pontuais realizadas conforme datas comemorativas e disponibilidade de transporte para realização de passeios e outros eventos fora do CAPS.

Nota-se que dentre estas, a inclusão de atividades voltadas para a alimentação e nutrição estão inseridas na categoria atividades complementares, com a realização de palestras ocasionais, não havendo uma continuidade de ações. O trabalho para mudança ou melhora dos hábitos alimentares com os usuários do CAPS e seus familiares é árduo e o acompanhamento deve ser mais frequente e não apenas eventual. A educação nutricional continuada nos CAPS poderia ser uma estratégia que auxiliaria bastante no controle alimentar destes pacientes, semelhante as que são realizadas nas escolas, de forma lúdica e objetiva.

As respostas dadas à quinta questão “*Em algum momento do planejamento do Projeto Terapêutico Singular existe a preocupação em oferecer algum suporte de assistência nutricional aos usuários?*” foram submetidas à análise de conteúdo originando as seguintes categorias:

**Necessidade do nutricionista**: esta categoria reúne as respostas onde os participantes citaram a importância e a necessidade do profissional nutricionista na equipe de profissionais do CAPS. Exemplos: “*Sempre, a gente tem essa preocupação, principalmente que é o que as meninas a gente mais frisa né? Como a gente não tem uma nutricionista aqui, a gente encaminha, mas ela não tá aqui na nossa realidade...*” (Part. 01); “*Mulher, de oferecer, isso aí é uma preocupação constante, agora que é muito difícil, não sei porque que pra o CAPS ainda não foi designado (nutricionista), porque aqui a gente precisa demais, não sei como você já deu pra perceber, a maioria aqui são diabéticos...*” (Part. 02); “*...por isso que era importante que aqui no CAPS tivesse pelo menos uma vez no mês, ela (nutricionista) viesse, organizasse o calendário né, ó o paciente vai comer isso, o paciente vai comer isso, porque não dá pra fazer comida individual.*” (Part. 04); “*Bem, até que existe, mas nós não contamos com esse profissional (nutricionista) na nossa equipe e os profissionais que tem no município são poucos pra muito serviço...*” (Part. 05).

**Inclusão familiar/visita domiciliar**: nesta categoria foram reunidas as respostas nas quais os participantes citaram ações envolvendo a inclusão da família nas atividades

planejadas no Projeto Terapêutico Singular, bem como a realização de visitas domiciliares para acompanhamento do usuário. Exemplos: *“Existe, demais, muito, não só a eles como à família, porque a gente não pode trabalhar a família isolada né? Aliás, o usuário isolado, tem que tá casado com a família.”* (Part. 03); *“Aparece, porque aqui eu boto, ou vem ou o usuário não entra no outro dia, tem que trazer a família pra dizer porque não veio, porque a gente não pode trabalhar isolado, a gente não tem tempo de tá todo dia nas casas...”* (Part. 03).

**Alimentação balanceada:** foram reunidas nesta categoria as respostas cujos participantes se referiram à preocupação em oferecer uma alimentação balanceada onde fosse contemplada uma maior variedade de alimentos. Ex: *“...a gente sempre tá pegando no pé com relação à prefeitura pra mandar o quê: o que a gente precisa, pra mandar menos ovos, mandar menos massa, mandar mais fruta, então a dieta deles a gente tenta balancear o máximo possível.”* (Part. 01); *“Digamos assim, por exemplo, tapioca todo dia né, e pão todo dia, então, pra mesclar, por exemplo: hoje foi frutas, aí teve pão e teve uma sorda, provavelmente amanhã é tapioca, então assim, sempre tá mudando.”* (Part. 01).

**Não pertinente:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes fugiram do tema principal ou não forneceram respostas satisfatórias para elucidação dos questionamentos colocados no roteiro da entrevista. Exemplos: *“Com certeza, com certeza, com certeza.”* (Part. 02); *“Não é pra eles ficarem aqui, é pra não ficarem dependentes, exatamente. Mas então, mas é difícil a família aceitar, muitos a família entra em sofrimento.”* (Part. 03).

**Desvio de função:** nesta categoria foram reunidas as respostas cujos participantes citaram atividades realizadas por eles divergentes de sua função principal como profissional. Exemplos: *“...a dieta deles a gente tenta balancear o máximo possível. Tipo: todas as manhãs a gente procura tá introduzindo frutas no cardápio, procura sempre tá vendo isso, é, ter não tem como né, mas verdura a gente sempre tá buscando fazer essa inserção, não é a toa que quando as meninas da cozinha tão repetindo demais aí sempre é puxado.”* (Part. 01).

A Tabela 4 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 4** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Em algum momento do planejamento do Projeto Terapêutico Singular existe a preocupação em oferecer algum suporte de assistência nutricional aos usuários?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Necessidade do nutricionista	4	33,33
Inclusão familiar/visita domiciliar	3	25,00
Alimentação balanceada	2	16,67
Não pertinente	2	16,67
Desvio de função	1	8,37
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

Após análise das respostas da quinta questão foi revelado que uma das principais preocupações dos profissionais do CAPS é a questão da **necessidade do nutricionista** para norteá-los nas questões alimentares e acompanhamento nutricional dos usuários. Esta questão foi levantada pelos participantes sendo observada nas respostas de quase todos os entrevistados. Notou-se que há uma preocupação maior por parte dos profissionais com relação ao ganho de peso e alterações bioquímicas sanguíneas dos usuários. Zortéa et al. (2010) demonstraram preocupação quando encontram em seu estudo resultados que mostram usuários de um CAPS com níveis aumentados de circunferência abdominal, percentual de gordura corporal, e a maioria com excesso de peso, além de pressão arterial com valores elevados, onde concluem que o sobrepeso e a obesidade são comorbidades comuns entre esses pacientes que podem diminuir a autoestima, levando-os ao abandono do tratamento psiquiátrico.

Garcia et al. (2013) reforçam em sua pesquisa que é importante mapear o estado nutricional e de saúde de pessoas portadoras de transtorno mental, com o intuito de promover atenção nutricional realizada pelo nutricionista junto à equipe multidisciplinar, ressaltando a importância da ampliação do número de nutricionistas nestas instituições, visando melhorar a qualidade de vida e os cuidados prestados a esse grupo populacional específico.

Sobre a categoria que engloba as respostas referentes à **inclusão familiar/realização de visitas domiciliares**, observa-se que existe uma preocupação dos profissionais em incluir a família em todo o processo de tratamento do portador de transtorno mental. Esses resultados se assemelham com os encontrados por Silva (2006) que verificou que a família é um elemento muito importante envolvido no cuidado com o

portador de transtorno mental, uma vez que cuidar destas pessoas é uma tarefa bastante difícil, e que para isso os familiares também necessitam serem assistidos e orientados. A família passa a ter neste novo cenário uma maior visibilidade e ganha tarefas, o que constitui para ela um fato novo, pois o cuidado com o portador de transtorno mental deixa de ser trabalho apenas dos dispositivos que foram criados para este fim, e a participação da família pode em grande parte determinar o sucesso no cuidado com estes indivíduos.

Na categoria **alimentação balanceada** observou-se que existe uma preocupação por parte dos profissionais em oferecer aos usuários uma alimentação que se importe com a quantidade e a qualidade adequada do alimento consumido, o que corrobora os achados de Barros et al. (2012) que afirmam que planejar e executar cardápios adequados, quanto ao conteúdo de nutrientes, pode ser considerada uma estratégia de intervenção quando ocorrerem diagnósticos nutricionais não recomendados relacionados à saúde. Ainda de acordo com este autor, a melhoria dos hábitos dietéticos dos usuários do CAPS requer um cuidado especial por parte dos profissionais de nutrição e que estratégias como traçar o perfil nutricional e estimar as necessidades nutricionais para planejamento e execução de cardápios adequados podem fornecer elementos importantes para a discussão sobre a importância de uma alimentação saudável, completa e variada para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, cuja prevalência mostra-se preocupante em pacientes portadores de transtorno mental.

Mais uma vez o **desvio de função** surgiu nas respostas dos participantes, deixando clara a preocupação que estes profissionais têm em oferecer aos usuários do CAPS orientações nutricionais, mesmo não tendo um conhecimento específico sobre alimentação e nutrição. A necessidade é tão visível e urgente que eles acabam tendo que exercer funções além de suas competências profissionais, por entenderem que esta é uma ação necessária que pode vir a refletir em uma melhor adesão do usuário ao tratamento psiquiátrico e medicamentoso.

As respostas dadas à sexta questão “*Se existe essa preocupação, de que forma vocês oferecem esse suporte pra eles de assistência nutricional?*” foram submetidas à análise de conteúdo dando origem às seguintes categorias:

**Necessidade do nutricionista:** Esta categoria reuniu as respostas nas quais os participantes mencionaram a necessidade que o CAPS tem de dispor de um nutricionista.

Exemplos: “...eles precisam demais ser acompanhados, tem uns que tão com as taxas altíssimas, aí é isso que eu lhe digo, aí tem que ser esse trabalho muito intenso com a família...” (Part. 03); “...eles adoram a comida daqui sabe, e eu sei que tá errado, precisa de um nutricionista no acompanhamento, mas assim a gente não é nutricionista não é? A gente tenta equilibrar.” (Par. 03); “Demais, grande, porque a gente vê, a enfermeira vê as taxas deles, porque ela sempre acompanha, manda fazer os exames que ela pode e as taxas tão altíssimas. Três ou é quatro diabéticos ou é cinco, é tanto que aqui a gente não usa açúcar no suco e no café, é tudo adoçante, eles nem sabem.” (Part. 03).

**Elaboração de cardápio:** nesta categoria foram reunidas as respostas onde os participantes citaram a preocupação com a questão da diversificação alimentar e da elaboração de cardápios que os orientem quanto ao preparo das refeições. Exemplos: “A gente procura né a variação do cardápio...” (Part. 01); “A questão de alimentação, tem que ser uma coisa balanceada, mais fruta, verdura...” (Part. 04); “De forma empírica, assim um conhecimento básico que a gente tem e procura inserir no cardápio alimentos que não sejam tão calóricos, verduras, frutas...” (Part. 05).

**Inclusão familiar:** Nesta categoria encontram-se as respostas em que os participantes mencionam a importância da família no tratamento e acompanhamento do usuário do CAPS. Exemplos: “...aí tem que ser esse trabalho muito intenso com a família e com... é tanto que eu vou até sugerir lá, quando eles forem pro atendimento na nutricionista é pra levar uma pessoa da família.” (Part. 03); “A gente se preocupa muito, porque as vezes a família nem... até porque em casa a família não cobra como a gente cobra, ele chega em casa a comida que tem na mesa ele vai comer...” (Part. 04); “Eu acho que a maioria dessas pessoas, principalmente eles que a gente sabe que tem benefício, a gente bate muito nessa tecla, fala pros familiares: “olhe, o benefício não é dele? Compre o que eles precisam comer né? Uma coisa diferente.” (Part. 04).

**Desvio de função:** foram agrupadas nesta categoria as respostas cujos participantes citaram atividades realizadas por eles consideradas divergentes de sua função principal como profissional. Exemplos: “...um usuário desse quando vê a comida ele fica louco, porque eles adoram a comida daqui sabe, e eu sei que tá errado, precisa de um nutricionista no acompanhamento, mas assim a gente não é nutricionista não é? A gente tenta equilibrar. (Part. 03); “É porque se deixar, porque a gente não tem aquela diretriz

que diz assim: ‘eu não posso comer isso’, eles não tem, então a gente tem que tá sempre né?’ (Part. 04); “De forma empírica, assim um conhecimento básico que a gente tem...” (Part. 05).

**Falta de acompanhamento nutricional:** Foram incluídas nesta categoria as respostas nas quais os participantes citaram não existir um acompanhamento nutricional contínuo com os usuários do CAPS. Exemplos: “...quando a gente vê a necessidade maior a gente encaminha, eu faço o encaminhamento pra nutricionista do consórcio, eles também pedem, porque eles sentem a falta. Mesmo eles fazendo o exercício físico eles não conseguem emagrecer, então eles começam a se preocupar, principalmente as mulheres, os homens não, mas as mulheres tem essa preocupação maior com a estética...” (Part. 01); “Eles vão né porque tem que ir, ela pede exames, pelo que eu vi né, ela pede os exames tal, faz aquela orientação, mas não há o retorno, e não há aquele... porque no caso se ela ficasse...” (Part. 01); “É, não tem o profissional, justamente, não tem o profissional aí fica difícil.” (Part. 02).

**Orientação nutricional:** Nesta categoria foram agrupadas as respostas cujos participantes destacaram a necessidade de realizar orientação nutricional com os usuários do CAPS, mesmo na ausência do profissional nutricionista. Exemplos: “...a gente aqui fica sempre batendo nessa tecla sabe, porque senão aqui é comida, tem uns que querem comer né que a gente diz, gente a questão de alimentação não é a gente assim...” (Part. 04); “Tem eu acho que duas pessoas aqui que são conscientes que tomam insulina que não podem de jeito nenhum comer açúcar, tem seu Lauro<sup>3</sup> e tem outra pessoa que também sabe que as taxas são altas e precisa balancear isso porque senão.” (Part. 04).

**Divergência de teoria e prática:** Nesta categoria foi incluída a resposta onde observou-se desarmonia entre teoria e prática na busca de atenção nutricional na assistência aos usuários do CAPS. Exemplos: “Essa questão nutricional é sempre a mesma, gente fulano tá com colesterol alto, triglicérido, vamos ver o que é que vocês podem oferecer, porque não é caro uma maçã, fruta né, o negócio é a mistura: é pão, é cuscuz, é bolo, é num sei o quê, o que tiver. Não que a gente não ofereça isso, como a gente faz os aniversariantes do mês, a gente junta quem é, a gente faz uma tortinha né, que também eles não são de ferro né, a gente faz um bolinho e eles as vezes tomam com refrigerante, quando não é

---

<sup>3</sup> O nome do participante foi substituído por um pseudônimo, com o intuito de preservar a identidade do mesmo.

*refrigerante é suco. Não é assim: ah no CAPS não tem nada que engorde. Não. Tem o básico e de vez em quando tem alguma festividade, alguma coisa, sempre tem uma coisa melhor pra eles, eles adoram.” (Part. 04).*

**Uso indevido de benefício social:** As respostas incluídas nesta categoria foram aquelas onde os participantes mencionaram a questão do uso do benefício social do usuário para gastos paralelos que não fossem de interesse do mesmo. Exemplos: *“...a gente tem duas pessoas aqui que os familiares fazem muito empréstimo e essa venda porta a porta (crediário). A gente tem um aqui que praticamente quase não recebe, o dinheiro vai todo pra loja, que a mãe que fez, compra móveis pra quê, se ele não precisa? Eles tem que viver bem, a assistente social sempre fala: “olhe, primeiro o benefício é pra o usuário, não que não ajude em casa, pague uma conta, pague uma parte da feira, mas o dinheiro é pro usuário.” (Part. 04).*

A Tabela 5 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 5** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Se existe essa preocupação, de que forma vocês oferecem esse suporte pra eles de assistência nutricional?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Necessidade do nutricionista	5	22,74
Elaboração de cardápio	4	18,18
Inclusão familiar	4	18,18
Desvio de função	3	13,64
Falta de acompanhamento nutricional	3	13,64
Orientação nutricional	1	4,54
Divergência de teoria e prática	1	4,54
Uso indevido de benefício social	1	4,54
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 5 mostra que a maior preocupação dos profissionais do CAPS sobre a forma como é oferecido o suporte nutricional aos usuários está relacionada à **necessidade do nutricionista**, seguidas de **elaboração de cardápios** e **inclusão familiar**.

A partir da análise destas respostas é possível estabelecer uma comparação com o estudo de Aquila e Emanuel (2000), no qual foi realizado um programa de intervenção primária multifacetado, que tratou de questões de saúde e nutrição em um ambiente

controlado de uma residência de apoio para pessoas com doença mental grave e persistente. Esses autores perceberam que a partir da formação de um grupo iniciado por uma nutricionista para educar os pacientes sobre hábitos alimentares adequados e as consequências da nutrição na saúde física, o peso corporal de pacientes que fazem tratamento com medicamentos antipsicóticos atípicos pode ser controlado através de dieta adequada e educação.

Quando os sintomas melhoram, os pacientes começam a se interessar mais em se cuidar e melhorar a sua qualidade de vida, passando a discutir sobre dietas diárias e escolhas alimentares. Isto facilita a sugestão de alimentos substitutivos para aqueles ricos em açúcar, de alto teor calórico e ricos em gordura, o que irá refletir no melhor manejo no controle do ganho de peso e complicações provenientes da obesidade como diabetes, hipertensão, hiperlipidemia e outras complicações.

A análise das respostas dos profissionais do CAPS em relação à forma como é oferecida essa assistência nutricional aos usuários, evidencia o grande interesse que eles têm sobre a influência do fator nutricional no tratamento dos mesmos, mas que falta a eles a presença de um profissional da área que os oriente sobre este componente tão importante. Nota-se que há a preocupação com o cardápio, com o acompanhamento nutricional voltado para o controle de peso e indicadores bioquímicos sanguíneos, com a inclusão da família no tratamento do usuário, dentre outros fatores. Falta, no entanto, o profissional específico pra este fim.

De acordo com Monteiro et al. (2012), a Nutrição ainda é pouco difundida e pouco atuante na área de Saúde Mental, porém é muito importante, pois é possível observar que essa população específica se interessa cada vez mais sobre assuntos relacionados à alimentação e nutrição e à educação nutricional como uma estratégia fundamental na promoção da saúde destes indivíduos no enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado.

Duas categorias merecem atenção especial, pois são fatores preocupantes que podem interferir na adesão do usuário ao tratamento do sofrimento mental que são a **divergência de teoria e prática** e o **uso indevido de benefício social**. Nesta primeira, observa-se que algumas vezes os profissionais vivenciam a desarmonia entre teoria e prática nos serviços de saúde mental, evidenciando que ainda há uma certa discrepância

quanto ao que se entende por atenção nutricional na assistência integral e o que se realiza na prática.

A segunda está relacionada ao mau uso do dinheiro do usuário por parte do familiar que foi relatado por alguns profissionais. Quando isto ocorre o usuário acaba não tendo suas necessidades básicas atendidas, o que pode gerar consequências negativas para o tratamento do mesmo caso este direito não seja respeitado. Observou-se que neste aspecto os profissionais têm um cuidado em orientar a família sobre como devem utilizar o benefício, mostrando as consequências caso algum responsável pelo usuário venha a desviá-lo para outros fins.

A questão sete versava sobre a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde: *“Pra você qual a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde?”*. As respostas desta questão foram submetidas à análise de conteúdo, dando origem às seguintes categorias:

**Reconhecimento da importância do nutricionista:** Foram reunidas nesta categoria as respostas onde os participantes mencionaram a importância do nutricionista fazendo parte da equipe do CAPS para tratamento e acompanhamento dos usuários. Exemplos: *“Eu acho que é de uma importância primordial, ave maria não sei não, é tanto que você vai estagiar aqui né?”* (Part. 02); *“Demais, porque é lá que eles vivem mais, aqui a gente tinha como mais né, mas mesmo assim, precisamos de uma direção do nutricionista.”* (Part. 03); *“...a questão nutricional é muito forte no sentido de quê, se eles tiverem algum problema, já não vai ser mais, um exemplo, não vai ser mais pela parte nutricional, porque aquilo dali tá fazendo com que eles melhorem entendeu, porque tem muito a ver. Como todos aqui tomam remédio, mexe muito com o metabolismo deles, a maioria aqui não sei se você pode notar sentem uma fome fora do normal, se não fizer um acompanhamento nutricional é complicado.”* (Part. 04); *“Eu acho que tem tudo a ver, tem que tá junta essas duas, tem que tá junto esse trabalho, tanto da assistência quanto da questão nutricional...”* (Part. 05).

**Rede de assistência:** Nesta categoria foram reunidas as respostas nas quais os participantes se referiram à questão do atendimento em rede e à interdependência que existe no trabalho em equipe, ou seja, a interação entre seus membros e o esforço conjunto que se torna imprescindível para os objetivos do tratamento do portador de transtorno mental serem atingidos. Exemplos: *“...é uma rede né, tudo, uma coisa,*

*depende é a interligação, não é? Uma rede, tudo depende uma coisa uma da outra. É tipo assim é um bolo, você bota mais fermento demais no bolo o bolo não vai crescer né, você tem que botar dosado.” (Part. 03); “...uma equipe multiprofissional, então tem que ter psicólogo, médico, psiquiatra, assistente social, psicopedagogo, nutrição, acho que até fono deveria ter... E uma equipe olhe, todo mundo fazendo o seu, o médico faz a parte dele, eu não quero ser a médica, eu não quero ser a psiquiatra, eu não quero ser, cada um fazendo o seu.” (Part. 04).*

**Não pertinente:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes fugiram do tema principal ou não forneceram respostas satisfatórias para elucidação dos questionamentos colocados no roteiro da entrevista. Exemplos: *“No caso eu que faço o papel da nutricionista né? ...eu acho que como em todos os cantos eu sei que é errado, mas eu que faço o papel da nutricionista, eu que tento tá fazendo as orientações possíveis e impossíveis né, com a medida do meu conhecimento, mesmo sabendo que não é o certo, mas não tem, ou eu faço as orientações dessa assistência ou eles ficam sem orientação nenhuma. Eu que fico pegando no pé.” (Part. 01).*

A Tabela 6 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 6** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Pra você qual a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Reconhecimento da importância do nutricionista	6	54,55
Rede de assistência	4	36,36
Não pertinente	1	9,09
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 6, é possível verificar que a maior frequência de respostas encontra-se na categoria **reconhecimento da importância do nutricionista**, seguida da categoria **rede de assistência**.

Observa-se que mais uma vez a questão da importância do nutricionista surge nas respostas dos participantes, o que reforça a necessidade deste profissional integrando a equipe multidisciplinar do CAPS para realização de atendimento individual e coletivo, realização de oficinas para trabalhar temas diversos sobre alimentação e nutrição, além

de visitas domiciliares, acolhimento de novos usuários e participação na construção de projetos terapêuticos.

Em relação à segunda categoria observa-se que as respostas dos participantes perpassam pela questão da importância da rede de atenção psicossocial que se traduz em uma rede de saúde mental presente em diferentes pontos de atenção para ofertar cuidado às pessoas com transtorno mental. Esse cuidado está relacionado intimamente com o princípio da integralidade, entendido por Machado et al. (2007) como o cuidado de pessoas, grupos e coletividades onde o usuário é percebido como sujeito histórico, social e político, que faz parte de um contexto familiar, do meio ambiente e da sociedade na qual está inserido.

Assim como Machado et al. (2007), acreditamos que para que uma prática que atenda a integralidade seja possível de ser realizada é preciso exercitar o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde, estabelecendo estratégias de aprendizagem que facilitem a troca, a integração e o diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento, a fim de que contribuam para as ações de promoção de saúde tanto a nível individual quanto a nível coletivo. Essa articulação nas ações de educação em saúde tem importância essencial, pois atua como elemento produtor de um saber coletivo que exprime no indivíduo sua autonomia e capacidade para o cuidar de si, da família e de todos que o cercam.

Em seu estudo Machado et al. (2007) citam o trabalho em equipe como sendo um componente importante para a oferta de atendimento integral a esses indivíduos. Entretanto, este trabalho em equipe apresenta-se um tanto prejudicado no CAPS onde foi realizada esta pesquisa, devido à rotatividade de profissionais, a falta de interesse por parte de alguns deles que acabam deixando a equipe após pouco tempo de trabalho e também pelo pouco interesse da gestão local em aumentar a quantidade de profissionais que possibilitem o fortalecimento da mesma.

Com o objetivo de investigar se os participantes sabiam quais eram os benefícios da atenção nutricional para os usuários do CAPS, solicitou-se na oitava questão que eles respondessem a seguinte pergunta: *“Em sua opinião que benefícios a atenção nutricional pode trazer para o portador de transtorno mental que frequenta o CAPS?”*. Após esta pergunta ser respondida, realizou-se análise de conteúdo originando-se as seguintes categorias:

**Necessidade do nutricionista:** Esta categoria reuniu as respostas nas quais os participantes mencionaram a necessidade que o CAPS tem de dispor de um nutricionista na formação de sua equipe para o acompanhamento nutricional dos usuários. Exemplos: “...eu tento dizer que tem que tomar a medicação, eu tento passar que aquele efeito colateral não é da medicação né, então ela (nutricionista) viria a que, a me ajudar a complementar e a mudar essa dieta deles.” (Part. 01); “O benefício? Todos, todos, por que? As vezes com um profissional, ele vai tá no dia-a-dia observando, não é? (Part. 02); “A sugestão é que realmente, pedir a Deus né, falar com o... porque falar com o gestor já se falou demais, questão desse profissional aqui, e ele fica sempre dizendo: não depois, depois e depois. (Part. 02).

**Alimentação balanceada:** Nesta categoria foram agrupadas as respostas cujos participantes destacam direta ou indiretamente a necessidade de oferecer aos usuários do CAPS uma alimentação balanceada. Exemplos: “Eu acho que os benefícios eles são inúmeros, por exemplo, a gente, eles deviam ter uma alimentação mais regrada de acordo com a sua necessidade, a questão das taxas eu acho que poderia ter, tentar diminuir ou até controlá-las porque eles iriam ter uma rotina diferenciada, eles passariam a se alimentar melhor...” (Part. 01); “Observando como é que é a alimentação deles, orientando na cozinha, deixando um cardápio, que nós não temos um cardápio. Primeira coisa: aqui a gente não tem um cardápio alimentar, a coordenadora foi quem fez por conta própria coitada, se viu aperreada e botou lá.” (Part. 02); “Eu acho que se tivesse uma alimentação pra eles até, não sei se a medicação tem a ver alguma coisa com isso, com a questão deles aumentarem de peso, de retenção de líquido.” (Part. 03); “Pois então, aí é bom que quando você vai pro nutricionista você leva todos os exames, leva a medicação que eles pedem né, que você toma pra poder fazer seu cardápio em cima daquilo, eu acho que é importantíssimo a nutrição demais em todos os sentidos pra todo mundo viu.” (Part. 03).

**Fortalecimento da equipe:** Esta categoria incluiu as respostas em que os participantes destacaram a importância de uma equipe fortalecida, onde todos os profissionais exerceriam suas funções e complementariam o trabalho uns dos outros. Exemplos: “...eu acho que o nutricionista ele viria a quê? A complementar a equipe né e passaria a se tornar cada vez mais uma equipe multidisciplinar, porque cada um faria a sua parte e um não interferia dentro da necessidade do outro... até o meu trabalho melhoraria porque eu poderia controlar mais essa parte da medicação deles né tendo o apoio e o

*suporte da nutricionista...” (Part. 01); “...se tivesse educador físico ia trabalhar a parte de educação física. O fisioterapeuta precisa? Precisa, por que? As medicações elas tem o poder de deixar eles apáticos, os movimentos eles ficam mais restritos, então iria trabalhar esse outro lado.” (Part. 01).*

**Resgate da autoestima:** Esta categoria reuniu as resposta onde os participantes mencionaram o resgate da autoestima do usuário como um aspecto essencial do acompanhamento nutricional. Exemplos: *“...eles passariam a se alimentar melhor e isso melhoraria em todos os aspectos, melhoraria a auto estima deles, melhoraria o estímulo né, a vontade porque eles se sentem deprimidos e alguns param de tomar a medicação porque estão se sentindo gordos, porque estão se sentindo acima do peso, estão se sentindo feios...” (Part. 01).*

**Assistência digna:** Foi incluída nesta categoria a resposta que se referiu ao acompanhamento nutricional juntamente com as outras ações do Projeto Terapêutico Singular como forma de oferecer assistência digna aos usuários do CAPS. Exemplos: *“Uma assistência digna do que eles precisam.” (Part. 01).*

**Mudança de hábitos de vida:** nesta categoria encontram-se as respostas nas quais os participantes destacaram a mudança dos hábitos de vida, como consequência da melhora da alimentação e da redução do sedentarismo dos usuários do CAPS. Exemplos: *“Com certeza todos os benefícios, porque se vai diminuir a obesidade, vai diminuir também o sedentarismo. Deveria tá associado, como a gente falou aqui a questão da mudança de hábitos alimentares e também a alguma atividade física pra condicionar eles a ter mais energia, a maioria é muito cansado, sonolento e isso termina prejudicando o desempenho deles aqui nas oficinas.” (Part. 05).*

**Falta de apoio da gestão:** Nesta categoria foi incluída a resposta em que foi mencionada a falta de interesse da gestão local para inclusão do nutricionista na equipe de profissionais do CAPS. Exemplo: *“...falar com o gestor já se falou demais, questão desse profissional aqui, e ele fica sempre dizendo: não depois, depois e depois. Quando tem os concursos é duas vagas pra atender o município todinho, e vai pedir um pra aqui? Nunca que vai! Aqui não tem voto, aqui não dá voto.” (Part. 02).*

A Tabela 7 apresenta as frequências e percentuais de respostas dadas a esta questão.

**Tabela 7** - Frequências e percentuais de respostas dos participantes dadas à questão “Em sua opinião que benefícios a atenção nutricional pode trazer para o portador de transtorno mental que frequenta o CAPS?” (N=05)

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Necessidade do nutricionista	4	26,66
Alimentação balanceada	4	26,66
Fortalecimento da equipe	3	20,00
Resgate da autoestima	1	6,67
Assistência digna	1	6,67
Mudança de hábitos de vida	1	6,67
Falta de apoio da gestão	1	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

Fonte – Dados da pesquisa, 2015.

Nesta pergunta a maior frequência de respostas emergiu das categorias **necessidade do nutricionista** e **alimentação balanceada**, seguidas da categoria **fortalecimento da equipe**.

Nas categorias **necessidade do nutricionista** os participantes reforçam mais uma vez a importância de o nutricionista estar atuando na equipe multidisciplinar junto com outros profissionais aprimorando o trabalho em equipe com uma melhor divisão de tarefas e o apoio mútuo entre os profissionais. Esses relatos são semelhantes aos resultados encontrados por Santos (2005), onde os participantes do seu estudo ressaltaram a importância do nutricionista em atuar nas equipes de atenção primária e mencionaram o fato de não estarem preparados para resolver questões sobre alimentação, sentindo-se muitas vezes obrigados a exercer uma função que não cabe a eles e que seria atribuição do nutricionista.

Após análise das respostas dos participantes na categoria **alimentação balanceada** observa-se que há consenso entre as falas e que todas as respostas convergem para a questão da melhoria da alimentação fornecida e da identificação e tratamento de usuários acometidos por patologias de origem nutricional, ou seja, uma assistência voltada para o tratamento da doença e não para a prevenção e promoção da saúde dos usuários.

Esses resultados corroboram aqueles encontrados por Costa e Santana (2011) em seu estudo, que observaram que para os profissionais que atuam na atenção básica o trabalho do nutricionista ainda é entendido como sendo exclusivo de caráter secundário,

centrado no tratamento da patologia e não na atenção primária, cujo principal objetivo é prevenir doenças e promover saúde. Ou seja, alguns profissionais ainda não conhecem as funções e atribuições do nutricionista, conferindo a este profissional somente o papel de tratar doenças e elaborar cardápios.

Na categoria **fortalecimento da equipe** emergiram respostas nas quais os participantes demonstram que entendem a importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar no atendimento à pessoa com transtorno mental onde eles relataram que a participação do nutricionista na rotina diária do CAPS seria muito importante na promoção da melhoria no atendimento aos usuários.

As repostas dadas pelos participantes acerca do fortalecimento da equipe são semelhantes aos resultados encontrados por Costa e Santana (2011) que verificaram em seu estudo que os profissionais que trabalham em equipe nos serviços de saúde coletiva sentem a necessidade de um nutricionista atuando junto a eles. Ainda de acordo com esses autores, isto mostra como o trabalho de uma equipe multiprofissional é importante quando nas atividades de caráter coletivo existe reciprocidade entre intervenções técnicas e interação entre as diferentes áreas profissionais, sendo possível articular ações de cooperação e multiprofissionais.

Analisando as respostas dos participantes nas categorias **resgate da autoestima e assistência digna**, observa-se que os profissionais mostram-se bastante preocupados com a assistência que é ofertada aos usuários e com a autoestima deles, porque eles entendem que estes são componentes importantes para a adesão destes indivíduos ao tratamento medicamentoso e terapêutico, sendo o fator nutricional um importante determinante para o sucesso do mesmo. Neste sentido, eles veem a inclusão do nutricionista como um reforço para a equipe multiprofissional na ampliação do cuidado e assistência ao portador de transtorno mental.

A resposta dada por um dos participantes nesta pesquisa perpassa também por questões políticas onde é referido na categoria **falta de apoio da gestão** que há pouco ou nenhum interesse e iniciativa da gestão local em designar um nutricionista para integrar a equipe multiprofissional do CAPS, mesmo diante de várias solicitações, o que possibilitaria a abertura de campo de trabalho para este profissional. Resultado semelhante também foi observado por Santos (2005) em sua pesquisa, em que os participantes referem-se à inserção do nutricionista em equipes de saúde como

consequência da vontade política dos gestores de saúde e que para isso ocorrer deve haver mudanças na mentalidade destas pessoas, vontade política e conhecimento da realidade vivida por esta população.

Os profissionais que participaram desta pesquisa expuseram importantes conceitos sobre o que eles entendem acerca da atenção nutricional na assistência integral à saúde aos usuários do CAPS. Referiram preocupação com a saúde dos portadores de transtorno mental que são atendidos por este serviço em relação às questões alimentares, bem como com o fato de não haver o nutricionista compondo a equipe multidisciplinar, pois os mesmos não se sentem preparados para resolver tais demandas sem o suporte deste profissional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do nutricionista junto à equipe multidisciplinar no CAPS torna-se cada vez mais importante, com vistas ao controle dos agravos à saúde que estão relacionados claramente com os hábitos alimentares e tratamento medicamentoso dos usuários do CAPS. O nutricionista possui conhecimentos capazes de melhorar o perfil nutricional desta população específica e a falta deste profissional neste ambiente abre espaço para que outros utilizem, de forma superficial, conhecimentos sobre alimentação e nutrição, mesmo sabendo que não possuem formação adequada para este fim.

Analisando os sentidos que os profissionais do CAPS atribuem à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade em saúde mental, foi possível verificar que os profissionais possuem conhecimentos coerentes sobre a influência de alterações nutricionais no tratamento dos usuários, bem como a importância que o acompanhamento nutricional tem na redução de fatores de risco e melhora do estado de saúde geral dos mesmos. No entanto, embora estes profissionais tenham demonstrado saber da importância do acompanhamento nutricional, verificou-se que o nutricionista algumas vezes ainda é visto apenas como um prescritor de dietas, cujo trabalho está centrado no tratamento da patologia e não na atenção primária, no qual o principal objetivo é prevenir doenças e promover saúde. Ou seja, alguns profissionais ainda não conhecem as funções e atribuições do nutricionista, conferindo a ele somente o papel de tratar doenças e elaborar cardápios.

Atualmente, há a necessidade de discutir a produção de cuidado integral entre as equipes multidisciplinares que atuam nos CAPS, considerando a inserção do nutricionista, o qual deve participar de todas as etapas da elaboração do PTS, com o intuito de desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde voltadas também para as questões alimentares. Esta inserção é um desafio para as políticas públicas atuais e exige um modelo de atenção à saúde voltado para a integralidade do indivíduo com uma abordagem centrada na promoção da saúde. A atuação do nutricionista nesta instituição deve ser mais frequente e eficiente para que se possa promover a saúde por meio da alimentação, além de tratar os agravos já instalados.

O nutricionista está plenamente capacitado para atuar junto à equipe multidisciplinar do CAPS e sua ausência neste espaço confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, pois sabe-se que nenhum outro profissional da saúde possui formação para atuar na área de alimentação e nutrição. Sua presença viria a

contribuir para o fortalecimento da equipe, melhor divisão do trabalho e benefícios para a saúde dos usuários.

De maneira geral, os objetivos aqui propostos foram alcançados, pois foi possível conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais do CAPS à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade. Os resultados encontrados e discutidos nesta pesquisa podem contribuir para a reflexão acerca da importância sobre o cuidar da pessoa com transtorno mental em todos os aspectos, com vistas à organização e qualificação do cuidado nutricional no âmbito da saúde mental.

Para futuras pesquisas, sugere-se a análise de fatores políticos que interferem ou dificultam a inserção do profissional nutricionista na equipe multidisciplinar do CAPS, com o objetivo de investigar porque no Brasil existem poucos dispositivos que dispõem deste profissional atualmente.

Faz-se necessário ainda realizar novos estudos que considerem avaliar a concepção de acadêmicos sobre a influência da Nutrição no tratamento de portadores de transtorno mental que são acompanhados pelo CAPS, com o propósito de alertar docentes e representantes do Curso de Bacharelado em Nutrição sobre a necessidade de repensar a formação do nutricionista.

Deve-se considerar a possibilidade de uma formação mais humana que privilegie uma visão integral do indivíduo, onde há a necessidade de reconhecer tanto o valor dos aspectos emocionais quanto ambientais que estão envolvidos no processo saúde-doença e na relação entre o profissional e o indivíduo, ofertando ao discente uma formação cada vez mais qualificada e humanizada, possibilitando a ele abertura de novos espaços de atuação.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3 p. 491-494, jul./set. 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AQUILA, Ralph.; EMANUEL, Marianne. Interventions for weight gain adults treated with novel Aatipsycotics. **Journal of Clinical Psychiatry**, vol. 2, n. 1, p. 20-23, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

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

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. São Paulo, 2009. [Dissertação]. Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 48 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, L. G. P. et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

CERQUEIRA FILHO, E. A. et al. Dislipidemias e antipsicóticos atípicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 55, n. 4, p. 296-307, 2006.

COSTA, K. A. O.; SANTANA, P. R. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão / PE. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 4, p. 67-85, 2011.

COZER, M. C.; GOUVÊA, L. A. V. N. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de adolescentes frequentadores do CAPS AD de um município do oeste do Paraná. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 145-154, 2010.

ELKIS, H. et al. Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 30, n. 1, p. 77-85, 2008.

FAVACHO, C. et al. Excesso de peso associado ao hábito alimentar em portadores de transtornos mentais. In: Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte e Nordeste de Educação Tecnológica – CONNEPI, 5, 2010, Maceió, AL. **Anais** (on-line). Maceió: CONNEPI, 2010.

FRAGA, C. M. S.; FERREIRA, A. P. Encontros, Laços e Vidas: o acompanhamento no CAPS. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 29-37, jan./dez. 2011.

- GARCIA, Priscila Cristina de Oliveira et al. Perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental, usuários do Serviço Residencial Terapêutico, do município de Alfenas – MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 114-126, jan./jul. 2013.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.
- GONZÁLES, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 757-762, maio 2010.
- HENRIQUES R. L. M.; PINHEIROS R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 3, n. 1, p. 8, jan./fev./mar. 2004.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- LEITÃO-AZEVEDO, C. L. et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 34, n. 2, p. 184-188, 2007.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira; BARROS, Juliana de Oliveira. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009.
- MÂNGIA, E. F. M.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago., 2006.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p.127-134, 2002.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago. 2007.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 13, n. 4, p. 577-584, out./dez. 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, M. A. M. et al. Promoção de autonomia sobre alimentação a portadores de sofrimento mental - um relato de experiência. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, vol. 15, n. 1, p. 118-122, jan/mar. 2012.

NASCIMENTO, M.; SANCHEZ, F. M. O pensar sobre a saúde mental no Brasil. **Revista Multidisciplinar da Faculdade Municipal de Palhoça**. Santa Catarina, n.4, p. 7-23, ago. 2013.

PEIXOTO, H. G. E. **Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivo**. 2006. 61 p. Dissertação – Mestre em Nutrição Humana. Brasília: Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento de Nutrição, 2006.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12 p. 4579-4589, dez. 2011.

RIETRA, R. C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ; 1999.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: O olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Revista Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n. 3, p. 257-265, set./dez. 2005.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora / Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1999.

SILVA, S. M. C. **Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS**. 2006. 127 p. Dissertação – Mestre em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

YASSUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZORTÉA K. et al. Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. **Revista de Nutrição**, Campinas, vol. 22, n. 5, p. 697-705, 2009.

ZORTÉA, K. et al. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, vol. 59, n. 2, p. 126-130, 2010.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA (para profissionais do CAPS)**

- 1- Quais são os profissionais que compõem a equipe que trabalha no CAPS?
- 2- Quais são os serviços oferecidos aos usuários desse CAPS?
- 3- Como é feito o planejamento das ações do Projeto Terapêutico Singular?
- 4- Quais ações são incluídas nesse planejamento?
- 5- Em algum momento do planejamento do Projeto Terapêutico Singular existe a preocupação em oferecer algum suporte de assistência nutricional a esses usuários?
- 6- Se existe essa preocupação, de que forma esse suporte é oferecido?
- 7- Para você qual é a relação entre atenção nutricional e assistência integral à saúde no caso de pacientes portadores de transtorno mental?
- 8- Em sua opinião, que benefícios a atenção nutricional pode trazer para o portador de transtorno mental que frequenta o CAPS?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no município de Picuí – pb”, está sendo desenvolvida pela aluna Cardinally Kelly Dantas da Silva do curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Prof. Izayana Pereira Feitosa, cujo objetivo geral é: Compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à atenção nutricional sob a perspectiva da integralidade e os específicos são: caracterizar a equipe e os serviços que são oferecidos aos usuários do CAPS; descrever as atividades definidas no Projeto Terapêutico Singular para os usuários atendidos no CAPS; investigar em que momento a atenção nutricional aparece no Projeto Terapêutico Singular; analisar a compreensão dos profissionais da equipe do CAPS acerca da assistência integral à saúde e sua relação com a atenção nutricional.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de pensarmos e discutirmos a atenção nutricional na saúde mental. A participação do Sr<sup>o</sup> (Sr<sup>a</sup>) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto não é obrigatória a fornecer as informações. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Caso decida aceitar o convite, sua participação se dará por meio de entrevistas que serão gravadas por um aparelho portátil (celular) e também relatos e outras informações que serão registradas em diário de campo mediante consentimento prévio. Os riscos envolvidos com sua participação são: nenhum risco ao participante. Quanto aos benefícios, pretende-se chamar a atenção dos governantes e da sociedade para a importância da atenção nutricional na saúde mental. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Endereço do pesquisador responsável: Centro de Educação e Saúde – Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 33721900. E-mail: izayanafeitosa@gmail.com.

Diante do exposto eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014.

---

Prof. Dra. Izayana Pereira Feitosa

Pesquisadora Responsável

---

Participante da Pesquisa/Testemunha

## **ANEXOS**

**ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – Instituição  
cooparticipante**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**TERMO INSTITUCIONAL (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE)**

Eu, Maria Lúcia Dantas Xavier, Secretária de Saúde do Município de Picuí-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no município de Picuí –PB" que será realizada com profissionais do CAPS I Loucos Pela Vida, residentes na zona urbana deste município, tendo como pesquisadora responsável a Professora Doutora Izayana Pereira Feitosa e a discente Cardinaly Kelly Dantas da Silva, acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *Campus Cuité*.

Cuité, 29 de Outubro de 2014.

*Maria Lúcia D. Xavier*

Maria Lúcia Dantas Xavier

(Secretária de Saúde)

*Izayana Pereira Feitosa*

**Dra. Izayana P. Feitosa**  
Izayana Pereira Feitosa UFCG - CES  
SIAPE 180.5245

(Orientadora - Pesquisadora). SIAPE: 1805245

## ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – Instituição proponente

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

#### TERMO INSTITUCIONAL (INSTITUIÇÃO PROPONENTE)

Ilmo. Sr. José Alixandre de Sousa Luis

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no *campus* CES – Cuité-PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu programa de graduação, com o curso de Nutrição. Nesse contexto, a graduanda Cardinally Kelly Dantas da Silva, matrícula nº 510120254 CPF nº 05654841416, está realizando uma pesquisa intitulada por: "Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no município de Picuí -PB", necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto com os profissionais do CAPS I Loucos Pela Vida, residentes na zona urbana de Picuí-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 29 de outubro de 2014.

*Cardinally Kelly Dantas da Silva*

Cardinally Kelly Dantas da Silva

(Orientanda - Pesquisadora)

*Izayana Pereira Feitosa*

Izayana Pereira Feitosa

(Orientador - Pesquisador). SIAPE: 1805245

*Dr. Dr. Izayana Pereira Feitosa*  
 CRP 100/2008

*J. A. L.*

José Alixandre de Sousa Luis

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité-PB

**ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Pesquisa: "Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no município de Picuí -PB"

Eu, Izayana Pereira Feitosa, Psicóloga, Professora Doutora da Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 2645923 SSP-PB e CPF 043.388.234-45, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 29 de Outubro de 2014.

*Izayana Pereira Feitosa*

Izayana Pereira Feitosa

Dra. Izayana P. Feitosa  
UFCG - CES  
SIAPE 180.5245

(Orientadora - Pesquisadora). SIAPE: 1805245

**ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES****TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Título do projeto: "Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no município de Picuí -PB"

Pesquisadores: Cardinally Kelly Dantas da Silva  
Izayana Pereira Feitosa

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto acima citado;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité, 29 de Outubro de 2014.

*Cardinally Kelly Dantas da Silva*

Cardinally Kelly Dantas da Silva

(Orientanda - Pesquisadora)

*Izayana Pereira Feitosa*

Izayana Pereira Feitosa

(Orientador - Pesquisador). SIAPE: 1805245

**Dra. Izayana P. Feitosa**  
08/04 - 018  
SIAPE 1805245