

para equipe do CAPSia (Apêndice B). Os cuidadores (familiar ou responsável) assinaram na TCLE (Apêndice C) para pesquisa com as crianças e adolescentes. Foi assinado o termo de assentimento (Apêndice D) para as crianças e adolescentes alfabetizadas. Para o público infanto-juvenil não alfabetizado houve a possibilidade de autorização via termo de assentimento adaptado (Apêndice E).

Tais assinaturas conferiram maior autenticidade à pesquisa em momentos julgados como necessários a inserção de falas ou parte delas em sua total integralidade, assim como as imagens negativadas conferindo originalidade e valorização do momento. Assegurando-se total e completa privacidade dos dados, sendo estes, utilizados apenas para os fins acadêmicos.

Desta maneira, foi cedido ao pesquisador o direito de gravação das falas, transcrição literal das gravações e divulgação por meio da publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

Neste sentido, cada participante foi identificado por codinome referente a abreviatura dos seus nomes, ou por identificação de cores (para os participantes do grupo focal), e apenas o pesquisador e seu orientador tem acesso aos TCLE, e as informações originais (gravações) serão guardadas por cinco anos.

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão dispostos na forma de dois manuscritos científicos, elaborados e apresentados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão. A seleção dos temas de cada manuscrito visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Nesse sentido, os manuscritos elaborados foram — Avaliação do perfil nutricional de crianças e adolescentes em sofrimento mental em comparação com a mesma faixa etária em desenvolvimento típico e — Avaliação da contribuição da equipe do CAPSia e da família no consumo alimentar de crianças e adolescentes com sofrimento mental, apresentados a seguir.

5.1. MANUSCRITO 1: AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL.

O manuscrito será submetido à **Revista da Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo (USP), elaborado conforme as instruções para autores do mesmo. As normas para publicação estão disponíveis em: <http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1420/2094/147>

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL*

1. Geslaney Reis da Silva. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. Avenida do Contorno, 145, Primavera, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Contato: (77)991247770. E-mail: gmreis21@gmail.com, autor responsável.
2. Maria Patrícia Milagres. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Ciências e Tecnologias. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: mpmilagres@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se avaliar e comparar o perfil nutricional de crianças e adolescentes em sofrimento mental com o mesmo público da mesma faixa etária em desenvolvimento típico. **Métodos:** A amostra foi composta por 104 voluntários para cada grupo estudado, com idade entre 05 a 17 anos. Foram coletados os dados de peso, altura e o IMC para idade, segundo escore z. Aplicou-se o Marcador de Consumo Alimentar e o Questionário de Frequência Alimentar. Para análise estatística foram utilizados o teste qui-quadrado e o ANOVA fatorial. **Resultados:** Identificou-se que no grupo 1 51,0% estavam eutróficos e 49,0% com excesso de peso, enquanto no grupo 3 64,4% encontravam-se eutróficos e 37,0% com excesso de peso. Houve diferença estatística significativa na análise do IMC para idade (p valor 0,049). Para os hábitos alimentares não houve diferença estatística entre os grupos estudados. **Conclusão:** Na avaliação do perfil nutricional dos grupos avaliados destaca-se a elevação da massa corporal no grupo 1 se comparado ao grupo 3. Quanto ao consumo alimentar, os grupos estudados apresentaram uso exacerbado de alimentos industrializados, como doces, biscoitos e bebidas adoçadas, logo não houve diferença estatística significativa.

DESCRITORES: Hábitos Alimentares, Criança, Adolescente, Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental.

*Extraído da dissertação intitulada "Consumo alimentar de crianças e adolescentes em sofrimento mental na perspectiva da família e da equipe de atenção psicossocial", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2018.

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se avaliar e comparar o perfil nutricional de crianças e adolescentes em sofrimento mental com o mesmo público da mesma faixa etária em desenvolvimento típico. **Métodos:** A amostra foi composta por 104 voluntários para cada grupo estudado, com idade entre 05 a 17 anos. Foram coletados os dados de peso, altura e o IMC para idade, segundo escore z. Aplicou-se o Marcador de Consumo Alimentar e o Questionário de Frequência Alimentar. Para análise estatística foram utilizados o teste qui-quadrado e o ANOVA fatorial. **Resultados:** Identificou-se que no grupo 1 51,0% estavam eutróficos e 49,0% com excesso de peso, enquanto no grupo 3 64,4% encontravam-se eutróficos e 37,0% com excesso de peso. Houve diferença estatística significativa na análise do IMC para idade (p valor 0,049). Para os hábitos alimentares não houve diferença estatística entre os grupos estudados. **Conclusão:** Na avaliação do perfil nutricional dos grupos avaliados destaca-se a elevação da massa corporal no grupo 1 se comparado ao grupo 3. Quanto ao consumo alimentar, os grupos estudados apresentaram uso exacerbado de alimentos industrializados, como doces, biscoitos e bebidas adoçadas, logo não houve diferença estatística significante.

DESCRITORES: Hábitos Alimentares, Criança, Adolescente, Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate and compare the nutritional profile of children and adolescents in mental suffering with the same public of the same typical age group. **Methods:** The sample was composed of 104 volunteers for each group studied, aged between 05 and 17 years. Weight, height and BMI data were collected for age, according to z score. The Food Consumption Marker and the Food Frequency Questionnaire were applied. The chi-square test and the factorial ANOVA were used for statistical analysis. **Results:** It was identified that in group 1 51.0% were eutrophic and 49.0% were overweight, while in group 3 64.4% were eutrophic and 37.0% were overweight. There was a statistically significant difference in the analysis of BMI for age (p value 0.049). For the eating habits, there was no statistical difference between the groups studied. **Conclusion:** In the evaluation of the nutritional profile of the groups evaluated, we highlight the increase of body mass in group 1 when compared to group 3. Regarding food consumption, the studied groups presented an exacerbated use of processed foods such as sweets, cookies and sweetened drinks, there was therefore no statistically significant difference.

KEYWORDS: Feeding Behavior, Child, Adolescent, Nursing, Nutritional, Mental Health.

INTRODUÇÃO

O quantitativo de crianças e adolescentes com excesso de peso tem se elevado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 6,1% da população infanto-juvenil se encontra acima do peso ideal numa escala global¹. Nos Estados Unidos, a taxa de prevalência de crianças e adolescentes em excesso de peso foi de 17,1%². Na América Latina, esse número atinge 20 a 25% no mesmo público com sobrepeso e obesidade³. No Brasil, a prevalência do sobrepeso foi de 20,6%⁴ e obesidade 12,7%⁵.

Em crianças e adolescentes com sofrimento mental a tendência de elevação dos níveis de massa corporal acima do ideal se mantém. Em estudo realizado no Ceará com uma população infanto-juvenil com sofrimento mental, foi evidenciado que 38,5% apresentava sobrepeso e 15,4%, obesidade⁶. Outra pesquisa, esta realizada em Minas Gerais, mostrou que, dentre as crianças e os adolescentes com sofrimento mental, 18,3% encontravam-se com sobrepeso e 21,7% estavam obesas⁷. Em uma terceira pesquisa, agora desenvolvida em São Paulo, os autores encontraram nessa mesma população uma taxa de excesso de peso em 22%⁸.

As características dos hábitos alimentares e o perfil nutricional de crianças e adolescentes já foram estudadas por diversos autores. Em 2017, uma pesquisa realizada no Tocantins utilizou o QFA para estudar crianças de 5 a 10 anos de idade e resultou que 37% da população infanto-juvenil apresentava risco nutricional e 4,3% estava com obesidade grave⁹. Em outro estudo, foi utilizado um questionário de consumo alimentar em crianças e adolescentes que resultou em padrões alimentares com alto consumo de bebidas industrializados em 63,9%¹⁰. Apesar das muitas pesquisas de identificação de padrões alimentares e estado nutricional infanto-juvenil, são escassos os trabalhos que compararam crianças e adolescentes com sofrimento mental com a mesma faixa etária em desenvolvimento típico.

Esta lacuna deve ser preenchida, pois a prevalência de sofrimento mental na população infanto-juvenil é considerável. No Brasil, 30% dos jovens possuem algum tipo de sofrimento mental comum¹¹. Por conta do transtorno mental, os indivíduos por vezes necessitam utilizar psicofármacos para a estabilização ou interrupção do sofrimento mental, tais como antidepressivos, antipsicóticos e antiepiléticos¹². Como efeito adverso, foi evidenciado que o uso de certos psicofármacos colaborou

para o desenvolvimento de excesso de peso, como os antipsicóticos de primeira e segunda geração¹³.

Com o intuito de atender à demanda da população em sofrimento mental, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSia). Estes consistem em serviços de base territorial e comunitária, os quais buscam suprir a demanda biopsicossocial desse público, inclusive das distorções nutricionais que por ventura possam surgir, tanto ligadas ao sofrimento mental, quanto como consequência destas¹⁴.

Logo, por conta da lacuna existente na literatura, evoca-se o questionamento e hipótese: há diferença entre os hábitos alimentares e perfil nutricional entre crianças e adolescentes com sofrimento mental se comparado àqueles da mesma faixa etária, porém com desenvolvimento típico?

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar e comparar os hábitos alimentares e o perfil nutricional de crianças e adolescentes em sofrimento mental em comparação com indivíduos da mesma faixa etária em desenvolvimento típico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Para seleção da amostra populacional, inicialmente foi realizado um levantamento dos usuários atendidos no CAPSia, utilizando critérios para inclusão, tais como as crianças e adolescentes possuírem idade entre 5 e 17 anos, 11 meses e 29 dias, sendo elas dos sexos masculino e feminino, uma vez que o CAPSia atende a faixa etária de 0 a 18 anos de idade. Além disso, foram excluídas da pesquisa as crianças menores de 5 anos de idade – entendeu-se que, abaixo disso, a interação com os autores deste estudo e com os profissionais do CAPSia seria fragilizada – e os adolescentes maiores de 17 anos 11 meses e 29 dias. Excluíram-se, também, os que fazem uso ou são dependentes de substâncias psicoativas ou que possuem transtornos de conduta.

Portanto, com a população de 142 indivíduos atendidos no CAPSia, e dentro dos critérios de inclusão deste estudo, foi realizado o cálculo amostral no qual se deu da seguinte forma: $n = \left(\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)} \right)$, onde n é a amostra calculada; N é a população; Z é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p é a

verdadeira probabilidade do evento; e e se refere ao erro amostral. Este cálculo gerou para a pesquisa 104 participantes no grupo 1, formado por crianças e adolescentes com sofrimento mental, e 104 integrantes no grupo 3, constituído por crianças e adolescentes com desenvolvimento típico, integrado pela mesma faixa etária.

O campo de pesquisa para a coleta dos dados do grupo 1 foi o CAPSia, localizado em Vitória da Conquista - BA. Para a coleta de dados do grupo 3, foi utilizada uma escola pública no mesmo município, indicada pela Secretaria Municipal de Educação - Vitória da Conquista após envio de ofício para solicitação de uma escola que possuísse crianças e adolescentes dentro dos critérios de inclusão supracitados.

Para cada familiar/cuidador dos grupos deste estudo foi aplicado o questionário sociodemográfico, com o intuito de mensurar as seguintes questões: sexo, parentesco, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, presença de sofrimento mental e uso de psicofármacos.

Para a avaliação do perfil nutricional de crianças e adolescentes, foi verificado nos grupos estudados o peso, medido por uma balança digital; altura, aferida por um estadiômetro e o escore z, calculado conforme as orientações da OMS¹⁵.

Na avaliação dos hábitos alimentares de crianças e adolescentes, os familiares/cuidadores dos grupos responderam a dois questionários estruturados. Foram usados os MCA e o QFA¹⁶, aos quais os participantes relataram sobre a ingestão ou não dos alimentos. Para o MCA, foram perguntados quanto ao consumo nas últimas 24 horas dos seguintes alimentos: Bebidas Adoçadas; Biscoito recheado, doces ou guloseimas; Feijão; Frutas Frescas; Hambúrguer e/ou Embutidos; Macarrão Instantâneo, Salgadinhos de Pacote ou Biscoitos Salgados; Verduras e/ou Legumes; e Costume de comer assistindo TV, mexendo no celular ou computador.

Para o QFA, os familiares/cuidadores responderam as seguintes frequências de grupos de alimentos: Consumo de Frutas; Consumo de Legumes e Verduras; Consumo de Lanches; Consumo de Bebidas; Consumo de Doces; Consumo de Pratos Quentes; Consumo de Batata; Consumo de Ovos; Consumo de Carnes Bovinas; Consumo de Frango; e Consumo de Alimentos Regionais. No QFA a frequência do consumo alimentar pode ser verificada diária, semanal ou mensalmente. Nesta pesquisa foi optado pela análise semanal, pois buscou-se a

redução da possibilidade de esquecimento da utilização de algum alimento dentro de um prazo extenso (como o de 30 dias) e para que fosse possível conhecer o consumo alimentar além de um dia.

Na análise descritiva dos dados antropométricos (peso, altura, escore z), verificou-se a frequência, a média e o desvio padrão dos grupos estudados. No procedimento estatístico para a comparação desses parâmetros antropométricos, foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov–Smirnov para todos eles e todas as distribuições foram normais, por conta disso, foi realizada a comparação da amostra não pareada e utilizado o teste t a 5% de probabilidade para os dados numéricos e parâmetros, dados obtidos no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

O MCA foi classificado conforme a frequência de consumo das últimas 24 horas dos alimentos e hábitos alimentares contidos nele e após isso foi realizado a comparação categórica entre os grupos de estudo por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, com valor de significância de $p \leq 0,05$. Para análise do QFA, verificou-se a existência de diferença entre o consumo de alimentos no grupo 1 e 3, para isso, foi realizado o teste ANOVA fatorial a 5% de probabilidade. Essas frequências de ambos os instrumentos foram tabulados no programa Excel (Microsoft Office) e posteriormente exportadas para o SPSS, versão 21.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo protocolo 2.421.957, atendendo à Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹⁷.

RESULTADOS

O presente estudo obteve a presença total (amostra de 104) das crianças e adolescentes com sofrimento mental, como também a mesma quantidade daquelas que possuem desenvolvimento típico. Conseqüentemente, seus familiares/cuidadores se fizeram presentes, em sua totalidade, na coleta dos dados.

A média de idade das crianças e adolescentes foi de 12,1 anos, $\pm 3,32$ (desvio padrão) para o grupo 1; e para o grupo 3, de 11,5 anos, $\pm 3,67$. No grupo 1 houve a presença de 56,7% do sexo feminino e 43,3% do sexo masculino. Já no grupo 3, 51,9% eram do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino.

Esse questionário possibilitou visualizar que apenas o grupo 1 apresentou sofrimento mental e o uso de psicofármacos. Nesse grupo, foram encontrados 14 tipos de sofrimento mental, das quais se apresentaram da seguinte maneira: Ansiedade de separação (2,9%), Fobia social (2,9%), Síndrome do pânico (2,9%), Transtorno alimentar (11,5%), Transtorno de Comunicação (4,8%), Transtorno de Humor (6,7%), Depressão (7,7%), Transtorno dissociativo (1,9%), Estresse pós-traumático (1,9%), Transtorno psicótico (3,9%), Transtorno de ansiedade generalizado (5,8%), Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (22,1%), Transtorno do espectro autista (18,3%) e Transtorno obsessivo compulsivo (6,7%).

Dentre os psicofármacos, sua prevalência no grupo 1 foi de Ácido Valpróico (2,9%), Buspirona (2,9%), Carbamazepina (1,0%), Clozapina (4,8%), Escitalopram (8,7%), Fluoxetina (19,2%), Fluvoxamina (1,9%), Lisdexanfetamina (1,9%), Lítio (2,9%), Risperidona (1,9%), Ritalina (1,0%), Sertralina (4,8%), Valeriane (7,7%), Venlafaxina (1,0%) e Nenhum psicofármaco (37,5%).

Quanto ao indicador de hábito alimentar, contido no MCA, foi possível verificar que não houve diferença significativa em todas as variáveis abaixo, entre os grupos estudados, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos alimentos consumidos nas últimas 24 horas, entre os grupos estudados, descritos no Marcador de Consumo Alimentar, Vitória da Conquista – Ba, 2017.

	Grupo		p valor*
	1(%)	3(%)	
Nas últimas 24 horas você consumiu:			
Bebidas adoçadas	83(79,8)	82(78,8)	0,200
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	65(62,5)	43(41,3)	0,153
Feijão	98(94,2)	93(89,4)	0,190
Frutas frescas	49(47,1)	62(59,6)	0,88
Hambúrguer e/ou Embutidos	39(37,5)	27(26,0)	0,83
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	62(59,6)	54(51,9)	0,110
Verduras e/ou Legumes	61(58,7)	69(66,3)	0,177

* Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Ao se tratar dos dados apresentados no QFA, foi percebido que os grupos não apresentaram diferença estatística, por meio do teste ANOVA Fatorial, para o consumo semanal específico dos alimentos descritos nesse questionário, nem há diferença entre os grupos de alimentos também mencionados no QFA. A figura 1 demonstra tal evidência para os alimentos mais consumidos entre as crianças e adolescentes dos grupos estudados, valor de p igual a 0,989.

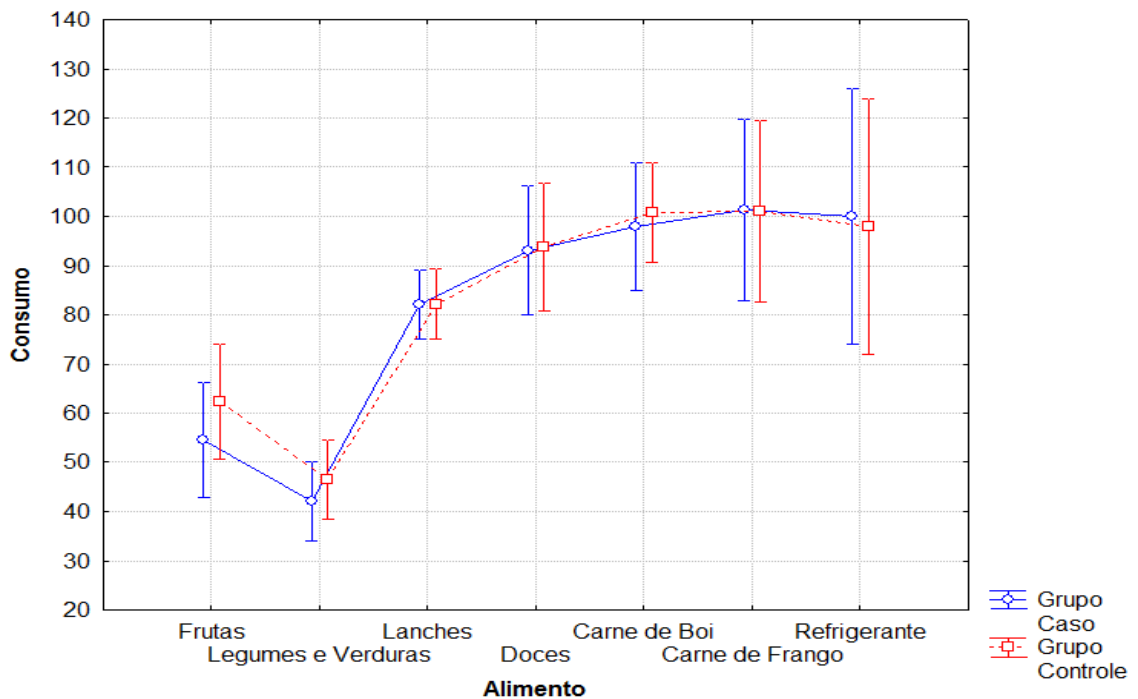


Figura 1: Distribuição comparativa entre os grupos estudados acerca do consumo de alimentos do Questionário de Frequência Alimentar, Vitória da Conquista – Ba, 2017.

E para um melhor entendimento da questão da obesidade, a tabela 2 traz os dados da condição de IMC para Idade em eutrofia e excesso de peso, classificados segundo o escore z, segundo preconizado pela OMS¹⁸. A análise por meio do teste qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de p igual a 0,49, portanto evidenciou diferença estatística entre as categorias.

Tabela 2: Distribuição do estado nutricional dos grupos estudados de acordo com o IMC para a faixa etária de crianças e adolescentes, segundo o escore z, Vitória da Conquista – Ba, 2017.

		Grupos		Total
Condição	Baixo Peso*	1 (%)	3 (%)	0
		0(0,0)	0(0,0)	

Eutrófico	53(51,0)	67(64,4)	120
Excesso de Peso	51(49,0)	37(35,6)	88
Total	104(100)	104(100)	208(100%)
Qui-quadrado de Pearson (p valor)	0,49		

*Nenhuma criança ou adolescente apresentou-se baixo peso nos critérios utilizados.

A figura 2 demonstra graficamente que o grupo 1 possui um deslocamento para a direita se comparado ao escore z ideal para a idade, ou seja, uma elevação da massa corporal se equiparado ao desejável para idade. Numericamente, o grupo 1 possui 49% dos seus integrantes com excesso de peso (escore z +1 e \leq +2 mais escore z +2 e \leq +3).

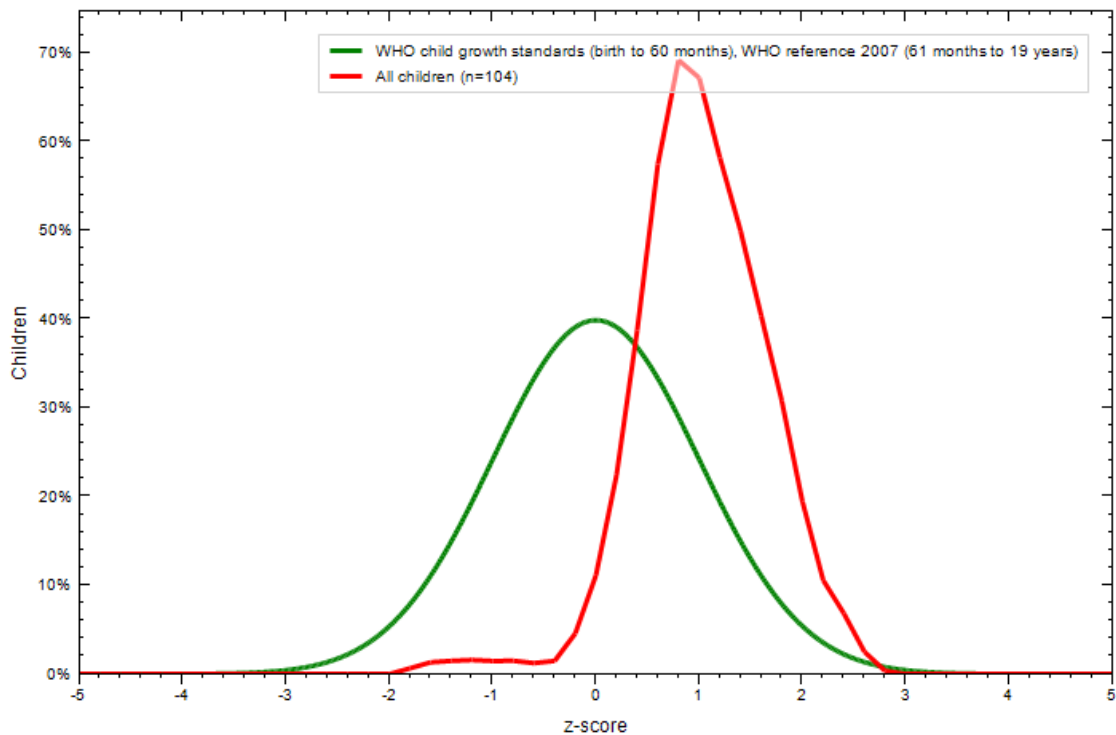


Figura 2: Distribuição comparativa entre a curva de escore z do IMC para idade do grupo 1 e a curva ideal, Vitória da Conquista – Ba, 2017.

DISCUSSÃO

Ao quantificar a presença de sofrimento mental contidas nos indivíduos do grupo 1, verificou-se uma gama complexa de transtornos que necessitam de cuidados específicos. A Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência estima que cerca de 10% a 20% das crianças e adolescentes apresentam, pelo menos, um sofrimento mental antes de atingir 18 anos de idade¹⁸.

Assim, as patologias mais prevalentes entre a amostra coletada foi a do Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), atingindo 22,1% dos participantes, e o Transtorno do espectro autista (TEA), observado em 18,3%. Em comparação com um estudo de 2016, crianças autistas possuíam de duas a três vezes mais chances de serem obesas do que os adolescentes na população em geral¹⁹. Já em crianças e adolescentes que possuem TDAH, houve uma evidência de excesso de peso em pesquisa realizada em Minas Gerais⁷.

Para tratamento dos transtornos mentais encontradas neste estudo, existem as opções de uso de psicofármacos, psicoterapia ou ambos. Assim sendo, os psicofármacos mais prevalentes foram a Fluoxetina (19,2%), Escitalopram (8,7%), Valeriane (7,7%) e a Clozapina e Sertralina com (4,8%). Alguns fármacos podem influenciar na elevação do peso, sendo um fator de direcionamento de conduta na intervenção nutricional para a população infanto-juvenil. Em um estudo foi evidenciado que o uso de clozapina em crianças e adolescentes com transtorno psicótico aumentou o peso de 5,6 a 6,1kg se comparados com a mesma faixa etária com desenvolvimento típico²⁰.

Ademais, a sertralina, a fluoxetina e o escitalopram que fazem parte da classe dos inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS), no qual atuam como antidepressivos, possuem como efeito colateral a inibição do apetite. Esses efeitos foram descrito em um estudo de 2017, no qual foi citado que, de 108 crianças que faziam uso de psicofármacos, 18 utilizavam ISRS. Estes apresentavam como efeitos causados redução de apetite, ansiedade, insônia, dores abdominais e cefaleia¹².

Além da interferência medicamentosa no perfil nutricional de crianças e adolescentes com sofrimento mental, destaca-se o consumo propriamente dito dos alimentos. A alimentação inadequada tem sido destacada como um dos principais causadores da obesidade infanto-juvenil²⁰.

Neste sentido, no MCA foi verificado que não houve diferença significativa entre os grupos de comparação. Isso demonstra que o consumo alimentar nos grupos estudados, nas últimas 24 horas que antecederam as perguntas pelos autores, não constituiu em um determinante no fator de diferenciação do perfil nutricional. No QFA, obteve-se a informação de que os grupos analisados também não resultaram diferença estatística para o consumo específico dos alimentos descritos nesse questionário, valor de p 0,989.

Porém, destaca-se que embora não houvesse diferença significativa entre os grupos analisados no consumo de alimentos descritos no MCA e no QFA, ambos apresentaram hábitos alimentares que podem acarretar em problemas nutricionais e sistêmicos com o passar dos anos.

No MCA, destaca-se a ingestão de bebidas adoçadas por 79,8% das crianças e adolescentes do grupo 1, bem como o consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas por 62,5%. No grupo 3, observou-se que 78,9% ingeriam bebidas adoçadas e 41,4% fizeram uso de biscoito recheado, doces ou guloseimas. Uma pesquisa de 2013 corrobora com esse achado ao evidenciar que, em uma avaliação sobre alimentos mais ingeridos, surgiram refrigerantes, refrescos, doces e salgados entre os 10 alimentos mais consumidos por adolescentes em sofrimento mental²⁰. Outro estudo mostrou que entre os adolescentes de escola pública e privada da cidade de Fortaleza - CE, 56,9% consumiam refrigerantes mais de três vezes por semana e mais de 30% frequentavam *fast-food*²¹.

O QFA utilizado nesta pesquisa acompanhou essa tendência perigosa para o perfil nutricional dos dois grupos analisados. Aqui se destaca que 72,7% do grupo 1 fazem uso de biscoito doce recheado semanalmente, enquanto 67,0% do grupo 3, fazem uso desse alimento por semana. Referente ao consumo de refrigerantes, assinalou que 97% das crianças e adolescentes do grupo 1 fazem uso habitual, já o grupo 3 demarcou esse valor em 98%.

Ao considerar a influência da alimentação dos familiares/cuidadores sobre as escolhas dessa amostra, é fácil perceber que os hábitos alimentares desses menores estão alicerçados nos preceitos das escolhas inadequadas dos familiares/cuidadores²².

Logo, para mensurar os impactos dos hábitos alimentares dos grupos estudados, foram realizadas as medidas antropométricas. O IMC para idade, segundo o escore z , é o método mais utilizado para avaliação do estado nutricional

infanto-juvenil por ser uma medida simples e de baixo custo¹⁵. Ao considerar o IMC para idade dos grupos analisados, em baixo peso, eutróficos e excesso de peso, foi visualizada diferença estatística significativa, considerando o valor de p igual a 0,049: no grupo 1, ocorreu que 51,0% estavam eutróficos enquanto no grupo 3 foram 64,4%. Para o excesso de peso, 49,0% do grupo 1 encontravam-se nessa condição assim como 37,0% do grupo 3.

Esses dados são corroborados pela OMS, que destacam que 10% das crianças e dos adolescentes entre 5 e 17 anos de idade na população mundial apresentam IMC para idade elevado, sendo 2 a 3% delas obesas¹⁸. Em pesquisa realizada no ano de 2016, foi apresentada a prevalência de obesidade infantil em indivíduos que possuíam TEA, atingindo 31,8% desses, já em pacientes com TDAH esse quantitativo foi de 17,6%⁷.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou entender que o grupo 1 possui uma massa corporal mais elevada do que o grupo 3. No entanto, notou-se que não houve diferença estatisticamente significativa nos hábitos alimentares entre os grupos estudados.

Ademais, fica a preocupação pelo uso corriqueiro de alimentos muito calóricos, que podem levar esse público a um risco de ganho de peso e desenvolvimento de DCNT com o passar dos anos.

Por tratar-se de um tema interessante e desafiador, quanto mais estudos forem realizados sobre obesidade infanto-juvenil, melhor será a compreensão deste problema de saúde pública, para se gerar uma prevenção à população adulta.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Comissão pelo Fim da Obesidade Infantil [Internet]. 2016 [citado em 2018 fev 25]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Brian KK, et al. Trends in Obesity Prevalence Among Children and Adolescents in the United States, 1988-1994 Through 2013-2014. JAMA [Internet]. 2016 [cited 2018 fev 24]; 315(21): 2292-2299. Disponível em: <http://doi:10.1001/jama.2016.6361>.
3. Rivera JA, Cassio TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sanchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic

- review. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2014 [cited 2017 dez 12]; 2 (4): 321-332. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
4. Pinho MGM, Adami F, Benedet J, Vasconcelos FAG. Association between screen time and dietary patterns and overweight/obesity among adolescents. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2017 [cited 2017 dez 14]; 30 (3): 377-389. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000300010>.
5. Gomes KEPS, Costa MCO, Vieira TO, Matos SMA, Vieira GO. Padrão de consumo de alimentos e obesidade em pré-escolares em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2017 [citado em 2017 dez 18]; 30 (5): 639-650. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000500009>.
6. Caetano MV, Gurgel DC. Perfil nutricional de crianças portadoras do transtorno do espectro autista. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 2018 abr 10]; 31 (1): 1-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.6714>
7. Kummer A, Barbosa IG, Rodrigues DH, Rocha NP, Rafael MS, Pfeilsticker L et al. Frequência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Paul. Pediatr.* [Internet]. 2016 [citado em 2017 dez 17]; 34 (1): 71-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.006>
8. Lopes JF, Silva VN. Comportamento alimentar: comparação entre adolescentes deficientes intelectuais eutróficos e com excesso de peso. *Rev. Saúde UniToledo* [Internet]. 2017 [citado em 2018 abr 10]; 01 (01): 47-63. Disponível em: <https://http://www.ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/100/102>
9. Meneses LE, Silva NV, Barbosa Filho JV, Pereira RJ, Castro JGD. Consumo alimentar e estado nutricional de crianças em uma escola privada de Palmas, Tocantins. *Rev. Desafios* [Internet]. 2017 [citado em 2018 fev 25]; 4(3): 43-51. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2017v4n3p43>.
10. Freitas LG, Escobar RS, Cortes MAP, Faustino-Silva DD. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. *Rev. Port. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 2018 fev 26]; 34(1): 46-52. Disponível em: <http://https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.10.001>.
11. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF, et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 2018 fev 25]; 50(Supl 1): 14s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>.
12. Moreira MT, Sakae TM, Blatt CR, Remor KVT. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Prevalência e uso de psicofármacos em crianças de um ambulatório no sul de Santa Catarina. *Arq. Catarin Med.* [Internet]. 2017 [citado em 2017 dez 20]; 46(3): 106-117. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/312/193>
13. Sordi LP, Bigatto KRS, Santos SGi, Machado AL. Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental. *Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015 [citado em 2018 fev 26]; Especial: 89-94. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000100015&lng=pt.
14. Clementino FS, de Miranda FAN, Martiniano CS, Marcolino EC, Junior JMP, Dias JA. Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. *Rev. Bras. Ciências da Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2017 dez 13]; 20 (4): 261-268. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.04.01>

15. World Health Organization – WHO. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Geneva: WHO; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. Brasília, 2014 [citado em 2017 dez 05]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
17. Conselho Nacional de Saúde (BRASIL). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília, 2012 [citado 2017 dez 04]. Disponível em:
http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
18. Brito TM, Rosenthal IA, Souza CSB. Assessment of nutritional status of patients treated at a children's neuropsychiatric day clinic. Intern J of Nutrology [Internet]. 2016 [cited 2017 dez 12]; 9(2): 191-198. Disponível em:
<http://www.abran.org.br/RevistaE/index.php/IJNutrology/article/view/240/208>
19. Gomes VTS, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Conceição FR, Amorim LMM et al. Nutrição e Autismo: Reflexões sobre a Alimentação do Autista. Rev. Univap [Internet]. 2016 [citado em 2017 dez 10]; 22(40): 1-6. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v22i40.1298>
20. Guerra e Silva D. Estado Nutricional de Adolescentes em uso de antipsicóticos. 2016. [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense. Disponível em:
<http://www.repositorio.uff.br/jspui/handle/1/3786>
21. Campos LF, Almeida JZ, Campos FF, Campos LA. Prática alimentar e de atividade física em adolescentes obesos de escola pública e privada. Rev. Bras. Promoç. Saúde [Internet]. 2014 [citado em 2017 dez 21]; 27 (1): 92-100. Disponível em: <https://doi:10.5020/18061230.2014.p92>
22. Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM, Palombo CNT, Miranda PPL, Borges ALV. Maternal perception of their child's nutritional status at less than three years old. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2016 [cited 2017 dez 18]; 50(5):771-778. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600009>

5.2. MANUSCRITO 2: AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DO CAPSIA E DO FAMILIAR/CUIDADOR NO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOFRIMENTO MENTAL.

O manuscrito será submetido ao periódico **Texto & Contexto em Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), elaborado conforme as instruções para autores do mesmo. As normas para publicação estão disponíveis em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>

AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DO CAPSIA E DO FAMILIAR/CUIDADOR NO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOFRIMENTO MENTAL *

1. Geslaney Reis da Silva. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. Avenida do Contorno, 145, Primavera, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Contato: (77)991247770. E-mail: gmreis21@gmail.com, autor responsável.
2. Maria Patrícia Milagres. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Ciências e Tecnologias. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: mpmilagres@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: avaliar a contribuição da equipe do Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência e do familiar/cuidador no consumo alimentar de crianças e adolescentes com sofrimento mental. **Métodos:** Compuseram a amostra 104 familiares/cuidadores nos grupos estudados e 13 profissionais desse serviço de saúde. Utilizou-se a Escala de Conhecimento Nutricional, Questionário Sócio-demográfico e realizou-se grupo focal para o grupo 1 e para os profissionais de saúde. Quantificou-se a frequência de acertos da Escala de Conhecimento Nutricional e realizado a técnica de análise de conteúdo para as falas do grupo focal. **Resultados:** Percebeu-se um conhecimento nutricional moderado entre os grupos estudados. No grupo focal foram depreendidas três categorias temáticas no grupo 1. No grupo focal com os profissionais de saúde também se obteve três categorias temáticas. **Conclusão:** O grupo 1 o apresentou menor conhecimento nutricional. Nos grupos focais, dos familiares/cuidadores do grupo 1, percebeu-se um vínculo intenso entre eles e as crianças ou adolescentes, relataram dificuldades na socialização de quem cuida, além disso, o conhecimento nutricional precisa ser melhorado. No grupo focal dos profissionais da saúde, captou-se que a obesidade é inserida no projeto terapêutico singular, que ocorre articulação com outros serviços de saúde que possuem nutricionista, além do fato de possuírem dificuldades em intervir nas demandas da obesidade.

DESCRITORES: Hábitos Alimentares, Criança, Adolescente, Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental.

*Extraído da dissertação intitulada “Consumo alimentar de crianças e adolescentes em sofrimento mental na perspectiva da família e da equipe de atenção psicossocial”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2018.

AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DO CAPSIA E DO FAMILIAR/CUIDADOR NO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOFRIMENTO MENTAL

RESUMO

Objetivo: avaliar a contribuição da equipe do Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência e do familiar/cuidador no consumo alimentar de crianças e adolescentes com sofrimento mental. **Métodos:** Compuseram a amostra 104 familiares/cuidadores nos grupos estudados e 13 profissionais desse serviço de saúde. Utilizou-se a Escala de Conhecimento Nutricional, Questionário Sócio-demográfico e realizou-se grupo focal para o grupo 1 e para os profissionais de saúde. Quantificou-se a frequência de acertos da Escala de Conhecimento Nutricional e realizado a técnica de análise de conteúdo para as falas do grupo focal. **Resultados:** Percebeu-se um conhecimento nutricional moderado entre os grupos estudados. No grupo focal foram depreendidas três categorias temáticas no grupo 1. No grupo focal com os profissionais de saúde também se obteve três categorias temáticas. **Conclusão:** O grupo 1 o apresentou menor conhecimento nutricional. Nos grupos focais, dos familiares/cuidadores do grupo 1, percebeu-se um vínculo intenso entre eles e as crianças ou adolescentes, relataram dificuldades na socialização de quem cuida, além disso, o conhecimento nutricional precisa ser melhorado. No grupo focal dos profissionais da saúde, captou-se que a obesidade é inserida no projeto terapêutico singular, que ocorre articulação com outros serviços de saúde que possuem nutricionista, além do fato de possuírem dificuldades em intervir nas demandas da obesidade.

DESCRITORES: Hábitos Alimentares, Criança, Adolescente, Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre as escolhas alimentares e a conscientização da importância de uma alimentação saudável é o primeiro passo para que ocorram mudanças no consumo alimentar. Contudo, a relação entre o que as pessoas realmente sabem e o que elas fazem tem sido considerada como “altamente tênue”.¹

Nessa perspectiva, o conhecimento nutricional pode ser definido como o processo cognitivo individual, relativo à informação sobre alimentação e nutrição, podendo ter alguma relação com a seleção alimentar e com o sucesso ou não na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como obesidade, hipertensão, diabetes *mellitus* e dislipidemias.² Assim sendo, destaca-se uma prevalência considerável de crianças e adolescentes acima do peso. A exemplo disso, estudos demonstraram que em Portugal, 32% das crianças têm excesso de peso e 13,9% estão obesas³, na Colômbia esse quantitativo foi de 18,9% para o mesmo público de ambos os sexos, já no México a prevalência foi de 36,9%.⁴ No Brasil esses valores de prevalência, para o excesso de peso na população infanto-juvenil atingem de 20 a 25%.⁵ Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015, 23,7% dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos apresenta excesso de peso.⁶

Visto isso, há na literatura instrumentos capazes de mensurar o conhecimento nutricional de uma população, tal como a Escala de Conhecimento Nutricional (ECN). Esta serve como constructo científico para representar o processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição, com o intuito de aumentar o conhecimento nutricional e melhorar os hábitos alimentares.⁷ No entanto, se faz presente uma maior utilização desse instrumento para fechar a lacuna do aumento do conhecimento nutricional para aqueles que ofertam o alimento as crianças e adolescentes, para que se evite o uso considerável de alimentos que podem potencializar o ocasionamento da obesidade, bem como dos profissionais que devem intervir dentro dos serviços de saúde para que uma promoção à saúde seja oferecida de forma adequada. Em estudo realizado em 2017, das crianças e adolescentes presente participantes, 40,68% consumiam doces e guloseimas por três ou mais vezes por dia.⁸ Outra pesquisa de 2017 demonstrou que 17,4% da sua amostra infanto-juvenil consumia produtos industrializados de alto valor energético.⁹ Em 2014, pesquisadores encontraram que 37,6% dos adolescentes substituíam a refeição por lanches hipercalóricos.¹⁰

Para a população infanto-juvenil que possui algum sofrimento mental, com excesso de peso ou não, o Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSia) surge como um dispositivo, criado por meio da Portaria 336 de 2002 do Ministério da Saúde, para o atendimento dessa população, especificamente, de 0 a 17 anos de idade em municípios acima de 200.000 mil habitantes.¹¹ Nos últimos anos, esse serviço de saúde tem atendido essa temática ao evidenciarem que 17,4% e 21,7% das crianças e adolescentes que possuíam Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), respectivamente, encontravam-se obesas.¹² Em análise de uma população com TEA, evidenciou-se que 23,1% estavam com sobrepeso e 15,3% com obesidade.¹³ Outro estudo que abordou o estado nutricional de uma população infanto-juvenil com transtorno mental, segue ao encontro do anterior ao apontar que 46% estavam acima do peso ideal.¹⁴

Por conta disso, se faz necessário intervir no ambiente familiar para possibilitar a geração de um conhecimento nutricional mínimo para que a oferta alimentar seja adequada ao membro familiar que apresente sofrimento mental, além disso, é necessário que mais estudos sejam realizados para que as equipes dos CAPSia se empoderem da temática nutricional para identificar seus usuários com excesso de peso, bem como gerar educação em saúde nutricional para as famílias no intuito de cultivar a prevenção da obesidade.¹⁵

Diante do exposto, a problemática deste estudo encontrou uma lacuna na literatura e tem por objetivo avaliar a contribuição da equipe do CAPSia e do familiar/cuidador no consumo alimentar de crianças e adolescentes com sofrimento mental.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, descritivo e transversal. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo protocolo 2.421.957, atendendo à Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶

Para seleção da amostra populacional, inicialmente foi realizado um levantamento dos usuários atendidos no CAPSia e utilizado critérios para inclusão, como as crianças e os adolescentes possuírem necessariamente idade entre 5 e 17

anos 11 meses e 29 dias, dos sexos masculino e feminino. Foram excluídos deste estudo os que fazem uso ou são dependentes de substâncias psicoativas ou que possuem transtornos de conduta.

Portanto, desta população de 142 indivíduos atendidos no CAPSia, dentro dos critérios de inclusão deste estudo, foi realizado o cálculo amostral, o qual se deu pela seguinte forma: $n = \left(\frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{Z^2 \cdot p(1-p) + e^2 \cdot (N-1)} \right)$, onde n é a amostra calculada; N é a população; Z é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p é a verdadeira probabilidade do evento; e e se refere ao erro amostral.

Este cálculo gerou para a pesquisa 104 participantes para o grupo 1, formado por crianças e adolescentes com sofrimento mental; e 104 integrantes no grupo 3, constituído por crianças e adolescentes com desenvolvimento típico. Foi tomada como base a mesma quantidade de familiares/cuidadores para cada criança ou adolescente do grupo 1, denominado de grupo 2; e do grupo 3, denominado grupo 4. Além disso, foram convidados para este estudo 17 profissionais ligados ao CAPSia a mais de seis meses, porém somente 13 participaram (chamado de grupo 5).

O campo de pesquisa para a coleta dos dados do grupo 1, 2 e 5 foi o CAPSia, localizado em Vitória da Conquista – Bahia. Para a coleta de dados do grupo 3 foi utilizado uma escola pública no mesmo município, indicada pela Secretaria Municipal de Educação do mesmo município.

Os grupos 2 e 4 responderam a um questionário sobre dados sócios demográficos, composto pelas seguintes questões: sexo, parentesco, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar e quantidade de membros que cuidam do grupo 1. O grupo 2 e o 5 participaram da técnica de Grupo Focal (GF), a qual foi eleita por apresentar uma maior gama de situações e problematizações acerca da temática. A técnica utilizada para a análise dos dados coletados no GF foi a Análise de Conteúdo, na modalidade temática.

Com o intuito de garantir a privacidade do grupo 2 nesta pesquisa, foram identificados de F1 até F104. Já o grupo 5 foram identificados por codinomes referentes a nomes de cores: Vermelho, Preto, Verde, Amarelo, Azul, Branco, Cinza, Rosa, Marrom, Castanho, Laranja, Roxo, Bege.

Além disso, os grupos 2 e 4 responderam a Escala de Conhecimento Nutricional (ECN). Esta escala apresentou a seguinte classificação: pontuações totais de 00 a 06 indicaram baixo conhecimento nutricional; entre 07 e 10 indicaram

moderado conhecimento nutricional e acima de 10 indicaram alto conhecimento nutricional.

No procedimento estatístico para a comparação da classificação da ECN entre os grupos estudados, foi realizado o Teste Qui-quadrado de Pearson, após se perceber a distribuição normal por meio do teste de normalidade de Kolmogorov–Smirnov. O Teste Qui-quadrado de Pearson foi realizado com nível de significância de 5%. Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 104 familiares de crianças ou adolescente que possuem algum tipo de sofrimento mental, bem como a mesma quantidade de familiares de pessoas da mesma faixa etária com desenvolvimento típico. Além disso, integraram nesta pesquisa 13 profissionais da equipe do CAPSia.

A tabela 1 informa os dados sociodemográficos dos integrantes dos grupos 2 e 4.

Tabela 1: Informações sociodemográficos dos familiares/cuidadores estudados. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017. (n=104);

Variáveis	Grupo 2	%	Grupo 4	%
Sexo				
Masculino	3	2,9	5	4,8
Feminino	101	97,1	99	95,2
Faixa Etária				
16 – 39	64	61,5	73	70,2
40 – 65	40	38,5	31	29,8
Parentesco				
Mãe	94	90	91	87,5
Pai	3	2,9	5	4,8
Avó	4	3,8	4	3,8
Irmã	2	1,9	3	2,9
Tia	1	1,0	1	1,0
Escolaridade				
Sem Escolaridade	4	3,8	1	1,0
1ª grau incompleto	10	9,6	2	1,9
1ª grau completo	24	23,1	18	17,3
2ª grau incompleto	19	18,3	21	20,2
2ª grau completo	36	34,6	59	56,7
Superior Completo	11	10,6	3	2,9
Pós – Graduação	0	0,0	0	0,0
Renda Familiar				
Menos de 1 salário mínimo	2	1,9	23	22,1
Entre 1 a 3 salários mínimos	98	94	81	77,9
Maior que 4 salários mínimos	4	3,8	0	0,0
Membros Cuidadores				

1	52	50,0	*	*
2	36	34,6	*	*
3	13	12,5	*	*
4	3	2,9	*	*

* Não existem crianças ou adolescentes com sofrimento mental cuidados pelo grupo 4.

Quanto média de conhecimento da ECN, o grupo 2 obteve de 7,6 pontos, enquanto no grupo 4 de 8,4 pontos (valor de $p = 0,032$), grau de significância de 95%.

Para um melhor entendimento a Tabela 2 estratifica, em porcentagem, a classificação de acertos da ECN entre os grupos analisados.

Tabela 2: Distribuição da porcentagem de acertos dos grupos estudados na Escala de Conhecimento Nutricional. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017. (n=104)

Escala de Conhecimento Nutricional					
Acertos	Grupo 2	%	Grupo 4	%	Valor de p*
00 a 06	38	36,5	26	25,0	0,032
07 a 10	48	46,2	53	51,0	
Acima de 10	18	17,3	25	24,0	

* Realizado teste qui-quadrado de Pearson para comparação destes grupos.

O grupo focal foi composto por respostas do grupo 2 e 5, a tabela 3 detalha sobre os integrantes do grupo 5. Quanto ao grupo 2, as informações detalhadas estão contidas na tabela 1.

Tabela 3: Profissionais da equipe do CAPSia integrantes do grupo focal. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017. (n=17);

Equipe do Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência		
Profissão	N	%
Coordenação	1	5,9
Enfermeira	2	11,8
Médico*	3	17,6
Psicóloga	4	23,5
Farmacêutica	1	5,9
Assistente Social	1	5,9
Terapeuta Ocupacional	1	5,9
Manipuladora de Alimentos	1	5,9
Agente Patrimonial*	1	5,9
Auxiliar Administrativo	2	11,8
Total	17	100

* Não participaram do grupo focal.

Ao se tratar dos dados qualitativos, obtidos no grupo focal, foram depreendidas três categorias das falas dos familiares/cuidadores (grupo 1): Categoria 1 – O cotidiano do familiar/cuidador com a criança ou adolescente em sofrimento mental; Categoria 2 – Limitações e dificuldades no cuidado a criança ou adolescente em sofrimento mental; e Categoria 3 – O cuidado nutricional a criança ou adolescente em sofrimento mental.

Ademais, outras três categorias das falas da equipe do CAPSia também foram descritas: Categoria 1 – Identificação e cuidado ofertado à criança e ao adolescente em sofrimento mental; Categoria 2 – Percepção e participação no cuidado a criança ou adolescente em sofrimento mental que esteja com excesso de peso; e Categoria 3 – Articulação equipe-família na atenção a saúde de crianças e adolescentes em sofrimento mental.

DISCUSSÃO

No Brasil, os últimos anos evidenciam uma elevação na prevalência do excesso de peso em crianças e adolescentes.¹⁷ A obesidade tornou-se um relevante problema de saúde pública e uma epidemia global, pois corrobora para o surgimento de DCNT, além de poder contribuir para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais, como também o possível desencadeamento de obesidade pela presença de um sofrimento mental.⁴ Estudos recentes têm avaliado o conhecimento nutricional e a sua associação com os hábitos alimentares como forma de identificar o perfil da população infanto-juvenil que está acima do peso ideal e, assim, obter maneiras de intervenção.¹⁸

Neste estudo, evidenciou-se a presença maternal no cuidado a sua prole, pois 90% e 87,5% das respostas obtidas na ECN foram das mães dos grupos analisados, respectivamente. Essas mães eram diretamente responsáveis pelo cuidado, disponibilização e preparo dos alimentos ofertados as crianças e adolescentes, logo são peças-chaves para intervenções da redução da obesidade na população infanto-juvenil. Isso também pôde ser captado em estudo de 2013, no qual as genitoras de crianças de 3 a 9 anos foram mais prevalentes nas repostas de conhecimento e preferências alimentares.¹⁹ As mães também foram a grande maioria em outra pesquisa de 2013 que descrevia o conhecimento nutricional no momento da compra dos produtos que foram ofertados ao seu filho ou filha.²⁰

Em relação ao conhecimento nutricional, até o momento, existem poucos trabalhos na literatura que utilizaram algum tipo de escala como instrumento de avaliação do conhecimento nutricional para população deste estudo. Os dados obtidos nesta pesquisa, em ambos os grupos, revelam que os familiares/cuidadores possuem na sua maioria um conhecimento nutricional moderado.

No grupo 1, a média de acerto foi de 7,6 pontos, enquanto no grupo 3, houve uma média de 8,4 pontos. Isso evidencia que ainda há como melhorar a intervenção de educação em saúde nutricional para esses familiares/cuidadores, pois isso refletirá diretamente na melhoria da oferta alimentar das crianças e adolescentes pelos quais são responsáveis. Alguns autores obtiveram achados semelhantes em suas análises, nas quais a classificação do conhecimento nutricional da amostra foi moderada, percebeu-se ainda que quanto maior o índice de massa corporal, menor o conhecimento nutricional obtido.²¹

Autores de pesquisa realizada em 2014 encontraram um conhecimento nutricional moderado em mulheres de diversas etnias, percebeu-se que quanto menor o nível social, menor foi o acerto na ECN.²² Assim, uma intervenção nutricional mais intensa pode ser um instrumento mais eficaz para mudanças de hábitos alimentares e possível repercussão na perda de peso corporal, tanto gerado pelo seu núcleo familiar, como também potencializado pelo profissionais da saúde em que essas crianças e adolescentes são usuárias.

Assim sendo, faz-se necessário captar do familiar/cuidador suas percepções acerca do cuidado com a criança ou o adolescente pelos quais são responsáveis, pois o cuidado demanda de questões subjetivas que por vezes não estão descritas em instrumentos pré-moldados para análise do conhecimento nutricional. Por esse motivo, os familiares/cuidadores presentes no grupo 1 verbalizaram no grupo focal seu cuidado depreendido ao seu ente que possui algum sofrimento mental, o cotidiano da relação de cuidado, bem como suas limitações e dificuldades. Tudo isso foi categorizado para uma melhor análise das falas obtidas (Quadro 1).

Quadro 1: Apresentação das categorias temáticas depreendidas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017. (n=104)

<p>Categoria Temática 1 – O cotidiano do familiar/cuidador com a criança ou adolescente em sofrimento mental.</p> <p><i>[...]é muito boa, só que ela acaba se apegando muito comigo e não brinca direito, aí eu tento melhorar isso, mas qualquer coisa ela já volta e fica perto de mim[...]. (F28)</i></p> <p><i>[...]a família acaba toda sendo envolvida nessa historia, porque ela depende da gente. Então tem que todo mundo ajudar, por mais que a maioria das coisas fica “para mim” fazer a gente tenta fazer o melhor. (F55)</i></p> <p>Categoria Temática 2 – Limitações e dificuldades no cuidado a criança ou adolescente em sofrimento mental.</p> <p><i>A principal limitação é porque a gente tem que sempre estar por perto, levando nos lugares, acompanhando[...]. (F49)</i></p> <p><i>[...]para mim o mais difícil é conseguir uma escola, um lazer, porque as pessoas ainda ficam de olho não entendem. Eu tenho medo dele não conseguir se socializar com outras pessoas, mas fazemos de tudo para ele ter uma vida tranquila. (F102)</i></p> <p>Categoria Temática 3 – O cuidado nutricional a criança ou adolescente em sofrimento mental.</p> <p><i>Essa questão é bem complicada, porque meu filho só quer comer “besteira” e para agradar a gente acaba dando o que ele pede, mas tudo dentro do possível. Eu procuro não deixar ele comer sempre o que ele quer [...]. (F7)</i></p> <p><i>[...]pelo meu filho ser autista fica muito difícil, porque ele não come de tudo. Me falaram no CAPS que é por causa desse problema que ele tem, então a gente até tenta forçar um pouquinho, mas ele não aceita. Tem dia que ele só quer comer chocolate, tem outros dias que a gente consegue dar um feijão com arroz e assim a gente vai levando. (F83)</i></p> <p><i>Essa parte ai eu acho que a gente podia ser melhor orientada, porque já falaram para gente que o remédio pode engordar, então a gente fica preocupada porque no meu caso mesmo eu percebo que minha filha tá engordando. Sei lá, talvez tem um acompanhamento com nutricionista. Talvez melhore nisso [...]. (F24)</i></p>

Categoria Temática 1 - O cotidiano do familiar/cuidador com a criança ou adolescente em sofrimento mental

Nessa categoria temática os familiares/cuidadores depreenderam sobre as relações do convívio diário com seu ente que vivencie algum sofrimento mental. Para eles, devido ao cuidado intenso, as crianças e os adolescentes se vinculam com muito mais dependência. Isso pode gerar uma dificuldade nas interações sociais, mas, também, auxilia no momento de crises psiquiátricas geradas pelo sofrimento mental vivenciado por essa população.

Assim sendo, conviver com uma criança ou adolescente com sofrimento mental exige da família um esforço no sentido de se adaptar à nova situação, permeada por inúmeros sentimentos e necessidades relativas ao cotidiano do

cuidado. Isso é corroborado por um estudo de 2015, quando redigem sobre as percepções e trajetórias de mães que possuem filhos com sofrimento mental, que a família, ao mesmo tempo em que é vista como a mais relevante fonte de apoio, é também concebida como fonte que pode gerar estresse para seus membros, afetando diretamente no processo saúde e doença.²³ Em outra pesquisa, é destacada a importância da atenção familiar no cotidiano da criança ou do adolescente em sofrimento mental, pois o afeto, a atenção e o cuidado permite que esse público se desenvolva e crie autonomia.¹⁵

Desta maneira, o desenvolvimento da pessoa que recebe o cuidado ocorre com mais fluidez e as dificuldades encontradas são minimizadas devido ao bom relacionamento entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Categoria Temática 2 - Limitações e dificuldades no cuidado nutricional a criança ou adolescente em sofrimento mental

Neste item surgiram falas que versam sobre as dificuldades no cuidado à pessoa em sofrimento mental. Os familiares/cuidadores relataram que o cuidado requerido por seu ente requer uma quantidade significativa de horas, para levá-los a escola, para o CAPSia, em consultas periódicas, para atividades de lazer e que isso cria uma limitação para desenvolver outras tarefas que não estão relacionados com a criança ou o adolescente. Além disso, percebeu-se que muitos desses familiares/cuidadores se queixaram da falta de oportunidades mínimas para aqueles a quem cuidam, como acesso ao ensino regular, inserção dessa criança ou adolescente em atividades de lazer no ambiente social, fora dos serviços de saúde mental, além de destacarem o sofrimento em vê-los expostos ao preconceito e ao estigma.

Tais evidências foram encontradas em estudo de 2015, quando descreveram sobre as configurações familiares no transtorno mental infantil, em que as famílias, ao vivenciarem esse sofrimento mental, relatam que as limitações e o isolamento da criança deixam-na completamente dependente dos cuidados do seu família/cuidador e isso gera uma sobrecarga maior para quem cuida, trazendo restrições à vida pessoal e profissional, o que muitas vezes ocasiona a perda de identidade do cuidador, que fica restrito apenas ao papel social de mãe, ou pai, ou avó.²⁴

No que tange as dificuldades encontradas pelos familiares/cuidadores em inserir seu ente a quem cuida, pesquisadores relatam que as dificuldades dos cuidadores de encontrar tempo para o próprio cuidado, devido à dedicação exclusiva ao familiar, os tornam, também, alvos de atenção dos serviços de saúde mental.²⁵ Além disso, em outro estudo é descrito que a preocupação desses familiares/cuidadores quanto ao estigma ainda vivido por aqueles a quem cuidam, a busca da inserção em locais públicos como escolas, serviços de saúde (que não sejam da saúde mental) e espaços de lazeres ainda são obstáculos devido a prévia rejeição dos integrantes desses lugares.²⁶

Nos grupos focais, o compartilhamento das experiências entre os cuidadores oportunizou a percepção destes de que não vivenciam suas dificuldades isoladamente, pois há outros em situação semelhante. A valorização dos encontros grupais, traduzida pelo desejo de sua continuidade, também demonstra seu potencial terapêutico. Além disso, desvelar coletivamente as dificuldades vividas possibilitou aos participantes reavaliarem-se enquanto cuidadores, uma vez que exerceram o papel a eles confiado, mesmo com dificuldades.

Categoria Temática 3 - O cuidado nutricional a criança ou adolescente em sofrimento mental

Nesta categoria foi captado nas falas dos familiares/cuidadores o consumo nutricional e a relação da oferta de alimentos entre eles e as crianças e os adolescentes, que possuem algum sofrimento mental, a quem cuidam. Foi percebido que a equipe do CAPSia é acionada para orientar os familiares/cuidadores de como agir nessas situações.

Assim sendo, as falas expostas nessa categoria temática se assemelham ao que foi encontrado no estudo de 2015, quando as mães de crianças e adolescentes com sofrimento mental utilizaram do artifício do sofrimento mental para conseguirem os seus pedidos, como comidas calóricas e brinquedos.²⁷ Visto isso, nota-se a fragilidade do cuidado nutricional de quem cuida, por utilizar os alimentos como barganha, além do risco disso ocasionar um excesso de peso nessa população infanto-juvenil que já possui outros fatores de risco para o desenvolvimento de obesidade, como a utilização de psicofármacos que estimulam o apetite (ocorrido como reação adversa).

Para uma resolução dessa problemática, pesquisadores em 2016 afirmaram que para a melhoria do estado nutricional com máxima eficiência, é necessário que toda a equipe de um serviço de saúde, como o CAPSia, esteja sensibilizada com a análise de possíveis crianças ou adolescentes acima do peso e que, também, tenham o conhecimento das boas práticas nutricionais para gerarem educação em saúde nesse tema.²⁶ Isto evidencia a necessidade desses profissionais terem um conhecimento nutricional para ofertar as orientações adequadas, com intuito de se evitar o consumo de alimentos que podem potencializar o surgimento da obesidade.

Destarte, todas as falas geradas nesses grupos focais e as análises das categorias temáticas abordadas trouxeram uma visão daqueles atores que realizam o cuidado direto e mais intenso para com as crianças e os adolescentes com sofrimento mental que, porventura, apresentam um excesso de peso. Porém, para que se tenha uma perspectiva completa desse tema, faz necessário obter o olhar dos atores que estão inseridos no serviço de saúde que atende a essa população infanto-juvenil, o CAPSia. Portanto, as categorias temáticas a seguir (Quadro 2) desvelam o que foi dito no grupo focal dos profissionais da equipe dessa instituição.

Quadro 2: Apresentação das categorias temáticas depreendidas dos profissionais do CAPSia. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017. (n=104)

Categoria Temática 1 – Identificação e cuidado ofertado à criança e ao adolescente em sofrimento mental.

[...] *pelo menos a demanda mais expressiva que a gente tem hoje aqui são as crianças com transtorno do espectro autista [...].* (Verde).

[...] *o nosso cuidado, é um cuidado multidisciplinar. A criança e o adolescente têm um projeto terapêutico no serviço [...] eles vão passar, a maioria delas em grupos terapêuticos e a família também é participante desses cuidados [...].* (Roxo).

[...] *a gente busca encontrar outro serviço que possa dar suporte. Entendo que essa criança, o todo dela, não é saúde mental apenas, o desenvolvimento social... para que esse paciente, não seja apenas do CAPSia, que ela seja inserida em toda a rede [...].* (Marrom).

Categoria Temática 2 – Percepção e participação no cuidado a criança ou adolescente em sofrimento mental que esteja com excesso de peso.

[...] *a gente geralmente busca também a parceria com os profissionais do NASF. Pacientes com depressão, sobrepeso ou transtornos alimentares a gente busca a parceria com profissional do NASF, nutricionista [...].* (Branco).

[...] *em casos de obesidade, a preocupação é mais com os adolescentes que fazem uso de medicação e começam a ter um sobrepeso e aí tem uma dificuldade de, as vezes, aceitar a medicação [...].* (Laranja).

[...] *a questão de estar em sobrepeso para eles é muito difícil, é difícil porque a gente sabe que tem um transtorno de base, mas que tem o efeito da medicação, mas também tem a questão do sedentarismo, então tem muitos fatores a trabalhar como um todo, o que acaba sendo um desafio muito grande [...].* (Azul).

[...] em relação a medicação, algumas medicações aumentam o apetite de fato, mas a questão do sedentarismo contribui para essa questão de engordar [...]. (Vermelho).

Categoria Temática 3 – Articulação equipe-família na atenção a saúde de crianças e adolescentes em sofrimento mental.

[...] a nossa demanda maior nos termos de alimentação é, por exemplo, a criança com autismo que tem seletividade ou que tem restrição, aí a gente busca a parceria de outros profissionais que se disponibilizam a vir aqui dar orientações [...]. (Amarelo).

[...] então a gente procura ver dentro da nossa área o quê que a gente pode estar orientando esses pais, quando a gente ver que perpassa a nossa profissão, a gente chama alguém [...]. (Preto).

[...] nós procuramos orientar as famílias nos grupos terapêuticos, nas assembleias ou individualmente com o intuito de ofertar uma melhor assistência para essas crianças [...]. (Bege)

Categoria Temática 1 – Identificação e cuidado ofertado à criança e ao adolescente em sofrimento mental.

Aqui foi desvelado acerca dos saberes dos profissionais do CAPSia quanto à identificação das características do público que atendem, bem como quais os cuidados ofertados neste serviço de saúde às crianças e aos adolescentes que sofrem mentalmente.

Destaca-se a percepção desses profissionais quanto a prevalência da TEA e TDAH como transtornos mentais mais atendidas no cotidiano da assistência a saúde mental desse CAPSia. Tal evidência foi encontrada, também, no estudo de Kummer et al., 2016, quando detectaram a prevalência do TDAH em 22,1% e o TEA em 18,3% no público que atendem.¹²

Assim sendo, tão relevante quanto saber quais as características de prevalência dos sofrimentos mentais atendidas num serviço de saúde mental é ter conhecimento de como direcionar o cuidado para essas crianças e adolescentes. As falas dessa equipe demonstram uma preocupação em se criar projetos terapêuticos singulares (PTS), com o intuito de direcionar precisamente cada ação gerada para melhoria desse sofrimento mental dos usuários atendidos e dos cuidados e orientações ofertados a família. Além de acionar às Redes de Atenção à Saúde (RAS) quando eles não conseguem atender a uma demanda específica de qualquer usuário.

Isso foi corroborado na literatura quando afirmaram que o grau de acolhimento e vínculo entre serviço, profissional e usuário, representa um dos fundamentos das RAS para eficiência da qualidade do cuidado ofertado.^{23,28} Destaca-se que o comprometimento a articulação entre os profissionais das equipes

com as demandas de saúde mental dos usuários e o uso dos dispositivos de cultura, educação, direitos humanos, são parcerias que sustentam o PTS dos usuários, com vistas a promover cuidado integral, e reforçam a lógica das ações intersetoriais.^{11,28}

Categoria Temática 2 – Percepção e participação no cuidado a criança ou adolescente em sofrimento mental que esteja com excesso de peso.

Nesta categoria temática os relatos da equipe do CAPSia emergiram a percepção de que a questão da obesidade é uma preocupação para eles. Foi captado que a falta de um nutricionista na equipe torna esse assunto fragilizado, pois as orientações dentro do CAPSia acerca da melhoria de hábitos alimentares não são vistas como eficientes e que, por essa razão, os usuários com excesso de peso, são referenciados para outros serviços de saúde que possua esse profissional da área de nutrição, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Segundo esses profissionais, o sobrepeso ou a obesidade são mais observados em crianças e adolescentes que fazem uso de alguns psicofármacos (por aumentar o apetite), bem como do sedentarismo entre esse público.

Assim sendo, foram encontradas na literatura falas que se aliam aos da equipe do CAPSia quanto a elevação de peso gerado pelo uso de determinados psicofármacos, como por exemplo, o uso de antipsicótico em crianças e adolescente que causou um aumento de peso de 5,6 a 6,1kg, se comparados com indivíduos da mesma faixa etária em desenvolvimento típico.^{13,24,27}

Ademais, em algumas pesquisas destaca-se que a intervenção no consumo alimentar de crianças e adolescentes com sofrimento mental, por profissionais da saúde, reduz o consumo de alimentos hipercalóricos que levam à obesidade, bem como as orientações ofertadas aos familiares/cuidadores causaram uma melhora nos hábitos alimentares da população infanto-juvenil.^{13,24,27}

Portanto, é válido ressaltar que o referenciamento das crianças e adolescentes que apresentam sobrepeso e obesidade faz parte do processo de cuidado integral. No entanto, é necessário reforçar entre os profissionais do CAPSia a necessidade de gerar um cuidado as crianças e adolescentes que apresentam algum risco para desenvolver obesidade, independente da presença do nutricionista, seja pelo sofrimento mental vivenciado nesse público, ou por fatores que podem