

# Estado nutricional e hábitos alimentares de dependentes químicos em tratamento ambulatorial

*Nutritional status and food habits of drug addicts in an ambulatory treatment*

Isadora Borne Ferreira<sup>1,2</sup>, Camila Bosse Paiva<sup>1</sup>, Joana Corrêa de Magalhães Narvaez<sup>3</sup>, Vera Lucia Bosa<sup>2,4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o estado nutricional e hábitos alimentares de pacientes masculinos em recuperação de dependência química em acompanhamento ambulatorial de uma unidade de adição. **Métodos:** Estudo transversal com 25 pacientes adultos em tratamento ambulatorial para dependência química. Foram aferidos parâmetros antropométricos (peso, estatura, circunferência da cintura e índice de massa corporal) e de composição corporal (bioimpedância elétrica), e foram investigados hábitos alimentares (Questionário de Frequência Alimentar – QFA). As variáveis categóricas são apresentadas como frequências e percentuais e as variáveis contínuas, como média e desvio-padrão ou como mediana e intervalo interquartil. **Resultados:** Observou-se índice de massa corporal médio de  $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$ , com prevalência de sobrepeso de 80% e obesidade de 8%. A média da circunferência da cintura foi de  $96,60 \pm 9,84 \text{ cm}$  e a de percentual de gordura corporal, de  $23,24 \pm 6,44$ . A maior parte da amostra estudada [20 (80%)] refere realizar quatro ou mais refeições por dia e 72% referiram aumento do consumo alimentar no período de abstinência. A preferência por alimentos específicos no período de abstinência foi relatada por 12 (48%) pacientes. Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados, destaca-se o consumo diário de pão francês (68%), pães brancos de forma (16%), sucos artificiais (48%), refrigerantes (32%), queijo amarelo (36%), embutidos com alto teor de gordura (36%) e balas e chicletes (32%). **Conclusão:** Os resultados mostram prevalência elevada de sobrepeso e obesidade, além de medida de circunferência da cintura alterada, relato de aumento da ingestão alimentar e consumo diário e semanal elevado de alimentos ultraprocessados.

## Palavras-chave

Estado nutricional, hábitos alimentares, dependência química.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the nutritional status and dietary habits of male patients recovering from chemical dependency in an ambulatory treatment of an addition unit. **Methods:** Cross-sectional study with 25 male patients in ambulatory treatment for chemical dependency. Anthropometric parameters (weight, height, waist circumference and body mass index) and body composition (bioelectrical impedance) were measured and dietary habits (Food Frequency Questionnaire) were investigated. Categorical variables are shown as frequencies and percentages and continuous variables as mean and standard deviation or as median and interquartile range. **Results:** It was found a body mass index mean of  $27.73 \pm 4.15 \text{ kg/m}^2$ , with a prevalence of overweight in 88% of the sample. The waist circumference mean was  $96.60 \pm 9.84 \text{ cm}$  and a

Recebido em  
10/2/2015  
Aprovado em  
21/5/2015

1 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Programa de Pós-graduação, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) com ênfase em Saúde Mental.

2 UFRGS, HCPA, Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (Cesan).

3 HCPA, Unidade de Adição.

4 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Nutrição; Programa de Pós-graduação RIMS.

Endereço para correspondência: Isadora Borne Ferreira  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Pesquisa Clínica, prédio 21, sala 21307  
Rua Ramiro Barcelos, 2350  
90035-903 – Porto Alegre, RS, Brasil  
Telefone: 55 (51) 3359-6321 ou Fax: 55 (51) 3359-8647  
E-mail: isa.ibf@gmail.com

## Keywords

Nutritional status, food habits, drug addiction.

## INTRODUÇÃO

“Dependência química” é o termo genérico relativo à dependência psicológica e/ou física de uma substância exógena. É caracterizada por respostas comportamentais e outras que sempre incluem dar ao uso da substância uma prioridade maior do que a outros comportamentos que um dia tiveram valor mais significativo<sup>1</sup>. O número de usuários de drogas com dependência ou com transtornos pelo uso de drogas tem se mantido estável na população, atingindo entre 16 e 39 milhões de pessoas no mundo<sup>2</sup>. Em relação ao Brasil, dados recentes mostram uma estimativa de dependentes de álcool entre 11,2% e 12,3%, de tabaco entre 9,0% e 10,1%, de maconha entre 1,0% e 1,2%, de benzodiazepínicos de 1,1% e 0,5%, de solventes entre 0,8% e 0,2% e de estimulantes entre 0,4% e 0,2%<sup>3</sup>.

O uso de drogas pode acarretar consequências clínicas importantes, entre elas, doenças cardíacas, renais, hepáticas, respiratórias, gastrintestinais e neurológicas. As consequências nutricionais decorrentes do uso de substâncias psicoativas variam de acordo com o tipo, a quantidade, a frequência e o tempo de utilização de cada droga<sup>4</sup>. O uso constante dessas substâncias pode comprometer o estado nutricional dos usuários, uma vez que repercute na ingestão de alimentos e água, assim como no metabolismo e no peso<sup>5</sup>. Atualmente, a informação que existe sobre o uso de drogas e nutrição vem, predominantemente, de pesquisas em pacientes que estão iniciando programas de tratamento para dependência química. Em geral, os dados mostram que os principais fatores associados à má nutrição incluem anorexia induzida pelo uso de drogas e alterações nos padrões alimentares associados à dependência de drogas e ao estilo de vida vinculado à pobreza e às doenças infecciosas<sup>6</sup>.

Em indivíduos que se encontram em recuperação da dependência de substâncias químicas, observa-se um padrão alimentar de dietas pobres em frutas e vegetais e ricas em gorduras e açúcares<sup>7</sup>. Altos índices de sobrepeso e obesidade também são fatores observados nesses sujeitos<sup>8</sup>. Estudos em humanos e em animais têm sido realizados a fim de se compreender a similaridade entre adição e consumo de alimentos hiperpalatáveis<sup>9</sup>. Esses alimentos fazem parte de uma nova categoria de alimentos: os ultraprocessados. Segundo Monteiro *et al.*<sup>10</sup>, ultraprocessados são alimentos que contêm quantidades elevadas de açúcar, gordura e sódio.

percentual body fat mass of  $23.24 \pm 6.44$ . The sample majority [20 (80%)] refers to four or more meals a day and 72% reported an increased food intake during the period of abstinence. The preference for specific foods during the abstinence period was reported by 12 (48%) patients. Regarding the consumption of ultra-processed foods, there is a highlight daily consumption of French bread (68%), white pan bread (16%), artificial juices (48%), soft drinks (32%), high-fat cheese (36%), high-fat processed meat (36%), candy and gum (32%). **Conclusion:** The study reveals a high prevalence of overweight and obesity, as well as altered waist circumference, increased food intake and daily and weekly consumption of ultra-processed foods.

Além disso, são industrializados, pobres em micronutrientes, fibras, fitoquímicos e com grande densidade energética<sup>10,11</sup>.

Apesar de conhecidos os efeitos do uso de substâncias psicoativas sobre o estado nutricional e o consumo alimentar, pouco se sabe a respeito das mudanças que ocorrem no perfil nutricional e nos hábitos alimentares na fase de recuperação de usuários de drogas. Estudos desse público revelam tendência a sobrepeso, obesidade e consumo alimentar inadequado, com grandes quantidades de açúcares e gorduras. No entanto, ao investigarem consumo alimentar, são poucos os estudos que utilizam a metodologia do QFA e, quando o fazem, condensam os alimentos ricos em açúcares e gorduras em somente um grupo. O objetivo deste estudo é identificar o estado nutricional, consumo de alimentos ultraprocessados e outros hábitos alimentares de pacientes masculinos em recuperação da dependência química em acompanhamento ambulatorial de uma unidade de adição.

## MÉTODOS

O estudo, de caráter transversal, incluiu pacientes adultos em tratamento para dependência química em um serviço ambulatorial de um hospital terciário do sul do Brasil. Foram incluídos pacientes do sexo masculino, egressos da internação desse mesmo hospital, independente do tempo de internação, com idade igual ou acima de 18 anos. Foram excluídos aqueles indivíduos egressos da internação com dependência exclusiva de álcool e os que não apresentaram condições de responder aos questionários da pesquisa (por demência, déficit cognitivo ou analfabetismo). A seleção da amostra se deu por conveniência. Foram avaliados todos os pacientes que se encaixaram nos critérios acima citados entre o período de maio e agosto de 2014.

A seleção dos pacientes para o estudo foi realizada semanalmente pelo sistema de agendamento de consultas do ambulatório. Eram verificados quais pacientes iriam comparecer ao ambulatório naquela semana e, caso o sujeito se encaixasse nos critérios de inclusão do estudo, era feito contato telefônico para convidá-lo a participar da pesquisa. Todos os pacientes que participaram do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu no ambulatório em um dia pré-agendado conforme a disponibilidade do participante.

Os dados foram coletados por meio de um questionário dividido em seis partes. As três primeiras partes continham questões relacionadas aos dados de identificação, sobre o uso de drogas, dados de saúde e sobre consumo e hábitos alimentares. As perguntas dessas três partes iniciais foram elaboradas pelo grupo de pesquisadores. Nas demais, foram utilizados instrumentos de pesquisa, validados para as seguintes avaliações: antropométrica, da classe sociodemográfica e, também, da frequência alimentar.

Para a avaliação antropométrica, foram realizadas medidas de peso, estatura e circunferência da cintura. Para a verificação do peso corporal, foi utilizada balança digital da marca Tanita® (Modelo UM-080). O peso foi aferido com o paciente descalço, ereto, com os pés juntos, braços junto ao corpo e com o mínimo de roupa possível<sup>12</sup>. Para a mensuração da estatura, foi utilizado um estadiômetro portátil, com plataforma anexa da marca AlturaExata®. Para aferição da estatura, os pacientes foram posicionados descalços no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços, de pé, eretos, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça erguida<sup>12</sup>. A circunferência da cintura (CC) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com extensão de 150 centímetros e precisão de um milímetro, da marca Sanny®. O protocolo empregado para obtenção desta medida foi o mesmo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na publicação sobre prevenção e manejo da obesidade e no consenso da Federação Internacional de Diabetes<sup>12</sup>. No presente estudo foram considerados os pontos de corte para CC propostos pela OMS<sup>12,13</sup>. Todas as medidas foram realizadas em duplicata.

O estado nutricional dos pacientes foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC), definido como a relação entre o peso em quilogramas e a estatura em metros elevada ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), calculado a partir dos dados de peso e estatura. A classificação do estado nutricional foi dada de acordo com protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)<sup>12</sup>.

Para avaliação da composição corporal, foi utilizada a bioimpedância elétrica (BIA) (impedanciômetro da marca Byodynamic®, modelo 450). Foram mensurados o ângulo de fase, a capacitância do corpo, a distribuição de massa e os compartimentos de água. Para a obtenção dessas medidas, os indivíduos foram deitados na posição horizontal, em uma maca e em ambiente de temperatura normal. Foram fixados no hemitórax direito do indivíduo quatro eletrodos: na mão, próximos à articulação metacarpofalangiana da superfície dorsal; no pulso, entre as proeminências distais do rádio e da ulna; no pé, no arco transversal da superfície superior; e no tornozelo, entre os maléolos medial e lateral<sup>14</sup>.

As características socioeconômicas foram definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep), adotado pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto, grau de escolaridade do chefe de família e acesso a serviços públicos) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma desses pontos. É feita, então, uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definida por classe A, B1, B2, C1, C2, D/E<sup>15</sup>.

Para avaliação do consumo alimentar, foi utilizado um QFA validado para população da cidade em questão<sup>16</sup>. O instrumento foi aplicado na íntegra e em forma de entrevista. Para avaliação da frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, foi realizada análise dos alimentos contidos no QFA e, conforme o Guia Alimentar<sup>11</sup> e o conceito proposto por Monteiro *et al.*<sup>10</sup>, 39 dos 135 alimentos foram considerados ultraprocessados. Desses, quatro alimentos não foram citados ou foram citados por menos de dois pacientes. Logo, os resultados apresentados serão relativos aos 35 alimentos ultraprocessados restantes, que foram agrupados nas seguintes categorias: pães, bolos e biscoitos; cereais ultraprocessados; bebidas artificiais (em pó e líquidas); produtos lácteos; embutidos, enlatados e conservas; outros alimentos doces e outros alimentos salgados<sup>10</sup>.

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>17</sup>, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital onde se realizou a pesquisa, sob o protocolo nº 14-0153. As variáveis categóricas são apresentadas como frequências e percentuais e as variáveis contínuas simétricas, como média e desvio-padrão ou, se assimétricas, como mediana e intervalo interquartil. Os dados foram avaliados pelo programa SPSS 18.0 (*Statistical Package for Social Science*).

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 25 dependentes químicos do sexo masculino em tratamento ambulatorial para dependência química de um hospital terciário no sul do Brasil. A média de idade dos participantes foi de  $41,04 \pm 10,19$  anos. O tempo mediano de alta desde a última internação foi de 107 dias (15-326). Observa-se que a maior parte dos participantes, 16 (64%), é solteira e que 17 (68%) possuem filhos. Em relação à classificação econômica, a maior parte da amostra estudada [8 (32%)] se encontra na classe C. Segundo o CCEB da Abep, essa classe representa renda familiar média mensal entre R\$ 1.277,00 e R\$ 1.865,00. Em relação ao uso de substâncias, a maior parte da amostra [10 (40%)] referiu a maconha como primeira substância utilizada. A tabela 1 mostra outros dados sociodemográficos e de uso de substâncias.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos, de uso de substâncias e antropométricos de pacientes do sexo masculino em tratamento ambulatorial da dependência química em período de abstinência (Porto Alegre/RS, 2014)

Característica	N	(%)
<b>Raça</b>		
Branca	20	(80,0)
Preta	2	(8,0)
Parda/mulata	3	(12,0)
Total	25	(100)
<b>Número de filhos</b>		
Um	8	(47,1)
Dois	5	(29,4)
Três	3	(17,6)
Quatro	1	(5,9)
Total	17	(100)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	(4,0)
Ensino fund. incompleto	8	(32,0)
Ensino fund. completo	3	(12,0)
Ensino médio incompleto	4	(16,0)
Ensino médio completo	7	(28,0)
Ensino superior incompleto	2	(8,0)
Total	25	(100)
<b>Realiza atividade remunerada</b>		
Sim	10	(60,0)
Não	15	(40,0)
Total	25	(100)
<b>Moradia</b>		
Própria	22	(88,0)
Alugada	2	(8,0)
Emprestada	1	(4,0)
Total	25	(100)
<b>Substância de preferência</b>		
Álcool	4	(16,0)
Cocaína	5	(20,0)
Crack	14	(56,0)
Maconha	2	(8,0)
Total	25	(100)
<b>Uso de outras substâncias</b>		
Álcool	25	(100)
Crack	20	(80,0)
Cocaína	24	(96,0)
Maconha	23	(92,0)
Pitico	10	(40,0)
Tabaco	19	(76,0)
Outra	8	(32,0)

continuação

Característica	N	(%)
<b>Índice de massa corporal</b>		
Eutrófico	3	(12,0)
Sobrepeso	20	(80,0)
Obesidade	2	(8,0)
Total	25	(100)
<b>Circunferência da cintura</b>		
Normal	8	(32,0)
Aumentada	17	(68,0)
Total	25	(100)
<b>Risco cardiovascular</b>		
Sem risco	8	(32,0)
Risco aumentado	11	(44,0)
Risco muito aumentado	6	(24,0)
Total	25	(100)

Com relação ao estado nutricional, o IMC médio encontrado foi de  $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$  e a prevalência de excesso de peso foi de 88% segundo essa medida. Esse dado se reflete na medida da CC, com média de  $96,60 \pm 9,84 \text{ cm}$ , estando aumentada em 17 (68%) usuários. Em relação à composição corporal, foi encontrada uma média de percentual de gordura corporal (%GC) de  $23,24 \pm 6,44 \text{ %GC}$ . Na tabela 1 é possível observar a prevalência de eutrofia, sobrepeso e obesidade, além de outros parâmetros antropométricos.

Quando questionados sobre o número de refeições realizadas, a maioria dos entrevistados [20 (80%)] relatou realizar quatro ou mais refeições por dia. Em relação ao local onde são realizadas as principais refeições, entre os que tomam café da manhã, 20 (100%) o fazem em casa. O mesmo ocorre com o jantar, o qual é realizado pelos 24 (96%) entrevistados em casa. Em relação ao almoço, entre os que realizam essa refeição, 19 (76%) almoçam em casa, 3 (12%) no trabalho, 1 (4%) em lanchonetes e 2 (8%) referem realizar o almoço em outro local. A tabela 2 mostra outras informações referentes ao consumo e preferências alimentares.

**Tabela 2.** Consumo e preferências alimentares de pacientes do sexo masculino em tratamento ambulatorial da dependência química em período de abstinência (Porto Alegre/RS, 2014)

Características	N	(%)
<b>Café da manhã</b>		
Realiza	20	(80,0)
Não realiza	5	(20,0)
Total	25	(100)
<b>Lanche da manhã</b>		
Realiza	6	(24,0)
Não realiza	19	(76,0)
Total	25	(100)

continuação

Características	N	(%)
<b>Almoço</b>		
Realiza	25	(100)
Não realiza	0	(0,00)
Total	25	(100)
<b>Lanche da tarde</b>		
Realiza	22	(88,0)
Não realiza	3	(12,0)
Total	25	(100)
<b>Jantar</b>		
Realiza	24	(96,0)
Não realiza	1	(4,0)
Total	25	(100)
<b>Ceia</b>		
Realiza	8	(32,0)
Não realiza	17	(68,0)
Total	25	(100)
<b>Quem cozinha em casa</b>		
Eu mesmo	9	(36,0)
Companheira(o)	4	(16,0)
Pai ou mãe	9	(36,0)
Outro	2	(8,0)
Não cozinha	1	(4,0)
Total	25	(100)
<b>Onde realiza refeições fora de casa</b>		
Restaurante	11	(50,0)
Lanchonete	6	(27,3)
Casa de parentes	4	(18,2)
Outro	1	(4,5)
Total	22	(100)
<b>Aumento do apetite no período de abstinência</b>		
Sim	18	(72)
Não	7	(28)
Total	25	(100)
<b>Preferência por alimento em abstinência</b>		
Sim	12	(48,0)
Não	13	(52,0)
Total	25	(100)
<b>Tipo de alimento</b>		
Doces e chocolates	9	(75,0)
Frituras/salgadinhos	4	(33,3)
Outro	5	(41,7)

A tabela 3 mostra os achados relacionados ao consumo de alimentos ultraprocessados. Com relação ao grupo dos pães e biscoitos, observa-se que, entre os pães, o com maior consumo diário é o pão francês. Além disso, destaca-se o baixo consumo de pães integrais. No grupo dos cereais açucarados, observa-se que a frequência de consumo desses

alimentos é baixa na amostra estudada. Entre as bebidas artificiais, a maior frequência de consumo é de sucos artificiais, sendo diário para 48% da amostra.

Na tabela 3 também estão representadas as frequências de consumo de produtos lácteos. O consumo desses alimentos mostra-se baixo, exceto para os queijos amarelos (lanche, muçarela, colonial), com consumos diários e semanais mais elevados. Com relação ao grupo dos embutidos, enlatados e conservas, observa-se que 80% da amostra estudada incluem embutidos com alto teor de gordura na sua alimentação. Ainda, na tabela 3 se destaca o consumo diário de chocolates e bombons e de balas e chicletes. Por fim, é possível observar que a maionese é o único alimento consumido com frequência diária no grupo “outros alimentos salgados” e que somente 2 (8%) pacientes consomem o alimento com essa frequência.

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar o estado nutricional e hábitos alimentares de pacientes masculinos em recuperação da dependência química em acompanhamento ambulatório de uma unidade de adição. A maior parte da amostra avaliada está com sobrepeso e obesidade, segundo medidas de IMC. Além disso, a medida da CC também se encontra alterada. Com relação aos hábitos alimentares, é preocupante o consumo diário ou semanal de alimentos ultraprocessados.

Observou-se IMC médio de  $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$ , com prevalência de sobrepeso de 80% e obesidade de 8%. Os estudos<sup>10,18-20</sup> que avaliaram o estado nutricional de indivíduos em tratamento para dependência química diferem em seus resultados. Nos estudos realizados por Oliveira *et al.*<sup>18</sup> e Teo *et al.*<sup>19</sup>, as amostras encontram-se eutróficas segundo o IMC. Entretanto, ambos os estudos foram realizados em fazendas terapêuticas, locais que, em sua maioria, oferecem alimentação-padrão e, por isso, o paciente possui pouca autonomia de escolha dos alimentos e dos horários das refeições. Além disso, não há dados sobre o tempo de internação nesses locais. Em um estudo realizado em ambiente de internação hospitalar<sup>20</sup>, o estado nutricional prevalente também foi eutrofia, porém ressalta-se que os dados antropométricos foram coletados nas primeiras 24 horas de internação. Sabe-se que quando um indivíduo necessita de internação é por estar em um padrão de consumo de drogas mais abusivo e com isso aspectos como a alimentação são negligenciados. Ademais, durante as internações ocorrem mudanças no peso corporal do sujeito, alterando o estado nutricional<sup>20,21</sup>, assim o tempo de internação é um dado importante em termos de comparação de resultados. O presente estudo está de acordo com os resultados obtidos por Cowan e Devine<sup>8</sup>, o qual avaliou o estado nutricional de homens adultos em tratamento “residencial” para dependência química. Os resultados mostraram IMC médio de  $29,79 \pm 7,17 \text{ kg/m}^2$  no tempo zero do estudo.

**Tabela 3.** Frequências de consumo de alimentos ultraprocessados por pacientes em tratamento ambulatorial da dependência química em período de abstinência (Porto Alegre, 2014)

Grupo/Alimento	Frequência									
	Não consome		Diária		Semanal		Mensal		Anual	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Grupo pães e biscoitos</b>										
Pão francês	0	(0,0)	17	(68,0)	7	(28,0)	1	(4,0)	0	(0,0)
Pão de sanduíche	6	(24,0)	4	(16,0)	11	(44,0)	2	(8,0)	2	(8,0)
Pão integral	19	(76,0)	0	(0,0)	5	(20,0)	0	(0,0)	1	(4,0)
Cuca/pão doce	7	(28,0)	0	(0,0)	5	(20,0)	9	(36,0)	4	(16,0)
Bolo	3	(12,0)	0	(0,0)	12	(48,0)	6	(24,0)	4	(16,0)
Pão de queijo	15	(60,0)	0	(0,0)	4	(16,0)	1	(4,0)	5	(20,0)
Biscoito doce/recheado	9	(36,0)	1	(4,0)	11	(44,0)	4	(16,0)	0	(0,0)
Biscoito salgado	10	(40,0)	2	(8,0)	8	(32,0)	4	(16,0)	1	(4,0)
<b>Grupo cereais açucarados</b>										
Cereal matinal com açúcar	23	(92,0)	0	(0,0)	1	(4,0)	0	(0,0)	1	(4,0)
Barra de cereal	21	(84,0)	1	(4,0)	1	(4,0)	2	(8,0)	0	(0,0)
<b>Grupo bebidas artificiais</b>										
Achocolatado	10	(40,0)	5	(20,0)	9	(36,0)	1	(4,0)	0	(0,0)
Suco artificial	10	(40,0)	12	(48,0)	2	(8,0)	1	(4,0)	0	(0,0)
Refrigerante	5	(20,0)	8	(32,0)	10	(40,0)	2	(8,0)	0	(0,0)
Refrigerante <i>light</i> /zero	22	(88,0)	2	(8,0)	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
<b>Grupo produtos lácteos</b>										
Requeijão	22	(88,0)	0	(0,0)	2	(8,0)	1	(4,0)	0	(0,0)
Requeijão <i>light</i>	21	(84,0)	0	(0,0)	2	(8,0)	1	(4,0)	1	(4,0)
Queijo lanche/muçarela/colonial	1	(4,0)	9	(36,0)	13	(52,0)	2	(8,0)	0	(0,0)
Queijo branco/ricota/minas	22	(88,0)	1	(4,0)	2	(8,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
<b>Grupo embutidos, enlatados e conservas</b>										
Mortadela/salame/presunto gordo	5	(20,0)	9	(36,0)	8	(32,0)	3	(12,0)	0	(0,0)
Presunto magro/peito de peru	13	(52,0)	6	(24,0)	4	(16,0)	2	(8,0)	0	(0,0)
Salsicha	10	(40,0)	1	(4,0)	6	(24,0)	8	(32,0)	0	(0,0)
Sardinha/atum enlatado	14	(56,0)	0	(0,0)	1	(4,0)	7	(28,0)	3	(12,0)
Milho enlatado/conserva	9	(36,0)	0	(0,0)	8	(32,0)	7	(28,0)	1	(4,0)
<b>Grupo outros alimentos doces</b>										
Leite condensado	16	(64,0)	0	(0,0)	3	(12,0)	5	(20,0)	1	(4,0)
Mel/geleia/chimia	12	(48,0)	3	(12,0)	4	(16,0)	2	(8,0)	0	(0,0)
Chocolate/bombom	2	(8,0)	4	(16,0)	7	(28,0)	9	(36,0)	3	(12,0)
Brigadeiro/brigadeiro branco	11	(44,0)	1	(4,0)	2	(8,0)	4	(16,0)	7	(28,0)
Sorvete	8	(32,0)	0	(0,0)	7	(28,0)	7	(28,0)	3	(12,0)
Tortas em geral	12	(48,0)	0	(0,0)	1	(4,0)	5	(20,0)	7	(28,0)
Fruta em calda	13	(52,0)	0	(0,0)	3	(12,0)	4	(16,0)	5	(20,0)
Paçoquinha/rapadurinha	9	(36,0)	1	(4,0)	11	(44,0)	3	(12,0)	1	(4,0)
Bala/chiclete	13	(52,0)	8	(32,0)	3	(12,0)	1	(4,0)	0	(0,0)
<b>Grupo outros alimentos salgados</b>										
Maionese	9	(36,0)	2	(8,0)	9	(36,0)	4	(16,0)	1	(4,0)
Cachorro-quente/cheeseburger	4	(16,0)	0	(0,0)	9	(36,0)	10	(40,0)	2	(8,0)
Salgadinhos/chips	18	(72,0)	0	(0,0)	2	(8,0)	3	(12,0)	2	(8,0)

A média da CC foi de  $96,60 \pm 9,84$  cm. Em relação a esse parâmetro, os resultados do presente estudo vão ao encontro aos de Cowan e Devine<sup>8</sup>, que mostram média de  $CC \geq 94$  cm, o que representa aumento dos riscos cardiovasculares. Observa-se que muitos estudos<sup>18,20,22</sup> que realizaram avaliação do estado nutricional não utilizaram a medida da CC de forma isolada, em sua maioria os estudos utilizaram a relação cintura-quadril (RCQ).

Com relação à composição corporal, a média de %GC encontrada foi de  $23,24 \pm 6,44$ . Na literatura, poucos estudos avaliam a composição corporal de indivíduos adultos usuários de drogas. Desses, a maioria realiza a medida de dobras cutâneas para avaliar esse parâmetro<sup>20,22</sup>. Entretanto, Willhelm *et al.*<sup>21</sup> avaliaram a composição corporal por meio de BIA e encontraram, na alta hospitalar, média de %GC de  $20,15 \pm 4,96$ . Esse resultado vai ao encontro do resultado obtido neste estudo e é bastante adequado em termos de comparação, uma vez que os pesquisadores avaliaram um grupo com características semelhantes ao grupo do presente estudo.

Uma série de trabalhos tem investigado os hábitos alimentares de dependentes químicos<sup>9,18,23,24</sup>. Esse campo de estudo tem sido mais explorado, pois já existem achados que mostram que o uso de substâncias psicoativas e o consumo alimentar ativam áreas cerebrais comuns<sup>12</sup>. Nesse contexto, destacam-se os estudos que avaliam a relação entre consumo de alimentos hiperpalatáveis – ricos em açúcar e/ou gordura – e a adição<sup>13</sup>. Neste trabalho analisamos a frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, um conceito mais moderno proposto por Monteiro *et al.*<sup>10</sup>, porém que inclui diversos alimentos hiperpalatáveis. Esses alimentos possuem composição nutricional inadequada e alta densidade calórica, promovendo um consumo excessivo de calorias e favorecendo o desenvolvimento de doenças coronarianas, diabetes e diversos tipos de câncer, além de aumentar o risco de deficiências nutricionais<sup>15,25</sup>.

Com relação ao número de refeições diárias, a maior parte da amostra estudada [20 (80%)] refere realizar quatro ou mais refeições por dia e 72% referiram aumento do consumo alimentar no período de abstinência. Os achados deste estudo diferem dos achados do estudo de Oliveira *et al.*<sup>18</sup>, no qual a maior parte da amostra (57,69%) realizava de duas a três refeições diárias e apenas cerca de 15% realizavam quatro ou mais refeições por dia quando não estavam sob efeito de drogas. Ressalta-se, porém, que esse dado refere-se ao período anterior à internação, diferentemente do obtido neste artigo, em que esse dado foi coletado após um período de internação e acompanhamento ambulatorial. O aumento do apetite com consequente aumento de peso é bem descrito no estudo publicado por Cowan e Devine<sup>7</sup>, que avalia o comportamento alimentar em três tempos de recuperação (inicial, média e tardia); nele a maior parte dos entrevistados referiu excessos alimentares principalmente na fase inicial e média do tratamento, corroborando o achado neste traba-

lho, no qual 72% da amostra referiram aumento do consumo alimentar. Logo, é possível que a presente amostra tenha um padrão expressivo de frequência e quantidade alimentar em função da etapa de recuperação em que se encontra. Futuros estudos longitudinais devem comparar esses aspectos no que se refere à população de usuários de múltiplas substâncias que mantenham como droga de preferência as estimulantes.

A preferência por alimentos específicos no período de abstinência foi relatada por 12 (48%) pacientes. Esse aspecto também foi analisado por Cowan e Devine<sup>7</sup>. No estudo, os pacientes entrevistados descreveram utilizar esse tipo de alimentos como substitutos das drogas, para regular o humor, aliviar o tédio, satisfazer os desejos e como forma de estruturar o dia a dia, principalmente no período inicial e médio de abstinência. Podemos associar a isso o consumo diário de alimentos como pão francês (68%), pães brancos de forma (16%), sucos artificiais (48%), refrigerantes (32%), queijos amarelos (36%), embutidos com alto teor de gordura (36%) e balas e chicletes (32%). Oliveira *et al.*<sup>18</sup>, entretanto, observaram frequências de consumo diário de pães e refrigerantes um pouco menores em seu estudo, 56,86% e 27,45%, respectivamente.

Entre as limitações do presente estudo, pode-se inferir o tamanho da amostra, uma vez que se trata de uma população muito específica: homens, egressos de uma internação e frequentadores de um ambulatório para tratamento da dependência química. Assim, não é possível a extrapolação dos resultados para a população geral de homens usuários de drogas. Além disso, o fato de serem egressos de internação pode ter impacto, na medida em que na internação há acompanhamento nutricional, além de um padrão de refeições e alimentação bem estruturado que poderia conferir um estímulo para reestruturação de um padrão alimentar adequado na pós-alta. Também é necessário ressaltar que o QFA aplicado não foi desenvolvido com o objetivo de avaliar especificamente o consumo de alimentos ultraprocessados, sendo assim, contém um número limitado de alimentos, podendo haver outros alimentos ultraprocessados que são consumidos por esse grupo de pacientes, mas que não foram questionados. Ressalta-se, porém, que nesse estudo houve preocupação com a qualidade metodológica, foram utilizados instrumentos validados, dados antropométricos foram coletados em duplicata e os pesquisadores foram treinados para realizar as coletas de dados.

## CONCLUSÕES

Os resultados apresentados no presente trabalho mostram prevalência elevada de sobrepeso e obesidade, além de medida de CC alterada, bem como relato de aumento do consumo alimentar. Questões relacionadas ao número de

refeições diárias estão adequadas, porém observa-se consumo diário e semanal elevado de alimentos ultraprocessados.

Nesse contexto, sugere-se a necessidade da realização de estudos futuros longitudinais que possam aprofundar as pesquisas que relacionam consumo alimentar e dependência química, pois ainda não são conhecidas as consequências que o consumo de alimentos ultraprocessados podem provocar na doença, bem como sua interação no processo de abstinência da dependência química. Além disso, faz-se necessário que os profissionais da saúde desenvolvam estratégias que auxiliem o dependente químico em recuperação a incluir hábitos de alimentação e estilo de vida saudáveis.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Isadora Borne Ferreira** – Concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

**Camila Bosse Paiva** – Concepção e desenho do estudo e aprovação da versão final a ser publicada.

**Joana Corrêa de Magalhães Narvaez** – Concepção e desenho do estudo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

**Vera Lúcia Bosa** – Concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a serem declarados.

## AGRADECIMENTOS

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, pelo suporte financeiro.

## REFERÊNCIAS

- Campbell RJ. Dicionário de psiquiatria. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- United Nation Office On Drugs And Crime. World drug report 2014. New York: United Nations Publications; 2014.
- Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Senad; 2009.
- Zaleski M, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (Abed) para diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Rev. Bras Psiquiatr. 2006;28:142-8.
- Mohs ME, Watson RR, Leonard-Green T. Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine. J Am Diet Assoc. 1990;90(9):1261-7.
- Himmelgreen DA, Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Romero-Daza N, Tanasescu M, Singer M. A comparison of the nutritional status and food security of drug-using and non-drug-using Hispanic women in Hartford, Connecticut. Am J Phys Anthropol. 1998;107(3):351-61.
- Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. Appetite. 2008;50(1):33-42.
- Cowan JA, Devine CM. Diet and body composition outcomes of an environmental and educational intervention among men in treatment for substance addiction. J Nutr Educ Behav. 2013;45(2):154-8.
- Avena NM, Gold JA, Kroll C, Gold MS. Further developments in the neurobiology of food and addiction: update on the state of the science. Nutrition. 2012;28(4):341-3.
- Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. A new classification of food based on the extent and purpose of their processing. Cad Saude Publica. 2010;26(11):2039-49.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Switzerland: WHO; 2000. (WHO Technical Report Series n. 894).
- Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, et al. Bioelectrical impedance analysis – part I: review of principles and methods. Clin Nutr. 2004;23(5):1226-43.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>.
- Henn RL, Fuchs SC, Moreira LB, Fuchs FD. Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ-Porto Alegre) for adolescent, adult and elderly populations from Southern Brazil. Cad Saude Publica. 2010;26(11):2068-79.
- Brasil. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2013 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- Oliveira ERN, Marin IC, Ferruzzi L, Tenório MFS, Trindade E. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2005;9(2):91-6.
- Teo CRPA, Baldissera L, Rech FRF. Adequação da alimentação ao perfil dos dependentes químicos em uma comunidade terapêutica: um estudo de caso. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2011;7(3):199-25.
- Balbinot AD, Alves GSL, do Amaral Jr. AF, Araujo RB. Perfil antropométrico de dependentes de crack hospitalizados para desintoxicação. Rev HCPA. 2011;31(3):311-7.
- Willhelm FF, Escobar M, Perry IDS. Alterações na composição corporal e em parâmetros antropométricos de dependentes de crack internados em unidade de adição. J Bras Psiquiatr. 2013;62(3):183-90.
- Balbinot AD, Alves GSL, Amaral Jr. AF, Araujo RB. Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. J Bras Psiquiatr. 2011;60(3):205-9.
- Cozer M, Gouvêa LAVN. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de adolescentes frequentadores do CAPS AD de um município do oeste do Paraná. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4:145-54.
- Neale J, Nettleton S, Pickering L, Fischer J. Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. Addiction. 2012;107(3):635-41.
- Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). PLoS One. 2014;9(3):e92752.