

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição

LUIZA CORTINOVI DE ATHAYDES

**Fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no
ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química**

Porto Alegre

2017

LUIZA CORTINOVI DE ATHAYDES

**Fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no
ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nut. Vera Lúcia Bosa

Co-orientadora: Ms. Nut. Rafaela da Silveira Corrêa

Porto Alegre

2017

LUIZA CORTINOVI DE ATHAYDES

Fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Porto Alegre, 2017

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso “Fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso durante o tratamento para dependência química”, elaborado por Luiza Cortinovi de Athaydes, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Nut. Vera Lúcia Bosa – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ms. Nut. Rafaela da Silveira Corrêa – Co-orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Nut. Ana Beatriz Almeida de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ms. Nut. Ester Zoche
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Sandra e Paulo, pelo amor e apoio que me guiaram a esta conquista, obrigada por tudo;

À minha dinda, Tânia, que é uma das maiores inspirações para mim;

Ao meu avô, que foi uma das melhores pessoas que já conheci;

À minha avó, tio e demais familiares, obrigada pelo apoio e carinho;

Ao meu namorado, que sempre conseguiu me fazer sorrir e me apoiou constantemente durante todo esse processo, não tenho palavras suficientes para te agradecer;

Às minhas amigas, por me alegrar e tornar minha vida mais leve;

À minha colega e amiga, Bruna Velho, por todo o companheirismo e parceria durante os anos de faculdade e por toda a ajuda na realização deste trabalho;

À minha orientadora e professora, Vera Lúcia Bosa, pela oportunidade de trabalho e aprendizado;

À minha co-orientadora Rafaela da Silveira Corrêa, pelo auxílio e contribuições;

À nutricionista Isadora Borne Ferreira, pela oportunidade de utilizar os dados de sua pesquisa e pela participação na construção deste trabalho;

À nutricionista Fernanda Rockett, pela gentileza e disposição a me ajudar quando precisei;

Às nutricionistas Ester Zoche e Ana Beatriz Almeida de Oliveira, por aceitarem ser banca deste trabalho e contribuírem com o meu crescimento profissional.

RESUMO

Introdução: Evidências indicam a ocorrência de ganho de peso em usuários de drogas durante o tratamento da dependência química. No entanto, são escassos os estudos que avaliaram os fatores que influenciam esse processo. **Objetivos:** Estudar os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso de pacientes adultos do sexo masculino durante o tratamento ambulatorial da dependência química. **Métodos:** Estudo transversal com 25 pacientes adultos dependentes químicos em tratamento ambulatorial. Foram aferidos parâmetros antropométricos – peso, estatura e circunferência da cintura (CC) – e de composição corporal (percentual de gordura corporal – %GC). Os dados de peso referentes à alta da internação do mesmo hospital foram coletados em prontuários eletrônicos. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico para a avaliação da classe econômica; questionário de frequência alimentar (QFA) para investigação do consumo diário de alimentos ultraprocessados; e os instrumentos para avaliação dos escores de sintomas de depressão e ansiedade – Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Variáveis categóricas foram apresentadas por número absoluto e percentual e variáveis contínuas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. O teste qui-quadrado foi utilizado para detectar as associações. Foi considerado nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Embora sem significância estatística, foi observado ganho de peso e alteração do estado nutricional durante o tratamento ambulatorial da dependência química. Foram encontrados altos índices de excesso de peso (88%), com Índice de Massa Corporal (IMC) médio de $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$. As classes econômicas D/E foram associadas com o estado de eutrofia. Os indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de excesso de peso e CC aumentada. A maioria dos pacientes com escores moderado/grave para depressão e ansiedade apresentaram maiores índices de excesso de peso, medidas elevadas da CC e excesso de GC. As variáveis indicativas de excesso de peso e adiposidade foram expressivas nos indivíduos que apresentaram consumo diário de alimentos ultraprocessados. **Conclusão:** Os resultados deste estudo sugerem o envolvimento dos fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar no ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química.

Palavras-chave: ganho de peso; consumo alimentar; doenças psiquiátricas; dependentes químicos.

ABSTRACT

Introduction: Evidence indicates the occurrence of weight gain in drug users during treatment for chemical dependence. However, there are few studies that have evaluated the factors that influence this process. **Objectives:** To study the socioeconomic, psychiatric and food consumption factors involved in the weight gain of adult male patients during the outpatient treatment of chemical dependence. **Methods:** Cross-sectional study with 25 adult patients on outpatient treatment. Anthropometric parameters were measured - weight, height and waist circumference (WC) - and body composition (percentage of body fat). The weight data referring to discharge from the hospital were collected in electronic records. The instruments used were: socio-demographic questionnaire for the evaluation of the economic class; Food frequency questionnaire (FFQ) to investigate the daily consumption of ultraprocessed foods; and the instruments for evaluation of depression and anxiety symptoms scores - Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Categorical variables were presented by absolute and percentage number and continuous variables by mean and standard deviation or median and interquartile range. The chi-square test was used to detect associations. A significance level of 5% ($p \leq 0.05$) and a 95% confidence interval were considered. **Results:** Although not statistically significant, weight gain and altered nutritional status during treatment for chemical dependence were observed. High rates of overweight (88%) were found during outpatient treatment, with a mean BMI of 27.73 ± 4.15 kg / m². The economic classes D / E had a statistically significant association with the state of eutrophy. The individuals with higher schooling presented higher prevalence of overweight and increased WC. The majority of patients with moderate / severe scores for depression and anxiety had higher rates of overweight, high WC and excess body fat. The variables indicative of overweight and adiposity were expressive in individuals who presented daily consumption of ultraprocessed foods. **Conclusion:** Socioeconomic, psychiatric and food consumption factors are involved in weight gain during the outpatient treatment of chemical dependence.

Keywords: weight gain; food consumption; psychiatric diseases; chemical dependents.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos dados socioeconômicos, escores de sintomas psiquiátricos e sobre o uso de substâncias químicas.....53

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto aos dados antropométricos, de classificação do estado nutricional e de composição corporal durante o tratamento da dependência química.....55

Tabela 3. Associação entre as variáveis de estado nutricional durante o tratamento ambulatorial da dependência química e os fatores socioeconômicos, sintomas psiquiátricos e de consumo diário de alimentos ultraprocessados.....56

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1. Ganho de peso e alteração da classificação do estado nutricional durante o tratamento ambulatorial.....	57
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SNC – Sistema Nervoso Central

THC – Tetrahydrocannabinol

LSD – Lysergsäurediethylamid

OMS – Organização Mundial da Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HIV – Human Immunodeficiency Virus

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Science

CC – Circunferência da cintura

GC – Gordura corporal

BAI – Inventário de Ansiedade de Beck

BDI – Inventário de Depressão de Beck

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

E.M – Ensino Médio

SUMÁRIO

1.	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
1.1	DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	11
1.1.1	Definições e classificações.....	11
1.1.2	Quadro geral quanto ao uso de substâncias químicas.....	12
1.1.3	Impacto do uso de drogas na saúde: aspectos clínicos e nutricionais.....	14
1.2	DEPENDÊNCIA QUÍMICA E NUTRIÇÃO.....	15
1.2.1	A nutrição no contexto do dependente químico: usuário ativo e em tratamento de recuperação.....	15
1.2.2	Fatores que influenciam o estado nutricional do dependente químico em tratamento.....	17
1.2.2.1	Consumo alimentar.....	18
1.2.2.2	Condições socioeconômicas.....	18
1.2.2.3	Comorbidades psiquiátricas.....	19
2.	JUSTIFICATIVA.....	23
3.	OBJETIVOS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25
4.	ARTIGO ORIGINAL.....	30
	TABELAS.....	53
	FIGURAS.....	57
	APÊNDICES.....	58
	ANEXOS.....	67

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1.1.1 Definições e classificações

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, adição é uma condição complexa, que pode ser definida como doença cerebral crônica que causa o uso compulsivo de substâncias apesar de suas consequências prejudiciais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2017). No caso dos usuários de drogas, a dependência química caracteriza-se por ser uma síndrome biopsicossocial na qual prevalece a necessidade psicológica e/ou física de uma substância exógena (CAMPBELL, 2009).

Também chamadas de substâncias psicoativas, as drogas psicotrópicas são aquelas com a capacidade de influenciar o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), causando alterações nas sensações, emoções, humor, comportamento e nível de consciência do indivíduo. Os efeitos dessas substâncias no organismo dependem de diversos fatores, como o tipo de droga, a quantidade e o contexto em que é consumida, provocando, portanto, alterações diferentes para o corpo e a mente de cada pessoa. Em relação ao tipo de droga utilizada, há quatro formas de classificá-las: quanto à sua origem; aspecto legal; quanto aos seus efeitos e mecanismos de ação; e em relação ao local em que atua no cérebro (BARLETTA et al., 2009).

As drogas podem ser de origem natural, com a substância psicoativa encontrada na própria matéria-prima, como é o caso do Tetrahydrocannabinol (THC) ou maconha, como é conhecida popularmente; ou produzidas em laboratório, como as semissintéticas e as sintéticas, sendo a cocaína e o *ecstasy* alguns exemplos, respectivamente. O tabaco e o álcool, cuja produção, comércio e uso são permitidos do ponto de vista legal, são substâncias lícitas, enquanto as ilícitas são aquelas proibidas por leis específicas (BARLETTA et al., 2009; LIVRETO, 2013).

Quanto aos efeitos e mecanismos de ação, as substâncias psicoativas têm sido divididas em três grupos distintos: as depressoras, que reduzem e lentificam o funcionamento do SNC; as estimulantes, que ao contrário das depressoras, aceleram o funcionamento cerebral; e aquelas que causam alterações mentais como ilusões, alucinações e delírios, sendo

chamadas de substâncias perturbadoras do SNC. Como exemplos do primeiro grupo podem ser citados o álcool, opiáceos e benzodiazepínicos; do segundo, a cafeína, a cocaína e o seu derivado (*crack*); e, por fim, a maconha e o LSD-25 representando a última classificação (BARLETTA et al., 2009; CORSO, 2014; LIVRETO, 2013).

Ainda, as drogas podem ser classificadas quanto ao seu local de atuação no cérebro. Nos seres humanos, as drogas de abuso agem no sistema de recompensa, circuito cerebral que envolve as áreas corticais e as vias mesolímbicas. Quando consumidas, as substâncias psicoativas acionam esse sistema de recompensa, uma vez que ocasionam o disparo de neurônios liberadores de dopamina no núcleo *accumbens* (BARLETTA et al., 2009; LEAMON; WRIGHT; MYRICK, 2012; TRINKO et al., 2007). Como consequência, o usuário experiencia uma sensação de prazer e tem a tendência de repetir o consumo em função do processo de aprendizado associativo ocorrido após o processamento do estímulo por áreas corticais pré-frontais (BARLETTA et al., 2009; LEAMON; WRIGHT; MYRICK, 2012).

1.1.2 Quadro geral quanto ao uso de substâncias químicas

Na conjuntura mundial atual, a drogadição é considerada não apenas um problema social, mas também uma questão de saúde pública (PRATTA; SANTOS, 2009). Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas divulgado em 2016, é estimado que um a cada vinte indivíduos entre 15 e 64 anos fez uso de ao menos uma droga em 2014. Entende-se que aproximadamente 247 milhões de pessoas utilizaram drogas naquele ano, e destas, uma parcela correspondente a 29 milhões apresenta transtorno pelo abuso de substâncias químicas. Entretanto, os dados revelam que apenas um a cada seis dependentes químicos encontra-se em tratamento de recuperação (UNITED NATION OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Enquanto o álcool e o tabaco apresentam-se como as substâncias legalmente permitidas utilizadas em maior escala no mundo, a maconha permanece como a droga ilícita de maior consumo e acessibilidade. Em seguida, destaca-se o uso das anfetaminas, as quais ocupam a segunda posição entre as drogas ilícitas mais utilizadas globalmente. Entretanto, percebe-se que o padrão de consumo de drogas apresenta disparidades entre os gêneros. De forma geral, os homens têm uma probabilidade três vezes maior que as mulheres de usarem

maconha, cocaína ou anfetaminas, enquanto elas são mais propensas ao uso não medicinal de opioides e tranquilizantes (UNITED NATION OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Os dados disponíveis sobre o consumo de álcool, tabaco e outras drogas psicoativas no Brasil são referentes ao Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado em 2009, o qual reuniu as informações coletadas no I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nos anos de 2001 e 2005. Observa-se que, assim como no contexto global, o álcool e o tabaco apresentam as maiores prevalências de uso na vida, com 68,7% e 74,6% para o consumo de álcool nos anos de 2001 e 2005, respectivamente, e 41,1% e 44% para o tabaco. Com exceção destas, as drogas que apresentaram maior uso na vida em 2005 foram a maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste e o Sudeste ocupam as primeiras posições quanto ao percentual de uso na vida de qualquer droga (exceto álcool e tabaco), com 27,6% e 24,5%, respectivamente, seguidos pelas regiões Centro-Oeste (17%), Sul (14,8%) e Norte (14,4%). Quanto à dependência pelo uso destas substâncias, os resultados da pesquisa mostram que nos anos de 2001 e 2005, respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e 12,3% enquanto a de tabaco foi de 9,0% e 10,1%. Com exceção do álcool e tabaco, as drogas com maior dependência foram: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%) (BRASIL, 2009).

Entretanto, nos últimos anos vêm se observando algumas mudanças relevantes no panorama geral sobre o uso de drogas. Com exceção de lugares com elevada concentração de usuários de drogas injetáveis (Sudeste da Ásia e Leste da Europa), nota-se um declínio pronunciado do uso de drogas por via injetável em diversas regiões do mundo, como a Europa Ocidental e América do Norte, inclusive o Brasil. Em contrapartida, o crack tem ganhado cada vez mais espaço, principalmente nos mercados brasileiros. Uma pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) avaliou 26 capitais e o Distrito Federal. Pelos resultados foi possível estimar que o consumo de crack e/ou similares de forma regular é de, aproximadamente, 0,81%, o que corresponde a cerca de 370 mil usuários. Além disso, com exceção da maconha, a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas é de 2,28%, representando, aproximadamente, um milhão de usuários. Dessa forma, os dados mostram que os usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% do total de consumidores de drogas ilícitas nas capitais do Brasil (BRASIL, 2013).

1.1.1 Impacto do abuso de drogas na saúde

É bem descrito na literatura a relação entre o abuso de drogas e a ocorrência de complicações clínicas. Doenças cardiovasculares, renais, hepáticas, gastrointestinais, neurológicas e respiratórias são alguns exemplos, assim como a ocorrência de determinadas doenças relacionadas a comportamentos de risco muito prevalentes nessa população, como HIV, Hepatite B, C e D e doenças sexualmente transmissíveis (KESSLER et al., 2010). Entretanto, embora a coocorrência de sinais e sintomas, estudos mostram que há particularidades nas manifestações clínicas para cada substância química utilizada.

O consumo excessivo de álcool tem sido diretamente associado à morbidade e mortalidade de mais de trinta doenças. A exposição crônica a essa substância em quantidades elevadas está relacionada à ocorrência de cirrose hepática, varizes esofágicas, pancreatite aguda e crônica, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, tuberculose, pneumonia e neoplasias na cavidade oral, laringe, esôfago e fígado. Todavia, o álcool não apenas contribui para a deterioração da saúde do usuário. Principalmente nos casos de exposição aguda, foi observado que entre visitas ao Pronto-Socorro o álcool está envolvido em quase 70% dos homicídios e 50% dos acidentes de automóvel, assim como em 40% dos suicídios, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais (DO AMARAL; MALBERGIER; DE ANDRADE, 2010; MARÍN-LEÓN; DE OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

A cocaína, o crack e a maconha apresentam uma característica importante em comum: a inalação como forma de administração. Dessa forma, é comum que os usuários dessas drogas apresentem lesões no trato aerodigestivo superior em função dos seus efeitos irritativos e das queimaduras ocorridas pela inalação de gases quentes em uma mucosa já anestesiada pelo efeito da droga (NASSIF FILHO et al., 1999). Além disso, o risco para o desenvolvimento de problemas respiratórios e neoplasias é aumentado em função de serem substâncias inaladas (LIVRETO, 2013; LEAMON; WRIGHT; MYRICK, 2012).

Com o consumo dessas drogas, a saúde bucal dos usuários também tende a ser prejudicada. A candidíase oral e xerostomia costumam se desenvolver em usuários da maconha uma vez que o THC prejudica a produção de células de defesa, aumentando os riscos de infecção. No caso dos dependentes da cocaína e do crack, o hábito de esfregar a substância sobre a superfície gengival para aumentar a velocidade de absorção provoca irritação e lesões, causando necrose tecidual (COLODEL et al., 2008). Ademais, são comuns

queixas de dor, disfagia, alteração do olfato e do paladar, cáries frequentes e desgastes dentais nessa população (COLODEL et al., 2008; NASSIF et al., 1999).

Estudos vêm mostrando que a cocaína também está associada com doenças cardiovasculares crônicas e agudas, como cardiomiopatias, infarto agudo do miocárdio, arritmias e hipertensão (KLONER; REZKALLA, 2003). Em casos de intoxicação aguda, os usuários podem apresentar anorexia e sintomas de náusea, vômitos e diarreia (BALBINOT et al., 2011).

Dessa forma, considerando a repercussão do abuso de substâncias químicas na saúde bucal e nos sistemas digestivo, respiratório e cardiovascular, é evidente que o estado nutricional dos dependentes químicos também é comprometido. O impacto do uso das substâncias químicas no estado nutricional ocorre tanto direta quanto indiretamente. Complicações clínicas à parte, estudos têm demonstrado que além de agir sobre o metabolismo de nutrientes específicos, o uso de drogas afeta o paladar, apetite, comportamento alimentar e o consumo de líquidos, alterando, portanto, o metabolismo e peso dos indivíduos (MOHS, WATSON, LEONARD-GREEN, 1990; OLIVEIRA et al., 2005).

1.2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E NUTRIÇÃO

A relação entre o abuso de drogas e a nutrição é descrita na literatura em três contextos: perfil nutricional do usuário de drogas ativo; daquele que foi recém-admitido no tratamento para dependência química; e do que se encontra mais avançado no tratamento de reabilitação. Em todos os casos, a droga e a associação de múltiplas substâncias desempenham um papel central na alteração do estado nutricional e hábitos alimentares dos usuários.

1.2.1 A nutrição no contexto do dependente químico: usuário ativo e em tratamento de recuperação

No aspecto nutricional, dependentes químicos sob uso crônico de drogas e aqueles recém-admitidos em unidades de reabilitação apresentam vários pontos em comum: alta prevalência de desnutrição, anorexia, deficiência de micronutrientes e hábitos alimentares

inadequados, caracterizados pelo alto consumo de frituras e doces, baixa ingestão de vegetais (HIMMELGREEN et al., 1998; NAZRUL ISLAM et al., 2002; ROSS et al., 2012) e número muito baixo de refeições realizadas por semana (HIMMELGREEN et al., 1998).

Em reflexo ao contexto de desorganização social, familiar e individual no qual os dependentes químicos estão inseridos (RIGOTTO; GOMES, 2002), observa-se um comportamento alimentar disfuncional, podendo o termo “caos alimentar” inclusive ser aplicado para esses indivíduos. A droga apresenta-se como o aspecto central de suas vidas, sendo mais valorizada que questões necessárias para a sobrevivência, como a própria alimentação. Autores descrevem que quase a totalidade dos usuários referem alteração nos hábitos alimentares e pouco apetite quando utilizam drogas, inclusive rejeitando completamente os alimentos, podendo passar dias sem se alimentar (COWAN; DEVINE, 2008; ETCHEPARE et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2005). Quando alguma refeição era realizada, os usuários procuravam consumir principalmente doces, além de alimentos com baixo custo, acessíveis e de rápido preparo (NEALE et al., 2011).

O paradigma muda quando se trata de usuários de drogas em estado mais avançado no tratamento de reabilitação. Após a abstinência, excesso de peso e hábitos alimentares disfuncionais têm sido observados nessa população, assim como alta prevalência de compulsão alimentar, ingestão alimentar em excesso (COWAN; DEVINE, 2008; COWAN; DEVINE, 2013; HODGKINS et al., 2004) e altas taxas de distúrbios alimentares (CEPIK et al., 1995).

O estudo de Cowan e Devine ilustra bem esses achados quando descreve o ganho de peso, significado do alimento e hábito alimentar de homens em diferentes estágios do tratamento de recuperação da dependência química. Foi constatado que os indivíduos que se encontravam principalmente mais no início do tratamento apresentavam práticas alimentares disfuncionais, como compulsão alimentar e a chamada “alimentação emocional”, e utilizavam os alimentos como substitutos às drogas para regular o humor, aliviar o tédio, oferecer estrutura no dia a dia e satisfazer desejos compulsivos. Quanto aos homens que se encontravam no meio ou no fim do tratamento de recuperação, foi expresso por eles preocupação em relação ao peso, visto que o ganho de peso na fase inicial do tratamento excedeu em alguns casos o peso perdido durante o período de abstinência (COWAN; DEVINE, 2008).

Diversas teorias científicas têm tentado explicar os mecanismos para o acontecimento desse fenômeno. As respostas parecem recair sobre as várias similaridades entre os processos

de dependência química e obesidade descritas na literatura. Foi identificado que o consumo de alimentos hiperpalatáveis causa a ativação das mesmas regiões cerebrais de recompensa e prazer que são ativadas por drogas de abuso (TRINKO et al., 2007; VOLKOW et al., 2013). Tanto as drogas quanto os alimentos, particularmente os alimentos hiperpalatáveis ricos em gordura e açúcar, têm poderosos efeitos de reforço, que são em parte mediados por aumentos abruptos de dopamina nos centros de recompensa cerebrais (SINGH, 2014; TRINKO et al., 2007; VOLKOW et al., 2013). A ativação suprafisiológica das células de dopamina em resposta ao uso de drogas é experimentada como altamente marcante; assim, o consumo frequente de drogas pode elevar os limiares necessários para a ativação e sinalização das células dopaminérgicas (VOLKOW et al., 2009). Similarmente, o padrão repetitivo de ingestão alimentar visando sentimentos positivos e gratificação leva à ativação de caminhos de recompensas cerebrais que, eventualmente, se sobrepõem a outros sinais de saciedade e fome (SINGH, 2014).

Uma das explicações mais aceitas descreve o paciente obeso e o usuário de drogas como deficientes no sistema de recompensa devido à reduzida disponibilidade do receptor de dopamina, principalmente o receptor de dopamina D2. Dessa forma, hipoteticamente, o indivíduo consumiria mais alimentos ou drogas como forma de compensação pelo preexistente estado de recompensa reduzido, causando, portanto, o desenvolvimento da obesidade ou dependência química (HODGKINS et al., 2004; TRINKO et al., 2007; VOLKOW et al., 2013).

1.2.2 Fatores que influenciam o estado nutricional do dependente químico em tratamento

A dependência química é uma doença de estilo de vida (NAZRUL ISLAM et al., 2002). Em função do início do tratamento de recuperação, a suspensão desse estilo de vida associado intimamente ao abuso frequente de drogas tende a afetar diretamente o apetite e os hábitos alimentares dos usuários (ROSS et al., 2012). Como consequência, é comum a ocorrência de ganho de peso e alteração do estado nutricional nesses indivíduos (COWAN; DEVINE, 2008; HODGKINS et al., 2004).

Com base na literatura, são analisados nesse estudo os seguintes fatores como possíveis contribuintes para a ocorrência desse fenômeno: o consumo alimentar, o perfil socioeconômico e a presença de comorbidades psiquiátricas.

1.2.2.1 Consumo alimentar

Observa-se alta tendência ao ganho de peso durante o tratamento para dependência química (COWAN; DEVINE, 2008; COWAN; DEVINE, 2013, 2008; HODGKINS et al., 2004; NEALE et al., 2012). Uma explicação para isto é que, uma vez internados, os indivíduos passam a receber uma alimentação estruturada conforme o cardápio e horários estabelecidos pela instituição (OLIVEIRA et al., 2005; SAELAND et al., 2008) ao mesmo tempo em que se encontram em processo de desintoxicação das drogas (COWAN; DEVINE, 2008; HODGKINS et al., 2004; NEALE et al., 2012).

Abstinentes, os dependentes químicos apresentam significativo aumento do apetite e costumam procurar uma alimentação caracterizada por alimentos pobres em nutrientes e ricos em calorias, carboidratos e gorduras (COWAN; DEVINE, 2008; OLIVEIRA et al., 2005). Esses alimentos pertencem à classificação de produtos alimentícios denominada 'ultraprocessados'. Segundo Monteiro et al., esses alimentos foram desenvolvidos para serem prontos para comer ou para aquecer com pouca ou sem nenhuma necessidade de preparação. O processo industrial dos alimentos ultraprocessados visa criar produtos duráveis, acessíveis e atrativos pela conveniência do seu consumo e por sua alta palatabilidade (MONTEIRO et al., 2010). Dessa forma, observa-se que uma grande parcela dos alimentos hiperpalatáveis são também ultraprocessados. Embora o consumo desses alimentos não seja prejudicial à saúde enquanto consumido em pequenas quantidades e aliado a outras fontes nutricionais (MOODIE et al., 2013), o novo Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda que o seu consumo seja evitado sempre que possível uma vez que é diretamente relacionado a diversos danos à saúde, como o aumento da predisposição a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (MONTEIRO et al., 2010; BRASIL; 2014).

1.2.2.2 Condições socioeconômicas

É bem documentado que fatores socioeconômicos, principalmente educação e renda, têm um papel contributivo ao estado nutricional dos indivíduos, inclusive de dependentes químicos (HIMMELGREEN et al., 1998; NAZRUL ISLAM et al., 2002; NEALE et al., 2012). Entretanto, uma vez que a maioria dos estudos na área avaliam os usuários de drogas ativos ou que recém foram admitidos em unidades de reabilitação, o perfil socioeconômico

dos mesmos costuma ser associado à insegurança alimentar e desnutrição (HIMMELGREEN et al., 1998; NAZRUL ISLAM et al., 2002). Já nas pesquisas com dependentes químicos em tratamento de recuperação, embora atualmente se identifique um perfil socioeconômico bem definido caracterizado por indivíduos de classe média com pouca escolaridade (OLIVEIRA et al., 2005; SILVA et al., 2013), não se observa uma associação direta entre questões socioeconômicas e o ganho de peso durante o tratamento de reabilitação.

Em pesquisa desenvolvida com 253 usuários de drogas admitidos em um Centro de tratamento da dependência química na cidade de Dhaka, Bangladesh, foi encontrada relação positiva entre educação, renda e índices nutricionais nessa população. O grupo de dependentes químicos apresentou menor IMC que o grupo controle composto por não usuários de drogas, e observou-se que o IMC dos usuários aumentou conforme a elevação do nível de escolaridade e renda. Além disso, nessa amostra a parcela de indivíduos mais nova (18 a 29 anos) e solteira apresentou o IMC um pouco mais elevado (NAZRUL ISLAM et al., 2002).

No estudo de Oliveira et al., o qual avaliou dependentes químicos que se encontravam em diferentes estágios do tratamento de recuperação, observou-se alta prevalência de eutrofia (76,92%) e sobrepeso (19,23%). Destaca-se que o nível de escolaridade dos participantes foi muito baixo, visto que mais da metade dos indivíduos (53,84%) referiu ter cursado somente o 1º grau e, destes, a maioria (40,38%) foi de forma incompleta. Além disso, os autores revelaram o que eles chamaram de “analfabetismo nutricional” entre esses indivíduos, uma vez que cerca de 80% dos entrevistados demonstrou desconhecimento sobre conceitos básicos de nutrição (OLIVEIRA et al., 2005).

Outra questão interessante foi abordada por um estudo desenvolvido com usuários e ex usuários de heroína. Segundo os participantes, o custo e a acessibilidade eram um dos principais critérios para a escolha de alimentos durante os períodos de drogadição (NEALE et al., 2012). Dessa forma, supõe-se que os fatores socioeconômicos possam contribuir para a realização de más escolhas alimentares e ganho de peso.

1.2.2.3 Comorbidades psiquiátricas

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) divide os transtornos relacionados a substâncias em dois grupos: transtornos por uso de substância e

transtornos induzidos por substância. No segundo grupo, além das condições de intoxicação e abstinência, identificam-se os transtornos mentais induzidos pelo uso de substâncias/medicamentos, como os transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, delirium e transtornos neurocognitivos. Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento costumam ser transitórios, porém podem ser potencialmente graves. Em função dos efeitos das substâncias de abuso, às vezes desenvolvem-se síndromes persistentes do SNC (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, aproximadamente um terço da população usuária de substâncias psicoativas apresenta comorbidades psiquiátricas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012). Quando comparados com indivíduos que não fazem uso de drogas psicotrópicas, os dependentes químicos apresentam maiores chances de desenvolver algum transtorno psiquiátrico (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Entretanto, destaca-se que essa relação é bidirecional. A presença de doenças psiquiátricas é considerada um fator contribuinte ao uso abusivo de drogas e para o desenvolvimento da dependência química. Em ambos os casos, seja a dependência química ou a doença psiquiátrica o transtorno mental primário, observa-se que a associação dessas condições dificulta o tratamento e torna o prognóstico mais reservado, principalmente em casos de poliusuários de drogas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Diversos estudos têm descrito a depressão e a ansiedade como as comorbidades mais prevalentes entre dependentes químicos (HERRERO et al., 2008; WATKINS et al., 2004). Um estudo realizado com adolescentes de escolas públicas da Cidade do Cabo, África do Sul, examinou a coocorrência de psicopatologias e uso de drogas. Ansiedade foi associada com a maconha; enquanto a depressão teve relação significativa com consumo de álcool, maconha e solventes (SABAN; FLISHER; DISTILLER, 2010).

Por outro lado, os sintomas psiquiátricos e as manifestações psicopatológicas têm sido tema de estudo na área da Nutrição. Autores declaram que não há dúvida de que o humor e as emoções influenciam o comportamento alimentar em seres humanos (LEIGH GIBSON, 2006; SINGH, 2014; TORRES; NOWSON, 2007; ZELLNER; SAITO; GONZALEZ, 2007). A escolha alimentar é um processo complexo e multidimensional, influenciado por uma grande variedade de fatores, inclusive psicológicos (YANNAKOULIA et al., 2008). Sabe-se que

consumir uma refeição certamente irá alterar o humor e a predisposição emocional, tipicamente reduzindo a excitação e irritabilidade, e aumentando a calma e o afeto positivo. Entretanto, este efeito depende de alguns fatores, como o tamanho e a composição da refeição, em relação ao hábito alimentar, expectativas e necessidades do indivíduo (LEIGH GIBSON, 2006).

O estresse parece ser o denominador comum dentre os fatores emocionais envolvidos no comportamento alimentar de humanos e animais. A ingestão alimentar tende a ser alterada pelo estresse de duas formas, resultando em baixo ou alto consumo alimentar, o qual pode ser influenciado pela severidade do fator estressor e por particularidades intrínsecas do indivíduo (TORRES; NOWSON, 2007). Todavia, é observado que, de uma forma geral, o estilo de vida marcado por estresse crônico está associado com a preferência por alimentos de alta densidade energética e ricos em gorduras e açúcares (LEIGH GIBSON, 2006; ZELLNER; SAITO; GONZALEZ, 2007; ZELLNER et al., 2006) o que costuma estar associado ao ganho de peso, principalmente em homens (TORRES; NOWSON, 2007).

Os indivíduos podem experimentar diferentes situações estressoras ao longo dos anos, e as respostas a elas variam quanto a sua forma de apresentação. Em diversos casos é possível ocorrer manifestações como sintomas de ansiedade e depressão, ou até mesmo transtornos psiquiátricos definidos (MARGIS et al., 2003). Assim como a ansiedade e a depressão, também acompanham o estresse crônico outros estados emocionais associados a emoções como raiva, apatia, mal-estar e alienação. Dentre as respostas para os estados crônicos e agudos de estresse encontram-se uma série de comportamentos relacionados ao consumo alimentar e uso de drogas (TORRES; NOWSON, 2007).

Há dois termos muito utilizados para se referir ao tipo de alimentação e alimentos consumidos por indivíduos depressivos e ansiosos: “*emotional eating*” e “*comfort foods*”. A teoria do *emotional eating* foi originada pelo pensamento psicodinâmico e pode ser definida como o processo de alimentar-se em resposta a emoções negativas. O pressuposto principal da teoria é que as emoções negativas têm o potencial de induzir o consumo alimentar, ocorrendo, como consequência, a redução do estado emocional negativo (MACHT, 2008). Essa linha de pensamento vai de encontro com a teoria descrita por Dallman et al. de que comer pode servir como uma consolidação e/ou compensação ao estresse. Assim, hipotetiza-se que as pessoas consomem os alimentos denominados *comfort food* – alimentos de alta densidade energética comumente contendo alta quantidade de carboidratos e gorduras, como os doces – na tentativa de reduzir a sensação de estresse e ansiedade (DALLMAN et al., 2003). Esses alimentos

trazem conforto para o indivíduo em função da sua hiperpalatabilidade, e atualmente fazem parte da categoria de alimentos ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2010).

Torna-se clara a preferência pelo consumo de alimentos palatáveis (*comfort food*) como forma de aliviar sentimentos negativos relacionados à ansiedade, estresse e depressão (LEIGH GIBSON, 2006; MACHT, 2008; ZELLNER; SAITO; GONZALEZ, 2007; ZELLNER et al., 2006). Entretanto, destaca-se que embora alimentos hiperpalatáveis possam promover certo alívio de emoções e humor negativos em curto prazo, o consumo crônico desses alimentos por fim causará ganho de peso e possivelmente o desenvolvimento da obesidade, a qual, por sua vez, promove vulnerabilidade à depressão e ansiedade (HRYHORCZUK; SHARMA; FULTON, 2013; SHARMA; FULTON, 2013).

2. JUSTIFICATIVA

A dependência química é uma doença prevalente em indivíduos de diversas faixas etárias globalmente, que compromete a saúde em todas as suas instâncias: física, psicológica e social. Do ponto de vista nutricional, observa-se alta prevalência de excesso de peso, hábitos alimentares disfuncionais e compulsão alimentar em indivíduos em recuperação do abuso de drogas. Embora o ganho de peso seja um resultado encontrado em diversos estudos com dependentes químicos em tratamento de recuperação, pouco se sabe sobre os fatores envolvidos nesse processo. A maioria das pesquisas, entretanto, avaliaram os usuários no momento da admissão hospitalar, sendo escassos os estudos com indivíduos em estágio mais avançado no tratamento para dependência química. Além disso, até então não parece haver estudos disponíveis na literatura científica que avaliem a relação entre o estado nutricional e consumo alimentar com a presença de comorbidades psiquiátricas em usuários de substâncias psicoativas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso de pacientes do sexo masculino de uma unidade de adição de Porto Alegre durante o tratamento ambulatorial da dependência química.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar o perfil socioeconômico da população estudada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP);
- II. Avaliar os dados antropométricos de altura e peso no momento da alta da internação hospitalar;
- III. Avaliar os indicadores de estado nutricional durante o tratamento ambulatorial: indicadores antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura) e de distribuição de gordura corporal (percentual de gordura corporal) por meio de impedância bioelétrica (BIA);
- IV. Analisar a alteração do peso e índice de massa corporal entre a alta da internação e o momento da avaliação durante o tratamento de recuperação ambulatorial;
- V. Avaliar o consumo diário de alimentos ultraprocessados durante o tratamento ambulatorial por meio de um questionário de frequência alimentar validado para a população de Porto Alegre;
- VI. Avaliar sintomas de ansiedade e depressão por meio de questionários de Beck;
- VII. Analisar a relação entre os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar com os indicadores de estado nutricional avaliados no tratamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **What Is Addiction?** Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>>. Acesso em: 15 maio. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Projeto Diretrizes - Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas. **Associação Médica Brasileira**, 2012.

BALBINOT, A. D. et al. Perfil antropométrico de dependentes de crack hospitalizados para desintoxicação. **Rev. HCPA** v. 31, n. 3, p. 311–317, 2011.

BARLETTA, C. M. B. et al. **Capacitação para multiplicadores de ações de prevenção às drogas.** Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, 2009. 170 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas.** Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil.** Brasília: SENAD, 2013. 25 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. 272 p.

CAMPBELL, R. J. **Dicionário de psiquiatria.** 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 824p.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas.** 5. ed. Brasília, 2013. 65 p.

- CEPIK, A. et al. Bulimia in a male alcoholic: A symptom substitution in alcoholism. **International Journal of Eating Disorders**, v. 17, n. 2, p. 201–204, 1995.
- COWAN, J. A.; DEVINE, C. M. Diet and Body Composition Outcomes of an Environmental and Educational Intervention among Men in Treatment for Substance Addiction. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 45, n. 2, p. 154–158, 2013.
- COWAN, J.; DEVINE, C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite**, v. 50, n. 1, p. 33–42, 2008.
- DALLMAN, M. F. et al. Chronic stress and obesity: A new view of “comfort food”. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 100, n. 20, p. 11696–11701, 2003.
- DO AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; DE ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. SUPPL. 2, p. 5104–5111, 2010.
- ETCHEPARE, M. et al. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. **Revista da Amrigrs**, v. 55, n. 2, p. 140–146, 2011.
- HERRERO, M. J. et al. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: Induced versus independent disorders. **Addiction**, v. 103, n. 2, p. 284–293, 2008.
- HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M. DE; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 1, p. 171–178, 2012.
- HIMMELGREEN, D. A. et al. A comparison of the nutritional status and food security of drug-using and non-drug-using hispanic women in Hartford, Connecticut. **American Journal of Physical Anthropology**, v. 107, n. 3, p. 351–361, 1998.
- HODGKINS, C. C. et al. Adolescent drug addiction treatment and weight gain. **Journal of addictive diseases**, v. 23, n. 3, p. 55–65, 2004.
- HRYHORCZUK, C.; SHARMA, S.; FULTON, S. E. Metabolic disturbances connecting obesity and depression. **Frontiers in Neuroscience**, v. 7, 2013.

KESSLER, F et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 32, n. 2, p. 48–56, 2010.

KLONER, R. A.; REZKALLA, S. H. Cocaine and the Heart. **N Engl J Med**, v. 348, p. 487–488, 2003.

LEAMON, M. H.; WRIGHT, T. M.; MYRICK, H. **Transtornos relacionados a substâncias**. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD G. O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.388-430.

LEIGH GIBSON, E. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. **Physiology and Behavior**, v. 89, n. 1, p. 53–61, 2006.

MACHT, M. How emotions affect eating: A five-way model. **Appetite**, v. 50, p. 1-11, 2008.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. suplemento 1, p. 65–74, 2003.

MARÍN-LEÓN, L.; DE OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 115–121, 2007.

MOHS, M. E.; WATSON, R. R.; LEONARD-GREEN, T. Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 90, n. 9, p. 1261–1267, 1990.

MONTEIRO, C. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.11, p.2039-2049, 2010.

MOODIE, R. et al. Profits and pandemics: Prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **The Lancet**, v. 381, n. 9867, p. 670–679, 2013.

NASSIF FILHO, A. C. N. et al. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, p. 237–241, 1999.

NAZRUL ISLAM, S. K. et al. Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. **The British journal of nutrition**, v. 88, n. 5, p. 507–13, 2002.

NEALE, J. et al. Eating patterns among heroin users: A qualitative study with implications for nutritional interventions. **Addiction**, v. 107, n. 3, p. 635–641, 2012.

OLIVEIRA, E. R. N. DE et al. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. **Arq.Ciênc.Unipar**, v. 9, n. 2, p. 91–96, 2005.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. DOS. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203–211, 2009.

RIBEIRO, M. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA R (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed. 2012. p. 239-50.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 95–106, 2002.

ROSS, L. J. et al. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. **Nutrition**, v. 28, n. 7-8, p. 738–743, 2012.

SABAN, A.; FLISHER, A. J.; DISTILLER, G. Association between psychopathology and substance use among school-going adolescents in Cape Town, South Africa. **Journal of psychoactive drugs**, v. 42, n. 4, p. 467–76, 2010.

SAELAND, M. et al. High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. **The British Journal of Nutrition**, v. 105, n. 4, p. 618–624, 2011.

SHARMA, S.; FULTON, S. Diet-induced obesity promotes depressive-like behaviour that is associated with neural adaptations in brain reward circuitry. **International Journal of Obesity**, v. 37, n. 3, p. 382–389, 2013.

SILVA, L. et al. Aspectos socioeconomicos de dependentes químicos internados para desintoxicação. **Arch Health Invest**, v. 2, p. 3009, 2013.

SINGH, M. Mood, food and obesity. **Frontiers in Psychology**, v. 5, n. AUG, p. 1–35, 2014.

TORRES, S. J.; NOWSON, C. A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. **Nutrition**, v. 23, p. 887-894, 2007.

TRINKO, R. et al. Neural mechanisms underlying obesity and drug addiction. **Physiology and Behavior**, v. 91, n. 5, p. 499–505, 2007.

UNITED NATION OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2016**. New York: United Nations, 2016. 174 p.

VOLKOW, N. D. et al. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. **Neuropharmacology**, v. 56, n. 1, p. 3-8, 2009.

VOLKOW, N. D. et al. Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. **Obesity Reviews**, v. 14, 2-18, 2013.

WATKINS, K. E. et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 30, n. 4, p. 749–64, 2004.

YANNAKOULIA, M. et al. Eating habits in relations to anxiety symptoms among apparently healthy adults. A pattern analysis from the ATTICA Study. **Appetite**, v. 51, n. 3, p. 519–525, 2008.

ZELLNER, D. A. et al. Food selection changes under stress. **Physiology and Behavior**, v. 87, n. 4, p. 789–793, 2006.

ZELLNER, D. A.; SAITO, S.; GONZALEZ, J. The effect of stress on men's food selection. **Appetite**, v. 49, n. 3, p. 696–699, 2007.

4. ARTIGO ORIGINAL

Revista de escolha:

Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)

Fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química

Socioeconomic, psychiatric and food consumption factors involved in weight gain during the outpatient treatment of chemical dependence

Ganho de peso em adictos

Weight gain in addicts

Luiza Cortinovi de Athaydes¹, Isadora Borne Ferreira⁴, Camila Bosse Paiva⁵, Joana Corrêa de Magalhães Narvaez⁵, Rafaela da Silveira Corrêa^{2,4}, Vera Lúcia Bosa^{3,4}.

¹ Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

² Uniritter – Centro Universitário Ritter dos Reis, Porto Alegre, Brasil.

³ Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN), Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁵ Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Autor correspondente: Luiza Cortinovi de Athaydes

E-mail: lucathaydes@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Estudar os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso de adultos durante o tratamento ambulatorial da dependência química. **Métodos:** Estudo transversal com 25 homens adultos em tratamento ambulatorial da dependência química. Aferiram-se parâmetros antropométricos (peso, estatura e circunferência da cintura – CC) e de composição corporal (percentual de gordura corporal – % GC), além de coletados dados em prontuário eletrônico. Foram utilizados os instrumentos: questionário sociodemográfico; questionário de frequência alimentar (QFA) para avaliar o consumo diário de alimentos ultraprocessados; o Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Variáveis categóricas foram apresentadas por número absoluto e percentual e as contínuas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. O teste qui-quadrado foi utilizado para detectar as associações. Foi considerado nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Observou-se ganho de peso e alteração do estado nutricional durante o tratamento (sem significância estatística). As classes econômicas D/E apresentaram associação ($p=0,001$) com eutrofia. Os indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de excesso de peso ($p=0,243$) e CC aumentada ($p=0,107$). A maioria dos pacientes com escores moderado/grave para depressão e ansiedade apresentaram maiores índices de excesso de peso, CC elevada e excesso de GC ($p < 0,05$). As variáveis de excesso de peso foram expressivas naqueles que apresentaram consumo diário de alimentos ultraprocessados. **Conclusão:** O presente estudo sugere o envolvimento dos fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar no ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química.

Palavras-chave: ganho de peso; consumo alimentar; doenças psiquiátricas; dependentes químicos.

ABSTRACT

Objectives: To study the socioeconomic, psychiatric and food consumption factors involved in adult weight gain during the outpatient treatment of chemical dependence. **Methods:** Cross-sectional study with 25 adult men on outpatient treatment of chemical dependence. Anthropometric parameters (weight, height and waist circumference - CC) and body composition (percentage of body fat -% BF) were measured, in addition to data collected in electronic medical records. The following instruments were used: sociodemographic questionnaire; Food frequency questionnaire (FFQ) to evaluate the daily consumption of ultraprocessed foods; The Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Categorical variables were presented by absolute and percentage number and the continuous variables by mean and standard deviation or median and interquartile range. The chi-square test was used to detect associations. A significance level of 5% ($p \leq 0.05$) was considered. **Results:** Weight gain and altered nutritional status were observed during treatment (without statistical significance). The economic classes D / E presented a statistically significant association ($p = 0.001$) with eutrophy. The individuals with higher schooling presented higher prevalence of overweight ($p=0,243$) and increased WC ($p=0,107$). Most patients with moderate / severe scores for depression and anxiety had higher rates of overweight, high WC and excessive BF ($p < 0,05$). The variables of overweight were expressive in those who presented daily consumption of ultraprocessed foods. **Conclusion:** The present study suggests the involvement of socioeconomic, psychiatric and food consumption factors in weight gain during the outpatient treatment of chemical dependence.

Keywords: weight gain; food consumption; psychiatric diseases; chemical dependents.

INTRODUÇÃO

Atualmente a drogadição é considerada não apenas um problema social, mas também uma questão de saúde pública¹. Aproximadamente 247 milhões de pessoas utilizaram drogas no ano de 2014, e destas, uma parcela correspondente a 29 milhões apresenta transtorno pelo abuso de substâncias químicas. Entretanto, os dados revelam que apenas um a cada seis dependentes químicos encontra-se em tratamento de recuperação². No Brasil, os dados disponíveis indicam uma estimativa de dependentes de álcool de 12,3%, de tabaco de 10,1%, de maconha de 1,2%, de benzodiazepínicos de 0,5%, de solventes de 0,2% e de estimulantes de 0,2%³. O derivado da cocaína, *crack*, tem ocupado cada vez mais os mercados brasileiros. Os dados mostram que os usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% do total de consumidores de drogas ilícitas nas capitais do Brasil⁴.

O uso crônico de drogas está associado a diversas complicações clínicas, como as doenças cardiovasculares, renais, hepáticas, gastrointestinais, neurológicas e respiratórias, assim como a ocorrência de doenças relacionadas a comportamentos de risco, como o HIV, Hepatite B, C e D e doenças sexualmente transmissíveis⁵. Ainda, nos usuários de maconha, cocaína e crack, são comuns lesões no trato aerodigestivo superior⁶, além de apresentarem risco aumentado para neoplasias em função de serem substâncias inaladas⁷. Considerando os efeitos multissistêmicos do abuso de drogas, é evidente que o estado nutricional dos dependentes químicos também é comprometido. Estudos têm demonstrado que além de agir sobre o metabolismo de nutrientes específicos, o uso de drogas compromete o apetite, comportamento alimentar e o consumo de líquidos, alterando, portanto, o metabolismo e o peso dos indivíduos^{8,9}.

Os estudos que buscam explorar a relação entre o abuso de drogas e a área da nutrição avaliam o dependente químico em três contextos: durante o período ativo de drogadição; no momento da admissão hospitalar e início do tratamento de desintoxicação; e quando os indivíduos se encontram em estágio mais avançado no tratamento de recuperação. Entretanto, são as duas primeiras situações que concentram o maior número de informações disponíveis na literatura. Os estudos indicam várias similaridades entre os usuários ativos e aqueles recém-admitidos em unidades de adição: a droga tende a ser mais valorizada que a própria alimentação, o que favorece a alta prevalência de desnutrição, anorexia e deficiência de micronutrientes encontradas nesses indivíduos^{10,11,12}.

O paradigma muda quando se trata de usuários de drogas mais avançados no tratamento de reabilitação. Autores da área relatam alta tendência ao ganho de peso durante o tratamento para dependência química^{13,14,15,16}, em alguns casos inclusive excedendo o peso perdido durante o período de drogadição¹⁴. Com base na literatura disponível, são analisados os seguintes fatores como possíveis contribuintes para a ocorrência desse fenômeno: o consumo alimentar, o perfil socioeconômico e a presença de comorbidades psiquiátricas.

Uma vez internados para o tratamento de adição, os indivíduos passam a receber uma alimentação estruturada conforme o cardápio e horários estabelecidos pela instituição^{9,17} ao mesmo tempo em que se encontram em processo de desintoxicação das drogas^{14,16}. Abstinentes, esses indivíduos apresentam significativo aumento do apetite e tendem a procurar alimentos hiperpalatáveis pobres em nutrientes e ricos em calorias, carboidratos e gorduras como tentativa de substituir as drogas, assim como para regular o humor, aliviar o tédio, oferecer estrutura no cotidiano e satisfazer desejos compulsivos^{9,14}. Atualmente esses alimentos fazem parte de uma nova categoria de alimentos, denominados “ultraprocessados”^{18,19}. Pesquisadores identificaram que o consumo de alimentos hiperpalatáveis causa a ativação das mesmas regiões cerebrais de prazer e recompensa que são acionadas por drogas de abuso^{20,21}.

A contribuição de fatores socioeconômicos, principalmente educação e renda, têm um papel importante no estado nutricional dos indivíduos. Este fato também é observado entre a população dependente química^{11,12,16}, a qual tem sido representada principalmente por indivíduos de classe média com pouca escolaridade^{9,22}. Foi encontrada uma relação positiva entre condições socioeconômicas e índices nutricionais entre esses indivíduos, que indicou um aumento do índice de Massa Corporal (IMC) proporcional à elevação do nível de escolaridade e renda¹¹.

Estima-se que aproximadamente um terço da população usuária de substâncias psicoativas apresenta comorbidades psiquiátricas²³. Destas, destacam-se a ansiedade e a depressão como as psicopatologias mais prevalentes entre dependentes químicos^{24,25}. Em relação ao aspecto nutricional, diversos estudos relatam a preferência pelo consumo de alimentos hiperpalatáveis e ultraprocessados como forma de aliviar sentimentos negativos relacionados à ansiedade, estresse e depressão^{26,27,28,29}. Ressalta-se, entretanto, que esse efeito de alívio ocorre apenas em curto prazo, visto que o consumo crônico desses alimentos torna os indivíduos suscetíveis ao ganho de peso e desenvolvimento da obesidade, o que por sua vez, promove vulnerabilidade à depressão e ansiedade^{30,31}.

Embora o ganho de peso seja um resultado encontrado em diversos estudos com dependentes químicos em tratamento de recuperação, pouco se sabe sobre os fatores envolvidos nesse processo. O objetivo desse estudo é explorar os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso de homens adultos de uma unidade de adição durante o tratamento ambulatorial da dependência química.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou os dados coletados para o projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Residência Integrado Multiprofissional em Saúde, intitulado “Relação entre depressão, ansiedade, qualidade de vida e padrão alimentar e estado nutricional em dependentes de crack em acompanhamento ambulatorial”. A pesquisa incluiu pacientes adultos em serviço ambulatorial do tratamento de adição de um hospital terciário da região sul do Brasil. A Unidade de Adição desse hospital presta atendimento somente a homens que necessitam de desintoxicação e reabilitação. Foram incluídos no estudo pacientes do sexo masculino, egressos da internação desse serviço hospitalar, independente do tempo de internação, com idade igual ou acima de 18 anos. Os indivíduos com dependência exclusiva de álcool e aqueles que não apresentaram condições de responder aos questionários da pesquisa em função de analfabetismo, demência ou déficit cognitivo foram excluídos.

A seleção da amostra foi por conveniência. No período entre maio e agosto de 2014 foram selecionados semanalmente todos os sujeitos que se enquadravam nos critérios de inclusão através do sistema de agendamento de consultas do ambulatório. Foram convidados a participar da pesquisa via contato telefônico aqueles com consulta agendada para a semana. Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados no ambulatório em um dia pré-agendado a partir de um questionário com seis subdivisões. As três partes iniciais apresentavam questões elaboradas pelas pesquisadoras relacionadas aos dados de identificação e dados de saúde, e sobre uso de drogas e hábitos alimentares. Nas subdivisões restantes foram utilizados instrumentos de pesquisa validados para a avaliação da classe sociodemográfica, presença de sintomas de ansiedade e depressão, dados antropométricos e de frequência de consumo alimentar.

A avaliação antropométrica incluiu a realização das medidas de peso corporal, estatura e circunferência da cintura (CC). Todas as medidas foram realizadas em duplicata e seguiram o mesmo protocolo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³². No presente estudo foram considerados os pontos de corte para CC propostos pela OMS^{32,33}. Além dessas medidas, os dados de peso dos pacientes aferidos na semana da alta hospitalar foram coletados nos prontuários eletrônicos.

O estado nutricional dos indivíduos no momento da alta hospitalar e na avaliação ambulatorial ocorreu por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir dos

dados de estatura e peso. Os indivíduos foram classificados em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade conforme os protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)³². Para fins de análise nesse estudo, foram consideradas as classificações de estado nutricional como adequado e excesso de peso.

Na avaliação da composição corporal foram mensurados o percentual de gordura corporal (%GC), massa livre de gordura e água com a utilização da bioimpedância elétrica (BIA) da marca Byodynamics®, modelo 450. A mensuração destas medidas seguiu o protocolo recomendado na literatura³⁴.

Nesse estudo consideramos as medidas da CC e o % GC avaliados no tratamento ambulatorial como indicadores de estado nutricional. Para análise, a CC foi classificada em normal e aumentada^{32,33}, enquanto o % GC foi classificado em adequado e excesso³⁴.

O perfil socioeconômico foi identificado a partir do sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)³⁵, que estratifica economicamente a população nas classes econômicas A, B1, B2, C1, C2, D e E. Para análise nesse estudo optou-se por agrupar as classes em A, B, C e D/E.

Quanto às psicopatologias, foram aplicados dois instrumentos utilizados globalmente para a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão: o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e o Inventário de Depressão Beck (BDI). Estes instrumentos foram traduzidos para o português e validados para a população Brasileira³⁶. Através de um sistema de pontos, classificam-se os escores desses sintomas como mínimo, leve, moderado e grave^{36,37,38}. Para fins de análise, essas classificações foram agrupadas em mínimo/leve e moderado/grave.

Para avaliar a frequência do consumo de alimentos ultraprocessados foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) validado para a população da cidade em questão³⁹. Após a revisão dos 135 alimentos contidos no QFA, 39 foram considerados ultraprocessados⁴⁰; destes, quatro alimentos não foram citados ou foram citados por menos de dois pacientes, logo, os resultados apresentados serão relativos aos 33 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. Para a análise estatística da associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e as variáveis

de estado nutricional, foram considerados apenas os alimentos que apresentaram consumo diário.

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital onde se realizou a pesquisa, sob o número de protocolo 14-0153. A análise estatística relacionou os fatores socioeconômicos (classe econômica e nível de escolaridade), psiquiátricos (escores de sintomas de depressão e ansiedade) e de consumo alimentar (consumo diário de ultraprocessados) com o estado nutricional (IMC) e indicadores de estado nutricional (CC e % GC), além da variável categórica de ganho de peso durante o tratamento ambulatorial.

Variáveis categóricas foram analisadas por meio de número absoluto e percentual e variáveis contínuas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. O teste qui-quadrado foi utilizado para detectar as associações. O teste T de *Student* ou *Mann Whitney* foi utilizado para detectar diferenças entre as médias. Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA®).

RESULTADOS

Foram avaliados 25 indivíduos do sexo masculino em tratamento ambulatorial da dependência química de um hospital terciário no sul do Brasil. Trata-se de um estudo com sujeitos adultos, com média de idade de $41,04 \pm 10,19$ anos e predomínio de indivíduos caucasianos (80%), solteiros (64%) e que possuem filhos (68%). O tempo mediano de alta desde a última internação foi de 107 dias (15-326). O perfil quanto ao uso drogas e outros dados referentes à caracterização geral da amostra se encontram na tabela 1.

Observa-se que a maior parte da amostra pertence às classes econômicas C e A/B, com 12 (48%) e 11 indivíduos (44%) respectivamente. A maioria dos participantes, 15 (60%), não realiza trabalho remunerado. Quanto ao nível de escolaridade, destaca-se que 16 indivíduos (64%) não completaram o Ensino Médio.

Os dados sobre os escores de sintomas de depressão e ansiedade encontram-se descritos na Tabela 1. Destaca-se que todos os participantes do estudo utilizam alguma medicação, dentre as quais foram mais citadas os anti-psicóticos (76%), os benzodiazepínicos (52%) e os estabilizadores de humor (48%).

Quanto ao estado nutricional dos usuários em recuperação (tabela 2), o IMC médio encontrado foi de $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$ e a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foi de 88% durante o tratamento ambulatorial. A média da CC correspondeu a $96,60 \pm 9,84$ cm, estando essa medida aumentada em 17 (68%) participantes. Em relação à composição corporal, a maioria da amostra, 14 (56%), apresentou excesso de gordura corporal, sendo o %GC médio encontrado de $23,24 \pm 6,44$.

Os dados recolhidos nos prontuários referentes à alta da internação indicaram IMC médio de $26,98 \pm 4,66 \text{ kg/m}^2$ e menor prevalência de excesso de peso (68%). Identificou-se que a maior parte da amostra, 15 indivíduos (60%), apresentou ganho de peso durante o tratamento ambulatorial, com mediana de ganho de peso de 1,35 kg (mínimo -1,07 – máximo 3,97). Uma vez que foi encontrada elevada mediana do tempo de alta hospitalar, optou-se por dividir os indivíduos que ganharam peso durante o tratamento ambulatorial em dois grupos: indivíduos com menor tempo de recuperação desde a alta da internação (<107 dias) e outros com maior tempo de recuperação (>107 dias). Observou-se pouca diferença entre os grupos, com maior prevalência de ganho de peso entre aqueles com menor tempo de recuperação,

com oito (53,3%) pacientes. Em função do ganho de peso geral durante o tratamento ambulatorial, embora sem significância estatística, houve alteração do estado nutricional entre os indivíduos da amostra. Esses dados podem ser observados na Figura 1.

Observa-se na tabela 3 que nas classes econômicas com maior número de participantes, C e A/B, 58,3% e 63,6%, respectivamente, apresentaram ganho de peso desde a alta da internação. Nessas classes destaca-se a prevalência de excesso de peso, uma vez que todos os indivíduos da classe C e quase a totalidade dos pacientes das classes A/B (90,9%) apresentaram peso excessivo pelo IMC. As classes econômicas mais baixas, D/E, apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o estado nutricional de eutrofia. O %GC foi excessivo nas classes alta e média, uma vez que todos os indivíduos das classes A/B e quase todos os entrevistados da classe C, 11 (91,7%), apresentaram excesso de GC. Essas classes também apresentaram CC aumentada, estando elevada em nove (81,8%) indivíduos das classes A/B e em oito (66,7%) participantes da classe C.

Quando analisados conforme o nível de escolaridade, observa-se que a proporção de pacientes que ganharam peso foi elevada principalmente entre aqueles com maior nível de instrução, com seis (66,7%) pacientes. Todos os indivíduos nesse grupo apresentaram excesso de peso pelo IMC. A maioria dos pacientes com Ensino Médio completo, oito (88,9%), também apresentaram CC elevada. O único indicador de estado nutricional que teve resultado mais elevado no grupo de menor escolaridade foi o %GC, com 15 (93,8%) indivíduos.

Quanto às psicopatologias, dentre os indivíduos com escore moderado, o ganho de peso foi um pouco maior no grupo com sintomas depressivos, com três (37,5%) pacientes. A maior parte da amostra de indivíduos com escore moderado/grave para depressão e ansiedade apresentou excesso de peso pelo IMC, com sete (87,5%) e cinco (83,3%) indivíduos, respectivamente. Quando avaliada a associação das comorbidades psiquiátricas com a composição corporal, notou-se que os escores moderado/grave para depressão e ansiedade ganharam maior destaque, principalmente no grupo de depressivos. Identificou-se que sete (87,5%) indivíduos que marcaram escore moderado/grave no BDI apresentaram %GC excessivo, enquanto para o grupo com sintomas moderado/grave de acordo com o BAI esse número correspondeu a cinco indivíduos (83,3%). A medida da CC mostrou outro resultado interessante: o número de indivíduos com a medida da CC adequada foi bem maior no grupo que marcou escore mínimo/leve para depressão, sete (41,2%), quando comparado com o grupo que obteve escore depressivo moderado/grave, com apenas um indivíduo (12,5%).

Quanto àqueles que apresentaram os escores moderado/grave para depressão e ansiedade, observa-se que a maioria apresentou CC aumentada, com sete (87,5%) e quatro (66,7%) pacientes, respectivamente.

Quanto ao consumo diário de alimentos ultraprocessados, identificou-se alto consumo de refrigerantes e sucos artificiais, sendo essas bebidas ingeridas diariamente por 32% e 48% da amostra, respectivamente, enquanto um terço dos entrevistados referiu consumo diário de balas e chicletes. Em relação ao consumo de alimentos embutidos com alto teor de gordura, como a mortadela e presunto gordo, ressalta-se que 80% da amostra apresenta tais alimentos inseridos na sua alimentação.

Conforme representado na tabela 3, a prevalência de ganho de peso, excesso de peso pelo IMC, medida da CC aumentada e %GC excessivo foi expressivo entre os pacientes que apresentam consumo diário dos seguintes alimentos: achocolatados, chocolates, balas e chicletes e embutidos de alto teor de gordura. No grupo de bebidas artificiais, todas as variáveis nutricionais indicativas de excesso de peso foram mais elevadas, exceto as de ganho de peso e medida da CC.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar envolvidos no ganho de peso de pacientes do sexo masculino durante o tratamento ambulatorial da dependência química. Embora sem significância estatística, observou-se ganho de peso pela maioria da amostra (60%) e alteração do estado nutricional durante o tratamento. Foram encontrados altos índices de excesso de peso (88%) durante o tratamento ambulatorial, com IMC médio de $27,73 \pm 4,15 \text{ kg/m}^2$. As classes econômicas mais baixas, D/E, apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o estado nutricional de eutrofia. Os indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de excesso de peso e CC aumentada. A maioria dos pacientes com escores moderado/grave para depressão e ansiedade apresentaram maiores índices de excesso de peso, medidas elevadas da CC e excesso de GC. As variáveis indicativas de excesso de peso foram expressivas nos indivíduos que apresentaram consumo diário de alimentos ultraprocessados.

A amostra desse estudo apresenta similaridades com outras pesquisas quanto às características socioeconômicas e demográficas. A amostra estudada é composta predominantemente por homens caucasianos (80%), solteiros (64%), com filhos (68%), sem atividade remunerada (60%)^{5,41,42}, de classe média (48%) e com baixo nível de escolaridade^{5,9,41,42}. A média de idade encontrada nesse estudo ($41,04 \pm 10,19$ anos) é superior à descrita na literatura, que costuma avaliar adultos jovens^{9,41,42}. Este dado pode ser indicativo de período prolongado associado ao abuso crônico de drogas, o que causa diversos prejuízos psicológicos, físicos e sociais^{5,43}. Autores ressaltam o quanto a dependência de drogas tem impacto nos relacionamentos íntimos e familiares^{5,44}, assim como na capacidade de exercer um trabalho e manter o vínculo empregatício⁵.

Quanto ao perfil do uso de substâncias químicas, assim como encontrado em diversos estudos^{5,9,23,44}, observa-se o consumo múltiplo de substâncias, sendo o crack a droga ilícita de preferência pela maioria dos pacientes do presente estudo (56%). O crack é uma droga muito procurada em função do seu baixo custo e fácil acessibilidade⁴⁵, fatores estes que podem influenciar o consumo por parte dos indivíduos estudados. É comum os usuários tentarem reduzir os efeitos adversos dessa substância ao substituí-la por drogas mais leves, como o álcool e a maconha^{43,45}. O mesmo é observado nesse estudo, visto que antes do tratamento todos os indivíduos faziam uso concomitante de álcool e 23 participantes (92%) de maconha.

Os resultados desta pesquisa identificaram a prevalência de 32% e 24% para os escores moderado/grave de sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente. Esses achados são superiores aos encontrados em um estudo com dependentes de múltiplas substâncias⁴⁶, que identificou a prevalência de indicadores de depressão e ansiedade correspondente a 12% e 20%, respectivamente. Entretanto, destaca-se que todos os sujeitos avaliados no presente estudo fazem uso de algum medicamento psiquiátrico, fato que permite a suposição de que o número de indivíduos com sintomas moderado/grave para essas psicopatologias poderia ser maior caso os participantes não estivessem em tratamento medicamentoso.

A maioria dos participantes (60%) apresentou ganho de peso durante o tratamento ambulatorial, com mediana de ganho de peso de 1,35 kg (mínimo -1,07 – máximo 3,97). Comportamento semelhante foi identificado em outros estudos^{13,14,17,47}, entretanto, a maioria descreve a ocorrência desse fenômeno na fase inicial do tratamento^{13, 17,47}, enquanto poucos também avaliam essa questão no estágio mais avançado da recuperação¹⁴. A pesquisa de Cowan e Devine¹⁴, que avaliou o estado nutricional de homens que se encontravam em diferentes fases do tratamento, identificou maior ganho de peso durante o período inicial de recuperação. Aqueles que se encontravam mais avançados no tratamento de reabilitação demonstravam grande preocupação em relação ao peso corporal e angústia para perder peso. Essa questão pode explicar o motivo do ganho de peso não ter sido mais expressivo entre a amostra estudada.

Assim como observado no presente estudo, foram encontrados altos índices de excesso de peso em uma pesquisa com homens adultos avaliados durante estágio avançado do tratamento de adição, com IMC médio de $29,79 \pm 7,17$ kg/m²¹⁵. Outro artigo apresentou uma amostra similar à deste trabalho, porém os 40 dependentes químicos estudados se encontravam durante o período de hospitalização⁴⁸. Seus resultados identificaram redução de 25% do percentual de indivíduos eutróficos e aumento de 30% dos pacientes com sobrepeso, porém sem alteração do número de obesos. Esses achados são semelhantes aos encontrados no presente trabalho, exceto quanto ao número de obesos, que reduziu pela metade ao longo do tratamento ambulatorial. Comparando com os dados da alta hospitalar do presente estudo, a proporção de indivíduos com sobrepeso é similar, porém identifica-se um menor número de eutróficos e maior prevalência de obesidade na amostra estudada.

São poucos os estudos com dependentes químicos em tratamento que avaliaram a composição corporal e outras medidas antropométricas além do peso e estatura, como a CC. Os autores costumam utilizar a medida cintura-quadril (RCQ) ^{9,49} e medida de dobras cutâneas⁴⁹ para avaliar esses parâmetros. A média da CC encontrada nesse estudo foi similar à obtida por Cowan e Devine¹⁵, com $CC \geq 94$ cm, indicando risco cardiovascular ^{32,33}. A composição corporal dessa amostra também foi semelhante à encontrada em outro estudo⁴⁸, que avaliou a gordura corporal na alta da internação por meio de BIA, com % GC médio de $20,15 \pm 4,96$.

Observou-se alta prevalência de excesso de peso e de indicadores de excesso de peso entre aqueles que apresentam elevado consumo diário de alimentos ultraprocessados. Esse dado é relatado em outros estudos que avaliaram dependentes químicos em tratamento de adição ^{9,14}. Sabe-se que a abstinência das drogas causa diversas alterações neurocomportamentais nos usuários, favorecendo a preferência por alimentos hiperpalatáveis⁹ como forma de substituição às substâncias psicoativas¹⁴. O aumento do apetite durante a abstinência das drogas foi relatado pela maioria dos entrevistados no presente estudo, e destes, quase a metade referiu preferência por alimentos específicos nesse período.

Quanto às comorbidades psiquiátricas, foi identificada alta prevalência de excesso de peso, % GC excessivo e medida da CC alterada entre os pacientes com escores moderado/grave para depressão e ansiedade. Especula-se que esse ganho de peso entre os indivíduos mais depressivos e ansiosos possa estar vinculado ao consumo frequente de alimentos ultraprocessados, uma vez que em diversas pesquisas é descrita a tendência ao consumo de alimentos hiperpalatáveis e ultraprocessados como forma de alívio aos sentimentos negativos relacionados à ansiedade, estresse e depressão ^{26,27,28,29}. No estudo de Zellner et al.²⁸, os indivíduos mais estressados preferiram lanches hipercalóricos e com altos teores de gordura em detrimento de opções mais saudáveis. O mesmo pode ser associado à preferência pelos embutidos de alto teor de gordura no presente trabalho. Entretanto, sabe-se que essa prática de “automedicação” com a alimentação aumenta a predisposição ao ganho de peso e obesidade, situações que por si próprias aumentam a insatisfação corporal¹⁴, promovendo vulnerabilidade à ansiedade e depressão ^{30,31}.

Quanto aos parâmetros socioeconômicos, identificou-se maior tendência ao ganho de peso e excesso de peso pelo IMC, além de alteração quanto à medida da CC, entre os indivíduos pertencentes à classe média e alta com maior nível de escolaridade. Em

contrapartida, as classes econômicas mais baixas, D/E, apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o estado nutricional de eutrofia. Esses dados vão de encontro com os achados descritos por Islam et al.¹¹, que identificaram em sua amostra o aumento do IMC conforme a elevação da escolaridade e renda. A explicação para essa questão pode estar envolvida com a situação de insegurança alimentar e vulnerabilidade social encontrada em usuários de baixa renda^{11,12}. Os sujeitos de classe média e alta, uma vez que apresentam maior poder econômico, teriam mais condições de comprar itens de consumo não essenciais, como os alimentos ultraprocessados. Além da sua palatabilidade, os ultraprocessados são muito atrativos em função de sua praticidade, alta oferta e acessibilidade⁴⁰.

Além disso, embora tenha sido encontrada maior prevalência de indicadores de excesso de peso nos indivíduos com maior grau de instrução, ressalta-se ainda o baixo nível de escolaridade na amostra estudada, algo que pode contribuir para a realização de piores escolhas alimentares^{9,15}. Essa questão também é abordada no estudo de Oliveira et al.⁹, que avaliou uma amostra com baixa escolaridade. Foi relatado o quase total “analfabetismo nutricional” pelos indivíduos avaliados, uma vez que a grande maioria dos pacientes desconhecia conceitos básicos de nutrição.

Dentre as limitações do presente estudo, identifica-se o pequeno número amostral, o qual dificulta a realização de associações entre as variáveis estudadas, além de não permitir a extrapolação de seus resultados para a população geral de homens usuários de drogas. Outro ponto a ser considerado é o fato de tratar-se de um estudo transversal e, portanto, não poder estabelecer relações de causa e efeito. Ressalta-se, entretanto, que nesse estudo houve rigor metodológico. Foram utilizados somente instrumentos validados, os dados antropométricos foram coletados em duplicata e os pesquisadores foram capacitados para a realização das coletas de dados.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados neste estudo demonstram a ocorrência de ganho de peso durante o tratamento ambulatorial da dependência química e contribuem para o entendimento do papel que os fatores socioeconômicos, psiquiátricos e de consumo alimentar desempenham nesse processo. Pelos achados obtidos neste trabalho, foi possível identificar a importância do uso de outros parâmetros antropométricos e de composição corporal complementares aos dados de peso e IMC para a realização de uma adequada avaliação nutricional desses pacientes. Observou-se alta incidência de sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos estudados, e pelas questões discutidas na literatura e no presente estudo, não há dúvidas de que há relação entre essas psicopatologias com o estado nutricional e consumo alimentar. Conforme observado na amostra estudada, o contexto da abstinência de drogas propicia a mudança de hábitos alimentares, favorecendo a preferência por alimentos acessíveis, atrativos e hiperpalatáveis, como os ultraprocessados. Entretanto, as consequências do consumo crônico de tais alimentos se refletem no peso corporal, e com o ganho de peso a tendência ao desenvolvimento de sintomas e doenças psiquiátricas aumenta, principalmente em uma população mais suscetível como a estudada.

Dessa forma, ressalta-se a necessidade da realização de estudos longitudinais que se proponham a aprofundar o estudo quanto às relações multidirecionais entre consumo alimentar e estado nutricional com os sintomas e doenças psiquiátricas ao longo do tratamento para dependência química. Espera-se que outros estudos possam elucidar essas relações e auxiliar não somente profissionais da saúde que atendem esses pacientes, mas também no desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para a população usuária de drogas.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Luiza Cortinovi de Athaydes – Concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Isadora Borne Ferreira – Concepção e desenho do estudo, revisão crítica do conteúdo intelectual.

Camila Bosse Paiva – Concepção e desenho do estudo.

Joana Corrêa de Magalhães Narvaez – Concepção e desenho do estudo.

Rafaela da Silveira Corrêa – Revisão crítica do conteúdo intelectual

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.

REFERÊNCIAS

1. Pratta EMM, Santos MA Dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol Teor e Pesqui.* 2009;25(2):203–11.
2. United Nation Office On Drugs And Crime. World drug report 2016. New York: United Nations; 2016. (United Nations publication).
3. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD; 2009.
4. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Brasília: SENAD, 2013.
5. Kessler F et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a escala de gravidade de dependência. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul.* 2010; 3: 248-56.
6. Nassif Filho ACN, Bettega SG, Lunedo S, Maestri JE, Gortz F. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Rev Assoc Med Bras.* 1999; 45: 237–41.
7. Leamon MH, Wright TM, Myrick H. Transtornos relacionados a substancias. *Tratado de psiquiatria clínica.* 2012; 388-430 p.
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.
9. Oliveira ERN De, Marin IC, Ferruzzi L, Tenório MFS, Trindade E. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. *ArqCiêncUnipar.* 2005; 9 (2): 91–6.
10. Ross LJ, Wilson M, Banks M, Rezannah F, Daghli M. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition.* 2012;28(7-8):738–43.
11. Nazrul Islam SK, Jahangir Hossain K, Ahmed A, Ahsan M. Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. *Br J Nutr.* 2002;88(5):507–13.
12. 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.

13. Hodgkins CC, Cahill KS, Seraphine AE, Frost-Pineda K, Gold MS. Adolescent drug addiction treatment and weight gain. *J Addict Dis* [Internet]. 2004;23(3):55–65.
14. Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*. 2008; 50 (1): 33–42.
15. 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.
16. Saeland M, Haugen M, Eriksen F-L, Wandel M, Smehaugen A, Böhmer T, et al. High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *Br J Nutr*. 2011;105(4):618–24.
17. 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
18. Monteiro C, Levy R, Claro R, De Castro I, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2010;26(11):2039–49.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para Populacao Brasileira. 2 ed. Brasilia: Ministerio da Saude; 2014.
20. Trinko R, Sears RM, Guarnieri DJ, DiLeone RJ. Neural mechanisms underlying obesity and drug addiction. *Physiol Behav*. 2007;91(5):499–505.
21. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. *Obesity Reviews*. 2013. p. 2–18.
22. Silva L, Santos F, Ferreira L, Dias N, Okamoto, AC Ranieri R, Schweitzer C, et al. Aspectos socioeconomicos de dependentes químicos internados para desintoxicação. *Arch Heal Invest*. 2013;2: 3009.
23. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes - Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas. Assoc Médica Bras. 2012.
24. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(4):749–64.
25. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, De Hoz LDLF, Gómez RB, et al. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: Induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008;103(2):284–93.

26. Zellner DA, Loaiza S, Gonzalez Z, Pita J, Morales J, Pecora D, et al. Food selection changes under stress. *Physiol Behav.* 2006;87(4):789–93.
27. Leigh Gibson E. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiol Behav.* 2006;89(1):53–61.
28. Zellner DA, Saito S, Gonzalez J. The effect of stress on men’s food selection. *Appetite.* 2007;49(3):696–9.
29. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite.* 2008. p. 1–11.
30. Sharma S, Fulton S. Diet-induced obesity promotes depressive-like behaviour that is associated with neural adaptations in brain reward circuitry. *Int J Obes.* 2013; 37 (3): 382–9.
31. Hryhorczuk C, Sharma S, Fulton SE. Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Frontiers in Neuroscience.* 2013.
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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).
33. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity. (WHO Technical Report Series n. 894). Switzerland: WHO; 2000.
34. Kyle U G et al. Bioelectrical impedance analysis - part I: review of principles and methods. *Clinical Nutrition.* 2004; 23: 1226-1246.
35. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2014 [acesso em 2017 10 jul]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
36. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
37. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34 (4):389-94.
38. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicol. Refl. Crít.* 2013; 26(2): 305-10.
39. Henn R L, Fuchs S C, Moreira L B, Fuchs F D. Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ-Porto Alegre) for adolescent, adult and elderly populations from Southern Brazil. *Cad. Saúde Publica.* 2010; 26: 2068-2079.

40. Monteiro C A, Levy R B, Claro R M, Castro I R R de, Cannon G. A new classification of food based on the extent and purpose of their processing. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26: 2039-2049.
41. Sousa et al. Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(1): 259-268.
42. De Almeida RA Dos Anjos UU, Vianna RPD, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde debate | rio de janeiro*. 2014; 38(102): 526-538.
43. Lima LA, Machado DG, Junior FJS, Monteiro CF. Estratégias utilizadas para o manejo do craving em usuários de crack: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 90 (5):90-5.
44. Moura HF, Benzano D, Pechansky F, Kessler FHP. Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*. 2014; 69(7): 497-99.
45. Etchepare, M et al. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. *Revista da Amrigs*. 2011; 55(2): 140-146.
46. Hess ARB, De Almeida RMM , Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*. 2012; 17(1): 171-178.
47. Billing L, Ersche K.D. Cocaine's Appetite for Fat and the Consequences on Body Weight. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2015; 41(2): 115-8.
48. Willhelm F F, Escobar M, Perry I D S. Alterações na composição corporal e em parâmetros antropométricos de dependentes de crack internados em uma unidade de adição. *J Bras. Psiquiatr*. 2013; 62: 183-190.
49. Balbinot A D, Alves G S L, do Amaral Jr. A F, Araújo R B. Perfil antropométrico de dependentes de crack hospitalizados para desintoxicação. *Rev. HCPA*. 2011; 3:311-317.

TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto a dados socioeconômicos, escores de sintomas psiquiátricos e sobre o uso de substâncias químicas.

Característica	N	(%)
Classificação econômica		
A/B	11	(44,0)
C	12	(48,0)
D/E	2	(8,0)
Total	25	(100)
Escolaridade		
Analfabeto	1	(4,0)
Ensino Médio Incompleto	16	(64,0)
Ensino Médio Completo	9	(36,0)
Total	25	(100)
Substância de preferência		
Álcool	4	(16,0)
Maconha	2	(8,0)
Cocaína	5	(20,0)
Crack	14	(56,0)
Uso de outras substâncias		
Álcool	25	(100,0)
Tabaco	19	(76,0)
Maconha	23	(92,0)
Cocaína	24	(96,0)
Crack	20	(80,0)
Pitico	10	(40,0)
Outra	8	(32,0)
Aumento do apetite na abstinência		
Sim	18	(72,0)
Não	7	(28,0)
Total	25	(100)
Preferência alimentar na abstinência		
Sim	12	(48,0)
Não	13	(52,0)
Total	25	(100)

Depressão

Mínimo/Leve	17	(68,0)
Moderado/Grave	8	(32,0)
Total	25	(100)

Ansiedade

Mínimo/Leve	19	(76,0)
Moderada/Grave	6	(24,0)
Total	25	(100)

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto aos dados antropométricos, de classificação do estado nutricional e de composição corporal durante o tratamento da dependência química.

ALTA DA INTERNAÇÃO		
Característica	N	(%)
Estado Nutricional pelo IMC		
Eutrofia	8	(32,0)
Sobrepeso	13	(52,0)
Obesidade	4	(16,0)
Total	25	(100,0)
TRATAMENTO AMBULATORIAL		
Característica	N	(%)
Estado Nutricional pelo IMC		
Eutrofia	3	(12,0)
Sobrepeso	20	(80,0)
Obesidade	2	(8,0)
Total	25	(100,0)
Classificação do percentual de gordura corporal		
Adequada	2	(8,0)
Excesso	23	(92,0)
Total	25	(100,0)
Circunferência da cintura		
Normal	8	(32,0)
Aumentada	17	(68,0)
Total	25	(100,0)
Risco cardiovascular		
Sem risco	8	(32,0)
Risco aumentado	17	(68,0)
Total	25	(100,0)

IMC – Índice de Massa Corporal

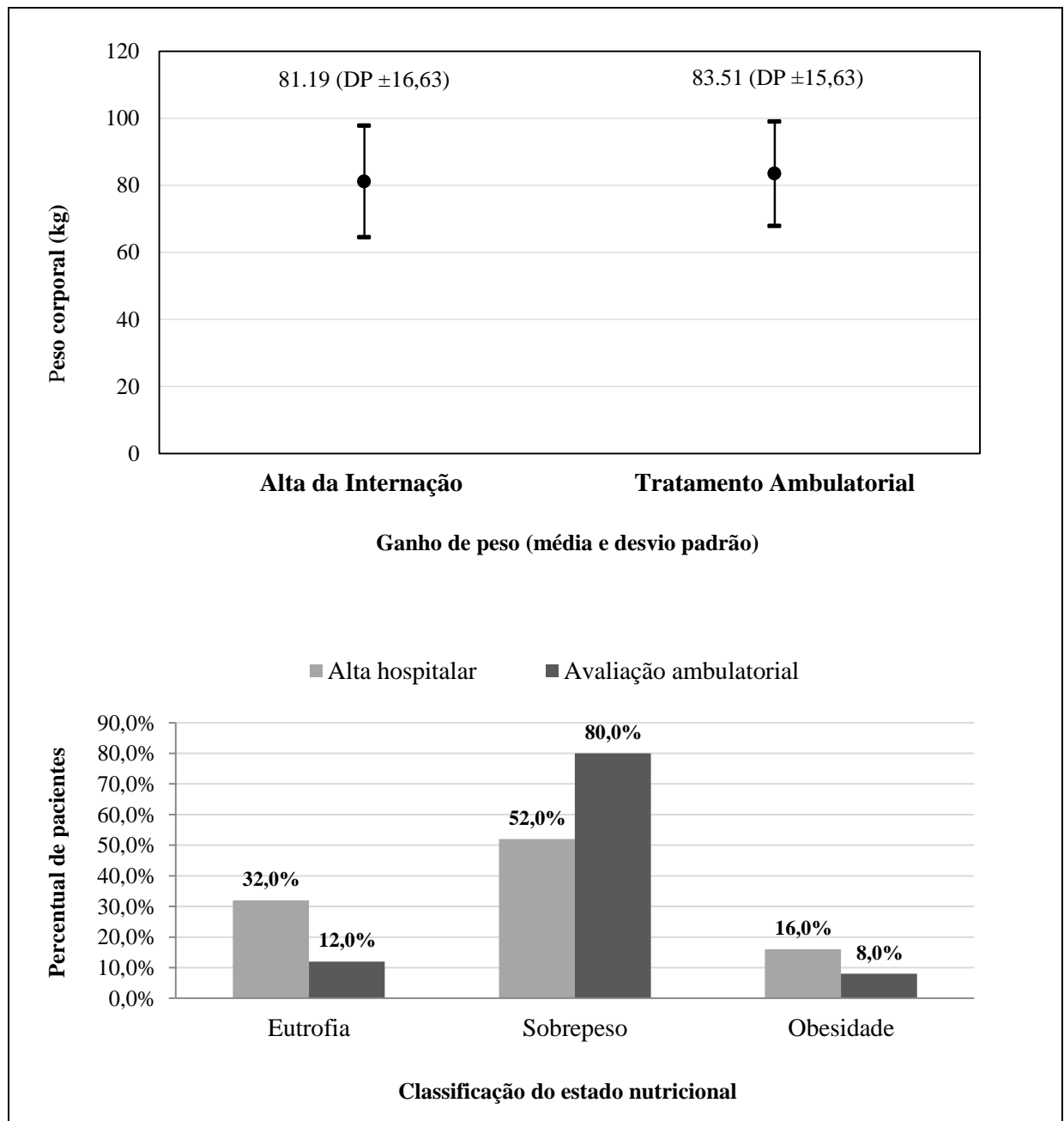
Tabela 3. Associação entre as variáveis de estado nutricional avaliadas durante o tratamento ambulatorial da dependência química e os fatores socioeconômicos, sintomas psiquiátricos e de consumo diário de alimentos ultraprocessados.

Característica	Total	Ganho de peso			Classificação do IMC			Classificação do % GC			Classificação da CC		
	N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	P	Eutrofia N (%)	Excesso N (%)	P	Adequada N (%)	Excesso N (%)	P	Normal N (%)	Aumentada N (%)	P
Classe econômica													
A/B	11 (44,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	0,924	1 (9,1)	10 (90,9)	<0,001	0 (0,0)	11 (100)	0,056	2 (18,2)	9 (81,8)	0,073
C	12 (48,0)	7 (58,3)	5 (41,7)		0 (0,0)	12 (100)		1 (8,3)	11 (91,7)		4 (33,3)	8 (66,7)	
D/E	2 (8,0)	1 (50,0)	1 (50,0)		2 (100)*	0 (0,0)		1 (50,0)	1 (50,0)		2 (100)	0 (0,0)	
Escolaridade													
E.M Incompleto	16 (64,0)	9 (56,3)	7 (43,8)	0,47	3 (18,8)	13 (81,3)	0,243	1 (6,3)	15 (93,8)	0,6	7 (43,8)	9 (56,3)	0,107
E.M Completo	9 (36,0)	6 (66,7)	3 (33,3)		0 (0,0)	9 (100)		1 (11,1)	8 (88,9)		1 (11,1)	8 (88,9)	
Depressão													
Mínimo/Leve	17 (68,0)	12 (70,6)	5 (29,4)	0,128	2 (11,8)	15 (88,2)	0,704	1 (5,9)	16 (94,1)	0,547	7 (41,2)	10 (58,8)	0,166
Moderado/Grave	8 (32,0)	3 (37,5)	5 (62,5)		1 (12,5)	7 (87,5)		1 (12,5)	7 (87,5)		1 (12,5)	7 (87,5)	
Ansiedade													
Mínimo/Leve	19 (76,0)	13 (68,4)	6 (31,6)	0,147	2 (10,5)	17 (89,5)	0,579	1 (5,3)	18 (94,7)	0,43	6 (31,5)	13 (68,4)	0,651
Moderado/Grave	6 (24,0)	2 (33,3)	4 (66,7)		1 (16,7)	5 (83,3)		1 (16,7)	5 (83,3)		2 (33,3)	4 (66,7)	
Consumo diário de ultraprocessados													
Achocolatado	5 (20,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0,687	1 (20,0)	4 (80,0)	0,504	0 (0,0)	5 (100)	0,633	1 (20,0)	4 (80,0)	0,475
Suco artificial	12 (48,0)	7 (58,3)	5 (41,7)	0,596	3 (25,0)	9 (75,0)	0,096	2 (16,7)	10 (83,3)	0,22	6 (50,0)	6 (50,0)	0,077
Refrigerante	8 (32,0)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,393	1 (12,5)	7 (87,5)	0,704	2 (25,0)	6 (75,0)	0,093	4 (50,0)	4 (50,0)	0,193
Mortadela/presunto	9 (36,0)	5 (55,6)	4 (44,4)	0,53	0 (0,0)	9 (100)	0,243	0 (0,0)	9 (100)	0,4	1 (11,1)	8 (88,9)	0,107
Chocolate/bombom	4 (16,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	0,468	0 (0,0)	4 (100)	0,578	0 (0,0)	4 (100)	0,7	1 (25,0)	3 (75,0)	0,618
Balas e chicletes	8 (32,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	0,274	1 (12,5)	7 (87,5)	0,704	0 (0,0)	8 (100)	0,453	2 (25,0)	6 (75,0)	0,487

E.M – Ensino Médio; IMC – Índice de Massa Corporal; %GC – Percentual de gordura corporal; CC – Circunferência da cintura.

FIGURAS

Figura 1. Ganho de peso e alteração da classificação do estado nutricional durante o tratamento ambulatorial.



APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Data do preenchimento: ___/___/___

Questionário nº:

1. Sobre Você

1. Nome Completo:

2. Telefones de contato: Residencial: () _____ - ____ Celular: () _____ - ____

3. Data de Nascimento: ___/___/___

4. Quantos anos completos você tem? _____ anos

5. Qual a cidade você reside?

6. Qual bairro você reside?

7. Qual seu estado civil atual? () Solteiro 2() Casado 3() Viúvo 4() Divorciado 5()
União estável

8. Qual a sua cor ou raça? 1() Branca 2() Preta 3() Parda/Mulata 4() Indígena 5()
Amarela/Oriental

9. Você possui filhos? 1() Não 2() Sim, quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

10. Qual sua escolaridade? 1() analfabeto 2() analfabeto funcional 3() Ensino
Fundamental incompleto 4() Ensino Fundamental Completo 5() Ensino Médio Incompleto
6() Ensino Médio Completo 7() Ensino Superior Incompleto 8() Ensino Superior
Completo 9() Pós-graduação

11. Por quantos anos você estudou?

12. Você realiza algum tipo de trabalho remunerado? 1() Não 2() Sim (pular para questão
16)

13. Se você respondeu não a questão anterior, em algum momento já possuiu algum trabalho?

1() Não 2() Sim

14. Por quanto tempo já permaneceu em um trabalho?

15. Há quanto tempo não trabalha?

16. Escreva qual a atividade remunerada que você realiza:

17. Você possui a sua carteira profissional assinada atualmente? 1() Não 2() Sim

18. Você recebe algum tipo de benefício financeiro?

19. A casa em que você mora atualmente é: 1() Comprada 2() Alugada 3()

Emprestada 4() Outro

20. Quantas pessoas que vivem em sua residência (contando com você)? _____ pessoas

21. Quem são as pessoas que vivem na sua residência? (pode assinalar mais de uma opção)

1() Companheiro(a) 2() Pai 3() Mãe 4() Avó materna 5() Avô materno

6() Avó paterno 7() Avô paterno 8() Padastro 9() Madrasta 10() Filhos; quantos:

____ 11() Irmãos; quantos: ____ 12() Outras pessoas, especificar quem:

22. Quem é o chefe da sua família? 1() Você mesmo 2() Companheiro(a) 3() Pai 4()

Mãe 5() Avô(ó) 6() Padastro 7() Madrasta 8() Irmão 9() Outro, especificar:

23. A sua família está inserida regularmente em algum tipo de programa social?

1() Não 2() Sim, qual? _____

2. Sobre o Uso de Drogas

24. Com quantos anos iniciou o uso de substâncias? _____ anos

25. Qual a primeira substância que você utilizou?

26. Qual a substância de preferência?

27. Quais outras substâncias você já fez uso? 1 () tabaco 2 () álcool 3 () maconha 4 () cocaína 5 () crack 6 () pitico 7 () outra, qual? _____
28. Por quanto tempo utilizou drogas? _____ anos
29. Há quanto tempo está abstinente? _____ dias/meses/anos
30. Teve alguma recaída? Quantas?
31. Por quantas internações você passou?
32. Quais outros serviços de saúde você já utilizou? 1 () CAPS AD 2 () Cruz Vermelha 3 () AA 4 () Comunidade terapêutica 5 () Outro, qual? _____
33. Você acredita que o uso de drogas lhe trouxe prejuízos? 1 () Não (pular para pergunta 31) 2 () Sim
34. Quais destes prejuízos você associa ao uso de drogas? 1 () Familiares 2 () Trabalho 3 () Amizades 4 () Doenças clínicas 5 () Outros, quais? _____

3. Dados sobre a sua saúde

35. Você tem diagnóstico de alguma outra doença psiquiátrica? (se não, pule para pergunta 34) 1 () Não 2 () Sim Qual? _____
36. Você faz algum tratamento para essa doença? (se não pule para pergunta 34) 1 () Não 2 () Sim
37. Qual tratamento você realiza? 1 () Uso de medicação Qual? _____ 2 () Psicoterapia 3 () Outro Qual? _____
38. Você possui ou já teve alguma dessas doenças:
- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1 () Diabetes tipo II | 5 () AIDS |
| 2 () Hipertensão | 6 () Hepatite B |
| 3 () Doença coronariana | 7 () Hepatite C |

4 () Câncer

8 () Tuberculose

39. Você faz uso diário de alguma medicação? 1 () Não 2 () Sim, qual?

—

4. Sobre consumo e padrão alimentar
--

40. Quantas refeições você costuma realizar por dia? 1 () Uma 2 () Duas 3 () Três 4 () Quatro ou mais

41. Quais refeições você costuma realizar e onde costuma realizar:

Café da manhã: 1 () Não

2 () Sim. Local?

1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria

4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

Lanche da Manhã: 1 () Não

2 () Sim. Local?

1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria

4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

Almoço: 1 () Não

2 () Sim. Local?

1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria

4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

Lanche da tarde: 1 () Não

2 () Sim. Local?

1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria

4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

Jantar: 1 () Não

2 () Sim. Local? 1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria
4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

Ceia: 1 () Não

2 () Sim. Local? 1 () Casa 2 () Trabalho 3 () Padaria/Confeitaria
4 () lancheria 5 () Restaurante 6 () Outro, _____

42. Na sua casa, quem geralmente cozinha? 1 () Eu mesmo 2 () Esposa/Companheira(o)

3 () pai ou mãe 4 () avó/avô 5 () Outro _____

39. Fora de casa, onde você come geralmente? 1 () Restaurante 2 () Lancheria 3 () Casa de parentes 4 () Outro _____

43. Você tem preferência por algum tipo de alimento quando está em abstinência?

1 () Não

2 () Sim, Qual? 1 () Doces (balas, pirulitos, chicletes) 2 () Chocolates 3 () Alimentos Fritos/Salgadinhos 4 () Outro _____

44. Você acha que come maior quantidade de alimentos quando está abstinente? 1 () Não 2 () Sim

5. Avaliação Antropométrica (não preencha)

Antropometria:

Peso alta: _____ kg

Peso:

Medida 1: _____ kg Medida 2: _____ kg

Altura:

Medida 1: _____ cm

Medida 1: _____ cm

Bioimpedância:

% MM: _____

Resistência: _____

% MG: _____

Reactância: _____

Circunferência da cintura:

Medida 1: _____ cm

Medida 2: _____ cm

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

PESQUISA: RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E PADRÃO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM DEPENDENTES DE CRACK EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Contato Pesquisador Responsável:

Joana Narvaez

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Unidade Álvaro Alvim

Rua Álvaro Alvim, 400 - 3º andar, sala multiprofissional, Porto Alegre, RS.

Fone: 51 33596457

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

R. Ramiro Barcelos, 2350 – 2º andar, sala 2227 , Porto Alegre, RS.

Horário de atendimento: 8h às 17h – Fone/Fax: 51 3359-8304

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica. A pesquisa tem por objetivo verificar se há associação entre sintomas de ansiedade, depressão, características de desesperança e padrão alimentar e estado nutricional de dependentes de crack em tratamento ambulatorial, egressos de internação. Tal coleta ocorrerá no ambulatório da unidade Álvaro Alvim do hospital de Clínicas de Porto Alegre, conforme sua disponibilidade. Assim, os pesquisadores lhe farão alguns questionamentos a partir de questionários e escalas e serão realizadas algumas medidas, tais como: peso, altura, circunferência da cintura, proporção de músculo e gordura que compõe o seu corpo. Em relação à medida de peso, altura e circunferência da cintura não são conhecidos riscos associados. Caso ocorra algum desconforto, basta comunicar as pesquisadoras, elas estão preparadas para diminuir qualquer sensação desconfortável relacionada a tais medidas.

Também será realizada a bioimpedância, método que consiste em uma inofensiva corrente elétrica que percorre o corpo, sem provocar qualquer sensação de dor ou desconforto, a qual também não são conhecidos riscos associados e que permite avaliar proporção de músculo e gordura corporal.

Ao participar desta pesquisa você irá ser beneficiado uma vez que ao realizar a avaliação antropométrica conhecerá o seu atual estado nutricional, o que pode contribuir no seu tratamento uma vez que se sabe que algumas doenças estão diretamente ligadas ao estado nutricional do indivíduo.

Também serão utilizados instrumentos, em forma de perguntas, para avaliar questões depressivas, de ansiedade, desesperança e qualidade de vida. O risco de tais questionamentos é a possibilidade destes gerarem certo desconforto ou angústia, uma vez que serão abordadas questões emocionais e individuais de cada indivíduo, porém, estas poderão ser trabalhadas durante os atendimentos no ambulatório e as pesquisadoras estarão a disposição para qualquer situação que dar o devido suporte aos pacientes no que se refere aos aspectos mobilizados a coleta. Ainda, perguntaremos quanto a dados sociodemográficos, de uso de substâncias psicoativas e sobre a sua alimentação.

Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo à continuidade do tratamento prestado pela equipe do ambulatório. Por se tratar de um convite, você não terá despesas pessoais pela participação na pesquisa bem como em nenhum dos procedimentos envolvidos.

Os resultados obtidos com este estudo serão usados para publicações, e lhe garantimos que estes dados serão utilizados sem a identificação, preservando e mantendo o seu anonimato. A partir desses resultados poderão ser desenvolvidos métodos mais assertivos e objetivos no tratamento da dependência do crack tanto em relação aos sintomas de ansiedade e depressão quanto aos aspectos de alimentação e estado nutricional que poderão refletir na qualidade de vida dos indivíduos, dessa forma seu tratamento poderá ser beneficiado.

O pesquisador responsável é a psicóloga Joana Narvaez, tendo este documento, sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição.

Sua assinatura, neste termo de consentimento informado, dará autorização aos pesquisadores envolvidos para utilizar os dados obtidos, quando necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a identificação.

OBS: Serão necessárias assinaturas em duas cópias deste documento, ficando uma delas com você e a outra com o pesquisador.

Nome do Participante

Nome do Pesquisador

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DA ABEP

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2
Escolaridade da pessoa de referência		Serviços públicos			
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	Não		Sim	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	Água encanada	0	4	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Rua pavimentada	0	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	PONTOS DE CORTE			
Superior completo	7	Estrato 1	43 - 100		
		Estrato 2	37 - 42		
		Estrato 3	26-36		
		Estrato 4	19-25		
		Estrato 5	15-18		
		Estrato 6	11-14		
		Estrato 7	0-10		

ANEXO 2 – Questionário de Frequência Alimentar

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar?																		
Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																		
Alimentos	Quantas vezes										Unidade de tempo				Quantidade			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S		M	A	Meses/Ano
Cacetinho/Bisnaguinha																		() UP () UG
Sanduiche de presunto e queijo/ Torrada																		() Unidade
Pão (sanduiche/forma/leite/caseiro/ manteiga/batata)																		() Fatia
Pão (integral/centeio/trigo/aveia)																		() Fatia
Pão <i>light</i>																		() Fatia
Sanduiche natural																		() Unidade
Cuca/Pão doce																		() FP () FM () FG
Bolo																		() FP () FM () FG
Pão de queijo																		() UP () UM () UG
Bolacha (doce/recheada)																		() Unidade () Pacote
Bolacha salgada																		() Unidade () Pacote
Sucrilhos																		() 1/2 PS () PS () XP () XM () XG
Aveia/Germe de trigo/Granola																		() CSopa
Barra de cereal																		() Unidade
Nescau, Toddy ou outros																		() CChá () CSopa
<i>Milk shakes</i> /Batida																		() CP () CM () CG
Leite integral																		() CP () CM () CG
Leite desnatado																		() CP () CM () CG
Leite semi-desnatado																		() CP () CM () CG
Leite de soja																		() CP () CM () CG
logurte integral																		() Pote () GP () GG
logurte (desnatado/ <i>light</i>)																		() Pote () GP () GG
Requeijão normal/ <i>Káshimier</i>																		() Ponta de faca () CChá
Requeijão <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Queijo (mussarela/lanche/colonial/ provolone)																		() FP () FM () FG
Queijo (branco/minas/ricota)																		() FP () FM () FG
Creme de leite/Nata																		() CChá () CSopa
Leite condensado																		() CChá () CSopa
Manteiga/Margarina normal																		() Ponta de faca () CChá
Margarina <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Maionese normal																		() Ponta de faca () CChá
Maionese <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Mortadela/Salame/Murcilha/Presunto gordo																		() FP () FM () FG
Presunto magro/Peito de peru/ Chester																		() FP () FM () FG
Mel/Geléia/Chimia/Uvada/Goiabada/ Figada/Pessegada/Marmelada																		() Ponta de faca () CChá
Geléia <i>diet</i> /Chimia <i>diet</i>																		() CChá () CSopa
Salada de frutas																		() CP () CM () CG () Pote

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar? Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																		
Alimentos	Quantas vezes										Unidade de tempo					Quantidade		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S	M		A	Meses/Ano
Tomate cru																		() UP () UM () UG
Legumes variados																		() CSopa
Legumes empanados fritos																		() Ramo () Rodela
Sopa de legumes ou de verduras																		() CoP () CoM () CoG
Sopa com arroz/massa/capeletti																		() CoP () CoM () CoG
Ovo/Omelete/Ovo mexido																		() Unidade () CSopa
Cachorro-quente/Xis de carne ou frango																		() Unidade
Pastelão/Empadão/Quiche																		() PP () PM () PG
Pizza																		() FP () FM () FG
Pastel/Coxinha/Rissoles/Croquete (fritos)																		() UP () UM () UG
Guisado/Almôndega																		() CSopa () Unidade
Churrasco																		() PP () PM () PG
Carne de gado																		() PP () PM () PG
Frango com pele																		() PP () PM () PG
Frango sem pele																		() PP () PM () PG
Carne de porco																		() PP () PM () PG
Carne de soja																		() CSopa
Bucho/Mondongo																		() CSopa () Prato
Visceras (moela/figado)																		() Pedaco () CSopa
Coraçõzinho																		() Unidade
Bacon/Toucinho																		Registrar só a frequência
Lingüiça/Salsichão																		() Unidade () CSopa
Salsicha																		() UP () UM () UG
Peixe (fresco/congelado)																		() PP () PM () PG
Tofu																		() Fatia
Sushi																		() Unidade
Sashimi																		() Fatia
Sardinha/Atum (conserva)																		() Lata () CSopa
Camarão																		() CSopa () Unidade
Chocolate em barra/Bombom																		() UP () UM () UG
Brigadeiro/Negrinho/Doce com chocolate																		() Unidade
Pudim/Ambrosia/Doce de leite/Arroz doce/Flan																		() CSopa () PP () PM () PG
Sorvete																		() CSopa () Bola
Sorvete light																		() CSopa () Bola
Tortas em geral																		() PP () PM () PG
Fruta em calda																		() PP () PM () PG
Café preto passado																		() XP () XM () XG
Café expresso																		() XP () XM () XG
Café solúvel																		() CChá
Café cappuccino																		() XP () XM () XG
Café sem cafeína																		() XP () XM () XG

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar?																		
Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																		
Alimentos	Quantas vezes										Unidade de tempo				Quantidade			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S		M	A	Meses/Ano
Chá																		() XP () XM () XG
Chimarrão																		() Cuia () Térmica
Água (fora café/chá)																		() CP () CM () CG
Refrigerante																		() CP () CM () CG
Refrigerante (diet/light)																		() CP () CM () CG
Açúcar																		() CChá () CSopa
Adoçante (líquido/pó)																		() Gotas () Sachês
Amendoim/Nozes/Castanha-do-Pará/ Castanha de caju																		() Punhado () Unidade
Uva passa																		() CSopa
Guloseimas/Paçoquinha/ Rapadurinha/Maria-mole/ Merenginho/Puxa-puxa																		() Unidade
Bala/Chiclete																		() Unidade
Pipoca																		() SaP () SaM () SaG
Chips/Fandango/Milhopã																		() SaP () SaM () SaG
Outro																		

CaP: cacho pequeno; CaM: cacho médio; CaG: cacho grande; CChá: colher de chá; CSopa: colher de sopa; CoP: concha pequena; CoM: concha média; CoG: concha grande; CP: copo pequeno; CM: copo médio; CG: copo grande; EspigaP: espiga pequena; EspigaM: espiga média; FP: fatia pequena; FM: fatia média; FG: fatia grande; GP: garrafa pequena; GG: garrafa grande; PP: pedaço pequeno; PM: pedaço médio; PG: pedaço grande; PS: prato de sopa; UP: unidade pequena; UM: unidade média; UG: unidade grande; SaP: saco pequeno; SaM: saco médio; SaG: saco grande; XP: xícara pequena; XM: xícara média; XG: xícara grande.

ANEXO 3 – Inventário de Depressão Beck (BDI)

1	<p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enjoado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	9	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

ANEXO 4 – Inventário de Ansiedade Beck (BAI)

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO 5 – Normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.

Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.

Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.

Relatos e séries de casos – Devem fornecer uma curta descrição original de casos clínicos e estratégias de tratamento particularmente interessantes para pesquisadores e clínicos. Podemos citar como exemplos a apresentação incomum de um transtorno conhecido, um tratamento inovador ou um efeito adverso claramente relacionado a uma medicação específica, que nunca havia sido relatado. Apesar de concisos, os relatos devem trazer uma descrição cronológica detalhada dos casos, destacando sua relevância e originalidade. Os autores devem fornecer uma extensiva revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos do tópico relatado, comparando-o com casos similares descritos na literatura científica internacional. Relatos e séries de casos não devem ultrapassar o limite de 1.500 palavras e 15 referências.

Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.

Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Resenhas de livros – Curtas revisões (no máximo 500 palavras) sobre livros recém publicados dentro do foco do Jornal Brasileiro de Psiquiatria que poderiam interessar psiquiatras e profissionais de saúde mental.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo).

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, royalties, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "*Beyond conflict of interest*", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a sessão "Conclusões".

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na sessão intitulada "Material e Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de experimentos clínicos

Antes de subter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a National Institutes of Health Clinical Trials (<http://www.clinicaltrials.gov>), a Netherlands Trial Register (<http://www.trialregister.nl>), UMIN Clinical Trials Registry (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a sessão "Declaração de Conflito de Interesses".

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturado em quatro tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter os resumos e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitido para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as

Referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replica-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma logica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxilio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em um único paragrafo curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clinica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta sessão, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro).

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxilio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.

Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.

Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (*Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*). Além disso, todas devem

ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser auto-explicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.