

**Liga de Ensino do Rio Grande do Norte
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte**

CLÁUDIO CAETANO DA SILVA FREITAS

**Caracterização do Estado Nutricional de Pacientes Internados em
uma Unidade de Desintoxicação de um Hospital Público de
Natal/RN**

**NATAL-RN
2009**

CLÁUDIO CAETANO DA SILVA FREITAS

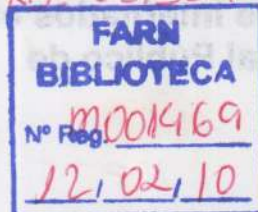
Caracterização do Estado Nutricional de Pacientes Internados em uma Unidade de Desintoxicação de um Hospital Público de Natal/RN

Monografia apresentado à coordenação do curso
de graduação em Nutrição da Faculdade
Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande
do Norte, como requisito do título de graduação em
Nutrição.

Orientador: Carina Leite de Araújo Oliveira. (Ms.)

**NATAL – RN
2009**

RA 33.359



612.39
F936C
2009
ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Freitas, Cláudio Caetano da Silva

Caracterização do estado nutricional de pacientes internados em uma unidade de desintoxicação de um hospital público de Natal/RN. / Cláudio Caetano da Silva Freitas. – Natal: FARN, 2009.

41f.

Orientador: Carina Leite de Araújo Oliveira (Msc.)

Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Nutrição Clínica – Dependentes Químicos – Monografia. 2. Avaliação Nutricional – Monografia. 3. Transtornos Alimentares – Dependentes Químicos – Monografia. I.Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades dadas em minha vida nascer debaixo do amor e pela força em superar as dificuldades.

A todos os professores que passaram no meu vida e que contribuíram para o crescimento acadêmico e da vida, em especial a professora Célia Leite do Arago Oliveira da FARN, pela paciência e força para que este trabalho fosse realizado.

A todos os amigos feitos nos cursos de graduação bem como os subscritores: professora Rosângela Santos, Leite de Sá, Isabela, Jéssica, Kátia e Elaine (Unidade de Apoio Médico da Prefeitura Municipal João Machado de Natal e o Hospital de Guarnição) e funcionários da FARN como Irmilda, Sílvia, Judia, e outros que também contribuíram.

A toda equipe médica da Unidade de Desintoxicação, em especial a Dra. Gislene pelo incentivo constante e força para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos e conhecidos da minha cidade (Governador De Siqueira - R.N. da Escola Agrícola de Jardim - UFRN e da FARN (Núcleo de Apoio Administrativo) Roberto Nova, Antônio Freitas, Elizabeth (Gepaki).

Um agradecimento especial a Elizabeth Alice Figueira Bezerra (Uma grande amiga mais que especial, a companheira de todos os momentos) e sua família que foram pessoas que contribuíram para a minha realização pessoal e profissional e sempre estiveram ao meu lado dando forças nos momentos que mais precisava e a distância da minha família.

E por último a mãe que sempre, a todo o tempo e minha família por acreditar e ajudar em tudo que eu precisava, principalmente a minha mãe, uma grande mulher que sempre me deu força e coragem.

Dedico este trabalho a minha família, em especial a minha mãe, Maria Creuma da Silva, por tudo que fizeram para eu alcançar o meu objetivo e a todos que me deram forças.

"A todos que creiam em mim para alcançar o meu sonho obrigado"

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades colocados em minha vida nestes últimos 10 anos e pela força em superar os obstáculos.

A todos os professores que passaram na minha vida e que contribuíram com os ensinamentos acadêmicos e da vida, em especial a professora Carina Leite de Araújo Oliveira da FARN, pela paciência e força para que este trabalho fosse realizado.

A todos os amigos feitos nos campos de estágios bem como as nutricionistas preceptoras Rosângela Sandra, Lélia de Sá, Márcia, Jane, Kássia, e Elaine (Unidade de Saúde Mista de Pajuçara, Hospital João Machado de Natal e o Hospital de Guarnição) e funcionários da FARN como Iranildo, Silvia, Judite, e outros que também contribuíram.

A toda equipe médica da Unidade de Desintoxicação, em especial a Dra. Gislaine pelo importante incentivo e força para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos e conhecidos da minha cidade (Governador Dix-Sept Rosado – RN), da Escola Agrícola de Jundiaí –UFRN e da FARN (Neste último, principalmente a Roberto Rosa, Adriane Freitas, Elizabeth Crepaldi).

Um agradecimento especial a Elizabeth Aline Ferreira Bezerra (Uma grande amiga mais que especial, e companheira de todos os momentos) e sua família que foram pessoas que contribuíram de forma imprescindível para obtenção do meu objetivo e sempre estiveram do meu lado dando forças nos momentos que mais precisei com a distância da minha família.

E por último e mais que especial, a toda a minha família por enfrentar a saudade com muito apoio e incentivo, principalmente a minha mãe, uma grande mulher, um exemplo de perseverança, luta, garra e de vida, sendo a minha principal inspiração.

“A todos que contribuíram para essa vitória, o meu muito obrigado!”

"Aprendi que um homem só tem o direito de olhar um outro de cima para baixo para ajuda-lo a levantar-se"

Gabriel Garcia Márquez

RESUMO

A dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia. O consumo de drogas (lícitas e ilícitas) transformou-se em uma preocupação mundial nas últimas décadas, em função de sua alta incidência e dos riscos à saúde derivados de seu uso. Diante disso, se faz necessário conhecer características de grande importância nestes pacientes tais como o perfil antropométrico, a fim de auxiliar na proposta de intervenção nutricional adequada. Este estudo teve por objetivo caracterizar os pacientes usuários de drogas em relação ao perfil antropométrico na admissão e alta hospitalar e outras como o tipo de drogas. A amostra foi delineada por conveniência, constituída por 22 indivíduos. Para avaliação antropométrica foi mensurado o Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e razão cintura quadril (RCQ). As informações quanto ao tipo de droga mais utilizada foram coletadas a partir do registro na ficha de anamnese. Houve prevalência de indivíduos adultos jovens consumidores de drogas lícitas (68%). Observou aumento nos valores médios de IMC aferidos nos diferentes momentos (internação e alta) onde 91% dos pacientes aumentaram de peso, com ganho médio de 4,5kg/paciente em 8 dias de permanência na unidade, com alteração significativa na classificação do estado nutricional. Diante dos resultados obtidos, conclui-se que os pacientes no momento da abstinência das drogas, recorre a alimentação como uma forma de diminuir a ansiedade provocada pela ausência das mesmas. O desenvolvimento de novos estudos e o trabalho multidisciplinar envolvendo nutricionistas e demais profissionais da saúde se faz de fundamental importância para entender melhor as alterações no funcionamento normal destes pacientes, e conseqüentemente contribuindo para o direcionamento de condutas que venham a amenizar futuras complicações e os efeitos decorrentes da abstinência da droga.

Palavras-chave: Drogas lícitas e ilícitas, Avaliação Nutricional.

ABSTRACT

Drug addiction is widely ranked among psychiatric disorders and is considered a chronic disease that accompanies the individual throughout his life, but it can be treated and controlled, reducing the symptoms, alternating, often periods of control of them and return of symptoms. The consumption of drugs (legal and illegal) has become a global concern in recent decades, due to its high incidence and health risks due to their use. Given this, it is necessary to identify characteristics of great importance in these patients such as anthropometric parameters, to assist in the proposal for appropriate nutritional intervention. This study aimed to characterize the drug users in relation to anthropometric at admission and discharge and to other kinds of drugs. The sample was designed for convenience, consisting of 22 individuals. Anthropometric measured the body mass index (BMI), waist circumference (WC) and waist / hip ratio (WHR). Information on the type of drugs most used were collected from the registration form in history. The prevalence of young adult consumers of legal drugs (68%). Observed increase in mean BMI measured at different time points (admission and discharge) where 91% of patients gained weight, with average gain of 4.5 kg / patient at 8 days in the unit, with significant change in the nutritional status. Considering the results obtained, it is concluded that patients at the time of withdrawal from drugs, uses food as a way to reduce the anxiety caused by the lack of them. The development of new studies and multidisciplinary work involving nutritionists and other health professionals becomes extremely important to better understand the changes in the normal functioning of these patients, and ultimately contributing to the direction of ducts to minimize future complications and the effects of abstinence from drugs.

Keywords: Licit and illicit Nutritional Assessment.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PERCENTUAL DO CONSUMO DE ACORDO COM O TIPO DE DROGA.....	24
GRÁFICO 2: PESO NA ALTA MÉDICA	27
QUADRO 3: Classificação do Estado Nutricional de acordo com o IMC na Internação e na Alta Médica (OMS, 1997).....	28
QUADRO 4: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas Segundo a Circunferência da Cintura na Internação e na Alta Médica (OMS, 1998).....	29
QUADRO 5: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas Segundo a Relação Cintura/Quadril na Internação e na Alta Médica (OMS, 1998).....	30
QUADRO 6: Análise do Rastreamento Dietético e Monitorização Nutricional de Microelementos.....	31

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Faixa Etária.....	23
QUADRO 2: Permanência dos Pacientes	26
QUADRO 3: Classificação do Estado Nutricional de Acordo com o IMC na Internação e na Alta Médica (OMS, 1997).....	28
QUADRO 4: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas Segundo a Circunferência da Cintura na Internação e na Alta Médica (OMS,1998).....	29
QUADRO 5: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas Segundo a Relação Cintura/ Quadril na Internação e na Alta Médica (OMS,1998).....	30
QUADRO 6: Análise da Refeição Oferecida e Necessidades Nutricionais de Macronutrientes.....	31

ABREVIATURAS

LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico	11
UD	Unidade de Desintoxicação	12
IMC	Índice de Massa Corporal	13
CC	Circunferência da Cintura	13
CQ	Circunferência do Quadril	14
RC/Q	Razão Cintura Quadril	14
OMS	Organização Mundial de Saúde	15
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	17
NP	Número de Pacientes	18
DP	Desvio Padrão	18
A.A	Alcoólicos Anônimos	21
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial	21
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	21
RCM	Risco de Complicações Metabólicas	22
DN	Dentro da Normalidade	23
VCT	Valor Calórico Total	23

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 AS DROGAS E SEUS CONCEITOS.....	14
3.2 AS DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO.....	15
3.3 AS DROGAS E PROBLEMAS SOCIAIS.....	17
3.4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	19
3.5 CONSUMO DE DROGAS X ASPECTOS NUTRICIONAIS.....	19
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 COLETA DE DADOS E PERIODIZAÇÃO DO ESTUDO.....	21
4.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	21
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES.....	23
5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	27
5.3 ANÁLISE DO CARDÁPIO.....	31
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES.....	38

1 INTRODUÇÃO

As drogas, lícitas ou ilícitas, se constituem num dos grandes males que assolam a humanidade desde os tempos mais remotos, tendo sido consideradas o "mal do século XX". Neste início de novo século e milênio, somos obrigados a reconhecer que continuam a exercer o papel de grandes vilãs de nossa sociedade e, apesar de todos os danos a elas associados, seu consumo continua incontável, crescendo assustadoramente e arrebanhando para seu caminho milhões de jovens (OLIVEIRA et al, 2005).

De acordo com Vizzolto *apud* Ferreira et al (2001), *Drogas Psicotrópicas* são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que têm tropismo pela mente e que modificam a atividade psíquica e o comportamento, apresentando efeitos depressores, estimulantes ou perturbadores. Os efeitos agudos e crônicos dependem do tipo, quantidade, qualidade, via de administração, combinações, efeito esperado e ambiente, entre outros.

Entre as Drogas *Psicolépticas* ou *Depressoras*, destacam-se: álcool, hipnóticos, ansiolíticos, analgésicos narcóticos e solventes; entre as *Psicoanalépticas* ou *Estimulantes*: cocaína, anfetaminas, nicotina e xantinas; e entre as *Psicodislépticas* ou *Perturbadoras Naturais*: maconha, cogumelos, mescalina, entre outras, e Sintéticas: LSD-25 (Dietilamida do Ácido Lisérgico) e anticolinérgicos (Galduroz et al, *apud* Ferreira et al, 2001).

Por vezes, torna-se difícil generalizar os efeitos e alterações que ocorrem com o uso de uma mesma substância por pessoas diferentes, pois os efeitos de uma droga dependem da associação de fatores como: tempo de uso, tolerância, estado geral da saúde, entre outros (Ferreira et al, 2001).

A adolescência está associada com um crescente risco de desenvolvimento de dependência e abuso de drogas (Laviola et al, *apud* Oliveira, 2005). Sanches e Nappo *apud* Oliveira et al (2005) detectaram duas fases distintas no uso de drogas. A primeira, com o uso de drogas lícitas (álcool e o cigarro são as mais citadas) se dá pelo incentivo de parentes e amigos por volta dos 10 aos 13 anos e o principal motivo do uso é a necessidade de autoconfiança e autoafirmação perante o grupo. A segunda fase representada pelo início do uso das drogas ilícitas ocorre por volta dos 12 aos 16 anos e, na maioria das vezes, inicia-se com o consumo de maconha,

geralmente considerada uma "droga leve" pelos usuários, progredindo para o uso das chamadas "drogas pesadas" - cocaína, crack e outras.

Segundo Wang et al (1994); Sher (2002) *apud* Oliveira et al, (2005), muitas drogas têm sido associadas com alterações nos hábitos alimentares e estado nutricional do usuário por afetarem o apetite ou a ingestão dos alimentos e/ou por agirem diretamente sobre o metabolismo de alguns nutrientes específicos, como é o caso do álcool sobre a absorção de vitaminas (A, E) e minerais (Cu, Zn, Se).

Atualmente, existem poucos estudos que relacionam este assunto com a nutrição, portanto é interessante que novos estudos sejam desenvolvidos. Sabendo destas importantes implicações em dependentes químicos realizou-se este estudo com o objetivo de caracterizar pacientes usuários de drogas admitidos em UD (Unidade de Desintoxicação) de um Hospital Público de Natal/RN para o tratamento da desintoxicação, e comparar os indicadores antropométricos do estado nutricional destes indivíduos no momento da internação e na alta médica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar os pacientes usuários de drogas em relação ao perfil antropométrico na admissão e alta hospitalar.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os usuários de drogas, quanto ao gênero, faixa etária e os tipos de drogas (lícitas ou ilícitas) utilizadas pelos pacientes internados.
- Classificar o estado nutricional dos dependentes químicos através de indicadores antropométricos como Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência da Cintura(CC), Circunferência do Quadril(CQ), Razão Cintura Quadril (RCQ).
- Identificar o valor nutricional da refeição, oferecida na unidade para estes pacientes relacionando com as recomendações.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AS DROGAS E SEUS CONCEITOS

Nas últimas décadas o consumo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas vem sendo um fator por bastante preocupação em todo mundo. Esta preocupação se da em decorrência da alta incidência e dos riscos relacionados à saúde devido a sua utilização (Tavares, Béria; Lima *apud* Chiapetti; Serbena, 2007).

Para Duvicq, Pereira e Carvalho(2004), o termo “*droga*” é utilizado atualmente como um sinônimo de uma substância psicoativa que pode produzir danos a saúde do individuo que faz o seu consumo dependendo do tipo, quantidade e vias de administração, onde o mesmo ingere um produto químico que afeta o organismo sejam eles legais ou ilegais.

As drogas lícitas compreendem aquelas que tem sua produção e comercialização legalizadas tais como álcool, tabaco, medicamentos inalantes e solventes, porém alguns medicamentos têm sua comercialização controlada pelo fato de poder levar a dependência físico-psíquica. As drogas ilícitas são substâncias que não possui comercialização legalizada devido apresentar um altíssimo risco de causar dependência física e/ou psíquica. Dentre as mais utilizadas estão a maconha, cocaína, crack, etc (BECKER, et al., 2004).

De acordo com Andrade AG *apud* Ferigolo et.al (2004), há muitos estudos que ressaltam a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas em diferentes locais, que variam de acordo com os grupos populacionais, culturais e as características que estão envolvidas com tais processos, determinando assim os padrões específicos do uso de drogas.

As drogas podem ser depressoras, estimulantes e perturbadoras, elas atuam no cérebro, mais precisamente a nível do sistema nervoso central causando assim alterações no funcionamento do organismo. A *dependência química* é caracterizada pela mudança de personalidade dos indivíduos que os torna propensos a recorrerem às drogas e, assim, se tornam mais susceptíveis de permanecerem dependentes dessas substâncias. Neste tipo de dependência há presença da vulnerabilidade

biológica que depende de três condições: a predisposição adquirida ou hereditária, condições sócio-econômicas e a droga (BECKER, et al., 2004).

Para Becker, et.al. (2004), a também outros tipos de dependência, que são a *Psíquica*, onde há auto-administração da droga afim de produzir ou evitar o mal-estar na falta da droga caracterizado pela *síndrome da privação*. A outra forma de dependência é *física*, onde há uma alteração no funcionamento normal do organismo, alterando o estado de equilíbrio de acordo com as condições criadas pela droga. Ao suspender o uso da droga, começa o aparecimento de uma série de reações que caracterizam a síndrome de abstinência.

Segundo Becker et al. (2004), caracteriza a síndrome de abstinência pelo aparecimento de alguns sintomas como ansiedade, dores generalizadas, insônia, vômitos, diarreia, febre e alterações cardiovasculares. Esses sintomas desagradáveis são um dos motivos determinantes para uma maior dificuldade de recuperação de um paciente.

3.2 AS DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) *apud* Chalub e Telles, (2006), em um estudo epidemiológico relacionado à atenção primária em saúde em 14 países teve como principais diagnósticos psiquiátricos a depressão, a ansiedade e os transtornos pelo uso de substâncias psicoativas. Este último foi mais comum em homens enquanto os dois primeiros foram mais frequentes em mulheres.

Muza, et al. (1997) relata que em um estudo epidemiológico desenvolvido em países da América Latina mostrou que dentre as substâncias psicoativas mais consumidas estavam às drogas lícitas como o álcool e o tabaco, e em seguida as drogas ilícitas, como a maconha, cocaína, crack e outras. Dados semelhantes foram encontrados em países desenvolvidos, onde as drogas lícitas são mais comuns em adultos e as ilícitas atingem mais a população mais jovem.

Esta afirmação é comprovada por outros estudos, como é possível observar em Tavares BF *apud* Pavani et.al. (2009), que demonstra que nos últimos anos há um elevado índice de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes, uma vez que na faixa entre 14 e 16 anos de idade, apresenta-se como o principal período

de iniciação do consumo dessas substâncias psicoativas. Vale ressaltar também que o tabagismo e o etilismo podem estar associados ao consumo de drogas lícitas.

Em um estudo realizado por Bastos, Bertoni e Hacker(2005) com objetivo de identificar como era feito o consumo de drogas na população brasileira, que teve uma amostra de 5.040 indivíduos, mostrou que 86,7% dos entrevistados citaram terem feito o uso de bebida alcoólica ao longo da vida, observando predomínio da região centro-oeste, em seguida a nordeste e a sudeste. Os demais relataram à utilização de outras drogas que não o álcool ou tabaco.

Segundo Chalub e Telles (2006, p.70):

A prevalência dos transtornos devidos ao uso de álcool (uso nocivo e dependência) em adultos foi estimada e cerca de 1,7% em todo mundo. Estes índices variam consideravelmente em nas diferentes regiões do planeta, indo de níveis muito baixos em países do Oriente Médio a mais de 5% na América do Norte e partes da Europa Oriental. Galduróz JC et.al citado por Souza et.al, (2008, p. 183), afirma que os indivíduos do gênero masculino utilizam mais álcool e outras drogas revelando um importante padrão social do consumo dessas substâncias.

Várias pesquisas relatam alguns fatores que têm influência direta no consumo de drogas, tais como a pressão social do grupo em que as pessoas estão inseridas, ou seja, as suas convivências, o atual acesso social ou econômico facilitado ao uso dessas substâncias para todos os níveis da sociedade, e muitas vezes o não reconhecimento da possibilidade de dependência química (De Micheli D. et.al. *apud* Pavani et.al, 2009).

De acordo com Costa et al. *apud* Horta, Horta L; Pinheiro(2006), as redes de distribuição de substâncias psicoativas ocupam um grande espaço no mercado de oferta, bem como a sedução para este consumo comumente a outros movimentos sociais tais como os fenômenos de inclusão da mulher no mercado de trabalho e expansão da mídia eletrônica.

Segundo Buchele, Coelho e Lindner (2009), com o avanço do modelo socioeconômico de produção, começaram a acontecer novos sistemas de comercialização e propagação das drogas, ou seja, os produtos lícitos ou ilícitos conheceram outras formas de fabricação e de ofertas, aumentando assim as

possibilidades de utilização das mesmas tanto por adultos quanto para os jovens.

Segundo Galduróz *apud* Mendes; Luis (2005), o consumo de álcool pode ser estimulado pela publicidade e pelas tradições culturais, de forma que elas se beneficiam pela permissividade social que as drogas ilícitas não possuem. Estas além de possuir um consumo altamente popularizado entre diversas camadas sociais e grupos da população.

“A utilização de drogas lícitas e ilícitas permeia a cultura da adolescência à velhice e, no caso do Brasil, notadamente por meio do consumo de álcool, fumo e maconha” (SCHENKER; MINAYO, 2005, p.708).

Segundo Ferigolo et.al *apud* Heim e Andrade, (2008), quanto mais cedo se der o início do consumo de álcool e tabaco, maior será a vulnerabilidade de se desenvolver uma dependência destas substâncias, o que conseqüentemente não impede que este consumo também chegue a outros tipos de drogas como as ilícitas.

De acordo com um estudo realizado com estudantes das 5 regiões do país pela Secretaria Nacional Antidrogas (2005), mostrou que as drogas mais utilizadas no país eram o álcool em primeiro, tabaco em segundo e em seguida os solventes, maconha e cocaína.

Segundo a OMS *citado por* Fontes, Figlie; Laranjeira (2006), a dependência por álcool atinge de 10 à 12% da população mundial e de acordo com o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas realizado por Carlini et al., *apud* Fontes, Figlie e Laranjeira (2006), chega a 11,2 % dos brasileiros das 107 maiores cidades do país.

3.3 AS DROGAS E PROBLEMAS SOCIAIS

O uso de bebidas alcoólicas e outras drogas sempre esteve presente na história da humanidade, em diversas culturas, sociedades e épocas porém que não levavam a problemas e motivos para alarmes sociais e sim tinham propósitos religiosos, terapêuticos e lúdicas. Contrário a isso, são os problemas relacionados ao consumo em excesso dessas substâncias na sociedade contemporânea, onde estas tem tomado dimensões preocupantes. (CRIVES e DIMENSTEIN, 2003).

“A OMS estima que haja cerca de 2 bilhões de pessoas em todo mundo que consumam bebidas alcoólicas e 76,3 milhões de indivíduos com enfermidades relacionadas ao uso do álcool” (FILIZOLA et al., 2008, p.228).

Segundo Romano e Laranjeira *apud* Moraes et al.(2006), no Brasil o álcool é o principal responsável pelas internações decorrentes do uso de drogas chegando a ser 20% em clínicas gerais e 50% das internações masculinas psiquiátricas.

Heim e Andrade (2008), afirmam que o consumo de álcool e outras substâncias químicas atuam de certo modo como facilitador das situações de violência. Atualmente, há um consumo descontrolado de bebidas alcoólicas no mundo o que pode estar contribuindo para o aumento de situações de risco de violência, uma vez que vários estudos relacionam o consumo de álcool e drogas com o aumento dos valores de delinquência na sociedade, que é um dos grandes problemas enfrentados pela sociedade contemporânea.

“A criminalidade é um fenômeno complexo que tem múltiplos determinantes biopsicossociais e forma parte da própria condição humana desde os primeiros tempos” (CHALUB; TELLES, 2006, p.70).

Outro problema bastante comum em todo o mundo e que está relacionado às drogas, consiste no consumo do álcool no trânsito onde os responsáveis por tal processo coloca em risco não somente a vida destes como também de outras pessoas. “Já é de consenso que o uso de álcool está relacionado com os acidentes de trânsito e que esse fato é discutido extensamente e divulgado com frequência pela mídia nacional” (PONCE; LEYTON, 2008, p. 66).

Segundo Brasil *apud* Crives e Dimenstein (2003) e Moraes et al. (2006), dentre os diversos problemas envolvidos com as drogas, estão também o comprometimento do vínculo afetivo com relação à família, no trabalho, no trânsito, desemprego, morbimortalidade, na saúde e inclusive na disseminação do vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), este processo certamente leva um maior gasto financeiro dos serviços de saúde.

3.4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação nutricional é o exame pelo qual o nutricionista determina o estado nutricional de seu paciente. A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (KAMIMURA et al. *apud* CUPPARI, 2005).

Para Rossi et al. (2008), a antropometria está relacionada à obtenção de medidas físicas de um indivíduo para compor a avaliação nutricional, favorecendo os processos de acompanhamento nos processos de saúde, doença e qualidade de vida de um indivíduo.

Segundo Yabuta et al. *apud* Isosaki, Cardoso e Oliveira (2009), existem muitas medidas antropométricas e classificações para a determinação do estado nutricional, onde a escolha do parâmetro que será utilizado depende do objetivo desejado, das condições e recursos disponíveis.

"A identificação e a adequada correção do estado nutricional resulta em menos complicações, menor tempo de internação e melhor qualidade de vida" (DUARTE, 2007, p.21)

3.5 CONSUMO DE DROGAS X ASPECTOS NUTRICIONAIS

A interação droga-nutriente consiste em assunto recente e que vem crescendo nos últimos anos, de interesse de diversos profissionais da área da saúde, principalmente os médicos e nutricionistas. Em tratamentos o acompanhamento nutricional deve ser realizado por auxilia nos efeitos do mesmo, uma vez que as drogas podem ter consequência que afetam o estado nutricional de um indivíduo. (BECKER, et.al. 2004)

Segundo Wang et al.(1994); Sher (2002) *apud* Oliveira et al. (2005, p.92)

Muitas drogas têm sido associadas com alterações nos hábitos alimentares e estado nutricional do usuário por afetarem o apetite ou a ingestão dos alimentos e/ ou por agirem diretamente sobre o metabolismo de alguns nutrientes específicos, como é o caso do álcool sobre a absorção de vitaminas (A,E) e minerais (Cu, Zn, Se).

Para Becker et al. (2004), o uso de drogas podem levar a complicações diretas no estado nutricional de uma pessoa pois seus efeitos podem ocorrer nas mesmas etapas dos nutrientes no organismos, desde os processos de digestão até excreção das mesmas.

Segundo Astoviza & Suárez *apud* Dias, Campos e Faria (2006), o consumo dessas substâncias podem levar a danos na estrutura da mucosa do sistema digestório o que pode prejudicar e assim comprometer a absorção adequada dos nutrientes dos alimentos.

4 METODOLOGIA

4.1 COLETA DE DADOS E PERIODIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se por ser do tipo descritivo, que de acordo com Cervo e Bervian (1996), que consiste em procurar conhecer situações e relações na vida social, política e econômica e outros aspectos do comportamento humano, seja ele de modo isolado ou em grupos e comunidades.

A pesquisa foi desenvolvida no período de 21 de maio à 30 de junho de 2009, na U.D do hospital, com os pacientes internados neste período, uma vez que todo o procedimento a ser realizado foi esclarecido aos mesmos, bem como o objetivo da pesquisa, não havendo nenhuma restrição por parte dos mesmos.

Durante o período em que se procedeu a pesquisa, foram admitidos na unidade 31 pacientes do gênero masculino, onde destes 30 foram aferidos os dados no momento da internação. Dentre estes, não foi possível concluir os dados de alta médica em 8 pacientes, restando 22 pacientes, o que corresponde a 71% da amostra neste período.

4.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Para a avaliação antropométrica do estado nutricional foi utilizado o peso e altura para a determinação do IMC e sua classificação. As circunferências da cintura e do quadril para avaliar um possível risco de complicações metabólicas.

Quanto ao peso e altura, foi utilizada uma balança mecânica disponível na própria unidade, onde a partir destes valores foi feito a classificação do Índice de Massa Corporal de acordo com a idade de cada paciente. Os resultados foram avaliados conforme proposto pela OMS(1997) *apud* Sisvan (2008).

As circunferências foram feitas com auxílio de uma fita apropriada com escala em centímetros inelástica. Estes dados associados podem fornecer importantes

indicadores do estado nutricional bem como a distribuição de gordura corporal total e o risco de doenças cardiovasculares (LEÃO e GOMES, 2008).

Vale ressaltar que a aferição dos dados foi feita no prazo de até 48 horas após a internação dos pacientes, devido o fato de estar muitas vezes sob efeito da droga ou de medicação o que pode interferir na fidedignidade dos dados.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a obtenção do período médio de internação foram observados os dias de internação de cada paciente em seguida realizado uma média dos mesmos.

Quanto à análise do peso dos pacientes foi feito o somatório destes e em seguida calculado a média de peso, processo este também realizado para obtenção a média da altura e idade dos pacientes.

Para obtenção da média de ganho de peso foram somados os valores de aumento dos pacientes que ganharam peso durante o período de internação.

A análise do cardápio oferecida foi feita a partir de um software de computador associado as recomendações de Pinheiro et al. (2005) e Tucunduva (2002) afim de garantir a fidedignidade dos dados. Vale ressaltar que a refeição analisada foi a referente ao período de um dia (desde o desjejum até a ceia), onde as porções de cada alimento antes de serem servidas aos pacientes eram pesadas em uma balança digital e em seguida distribuída aos mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos Pacientes

A) Média de Idade

De acordo com os dados coletados com relação à idade dos pacientes atendidos na UD (Quadro 1), foi possível observar que a média de idade neste período foi de 32 anos, sendo que 55% (12 pacientes) tinham entre 18 e 30 anos, 18% (4 pacientes) tinham entre 31 e 40 anos e 27% (6 pacientes) estava na faixa etária entre 40 e 60 anos.

IDADE	NP*	%
18 a 30 anos	12	55
31 a 40 anos	4	18
41 a 60 anos	6	27
TOTAL →	22	100

* NP = N° de Pacientes

QUADRO 1: Faixa Etária do Pacientes Internados na U.D

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Como observado, atualmente as drogas de modo geral atinge diversas faixas etárias. Diante dos resultados, a maior parcela de pessoas atingidas por tal problema, está na faixa etária mais jovem da amostra, o que nos leva a pensar que o hábito do consumo de drogas, seja elas lícitas ou ilícitas, está iniciando de forma precoce. No estudo de Oliveira, et. al. (2005), fez esta associação onde o crescente consumo de drogas esta se dando de forma incontrolável e levando consigo milhões de jovens, fato este confirmado por Laviola et al, (1999); Sanches e Nappo (2002).

Tavares B.F *apud* Pavani et al. (2009), afirma que a faixa etária de 14 e 16 anos consiste no principal período de iniciação do consumo de substâncias psicoativas.

B) Caracterização das Drogas (Lícitas e Ilícitas)

Em relação ao gráfico 1, a maioria dos pacientes internados (50%) eram dependente de álcool, uma droga considerada lícita, 32% (7 pacientes) estavam inclusos no grupo que consumiam drogas ilícitas e a 18% (4 pacientes) corresponde ao uso de múltiplas drogas, ou seja lícitas e ilícitas.

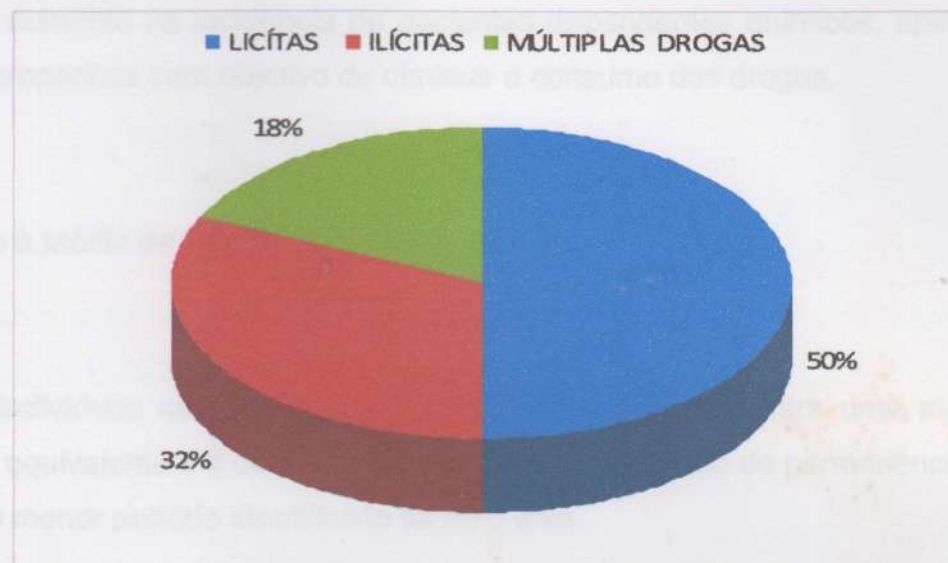


GRÁFICO 1: Percentual do Consumo de acordo com o Tipo de Droga
Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Metade dos pacientes pesquisados foram admitidos para o tratamento do alcoolismo, sem a associação com outro tipo de droga, e de forma geral nesta pesquisa, este problema chegou a ter participação em 68% dos motivos de internação no hospital. Oliveira, Villar *apud* Dias, et.al. (2006), afirmam que as internações para o tratamento do álcool crescem substancialmente, muitas vezes chegando a 60 mil/ ano, isto vai de acordo com os dados do Ministério da Saúde presentes no mesmo trabalho, onde o etilismo consiste na segunda maior causa de internação em hospitais psiquiátricos.

Dos pacientes admitidos para desintoxicação das drogas ilícitas, houve prevalência dos que pertenciam ao grupo da menor faixa etária que corresponde a uma média de 26 anos, principalmente quando comparado à média de idade dos indivíduos etilistas que é 34 anos. Portanto foi possível constatar que as drogas

ilícitas atingem em maior proporção indivíduos mais jovens, ao contrário dos dependentes de álcool que se encontra em uma faixa etária maior, isto vai de acordo com Muza et al. (1997).

Este processo é ressaltado por Oliveira, et.al. (2005), onde relata que o crescimento do consumo dessas drogas, esta se tornando um problema de difícil controle que atinge diversas idades, gênero, fatores econômicos e sociais, portanto merecem a atenção da sociedade, incluindo profissionais de saúde, poder público, ambiente familiar e outros. Segundo Nassif Filho, et.al. (1999), na prática médica, ocorre um aumento na incidência de pacientes dependentes químicos, apesar das diversas campanhas com objetivo de diminuir o consumo das drogas.

C) Quanto à Média de Permanência na Instituição

Os indivíduos que participaram da pesquisa, apresentaram uma média de internação equivalente a 8 dias, uma vez que o maior período de permanência foi de 19 dias e o menor período identificado foi de 3 dias.

PACIENTES	DIAS DE PERMANÊNCIA
P 1	10 dias
P 2	4 dias
P 3	4 dias
P 4	10 dias
P 5	9 dias
P 6	8 dias
P 7	8 dias
P 8	5 dias
P 9	4 dias
P 10	7 dias
P 11	15 dias
P 12	3 dias
P 13	16 dias

P 14	8 dias
P 15	7 dias
P 16	4 dias
P 17	8 dias
P 18	14 dias
P 19	4 dias
P 20	19 dias
P 21	4 dias
P 22	4 dias
TOTAL →	175 dias

QUADRO 2: Permanência Dos Pacientes

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Durante o período em que se procedeu a pesquisa foram coletadas várias informações da equipe médica, a respeito de como é feito o tratamento desses pacientes na unidade.

A principal característica do tratamento é a desintoxicação que consiste na primeira fase do tratamento da dependência química, esta que possui como principal característica retirar o efeito da droga no organismo. Após certo tempo, é utilizado medicamentos para o combate dos sintomas, bem como a recuperação do estado nutricional.

Esta fase de desintoxicação dura até 15 dias, o que vai de acordo com a média de permanência encontrada durante o período de pesquisa que foi de 8 dias. Ao fim dessa fase, inicia-se a segunda fase que é o tratamento da dependência propriamente dita que consiste na conscientização do próprio paciente bem como a medicação se caso a mesma for necessária, uma vez que esta não substitui as drogas e não leva a recuperação completa e sim o combate dos sintomas decorrentes da dependência, tais como alucinações, depressão, agitação e o controle dos mesmos.

Após a fase de desintoxicação o paciente é encaminhado para outras unidades especializadas como Alcoólicos Anônimos e CAPS ou para a unidade de saúde mais próxima.

5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A) Caracterização do Peso e Altura dos Pacientes

A média de peso e altura encontrada nos pacientes foi respectivamente 62 kg e 1,68 m².

De acordo com o Gráfico 2, 5% dos pacientes perderam peso e outros 5% mantiveram o seu peso. 90% (20 pacientes) aumentaram, uma vez que o ganho médio destes foi de 5 kg/ paciente na alta médica.

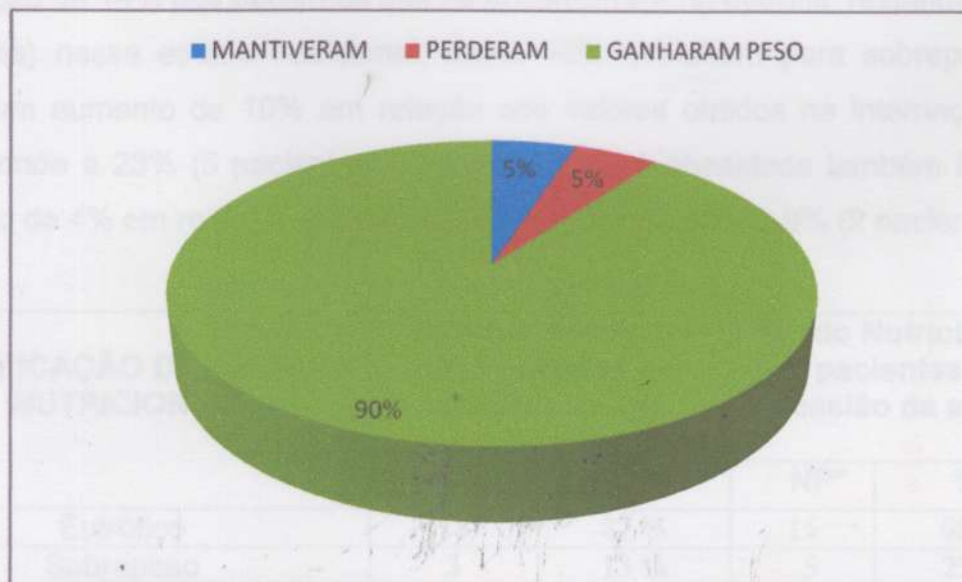


GRÁFICO 2: Peso Na Alta Médica de Pacientes Internados Na UD.
Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Astoviza; Suarez *apud* Dias et.al. (2006), relatam que a diminuição do apetite e os demais danos provocados no sistema digestório que levam dentre outros problemas a não absorção dos nutrientes de forma satisfatória é uma das inúmeras disfunções orgânicas decorrentes do uso das drogas. Diante disso, na ocasião da abstinência da droga, é desencadeado uma compulsão alimentar que leva aos indivíduos terem uma busca maior dos alimentos, conseqüentemente uma maior oferta de calorias.

O ganho de peso dos pacientes foi considerado relativamente alto para o período médio de internação, porém entende-se que este fato foi desencadeado

justamente pela abstinência das substâncias químicas e dos demais fatores citados anteriormente.

B) Caracterização Quanto ao IMC

De acordo com o quadro 3, foi possível observar e associar os pacientes quanto a sua classificação do IMC na internação e alta médica, onde no momento da admissão 82% (18 pacientes) encontravam-se eutróficos, 13% (3 pacientes) com Sobrepeso e 5% (1 paciente) com obesidade. Na alta médica, houve uma diminuição de 14% dos pacientes que se encontravam na eutrofia, restando 68% (15 pacientes) nesse estado nutricional. Estes 14% evoluíram para sobrepeso onde houve um aumento de 10% em relação aos valores obtidos na internação o que corresponde a 23% (5 pacientes). Com a relação à obesidade também houve um aumento de 4% em relação aos valores iniciais, apresentando 9% (2 pacientes).

CLASIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	Estado Nutricional dos Pacientes por ocasião de sua admissão		Estado Nutricional dos pacientes por ocasião da alta	
	NP*	%	NP*	%
Eutrófico	18	82 %	15	68 %
Sobrepeso	3	13 %	5	23 %
Obesidade	1	5 %	2	9 %
TOTAL →	22	100%	22	100%

* NP = Nº de Pacientes

QUADRO 3: Classificação do Estado Nutricional de acordo com o IMC na Internação e na Alta Médica (OMS, 1997).

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Diante das necessidades relacionados tanto com relação à abstinência quanto a compulsividade, uma vez que estão diretamente interligadas, explica-se o fato de que a maioria dos pacientes aumentaram de peso, conseqüentemente alguns passando do estado nutricional da eutrofia para sobrepeso ou obesidade.

C) Caracterização Quanto a Circunferência da Cintura

Com relação à CC (Quadro 4), observou-se que na internação 86% (19 pacientes) apresentavam normalidade quanto ao risco de complicações metabólicas, 5% (1 paciente) com risco de complicações metabólicas elevadas e 9% (2 pacientes), com risco de complicações metabólicas muito elevadas. No momento da alta médica, constatou-se que a faixa de normalidade quanto ao risco de complicações teve um declínio de 4%, totalizando 82% (18 pacientes). Quanto ao risco elevado de complicações no momento da alta hospitalar, houve um aumento de 4% o que corresponde a um valor final de 9% (2 pacientes). Referindo-se a presença de risco de complicações muito elevadas na alta hospitalar, permaneceu os mesmos valores iniciais, ou seja 9% (2 pacientes).

RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS	RC dos Pacientes por ocasião de sua admissão		RC dos pacientes por ocasião da alta	
	NP	%	NP	%
NORMAL	19	86 %	18	82 %
ELEVADO	1	5 %	2	9 %
MUITO ELEVADO	2	9 %	2	9 %
TOTAL →	22	100%	22	100%

QUADRO 4: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas (RCM) segundo a CC na Internação e na Alta Médica. (QMS, 1998).

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Segundo Leão e Gomes (2008), este parâmetro antropométrico correlaciona-se com o IMC, sendo assim, foi possível observar que o aumento de peso dos pacientes implicou também em maiores probabilidades de riscos de complicações relacionadas ao sobrepeso e a obesidade nestes pacientes. De modo geral, o aumento de peso dos pacientes observados na classificação do IMC com conseqüente alteração do estado nutricional, associa-se diretamente aos dados encontrados na CC, que mostra um aumento do risco de futuras complicações metabólicas nestes pacientes.

D) Caracterização Quanto a Razão Cintura/Quadril

Os dados da relação Cintura/Quadril (RCQ), observados no quadro 5, revelam que a maioria dos pacientes na admissão, ou seja 86%(19 pacientes) não apresentavam riscos de complicações metabólicas, enquanto que 14% (3 pacientes) estavam em risco. Na alta médica observou-se um aumento de 9% de pacientes com riscos de complicações em relação à internação, totalizando 23% (5 pacientes). Conseqüentemente houve uma diminuição de pacientes dentro da normalidade.

RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS	RC dos Pacientes por ocasião de sua admissão		RC dos pacientes por ocasião da alta	
	NP	%	NP	%
NORMAL	19	86 %	17	77 %
RISCO	3	14 %	5	23 %
TOTAL →	22	100%	22	100%

QUADRO 5: Classificação do Risco de Complicações Metabólicas (RCM) segundo a RCQ na Internação e na Alta Médica. (OMS, 1998).

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

De acordo com a OMS, a razão cintura/ quadril além de ser muito utilizada em pesquisas, é muito importante para identificação da distribuição de gordura corporal e sua relação com doenças.

Comparado com o IMC, verificou-se que os resultados da RCQ veio a confirmar a relação entre o aumento de peso e possíveis riscos de desenvolver doenças metabólicas nesses pacientes.

5.3 ANÁLISE DO CARDÁPIO

O quadro 6 demonstra as informações que correspondem aos valores diários encontrados na dieta oferecida para os pacientes, bem como as suas necessidades com relação aos macronutrientes.

MACRONUTRIENTES	VALOR OFERTADO (Kcal)	RECOMENDAÇÃO*	RESULTADO***
CARBOIDRATO	2575 / 644g (56%)	55 – 75%	DN
PROTEÍNA	726/ 182g (16%)	10 – 15%	↑
LÍPIDEOS	1292 / 144g (28%)	15 – 30%	DN
• Polinsaturada	61,65 (4,8%)	6 – 10 %	↓
• Saturada	86,31 (6,7%)	< 10 %	DN
KCAL TOTAL→	4593 kcal	2531 kcal**	↑

QUADRO 6: Análise da refeição oferecida e necessidades nutricionais de macronutrientes.

* World Health Organization, 2003 apud Ministério da Saúde (Guia Alimentar Para a População Brasileira, 2006).

** FAO/OMS (1985) apud Leão; Gomes (2008).

*** ↓ → Abaixo do Recomendado

↑ → Acima do Recomendado

DN → Dentro da Normalidade

Fonte: Dados Retirados da Pesquisa (2009).

Diante dos dados relativos à dieta oferecida para os pacientes, observou-se uma oferta calórica excessiva quando comparadas as necessidades nutricionais de energia de acordo com as recomendações propostas para um indivíduo de 32 anos e 65 kg, do gênero masculino.

Perante a distribuição dos macronutrientes associado às recomendações para estes indivíduos, podemos dizer que o valor ofertado dos carboidratos está dentro da normalidade quando relacionado à distribuição dos mesmos na refeição oferecida na unidade, porém o mesmo ultrapassa muito as necessidades reais dos pacientes, onde a quantidade de energia proveniente deste nutriente chega a ser maior que o Valor Calórico Total (VCT) recomendado, estando assim acima dos valores ideais.

Os lipídeos também estão dentro da normalidade, porém no limite superior das recomendações. Com relação ao tipo de gordura, observa-se que os valores das polinsaturadas estão abaixo do ideal, já as gorduras saturadas estão dentro da

normalidade quanto ao valor ofertado. Com relação às proteínas, estas se encontram acima dos valores recomendados.

Diante desta análise a respeito da dieta ofertada, faz-se de extrema importância uma reavaliação das necessidades dos usuários quanto à questão das necessidades energéticas e de nutrientes, bem como a adequação dos mesmos, uma vez observado, que esses não se encontram distribuídos de maneira adequada, estando acima das necessidades reais dos indivíduos.

6.0 CONCLUSÃO

➤ Foi observado que a média de idade dos pacientes internados foi de 32 anos e o tempo médio de internação foi de 8 dias. As drogas lícitas foram o principal motivo de internação da maioria dos pacientes e as drogas ilícitas também foram encontradas, porém apresentaram uma maior prevalência na faixa etária mais jovem (26 anos), principalmente quando associado a média de idade de indivíduos etilistas que foi de 34 anos.

➤ De acordo com os parâmetros antropométricos, foi constatado que houve um aumento de peso na maioria dos pacientes. Este fato levou a mudança do estado nutricional dos mesmos, evoluindo para quadro de sobrepeso e obesidade, fato este que pode aumentar possíveis riscos de complicações metabólicas e doenças associadas na amostra em questão.

➤ O valor calórico ofertado ultrapassava as recomendações de energia recomendadas para os pacientes, o que pode contribuir para o considerável aumento de peso.

Diante do exposto faz-se de fundamental importância que o nutricionista atue sempre de forma multidisciplinar, uma vez que a alimentação contribui significativamente em todas as fases e condições de vida, principalmente quando associada à atividade física contribuindo assim para amenizar o processo de compulsão alimentar provocado pela abstinência da droga.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco I; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. **Rev. Saúde Pública.** v.42, n.1, p 109 – 117, 2008.

BECKER, Ana Paula et al. **Drogas e Drogadição.** Santa Cruz do Sul: Out., p. 36, 2004.

BUCHELE, Fátima; COELHO, E.B.S; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.14, n.1, p 267 – 273, 2009.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001.** São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica.** 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHALUB, Miguel; TELLES, L.E.de.B. Álcool, drogas e crime. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 28, n.2. p. 69 – 73, 2006.

CHIAPETTI, Nilse; SERBENA, Carlos Augusto. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** Curitiba, v. 20, n.2, p.303 – 313, 2007.

CRIVES, M.N dos S; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde e Sociedade.** v.12, n.2, p.26 – 37, jul/dez 2003.

CUPPARI, Lillian. **Nutrição Clínica no Adulto.** 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

DIAS A.P et al. Indicadores antropométricos do estado nutricional em alcoolistas crônicos na internação e na alta médica. **Rev. Alim. Nutr.;** Araraquara, v.17, n.2, abr/jun, 2006.

DUARTE, Antonio Cláudio Goulart. **Avaliação Nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais.** São Paulo: Atheneu, 2007.

DUVICQ, C.G.F; PEREIRA, N.Q; CARVALHO, A.M.P. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.esp., p.345 – 351, mar/abr. 2004.

FERIGOLO, Maristela et al. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. **Ver. Bras.Psiquiatr.**Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 10 – 16, maio/ago 2004.

FERREIRA, S.E. et al. Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v. 9, n.1, p. 31-39, jan. 2001.

FILIZOLA, P.R.B et al. Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. **J. Bras. Psiquiatr**, Recife PE, v.57, n.4, p.227 – 232, ago/out. 2008.

FONTES, Andrezza; FIGLIE, N.B; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.33, n.6. p.304 – 312, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 144.

HEIM, Joanna; ANDRADE, Arthur Guerra de. Efeitos do uso de álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Rev. Psiq. Clín.** Goiânia, v.35, n.1, p. 61 – 64, 2008.

HORTA, Rogério Lessa; HORTA, Bernardo Lessa; PINHEIRO, Ricardo Tavares. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco.**J. Bras. Psiquiatr.** Porto Alegre, RS, v.55, n.4, p.268 – 272, 2003.

ISOSAKI, Mitsue; CARDOSO, Elizabeth; OLIVEIRA, Aparecida de. **Manual de Dietoterapia & Avaliação Nutricional**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

LEÃO, Leila Sicupira Carneiro de Souza; GOMES, Maria do Carmo Rebello. **Manual de nutrição clínica: para atendimento ambulatorial do adulto**. 8 ed. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MENDES, I.A.C; LUIS, M.A.V. Parcerias interinstitucionais: o investimento na construção de projetos multicêntricos sobre drogas lícitas e ilícitas. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.13, n.esp., p.1089 – 1090, nov/dez 2005.

MORAES, Edilaine et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Ver. Bras. Psiquiatr.** v.28, n.4, p.321 – 325, mar/jul 2006.

MUZA, G.M et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescents escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rer. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.1, p. 21 – 29, 1997.

NASSIF FILHO, A. C. N. et al. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. **Rev. Ass. Med. Brasil**, v. 45, n. 3, p. 237-241, 1999.

OLIVEIRA et al. Avaliação dos Hábitos Alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. **Arq. Ciêc. Saúde Unipar**; Umuarama, v.9, n 2, maio/ago. 2005. p. 91-96.

PAVANI, R.A.B; SILVA, E. de Freitas; MORAES, M.S.de. Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. **Rev. Bras.Epidemiol.** São Paulo, v.12, n.2, 2009. p. 204 – 216.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Tabela de composição de alimentos**: suporte para decisão nutricional. 2. ed. São Paulo: coronário, 2002.

PINHEIRO, Ana Beatriz Vieira et. al. **Tabela para avaliação do consumo alimentar em medidas caseira**. São Paulo: 2 Ed. Atheneu, 2005.

PONCE, Julio de Carvalho; LEYTON, Vilma. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v.35, n.1, p. 65 – 69, 2008.

ROSSI, Luciana; CARUSO, Lúcia; GALANTE, Andréa Pólo. **Avaliação Nutricional**: novas perspectivas. São Paulo: Roca, 2008.

SANCHEZ, Z.M; NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.420 – 430, 2002.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707 – 717, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

APÊNDICE B - FICHA DE COLETA DE DADOS

NOME	SIST. DE MEDIÇÃO	VALOR	UNIDADE	ALTORES	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	
L.F.Q.	F 10 + F 14	28	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
Z.M.N.	DRUGA	31	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
D.P.B.	DRUGA + ALCOOL	35	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
A.M.B.	DRUGA + ALCOOL	36	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
M.C.A.	DRUGA	32	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
L.F.F.	ALCOOL	37	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
R.L.D.	ALCOOL	38	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
L.B.	F 10 + F 14	39	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
A.C.R.	DRUGA	40	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
M.L.A.	DRUGA	41	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
Z.B.S.	DRUGA	42	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g
L.B.N.	ALCOOL	43	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g	1,03	g/g

APÊNDICE

APÊNDICE I: FICHA DE COLETA DE DADOS

NOME	MOT.INTERNAÇÃO	IDADE	ENTRADA	PESO (kg²)	ALTURA (m²)	MEDIDAS (cm²)	IMC	SAIDA	PESO (kg²)	MEDIDAS (cm²)	IMC
J.F.O	F.10 + F.19	29	21/05/09	55,900	1,63	C.C= 81 C.Q= 87	21,03 Kg/m²	31/05/09	63,00	C.C= 82 C.Q= 88	23,71 Kg/m²
E.N.M	DROGA	21	21/05/09	71,500	1,71	C.C= 80 C.Q= 95	24,45 Kg/m²	25/05/09	73,500	C.C= 82 C.Q= 95	25,13 Kg/m²
D.P.S	DROGA + ALCOOL	30	21/05/09	64,600	1,74	C.C= 78 C.Q= 89	21,33 Kg/m²	25/05/09	69,800	C.C= 81 C.Q= 90	23,05 Kg/m²
A.M.G	DROGA + ALCOOL	29	22/05/09	97,100	1,82	C.C= 103 C.Q= 103	29,31 Kg/m²	01/06/09	108,600	C.C= 111 C.Q= 107	32,78 Kg/m²
M.C.A .F	DROGAS	22	24/05/09	56,00	1,66	C.C= 72 C.Q= 85	20,32 Kg/m²	02/06/09	59,700	C.C= 74 C.Q= 86	21,66 Kg/m²
J.F.F	ALCOOL	51	24/05/09	57,700	1,52	C.C= 85 C.Q= 87	24,97 Kg/m²	01/06/09	61,500	C.C= 88 C.Q= 90	26,61 Kg/m²
S.R.C	ALCOOL	35	25/05/09	56,100	1,62	C.C= 78 C.Q= 83	21,37 Kg/m²	02/06/09	59,500	C.C= 81 C.Q= 86	22,67 Kg/m²
L.S	F.10.2	28	23/05/09	61	1,78	C.C= 81 C.Q= 90	19,25 Kg/m²	28/05/09	61,00	C.C= 80 C.Q= 91	19,25 Kg/m²
A.C.R	DROGAS	24	21/05/09	62,800	1,61	C.C= 79 C.Q= 92	24,22 Kg/m²	25/05/09	65,700	C.C= 81 C.Q= 93	24,22 Kg/m²
M.R.A	DROGAS	29	21/05/09	49,900	1,74	C.C= 81 C.Q= 87	16,48 Kg/m²	28/05/09	50,100	C.C= 81 C.Q= 89	16,54 Kg/m²
E.S.S	DROGAS	35	26/05/09	55,700	1,63	C.C= 73 C.Q= 84	20,96 Kg/m²	02/06/09	65,00	C.C= 92 C.Q= 89	24,46 Kg/m²
L.S.N	ALCOOL	42	28/05/09	60,00	1,72	C.C= 86 C.Q= 87	20,28 Kg/m²	12/06/09	61,900	C.C= 92 C.Q= 89	20,92 Kg/m²

NOME	MOT.INTERNAÇÃO	IDADE	ENTRADA	PESO (kg ²)	ALTURA (m ²)	MEDIDAS (cm ²)	IMC	SAIDA	PESO (kg ²)	MEDIDAS (cm ²)	IMC
A.R.J	CONVULSÃO + ALCOOLISMO	35	01/06/09	50,800	1,67	C.C= 74 C.Q= 82	18,21 Kg/m ²			C.C= 91 C.Q= 96	
J.P.V. O	F.19.2	23	01/06/09	74,500	1,67	C.C= 90 C.Q= 96	26,71 Kg/m ²	04/06/09	77,00		27,60 Kg/m ²
F.S.M	ALCOOL	54	02/06/09	66,000	1,64	C.C= 98 C.Q= 94	24,53 Kg/m ²			C.C= 90 C.Q= 91	
J.E.N	ALCOOL	43	03/05/09	60,200	1,73	C.C= 85 C.Q= 89	20,11 Kg/m ²	19/06/09	65,500		21,88 Kg/m ²
F.D.C	ALCOLISMO	58	03/05/09	60,000	1,59	C.C= 83 C.Q= 83	23,73 Kg/m ²			C.C= 90 C.Q= 91	
M.O.T	F.10	43	03/05/09	61,200	1,65	C.C= 72 C.Q= 82	22,47 Kg/m ²			C.C= 90 C.Q= 91	
J.C.S	ALCOOL	42	04/06/09	60,800	1,74	C.C= 82 C.Q= 89	20,08 Kg/m ²	12/06/09	66,500	C.C= 88 C.Q= 91	21,96 Kg/m ²
F.J.S	DROGAS	38	12/06/09	57,500	1,63	C.C= 87 C.Q= 82	21,64 Kg/m ²	19/06/09	58,800	C.C= 87 C.Q= 84	22,13 Kg/m ²
C.C.S	ALCOOL	34	08/06/09	74,00	1,78	C.C= 96 C.Q= 100	23,35 Kg/m ²	12/06/09	84,400	C.C= 97 C.Q= 101	26,63 Kg/m ²
D.C.S	DROGAS	19	11/06/09	56,500	1,75	C.C= 74 C.Q= 85	18,44 Kg/m ²	19/06/09	62,200	C.C= 78 C.Q= 87	20,31 Kg/m ²
A.F.L	DROGAS + ALCOOL	25	11/06/09	76,00	1,74	C.C= 85 C.Q= 94	25,10 Kg/m ²	25/06/09	89,400	C.C= 100 C.Q= 101	29,52 Kg/m ²
M.S.S	ALCOOL	41	15/06/09	93,400	1,57	C.C= 115 C.Q= 104	37,89 Kg/m ²	19/06/09	90,500	C.C= 115 C.Q= 104	36,71 Kg/m ²

NOME	MOT.INTERNAÇÃO	IDADE	ENTRADA	PESO (kg ²)	ALTURA (m ²)	MEDIDAS (cm ²)	IMC	SAIDA	PESO (kg ²)	MEDIDAS (cm ²)	IMC
J.M.L	DROGAS	51	15/06/09	110,00	1,74	C.C= 118 C.Q= 110	36,33 Kg/m ²			C.C= 74 C.Q= 82	21,10 Kg/m ²
G.G.F	X	25	15/06/09	53,800	1,62	C.C= 72 C.Q= 81	20,49 Kg/m ²	19/06/09	55,400	C.C= 74 C.Q= 82	21,10 Kg/m ²
F.C	ALCOOL	52	28/05/09	58,700	1,61	C.C= 86 C.Q= 86	22,64 Kg/m ²			C.C= 74 C.Q= 82	
F.C.F	DROGA + ALCOOL	36	01/06/09	83,900	1,74	C.C= 97 C.Q= 102	27,71 Kg/m ²			C.C= 74 C.Q= 82	
J.S	ALCOOL	24	11/06/09	67,000	1,71	C.C= 88 C.Q= 90	22,91 Kg/m ²	30/06/09	67,500	C.C= 88 C.Q= 90	23,08 Kg/m ²
L.S.R	ALCOOL	44	15/06/09	56,00	1,68	C.C= 82 C.Q= 83	19,84 Kg/m ²	19/06/09	60,100	C.C= 82 C.Q= 86	21,29 Kg/m ²

→ Não foi possível concretizar a aferição dos dados na alta médica.