

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Lidiane Pellenz de Oliveira

**Perfil Nutricional e de
Comportamento Alimentar de
Usuários de Cocaína/*Crack***

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2013**

Lidiane Pellenz de Oliveira

Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar de Usuários de Cocaína/*Crack*

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora Dra. Helena Maria Tannhauser Barros
Coorientadora: Dra. Maristela Ferigolo

**Porto Alegre
2013**

“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas, mas
ao tocar uma alma humana, seja
apenas, outra alma humana.”
(Carl Gustav Jung)

Muito Obrigada a TODOS que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS	06
LISTA DE ABREVIATURAS	07
RESUMO	08
ABSTRACT	09
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 HISTÓRICO E EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE COCAÍNA.....	10
1.2 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DO CONSUMO DE COCAÍNA.....	13
1.3 NEUROBIOLOGIA DA ALIMENTAÇÃO.....	15
1.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE.....	18
1.5 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 REFERÊNCIAS	27
5 ARTIGO: Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar em Usuários de Cocaína/Crack.....	39
6 ANEXOS.....	57
6.1 MÉTODOS.....	57
6.2 PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.....	57
6.3 TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
6.4 PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	59
6.5 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO.....	61
6.6 CLASSIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE.....	62
6.7 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS.....	62
6.8 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA.....	63
6.9 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPULSÃO ALIMENTAR.....	64
6.10 ESCALA TESTE ALIMENTAR.....	70
6.11 NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS.....	74
6.11.1 NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO..	74

LISTA FIGURAS E TABELAS

INTRODUÇÃO

Figura1: Esquema de Regulação da Saciedade.....	17
Figura2: Demonstração do ciclo do comportamento alimentar que influencia a fome/saciedade.....	19
Tabela1: Diferenças Clínicas entre Anorexia e Bulimia.....	20
ARTIGO: “Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar de Usuários de Cocaína/<i>Crack</i>”	39
Tabela1: Perfil Sociodemográfico de Usuários de Cocaína/ <i>Crack</i> (n-445).....	50
Tabela2: Descrição do Consumo de alimentos conforme recomendação de nutrientes do Guia Alimentar para População Brasileira, em Usuários de Cocaína e <i>Crack</i> (n-445).....	51
Tabela3: Frequência de Nível de Gravidade das respostas às questões da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), dos Usuários de Cocaína e <i>Crack</i> (n-445)	52
Tabela 4 - Descrição dos Escores de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) nos Usuário de Cocaína e <i>Crack</i> (n-445).....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

ATV: Área Tegmental Ventral

CEP: Comitê de ética em pesquisa

CID-8: Orientações de Classificação Internacional de Doenças

CPF: Córtex pré-frontal

DA: Dopamina

DSM-I: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 1ª edição

DSM-II: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 2ª edição

DSM-III-R: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª edição, revisado

DSM-IV TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

FDA: *Food and Drug Administration*

NAC: Núcleo accumbens

NCS: *National Comorbidity Survey*

NHSDA: *National Household Surveys on Drug Abuse*

OMS: Organização Mundial da Saúde

SAMHSA: Substance Abuse & Mental Health Services Administration

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* - versão 19.0

TA: Teste Alimentar

TCAP: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

RESUMO

O crescente aumento de consumo de cocaína e as demandas referentes ao seu tratamento acarretam na necessidade de novas formas de abordagens no auxílio a estes usuários. O uso e a consequente dependência de substâncias psicoativas na população são considerados problemas relevantes de saúde. Um dos fatores que contribuem para tal refere-se aos vários tipos de alterações no organismo. O presente projeto investigou o perfil nutricional e as alterações alimentares e de peso, envolvidos no processo de cessação do consumo de cocaína/*crack* em usuários adultos, que ligaram para o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas - VIVAVOZ. Foi realizado um estudo transversal em que os participantes responderam a escalas referentes ao consumo alimentar e comportamento após a primeira ligação para o Serviço. O instrumento utilizado foi um software exclusivo do Serviço que contempla: protocolo geral de atendimento; questionários para avaliação do consumo e dependência de drogas. Os dados foram coletados por consultores capacitados, no período de abril de 2011 a junho de 2012. A análise foi conduzida pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados quantitativos serão descritos por média e desvio padrão, e dados qualitativos por frequência absoluta e percentual. Considera-se $p < 0,05$ para associação estatisticamente significativa entre os fatores de estudo e o desfecho. O perfil dos usuários de cocaína/*crack* que ligaram para o deste estudo que ligaram para o Serviço são, na sua maioria, homens (80.8%), com idade entre 26 e 34 anos (53.8%), a maioria solteiros (63.0%) com mais de 8 anos de estudo (54,7%) com ocupação (77.4%) e renda de até 5 salários mínimos. Usuários de *crack* foram mais prevalentes do que usuários de cocaína (40.8%), dentre as drogas associadas o consumo de álcool (82.1) foi mais elevado do que o tabaco (45.3%) e maconha (45.3%).

Palavras Chave: compulsão, transtorno, perfil nutricional, cocaína, crack

ABSTRACT

The increasing consumption of cocaine and demands regarding their treatment entail the need for new forms of approaches in helping these users. The use and the consequent dependence on psychoactive substances in the population are considered relevant health problems. One of the factors that contribute to such refers to various types of changes in the body. This project investigated the nutritional status and dietary changes and weight involved in the process of cessation of cocaine / crack users in adults, who called the National Information and Guidelines on the Prevention of Drug Use - VIVAVOZ. We conducted a cross-sectional study in which participants completed scales on the dietary intake and behavior after the first call to the service. The instrument used was a unique software service which includes: general protocol of care; questionnaires to assess consumption and drug addiction. Data were collected by trained consultants in the period from April 2011 to June 2012. The analysis was conducted by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Quantitative data are presented as mean and standard deviation, and qualitative data by absolute and percentage. It is considered $p < 0.05$ for statistically significant association between study factors and outcome. The profile of users of cocaine / crack that linked to this study that linked to the Service are mostly men (80.8%), aged between 26 and 34 years (53.8%), most singles (63.0%) with over 8 years of education (54.7%), employed (77.4%) and income of up to 5 minimum wages. Crack users were more prevalent than cocaine users (40.8%) among the drugs associated with alcohol consumption (82.1) was higher than tobacco (45.3%) and marijuana (45.3%).

Keywords: binge, disorder, nutritional profile, cocaine, crack

Catálogo na Publicação

Pellenz de Oliveira, Lidianne

Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar de
Usuários de Cocaína/Crack / Lidianne Pellenz de Oliveira.

-- 2013.

85 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

Orientador(a): Helena Maria Tannhauser Barros ;
coorientador(a): Maristela Ferigolo.

1. Transtornos Alimentares e Dependência Química. 2.
Neurobiologia da Alimentação. I. Título.

1 INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO E EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE COCAÍNA

A planta que origina a cocaína é chamada de *Erytroxylon Coca*. Este gênero tem aproximadamente 250 espécies diferentes de plantas, a cocaína é um alcaloide isolado dessa planta. A *Erytroxylon Coca* era produzida em grande escala, seu uso tinha influência religiosa e social. Os nativos das regiões andinas mascavam as folhas de coca para suportar as duras jornadas de trabalho, as baixas temperaturas e as várias horas sem alimentos (ESCOHOTADO, 2005). Caminhavam longos trajetos morro acima, por este motivo os suprimentos eram limitados. A alimentação era restrita, mas o uso da planta de cocaína diminuía a sensação de fome dos habitantes (LEITE & ANDRADE, 1999; ESCOHOTADO, 2005).

Em 1781 Joseph Hipólito Unanue, médico e pesquisador Peruano da época, relatou que os únicos que sobreviveram a falta de alimentos na cidade sitiada de La Paz, foram os habitantes que comiam as folhas de coca (DIAS, 2011) e, em 1794, escreveu seu primeiro ensaio químico sobre a planta de coca. (ESCOHOTADO, 2005). Mais tarde se observou que os consumidores de coca, compensavam a abstinência de alimentos, comendo proporcionalmente mais, durante os intervalos de jejuns (DIAS, 2011). Os efeitos danosos como a desnutrição não eram notados nos índios, pois o trabalho pesado mascarava tais efeitos (FERREIRA & MARTINI, 2001).

Após a conquista dos espanhóis sobre o Peru, a cocaína foi levada para a Europa; passou a ser utilizada durante os séculos XVI e XVII, para cura dos males de estômago, dores de cabeça, dores musculares e de dente. No século XIX a cocaína chegou aos países desenvolvidos da época, se difundiu tanto no contexto social quanto da medicina (LEITE & ANDRADE, 1999).

Em 1863, começou a utilização social e recreativa da cocaína. Ângelo Mariani, inventou uma mistura de folhas de coca com vinho, denominando-a de “*Vin Tonique Mariani*”. A composição da nova bebida era, em média, um litro de

vinho para quantidades entre 150mg a 300mg de cocaína. Assim, dois copos de vinho Mariani continham menos de 50mg de cocaína, desta forma, não era observado qualquer efeito nocivo em humanos, já que a quantidade é insuficiente para isso. Essa mistura foi experimentada e apreciada por pessoas famosas como o Papa Leo XVIII (KARCH, 1999, FERREIRA & MARTINI, 2001). A bebida que possuía efeitos estimulantes servia de revigorante energético da época (FERREIRA & MARTINI, 2001).

Sigmund Freud já tinha interesse nos efeitos de inibição da fome, que a cocaína provocava. Em 1884 Freud escreveu o livro *Über Coca* (Sobre a Cocaína) relatando que o uso da droga por soldados alemães, aumentava a força e resistência à escassez de alimentos (ZAGO, 2000). No período supracitado, Sigmund Freud foi um dos grandes nomes que se dedicou aos estudos e experimentos com cocaína. Com base em autoadministração e observação de pacientes com prescrição da cocaína, fez recomendações da droga para o tratamento de depressão, do nervosismo, doenças digestivas, alcoolismo, adição à morfina e asma. Anos mais tarde, em 1892, Freud publicou “Fissura e Medo da Cocaína”, principalmente pelo caso de seu amigo Dr. Ernst von Fleischl Marxow, que recebia doses da droga por recomendação do estudioso, onde descrevia os sintomas paranoides, as alucinações e a deterioração física e mental associada ao consumo repetido. (GOLD, 1993).

Outra visão empregada ao alcaloide foi dada por Karl Koller, ainda em 1884, que estudou profundamente a empregabilidade como anestésico, principalmente para cirurgias oculares. Koller, depois de algum tempo, começou a apresentar sintomas de dependência e passou a ser chamado de ‘Coca Koller’ (BAHLS & BAHLS, 2002). No âmbito médico a droga foi distribuída pelo laboratório Merck a especialistas para a realização de experimentos (LEITE & ANDRADE, 1999).

Os efeitos benéficos da planta de coca pareciam ser insuperáveis e influenciaram o americano Jonh Styl Pemberton em 1886, a criar uma bebida denominada “*soft drink*”, que era composta por folhas de coca e extrato de noz de cola, porém, isenta de álcool, dessa forma estaria dentro dos padrões religiosos da época. A chamada “Coca-Cola” se difundiu rapidamente sendo apreciada como tônico para o cérebro e nervos. Em 1906 o alcaloide foi retirado da sua formulação e atualmente foi substituído por cafeína; as folhas

de coca foram substituídas por outra espécie que não contém efeito psicoativo, e continuam fazendo parte da fórmula (FERREIRA & MARTINI, 2001).

Nos EUA, em 1914, os malefícios do uso da cocaína já eram evidentes, então, surgiu o primeiro instrumento legal que limitou o uso de drogas. O intuito era diminuir e impedir o uso de cocaína pelos seus consumidores, que até então mantinham consumo amplo e sem controle. No Brasil, por sua vez, a primeira lei criada para controlar o consumo da cocaína data de 1921 (FERREIRA, 2005). Após a restrição, o uso decaiu e se mantém assim por aproximadamente 40 anos, até que na década de 60 ressurgiu com outras formas de uso.

O consumo de cocaína ressurgiu em nossa sociedade na década de 80, com novas apresentações de uso (CARLINI et. al, 1996; FERREIRA & MARTINI, 2001). O *crack* surgiu em 1985, apresentando-se na forma sólida em pequenas pedras cristalinas. É utilizado de forma fumada sendo que ao ser aquecido produz um ruído peculiar o que nomeou a substância "*crack*".

A redescoberta do uso da cocaína, agora sob forma de *crack*, gerou consequências alarmantes para a saúde de seus usuários (CARLINI et. al, 1996). A intensificação e a rapidez dos efeitos adversos assustaram a sociedade da década de 80, que, ainda não estava familiarizada com a nova formulação da cocaína (KESSLER, 2008). Atualmente o consumo de *crack* é considerado um problema de saúde pública (na maioria dos casos usuários de cocaína/crack vem de uma trajetória prévia de outras drogas e muitos acabam deixando suas ocupações pelo uso das mesmas) (SANCHEZ & NAPPO, 2002). Sendo assim, a saúde dessa população e a adesão aos tratamentos de cessação do uso de drogas e terapia nutricional ficam comprometidas (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2008).

Segundo o relatório da UNODC 2013, a prevalência de uso no ano de cocaína e *crack* no mundo, estiveram na faixa de 15,6 a 20,8 milhões de pessoas, equivalente a 0,4% a 0,5% da população de 15-64 anos. Este relatório não apresenta separadamente o cloridrato de cocaína e o *crack*. As maiores estimativas de consumo estão na América do Norte, seguida pela Europa Central e Ocidental e América Latina (UNODC, 2013). A América Latina é o terceiro mercado de cocaína do mundo (UNODC, 2013). Dos 6 milhões de brasileiros que fizeram uso de cocaína na vida 1 milhão de tornou dependente,

destes 68% são usuários de cloridrato de cocaína e 38% são usuários de cocaína fumada (*crack*) (RIBEIRO, 2012).

1.2 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DO CONSUMO DA COCAÍNA

A cocaína é absorvida por todas as vias: inalada/fumada (sob a forma de pasta ou *crack*), injetada por via endovenosa, injeções subcutâneas e através de mucosas, incluindo a nasal e genital (LEITE & ANDRADE, 1999). As folhas de coca podem ser mascaradas ou ingeridas como chá, esta forma de uso oral é muito comum nos altiplanos do Peru, Bolívia, Colômbia e Equador, para amenizar os efeitos da altitude (FERREIRA & MARTINI, 2001). A cocaína para consumo ilícito chega ao consumidor na forma de pó (cloridrato de cocaína), pasta (merla), ou pedra (*crack*). O cloridrato de cocaína pode ser aspirado (inalado) e seus efeitos começam em torno de três minutos após a administração, ele também, pode ser dissolvido em água e utilizado por via endovenosa, seus efeitos iniciam-se em aproximadamente um minuto e meio após a administração. O *crack*, subproduto da cocaína, é formado pela reação do cloridrato de cocaína com uma solução aquosa de bicarbonato de sódio sob aquecimento. O *crack* é comercializado na forma de pedras; ao ser fumada, seus efeitos ocorrem em segundos (em torno de 5 a 10 segundos) (DACKIS & O'BRIEN, 2001; LEITE & ANDRADE, 1999;). No entanto, esses efeitos estimulantes se dissipam rapidamente – em média 7 minutos – e o usuário passa à intensa depressão do sistema nervoso central; nesse momento, dominado pela ansiedade, fissura ou *craving*, é levado à compulsão por uma nova dose. Fissura ou *craving* é o fenômeno caracterizado como desejo súbito e intenso de utilizar a substância, uma memória dos efeitos prazerosos experimentados anteriormente em conflito com o sofrimento atual (OMS, 1993, LEITE E ANDRADE, 1999). O potencial de abuso e de dependência é bem mais elevado para *crack* do que por uso de cocaína, pois a ação da droga é mais rápida, doses mais altas levam a efeitos mais intensos e, ao mesmo tempo, possui uma reduzida duração, fazendo com que o usuário procure mais vezes a droga a fim de evitar os efeitos indesejáveis da falta de uso, como

ansiedade, depressão e paranoia (SCHIFANO & CORKERY, 2008; CARRERA et al, 2004; LEITE & ANDRADE, 1999; ZENI & ARAÚJO, 2009).

O principal mecanismo de ação da cocaína se dá por meio do bloqueio da recaptação de dopamina (DA) na via mesocorticolímbica (GOLDSTEIN & VOLKOW, 2002). Esta via se origina na área tegmentar ventral, onde os corpos celulares dopaminérgicos projetam-se para várias áreas do sistema límbico, incluindo córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala e núcleo accumbens (ANDERSON & PIERCE, 2005). Quando a cocaína se liga e bloqueia os transportadores de DA situados na membrana pré-sináptica dos neurônios dopaminérgicos, há inibição da recaptação de DA na fenda sináptica e a concentração desse neurotransmissor no núcleo accumbens chega a até 15 vezes da basal (GRIMM, 2007). A DA que permanece na fenda sináptica liga-se livremente aos receptores de membrana pós-sinápticos, produzindo mais impulsos nervosos. Essa ativação na via mesocorticolímbica é responsável pelos efeitos reforçadores e pelo sentimento de extrema euforia induzida pela cocaína (GOLDSTEIN & VOLKOW, 2002).

Por meio da estimulação dopaminérgica, a cocaína mimetiza os sentimentos e a busca de prazer inerentes do organismo; neste sentido, a DA tem um papel fundamental na mediação dos efeitos reforçadores da cocaína (CANNON & BSEIKRI, 2004), pois está intimamente ligada ao sistema de recompensa na busca de estímulos naturais causadores de prazer, tais como alimentação, sexo e o relaxamento. O reforço positivo de recompensa, obtido durante as experiências e uso da cocaína, faz com que o indivíduo busque o uso da droga repetidas vezes. Portanto, o reforço e a motivação pelo uso, podem ser considerados componentes naturais do comportamento e fundamentais para o desenvolvimento de um quadro de dependência química (STEFANO *et al.*, 2007).

Os efeitos agudos do consumo da cocaína englobam euforia, aumento da energia, da pressão sanguínea, redução da fadiga e apetite (LARANJEIRA, 2008; KESSLER, 2002). A redução da fadiga em conjunto com a falta de apetite, faz com que o usuário passe longas horas sem sentir fome fisiológica, diminuindo o peso corporal (LARANJEIRA, 2008; ETCHEPARE, 2011). O uso crônico da cocaína pode gerar anorexia; em usuários de *crack* esse quadro pode se instaurar mais precocemente (KESSLER, 2011). É comum pessoas

anoréxicas apresentarem quadro de desnutrição (OMS, 2003), a desnutrição acaba diminuindo a capacidade imunológica do organismo que fica vulnerável a vários tipos de doenças infectocontagiosas (NUNES, et.al, 2006), assim como ocorre nos usuários de crack.

A retirada aguda da cocaína é caracterizada por vários sintomas desagradáveis (CUNHA, 2000; MARLATT, 2009). O estado deprimido do usuário é gerado pela interferência do uso de cocaína com a homeostase da serotonina (SARAH et. al, 2008). Tal fator interfere diretamente no estado de humor. Essa relação foi comprovada em um estudo “in Vivo”, em que foram administradas doses de triptofano em usuários de cocaína (CUNHA, 2000; SARAH et. al, 2008).

A ansiedade e a agitação causadas pela interrupção do uso da droga em conjunto com o intenso desejo de utiliza-la, acabam gerando um estado de descontrole, muitas vezes capaz de levar a comportamentos compulsivos (LEBLANC et. al, 2013). Como o sistema de recompensa e prazer do uso da cocaína e outras drogas, e da alimentação, ficam no mesmo centro cerebral (DICKSON et. al, 2011), muitos usuários acabam consumindo alimentos para suprir o desejo de usar a droga (CHAVES, 2011; TELLEZ, et. al 2013).

1.3 NEUROBIOLOGIA DA ALIMENTAÇÃO

A regulação da alimentação acontece via Sistema Nervoso Central (SNC) (RIBEIRO, 2012). O hipotálamo é o centro primário de integração de fatores centrais e periféricos que regulam a homeostase energética (HALPERN, 2004). Os mecanismos biológicos envolvidos na alimentação são dependentes dos níveis de glicose sanguínea, metabólitos, e hormônios como: a insulina, leptina e grelina (GUYTON & HALL, 2004; RIEGEL, 2004).

A fome pode ser definida como o impulso de buscar e consumir comida e que leva a um período de ingestão do alimento (OMS, 1993). A saciedade ocorre quando a ingestão de comida se torna suficiente, levando ao estado de plenitude, e inibindo o impulso da fome (NUNES, 2005).

O Sistema Nervoso Central recebe diversos estímulos sensoriais antes da ingestão de alimentos, entre eles estão os estímulos físicos (visuais,

olfativos, auditivos), além dos químicos que englobam todos os mecanismos biológicos envolvidos. Estes estímulos são responsáveis pela salivação e secreção de hormônio do trato gastrintestinal (NUNES et. al, 2006). A glicose é a principal fonte de energia cerebral, e é utilizada como fonte energética primária (BERGMAN & ADER, 2000). A glicose também desempenha função de sinalizador a restrição alimentar em curtos períodos de tempo (jejum). A ingestão de alimentos como carboidratos e aminoácidos, estimula a secreção de insulina, que promove o armazenamento de glicose circulante (glicogênese), e inibe o uso de substratos endógenos (RIEGEL, 2004). Os níveis circulantes de insulina servem como medida da reserva energética do organismo (BERGMAN & ADER, 2000).

Assim como a insulina, a leptina diminui no jejum e aumenta com a alimentação (AHIMA & FLIER, 2000). A leptina está diretamente relacionada com a quantidade de gordura corporal, sendo sua produção mais expressiva no tecido adiposo branco em relação ao marrom (BADO et. al, 1998; WANG et. al, 1998). Os níveis circulantes de leptina são alterados, principalmente, pela ingestão alimentar, porém diversos estudos têm demonstrado que a concentração desse hormônio no sangue pode estar relacionada a outros fatores, tais como, o índice de massa corporal (IMC), o exercício físico, a exposição ao frio e o consumo de álcool (MARGETIC et. al, 2002). Existe uma alta correlação entre o IMC e os níveis circulantes de leptina (ARNARDOTTIR et. al, 2012), portanto, quanto maior o tecido adiposo maior será o nível desse hormônio no plasma, desta forma podemos presumir que os níveis de leptina sanguíneo limitam o ganho de peso adicional (BERTILE e RACLOT; 2006).

A leptina tem uma integração funcional com a grelina, embora ambas tenham efeito contrário na homeostase alimentar. Com a administração de leptina atenuam-se os efeitos da grelina sobre a ingestão alimentar, enquanto que a grelina, bloqueia os efeitos da leptina na alimentação (SHINTANI et. al, 2001). A grelina foi descoberta em 1999, e é o único hormônio produzido no trato gastrointestinal com ações orexígenas (aumento da fome), e é secretado predominantemente pelo estômago (MONTELEONE et.al, 2006). Ela também confere informações ao cérebro sobre o déficit de energia corporal, ativando os circuitos hipotalâmicos (NUNES et. al, 2006; DICKSON et. al, 2011). A restrição alimentar aumenta os níveis de grelina, que aumenta o comportamento de

busca e auto-administração de cocaína em roedores (CARROL et. al, 1981).

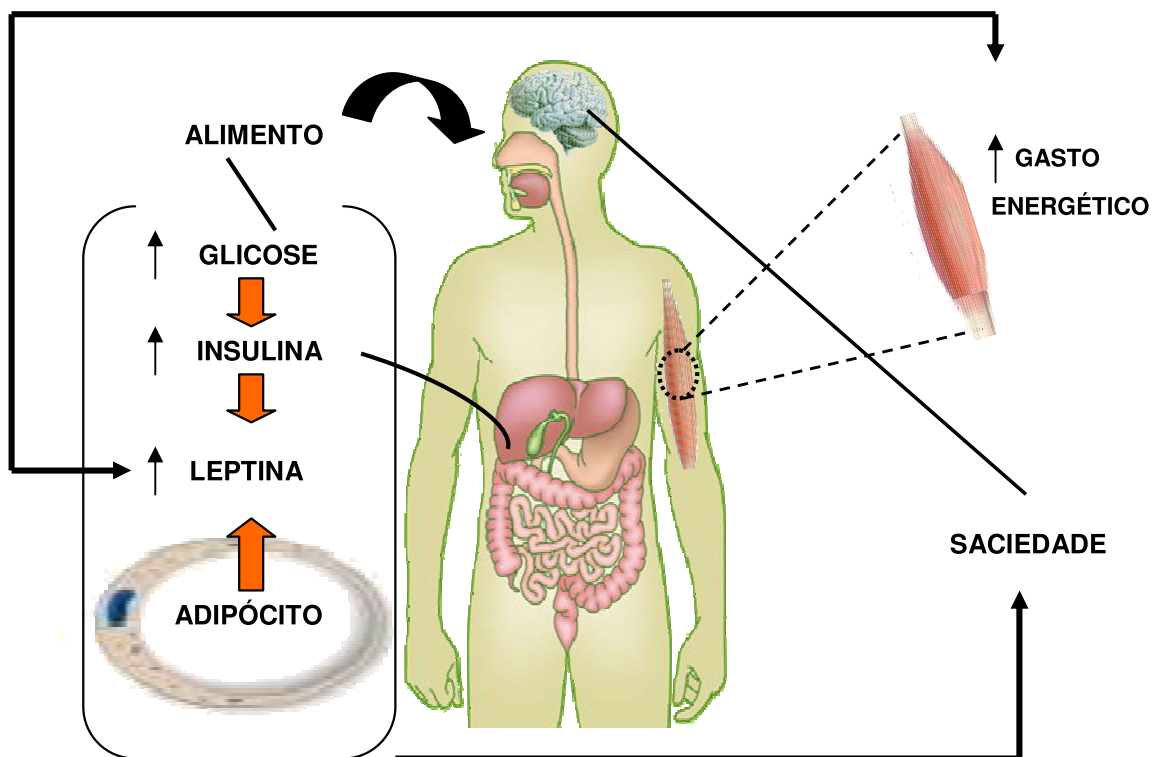


Figura 1: Esquema de regulação da saciedade.

O principal neurotransmissor envolvido no uso da cocaína é a dopamina, cujos níveis ficam aumentados na fenda sináptica pela inibição da recaptação de dopamina. Após a interrupção do uso da droga, na abstinência, o usuário sente sintomas desagradáveis gerados por comportamentos regulatórios de compensação do organismo (LARANJEIRA, 2008). Os sintomas da abstinência são sintomas contrários pelos gerados com a substância. Como a cocaína é uma droga psicoestimulante produz aceleração dos batimentos cardíacos, vaso dilatação, agitação motora e mental na abstinência da cocaína ocorre fadiga, depressão pós-uso, aumento da ansiedade e da sensação de fome (DICKSON et. al, 2011).

Foi dado o nome de transcrito regulado pela cocaína e anfetamina (CART) para o que seria um possível neurotransmissor envolvido em mecanismos de vias de controle de reforço e recompensa relacionados à drogas de abuso (JOB, 2013). Em seres humanos, é encontrado uma forma do peptídeo CART numa sequência de 116 aminoácidos. A maior região de síntese do CART é o hipotálamo (NUNES et. al, 2006). O aumento da captação

de dopamina, o prolongamento da vida neuronal e das ramificações neuronais são alguns dos efeitos atribuídos pelo peptídeo CART, além de sua capacidade em inibir a liberação de dopamina na fenda sináptica (RONDINI et. al, 2010).

O CART tem papel na regulação da recaptação da dopamina e no desenvolvimento de neurônios dopaminérgicos (C.X, YI et. al., 2011). Assim como a dopamina, o CART também está presente no núcleo accumbens e também tem sido estudado por fazer parte do sistema de recompensa e reforço. Injeções do peptídeo CART diretamente no núcleo accumbens não causam efeito algum na locomoção, mas quando combinadas com cocaína ou anfetamina, o que se observa é uma redução no aumento da atividade locomotora causada por tais drogas (RONDINI et. al, 2010). Animais com deleção do gene CART respondem menos a administração de cocaína, ao mesmo tempo em que o comportamento de adição é observado com menos intensidade nesses animais. Dessa maneira, pode-se sugerir que o CART pode estar participando do desenvolvimento e manutenção das vias de mediação de atividades locomotoras e de comportamentos relacionados com recompensa e reforço (C.X, YI et. al., 2011).

1.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

O comportamento alimentar é um conjunto complexo de funções com a finalidade de buscar, aprender e incorporar matéria biológica e inorgânica (VIANA, 2002). Além das funções fisiológicas de regulação do apetite, existe ainda questões psicológicas das memórias de experiências alimentares passadas (VIANA, 2002).

A regulação dos mecanismos que geram uma resposta de saciedade para o organismo humano são complexas, foi demonstrado que uma ampla cascata de eventos está presente nesse processo (NUNES et. al., 2006). Para plena satisfação alimentar do indivíduo existe uma fase seqüencial de eventos que normalmente é ativada: a fome, o apetite, a saciedade e a palatabilidade, quando uma dessas fases é ultrapassada ou não é ativada, podem surgir algumas alterações.

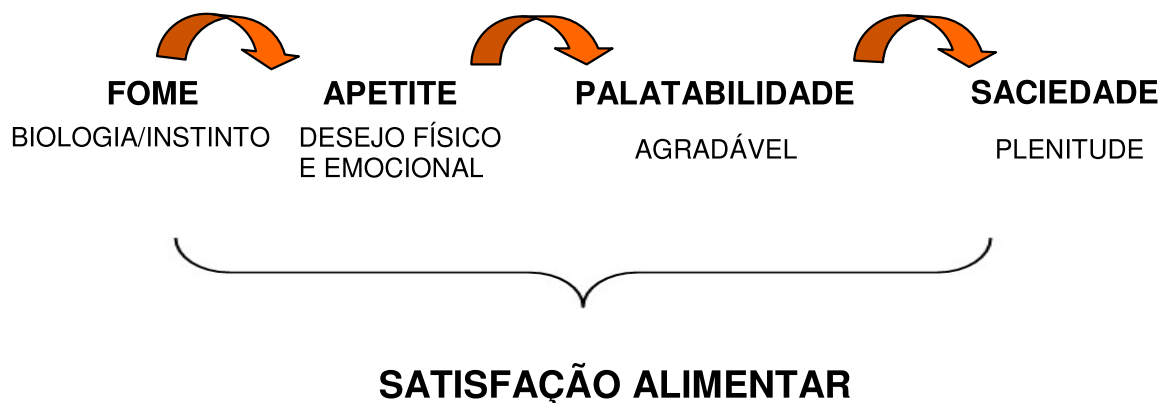


Figura 2: Demonstração do ciclo do comportamento alimentar que influencia a fome/saciedade.

Alterações no comportamento alimentar e da regulação do peso, são aspectos fundamentais envolvidos nos transtornos alimentares e normalmente colocam a saúde em prejuízo (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000). Os transtornos alimentares são considerados patologias que causam desconforto, prejuízo e sofrimento para o indivíduo, além de provocar sérias desordens no âmbito nutricional e colocar em risco a vida do mesmo (DSM-IV, 1995; CID 10, 2011; OMS, 1993). Os transtornos alimentares mais conhecidos são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, este último está incluso no apêndice B do DSM-IV (APA, 2013; CID-10, 2011).

A prática de jejuar data de séculos atrás. Nos séculos V e XIII o jejum voluntário ou inanição auto-imposta era interpretado como possessão demoníaca ou milagre divino (CORDÁS & CLAUDINO, 2002). A anorexia nervosa é uma patologia de restrição do consumo alimentar à níveis inferiores ao adequado para manter o peso corporal dentro de uma faixa de segurança ou de limites aceitáveis para a saúde (ELVIRA et. al, 2009; BORGES, et. al, 2006; APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000). Além disso, há uma distorção da imagem corporal, medo intenso de ganhar peso, amenorréia em mulheres pós menarca, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (APA, 2013; YAGER & POWERS, 2010). Existem dois subtipos de Anorexia Nervosa, a tipo restritivo: em que há restrição dietética, e a tipo Compulsivo/Purgativo: em que há episódios de ingestão excessiva de alimentos e comportamentos compensatórios purgativos, como, exercício físico intenso, uso de laxantes e diuréticos. Esse último subtipo está mais relacionado com o abuso de

substâncias psicoativas (YAGER & POWERS, 2010; APA, 2013; CID-10, 2011; BORGES et. al., 2006).

Níveis de leptina estão diminuídos em pacientes com anorexia nervosa, mas com a recuperação do peso corporal nessa população, mesmo que discreto, seus níveis vão aumentando até chegar em concentração desejada (MONTELEONE & MAJ, 2013). Esse fator pode estar relacionado com a grande dificuldade que esses pacientes tem de recuperar o seu peso.

Na Bulimia Nervosa estão presentes episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de mecanismos compensatórios de purga e um sentimento intenso de culpa, além de preocupação excessiva com a forma corporal (YAGER & POWERS, 2010). Os episódios de compulsão alimentar ocorrem em um período de duas horas, com uma frequência mínima de 2 vezes na semana por um período de 3 meses consecutivos. Após a perda de controle alimentar há um sentimento de culpa, o que acarreta nos mecanismo compensatórios de purga como vômitos auto-induzidos, uso de medicação para emagrecimento, laxantes e diuréticos. Neste grupo, o peso corporal geralmente fica dentro da normalidade ou há um leve sobrepeso (YAGER & POWERS, 2010; APA, 2013; CID-10, 2011; BORGES et. al., 2006; PHILIPPI & ALVARENGA, 2004).

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Vômitos auto – induzidos no subtipo purgativo ou bulímico	Vômitos auto – induzidos no subtipo purgativo ou bulímico
Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo ou bulímico	Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo
Perda de peso grave	Menor perda de peso, peso normal ou acima do normal
Grave distorção da imagem corporal	Quando existe é menos acentuada
Maior incidência aos 16 anos	Maior incidência aos 20 anos
Mais introvertidas	Mais extrovertidas
Negam fome	Referem fome
O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente e o desejo de controle de peso, justo e adequado	O comportamento é motivo de vergonha, culpa, e há desejo de ocultá-lo
Sexualmente inativas	Mais ativas sexualmente
Amenorréia	Menstruação variando de irregular à normalidade
Traços obsessivos de personalidade podem estar presentes	Traços histriônicos e borderline podem estar presentes
Comorbidade com doenças afetivas	Comorbidade com doenças afetivas e abuso de álcool e drogas
Transtornos ansiosos	
Impulsividade no subtipo purgativo	Impulsividade

Tabela 1: Diferenças Clínicas entre Anorexia e Bulimia. Adaptado: Philippi, S.T. et al., 2004

A Compulsão Alimentar Periódica (CAP), segundo os critérios incluídos no apêndice B do DSM-IV-TR, sugerem alguns tópicos para estudos na área. Para que os critérios diagnósticos fossem bem definidos, e melhor estudados, o DSM -IV trouxe a CAP, nos Transtornos Alimentares sem Outra Especificação. Um apanhado de estudos e pesquisas possibilitou uma mudança no atual DSM-V quanto aos transtornos alimentares (APA, 2013)

O atual DSM-V define a Compulsão Alimentar Periódica como um transtorno alimentar, e tem seus próprios critérios diagnósticos definidos (DSM-IV, 1995; APA, 2013). Atualmente a CAP é mais prevalente em pacientes obesos, mas em outras patologias como a dependência química, observa-se um aumento no número de casos de CAP (APA, 2013).

Os critérios diagnósticos elaborados para caracterizar um episódio de compulsão alimentar são: o indivíduo consumir uma grande quantidade de alimento (em torno de 8000 kcal) por um curto período de tempo (duas horas), sentir uma sensação de descontrole seguido por um sentimento de culpa. Estes episódios devem ocorrer por, no mínimo, duas vezes na semana, em um período de seis meses. Geralmente esses indivíduos se mantêm na faixa do sobrepeso ou obesidade (APA, 1995; 2013).

O fator ansiogênico pode estar presente nessa população, visto que a impulsividade está relacionada com essa patologia, assim como para o abuso de substâncias (BORGES et. al, 2006; NUNES et. al, 2006; RIBEIRO, 2012).

A obesidade é caracterizada como uma doença crônica não transmissível, que vem aumentando sua prevalência em vários países, já é considerada um grave problema de saúde pública mundial (OMS, 1993), que ultrapassou outras graves condições, como a desnutrição e doenças infectocontagiosas (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000). A OMS define obesidade como excesso de gordura corporal, havendo associação entre obesidade e aumento da morbimortalidade. É uma doença de etiologia multifatorial que leva em conta o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela divisão do peso corporal em quilogramas, com a altura em metros ao quadrado, dessa forma, o valor de referência para definir obesidade é um IMC igual ou superior a 30kg/m².

A prevalência vem aumentando em quase todos os países, a ponto de ser considerada uma epidemia. No Brasil os achados mais recentes indicam

que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentam obesidade (IBGE, 2010). Estudos prospectivos mostram que em 2025, o Brasil será o quinto país do mundo a apresentar problemas de obesidade em sua população.

1.5 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS ALIMENTARES

As questões nutricionais também figuram as preocupações sobre o uso de cocaína e *crack*. Usuários desta droga, em suas duas formas, apresentam grave perda de peso e/ou anorexia. Anorexia, bulimia e mais recentemente o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), são comuns em mulheres jovens, e em usuários de cocaína e *crack* (BRASILIANO, 2006; CORSTORPHINE et. al, 2007; DUNN et. al., 2009). Nos EUA em média 25% de abusadores ou dependentes de álcool e outras drogas, apresentam algum tipo de transtorno alimentar incluindo o TCAP (HOLDERNESS et al., 1994). Este transtorno é conhecido como o transtorno do comer compulsivo, caracterizado pela presença de episódios de compulsão alimentar, seguido de uma sensação de falta de controle sobre esse comportamento (AZEVEDO et al., 2004). O consumo de cocaína afeta diretamente o SNC gerando uma sensação de saciedade, ocasionada pelo caráter estimulante dessa substância (LARANJEIRA, 2008).

O abuso e dependência de álcool e outras drogas psicoativas estão associados ao comportamento impulsivo (PONS et. al, 2012), pacientes que apresentam transtornos alimentares e abuso de substâncias apresentam maior impulsividade (DILEONI et. al, 2012). Estudo espanhol demonstrou que usuários de álcool e outras drogas apresentam uma maior prevalência de transtornos alimentares relacionados com comportamentos compulsivos como a bulimia nervosa. Enquanto que a compulsão alimentar periódica pode estar relacionado com o consumo de cocaína e anfetaminas para suprir o desejo da comida (ELVIRA et. al, 2009).

Em amostra clínica de mulheres com transtornos alimentares e abuso de qualquer tipo de substâncias psicoativas, tiveram prevalências de 4,5% na anorexia nervosa, de 18,2% na anorexia nervosa tipo Compulsivo/Purgativo,

24,4% na bulimia nervosa tipo purgativo e 26,3% na bulimia nervosa não purgativa (NUNES et.al, 2006).

Estudo realizado em laboratório verificou que ratos abusadores de cocaína que consumiram alimentos ricos em gordura *trans* tinham mais episódios de fissura quando comparados aos ratos que tinham uma dieta equilibrada (LOESEN, 2003).

Usuários de cocaína ficam em situação de estresse contínuo pelo estímulo ocasionado pela droga e que passa a ser um agente agressor. O estresse é definido como uma ação, ou, reação que afeta o estado de equilíbrio do organismo. O agente agressor é definido como perturbador da homeostase e que requer uma resposta fisiológica (CORTEZ & SILVA, 2007). Em situações de estresse como o uso de cocaína, são liberados glicocorticoides para a corrente sanguínea. Em situações de liberação aguda de glicocorticoides há um aumento de energia e melhora do fluxo sanguíneo que se torna extremamente benéfico. Mas em situações de liberação crônica pode haver danos ao organismo.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil é o país que tem o maior número de usuários de cocaína e *crack* do mundo (SENAD, 2010). Um fator que aumenta a fissura nesses usuários e que pode estar relacionada com os índices de recaídas é a alimentação inadequada (ETCHEPARE et. al; 2011 SILVA JÚNIOR, 2013). O consumo de gordura *trans* presente nos alimentos tipo *fast food*, tem influência direta nos episódios de fissura (BARROS et.al, 2006).

No Brasil os estudos existentes sobre perfil alimentar de usuários de álcool e outras drogas abordam as populações de adolescentes e mulheres, o que caracteriza uma parte da população, portanto seus achados não representam a população brasileira como um todo (BRASILIANO, 2006; CHAVES et. al, 2011).

O abuso de cocaína é uma grave doença crônica que engloba sintomas como compulsão, perda de controle motor, dependência física e tolerância, representando um grande problema de saúde pública (MARQUES, 2001). O

consumo de cocaína via pulmonar era desconhecido nos na América do Sul antes dos anos de 1970 (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012), após 1990 o *crack* surgiu no Brasil e atualmente há mais de 900 mil usuários no país. O uso de crack vem sendo observado em todo o Brasil, e segundo Ribeiro (2012), o início do uso ocorre cada vez mais precocemente. Em decorrência deste uso prematuro, o consumo de cocaína/crack eleva também a gravidade dos problemas decorrentes e conseqüentemente seu custo social é ainda maior (MORAES et al., 2006).

O alto custo do tratamento da dependência de cocaína e sua pouca disponibilidade na atenção básica de saúde tem tornado o auxílio deficitário, dessa forma as intervenções de prevenção e de educação sobre a dependência, podem ser uma das alternativas para a população (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012; MORAES et al., 2006).

O processo de educação refere-se ao modo como o indivíduo vai aprender a conhecer sua limitação, aprender a lidar com uma situação adversa ou estressora; seu uso no contexto de comportamentos aditivos designa o modo de lidar com situações de alto risco. Fazer com que o paciente participe do seu tratamento conhecendo todos os processos que podem estar influenciando de forma negativa no tratamento, auxilia no processo de parada do uso de substâncias psicoativas (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012) além de que, podem ser incorporadas estratégias de enfrentamento para situações estressoras e da abstinência, diminuindo a ansiedade que, por muitas vezes, gera um comportamento de compulsão alimentar diminuindo a capacidade para a escolha de alimentos que diminuem a fissura (MURTA & TRÓCCOLI, 2005). Sabe-se que a recaída e continuação do uso de substâncias psicoativas está relacionada ao número de episódios de fissura (ARAÚJO et. al, 2012). Um aspecto importante é o fato de que, para diminuição dos efeitos desagradáveis da abstinência e diminuição dos episódios de fissura, a escolha por alimentos específicos e adequados demonstram resultados positivos (ETCHEPARE et. al, 2011; ARAÚJO et. al, 2012; SILVA JÚNIOR, 2013). Assim, salienta-se a importância de se incorporar no tratamento dos usuários de cocaína/crack auxílio nutricional.

Devido às demandas referentes ao tratamento de usuários de cocaína/crack, novas formas de abordagens devem ser desenvolvidas

tornando imprescindíveis as investigações das comorbidades que acometem esses pacientes. A importância do desenvolvimento de técnicas para investigar as carências dos usuários durante o processo de uso, de abstinência e de prevenção da recaída é evidente (MONTI, 2005). No entanto, ainda existem poucos estudos na literatura que identificam estas técnicas de investigações e formas de abordagem, sobre as patologias que acometem os pacientes deixando-os vulneráveis ao tratamento, assim que identificado o perfil desses usuários bem como os transtornos que podem estar envolvidos, podem ser desenvolvidas estratégias para a melhoria da assistência a usuários de cocaína/crack. A ideia de trabalhar questões específicas para o perfil do usuário é considerada um facilitador em todo o processo da terapêutica, assim como na sua adesão ao tratamento. A partir da identificação destas comorbidades é possível um melhor planejamento de toda terapêutica do processo de parada do uso assim como da manutenção da abstinência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil nutricional e verificar a presença de sintomatologia de compulsão alimentar em usuários de cocaína/*crack*.

3.2 Específicos

- Descrever os hábitos alimentares dos usuários de cocaína e *crack* que ligaram para o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas – VIVAVOZ

- Verificar a presença de sintomas de compulsão alimentar em usuários de Cocaína/*crack*

- Descrever o índice de massa corporal dos usuários de cocaína/*crack* encontrado nos usuários da população deste estudo

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTE, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões sudeste e nordeste. **Jornal de Pediatria**. Vol. 78, nº.4, 2002.

ABRANTE, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**. Vol. 49, nº2: 162-166, 2003.

AHIMA, R.S. & FILIER, J.S. Leptin. **Annu Rev Physiol** 62:413-437. 2000.

ALMENARA, C. V. Anorexia Nerviosa: Uma revisão Del Transtorno. **Revista de Neuro-Psiquiatria**. Vol. 66, 52-62, 2003

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. São Paulo: Artmed, 1995.

ANDERSON, S.M.; PIERCE, R.C. Cocaine-induced alterations in dopamine receptor signaling: Implications for reinforcement and reinstatement. **Pharmacology and Therapeutics**, 106: 389-403, 2005.

APA, American Psychiatric Association. **Feeding and Eating Disorders**. American Psychiatric Publishing. 2013

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (Supl II):28-31, 2000.

ARANTES, J. R. Revista de Psicologia: Psicologia. PT, o portal dos psicólogos. **Anorexia Nervosa: a mente que desmente 2011**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0560>Acesso em: 20 jul. 2013

ARAÚJO, R. B.; PANSARD, M.; BOEIRA, B. U.; ROCHA, N. S. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **Revista HCPA**. Vol.30, nº.1, 2012

ARNARDOTTIR, E.S. The role of obesity, different fat compartments and sleep apnea severity in circulating leptin levels: the Icelandic Sleep Apnea Cohort study. **Int J Obes (Lond)**. 2012.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C.; **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2004, vol.31, n.4, 170-172.

BADO, A. et al. The stomach is a source of leptin. **Nature**. 394:790 – 793. 1998.

- BAHLS, F.C.; BAHLS, S.C. Cocaína: origem, passado e presente. **Interação em Psicologia**, 6(2): 177-181, 2002.
- BALADI, M.G.; KOEK, W.; AUMANN, M.; VELASCO, F.; FRANCE, C. P.; Eating high fat chow enhances the locomotor-stimulating effects of cocaine in adolescent and adult female rats. **Psychopharmacology**. Vol. 222, 447-457, 2012.
- BALBINOT, A. D.; ARAUJO, R. B. Análise do perfil de dependentes de *crack* em internação hospitalar. **Revista Saúde e Pesquisa**. Vol. 5, nº3:471-480, 2012.
- BALBINOT, A.D.; ALVES, G. S.L.; AMARAL JR., A. F.D.; ARAUJO, R. B. Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 60, nº3: 205-209, 2011.
- BELL, C.; ABRAMS, J.; NUTT, D. Tryptophan depletion and its implications for psychiatry. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 178, 399-405, 2001.
- BERGMAN, R. N.; ADER, M. Free fatty acids and pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. **Trends in Endocrinology and Metabolism: TEM**, v. 11, n.9, p. 351 – 356, 2000.
- BORGES, N.J.B.G.; SICCHIERI, J.M.F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. D. S. Transtornos alimentares - Quadro clínico. **Medicina, Ribeirão Preto**. Vol. 39, nº3: 340-348, 2006.
- BERTILE, F. & RACLOT, T. The melanocortin system during fasting. **Peptides** 27:291-300.2006.
- BRANDAO, P. P.; SOUZA, E. P. G.; NEVES, F. A.; PEREIRA, M. J. D. S.; SICCHIERI, R.; MOURA, A. S. Hormônios reguladores do apetite em mulheres obesas com e sem compulsão alimentar. **Revista de Nutrição**. Vol. 24, nº5: 667-677, 2011.
- BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Guia Alimentar para a População Brasileira, Promovendo a alimentação saudável**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília, 2006.
- BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Vol. 33, nº. 3: 134-144, 2006.
- CAJARAVILLE, J. P.; ABEJÓN, D.; ORTIZ, J. R.; PÉREZ, J. R. El dolor y su tratamiento através de La historia. **Revista de La Sociedad Española de Dolor** . Vol. 12, 373-384, 2005.
- CANNON, C.M.; BSEIKRI, M.R. Is dopamine for natural reward? **Physiology & Behavior**, 81: 741-748, 2004.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, A.S. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Brasília: SENAD, 2007.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, A.S. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; RJ e SP . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 45(4):227-236. 1996.

CARRERA, M.R.A.; MEIJLER, M.M.; JANDA, K. D. Cocaine pharmacology and current pharmacotherapies for its abuse. **Bioorganic & Medicinal Chemistry**, 12, 5019-5030, 2004.

CARROL, M. E.; FRANCE, C. P.; MEISCH, R. A. Intravenous Self-Administration of Etonitazene, cocaine and phencyclidine in Rats during Food Deprivation and Satiation. **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**. Vol. 217, n°2, 1981.

CHAPUT, J.P.; DOUCET. É.; TREMBLAY, A. Obesity: a disease or a biological adaptation? An update. **Obesity Reviews**. 2012.

CHAVES, T.V.; SANCHEZ, Z.M.; RIBEIRO, L.A.; NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 45, n°. 6: 1168-1175, 2011.

CICCARONE, D. Stimulant abuse: pharmacology, cocaine, methamphetamine, treatment, attempts at pharmacotherapy. **NHI Public Access**. Vol. 38, n°.1: 41-58, 2011.

CLAUDINO, A. D. M.; ZANELLA M. T. **Transtornos Alimentares e Obesidade. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina**. Barueri: Manole , 2005.

COCHRANE, C.; MALCOLM, R.; BREWERTON, T.; The role of weight control as a motivation for cocaine abuse, vol. 23, No. 2, 201-207, 1998.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. D. M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 24, (Supl III):3-6, 2002.

CORRÊA, R. D. O.; PIMENTEL, S. C. D. S.; CORTEZ, C.M. Leptina e anorexia nervosa. **Psicologia Clínica**. Vol. 24, n°.1:165-180, 2012.

CORSICA, J. A.; PELCHAT, M. Food addiction: true or false? **Current Opinion in Gastroenterology**. Vol. 26:165-169, 2010.

CORSTORPHINE, E.; WALLER, G.; LAWSON, R.; GANIS, C. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. **Eating Behaviors**. Vol. 8, 23-30, 2007

CORTEZ, C. M.; de A, ARAÚJO, E.; RIBEIRO, M. V.; Transtorno de compulsão alimentar periódica e obesidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 40, n°.1, de 2011.

CORTEZ, C.M.; SILVA, D. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 36, n°.4, de 2007.

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

CZOTY, P. W.; NADER, M. A. Effects of Dopamine D2/D3 Receptor Ligands on food-cocaine choice in socially housed male cynomolgus monkeys. **The journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**. Vol. 344:329-338, 2013.

da SILVA JR, F. J. G.; MACHADO, D. G.; LIMA, L. A. D. A.; de OLIVEIRA, A. L. C. B.; PARENTE, A. D. C. M.; MONTEIRO, C. F. D. S. Alterações metabólicas e nutricionais associadas ao consumo de cocaína/crack : revisão sistemática. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**. Vol. 1, n°. 1, 2013.

DACKIS, C.A.; KAMPMAN, K.M.; LYNCH, K.G.; PETTINATI, H.M.; O'BRIEN, C.P. A Double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. **Neuropsychopharmacology**. Vol. 30: 205-211, 2005.

DAVID, B.H.; DEBRA, L.F.; DAVID, J.D.; et al. Drug abuse in women with eating disorders, **International Journal of Eating Disorders**. Boston, 2006.

DAVIS, C.; CARTER, J.C. Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. **Appetite**. Vol. 53, 1-8, 2009.

DE ALMEIDA, R. B.; CALDAS, M. T. As dificuldades e sucessos no Tratamento do Usuário de Crack. **Neurobiologia**. Vol. 74, n°.2, 2011.

DENOTH, F.; SICILIANO, V.; LOZZO, P.; FORTUNATO, L.; MOLINARO, S. The association between overweight and illegal drug consumption in adolescents: Is there an underlying influence of the sociocultural environment? **Obesity as Addiction**. Vol. 6, n°.11, 2011.

DE O, CORRÊA, R.; da. S, PIMENTEL, C.S.; CORTEZ, C. M. **Leptina e Anorexia Nervosa**. Psicologia Clínica, Vol. 24, n. 1, p.165-180, 2012.

de ZENI, T. C.; ARAÚJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de *crack* . **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Vol. 31, n°. 2:116-119, 2009.

DIAS, A.C.; ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 45, n°. 5: 938-948, 2011.

DICKSON, S.L.; EGECIOGLU, E.; LANDGREN, S.; SKIBICKA, K.P.; ENGEL, J.A.; JERLHANG, E. The role of the central ghrelin system in reward from food

and chemical drugs. **Molecular and Cellular Endocrinology**. Vol. 340,80-87, 2011.

DILEONE, R. J.; TAYLOR, J. R.; PICCIOTTO, M. R. The drive, to eat: comparisons and distinctions between mechanisms of food reward and drug addiction. **Nature Neuroscience**. Vol. 15, n°.10, 2012.

do AMARANTE, A. A.; SIRINO, F.; MINUZZI, L. G. Índice de obesidade, sobrepeso e risco cardiovascular em escolares de 11 a 14 anos da cidade de Aberlado Luz (SC). **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. Vol. 10, n°.2: 128-139, 2011.

DUALIB, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4): S545-S557, 2008.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol. 24, sup.4:5545-5557, 2008.

DUNN, E.C.; NEIGHBORS, C.; FOSSOS, N.; et al. **A cross-Lagged Evaluation of Eating Disorder Symptomatology and Substance-Use Problems; Seattle, WH** *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70:106-116, 2009.

ELVIRA, A. C.; KRUG, I.; DAVIS, K.; LOPEZ, C.; ARANDA, F. F.; TREASURE, J. Meta-analysis on drug in people with eating disorders. **European Eating Disorders Review**. Vol. 17, 243-259, 2009.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de Las Drogas**. 7 ed. Madrid: Espasa Calpe, 2005.

ETCHEPARE, M.; DOTTO, E.R.; DOMINGUES, K.A.; COLPO, E. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. **Revista da AMRIGS, Porto Alegre**. Vol, 55, n°. 2, 140-146, 2011.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 23(2): 96-99, 2001.

FORNARO, M.; PERUGI, G.; GABRIELLI, F.; PRESTIA, D., MATTEI.; VINCIGUERRA, V.; FORNARO, P. Lifetime co-morbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. **Journal of Affective Disorders**. Vol. 121, 147-151, 2010.

FRANKO, D.L.; DORER, D.J.; KEEL, P. K.; JACKSON, S.; MANZO, M. P.; HERZOG, D. B. Interactions Between Eating Disorders and Drug Abuse. *The Journal of Nervous and Disease*. Vol. 196, n°.7, 2008.

FREITAS, S.; LOPES, C.L.; COUTINHO, W.; et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 23(4):215-20, 2001.

GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R.; NAPO, S.A.; CARLINI, E.A.. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 13(número especial), 888-895. 2005.

GIBBONS, C.; CAUDWELL, P.; FINLAYSON, G.; WEBB, D.L.; HELLSTRÖM, P. M.; NÄSLUND, E.; BLUNDELL, J. E. Comparison of postprandial profiles of Ghrelin, active GLP-1, and total PYY to meals varying in fat and carbohydrate and their Association With Hunger and the Phases of Satiety. **Journal Clinical of Endocrinology and Metabolism**. Vol. 98(5): E847-E855, 2013.

GITLOW, S. **Transtornos relacionados ao uso de substâncias**. 2° Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GOLD, M.S. **Cocaine**. New York: Plenum Medical Book Company, 1993.

GOLDSTEIN, R.A.; DESLAURIERS, C.; BURDA, A.M. Cocaine: history, social implications, and toxicity: a review. **Dis Mon**, 55(1):6-38, 2009.

GRIMM, O. Armadilhas da Obesidade. **Mente & Cérebro**, 169: 66-71, 2007.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Fisiologia Humana e Mecanismo das doenças. 6° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HALL, W.; LUCKE, J.C. Smoked crack cocaine in Contemporary Brasil: The emergence and spread of 'oxi'. **Addiction**. Vol. 106, 1190-1193, 2011.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D.B; da C., FERNANDES, R.; Determinantes fisiológico da fome e do apetite. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 31(4); 150-153, 2004.

HERZOG, D.B.; FRANKO, D.L.; DORER,D.J.; KEEL, P.K.; JACKSON, S.; MANZO,M. P. Drug abuse in women with eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 39, nº.5364-368, 2006.

HOLDERNESS, C.C; BROOKS-GUNN, J.; WARREN, M.P.; **Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature**. Int J. Eat Disord. 1994;16:1-34.

JOB, M.O.; SHEN, L.L.; KUCHAR, M.J. The inhibition of cocaine-induced locomotor activity by CART 55-102 is lost after repeated cocaine administration. **Neuroscience Letter**. Article in Press, 2013.

KARCH, S. B. Cocaine: history, use, abuse. **Journal of the Royal Society of Medicine**, 92: 393-397, 1999.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Vol. 30, nº. 2, 96-98, 2008.

KESSLER, F.H.P. et. al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. **The American Journal on Addiction**. Vol. 21, 370-380, 2012.

KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K.A., ZHAO, S., NELSON, C.B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H-U. & KENDLER, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, p. 8-19, 1994.

LARANJEIRA, R. **II LENAD Levantamento nacional de álcool e drogas**. O uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: UNIFESP, 2013.

LARANJEIRA, R.; OLIVEIRA, R.A.; NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M.. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2º Ed. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/associação Médica Brasileira, 2003.

LEITE, M.C.; ANDRADE, A.C.; et al. Cocaína e crack : dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LIM, H. J.; CHOU, R. Association between poor nutritional status and severe depression in Korean cerebral infarction patients. **Nutritional Neuroscience**. Vol. 15, nº. 1, 2012

LIM, S.S.; et. al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**. Vol. 380, 2224-2260, 2013.

LOEBENS, M.; BARROS, H.M.T. Diet influences cocaine withdrawal behaviors in the forced swimming test. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior**. Vol. 74, 259-267, 2003

MARGETIC, S. et al. Leptin: a review of its peripheral actions and interactions. **International Journal of Obesity** 26:1407-1433.2002.

MARLATT, G. A. et al. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARQUES, A. C. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **IMESC**, n. 3, p. 73-86, 2001

MARTINS, L. F.; SILVEIRA, P. S. D.; SOARES, R. G.; GOMIDE, H. P.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre estudantes de curso da saúde. **Estudos de Psicologia**. Vol. 15, nº.1:33-41, 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE, GUIA ALIMENTAR – Como ter uma alimentação saudável?, GUIA DE BOLSO. Disponível

em<<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>> Acesso em: 20 de outubro de 2012.

MONTEIRO, C.A.; MOURA, E.C.; JAIME, P.C.; CLARO, R.M. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 42, n.º.4: 582-589, 2008.

MONTELEONE, P.; TORTORELLA, A.; CASTALDO, E.; FILIPPO, C.D.; MAJ, M.; No association of the Arg 51 Gln and Leu 72 Met polymorphisms of the ghrelin gene with anorexia nervosa or bulimia nervosa. **Neuroscience Letters**. Vol. 398, 325-327, 2006.

MONTELEONE, P.; MAJ, C.D. Dysfunctions of leptin, ghrelin, BDNF, and endocannabinoids in eating disorders: Beyond the homeostatic control of food intake. **Psychoneuroendocrinology**. Vol. 38, 312-330, 2013

MONTI, P. M. ; KADDEN, R. M. ; ROHSENOW, D. J.; COONEY, N. L.; ABRAMS, D.B. **Tratando a dependência de álcool: um treinamento das habilidades de enfrentamento**. São Paulo: Roca, 2005.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34, n.º.3: 251-258, 2000.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006

NETO, G. A. R. M.; MARTÍNEZ, V. C. V. Angústia e sociedade na obra de Sigmund Freud. *Psicologia em estudo* Maringá. Vol. 7, n.º. 2: 41-53, 2002.

NOLAN, L. J.; STOLZE, M. R. Drug use is associated with elevated food consumption in college students. **Appetite**. Vol. 58, 898-906, 2012.

NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W.; et.al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.º ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre; Artes Médicas – 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PIRAN, N.; ROBINSON, S. R. Patterns of associations between eating disordered behaviors and substance use in two non-clinical samples: A university and a community based sample. **Journal of Health Psychology**. Vol. 16, n.º. 7: 1027-1037, 2011.

PISETSKY, E.M.; CHAO, Y. M.; DIERKER, L. C.; MAY, A. M.; MOORE, R. H.S. Disordered eating and substance use in high-school students: results from the youth risk behavior surveillance system. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 41, n°5:464-470, 2008.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

*PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide Alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Revista de Nutrição de Campinas. Vol. 12, n°1: 65-80, 1999.

PONCE, J. D. C.; SILVEIRA, C. M.; ANDRADE, A. G. D.; de OLIVEIRA, L.G. Consumo de álcool comórbido a transtornos alimentares: uma revisão da literatura. **Saúde, ética & justiça**. Vol. 16. n° 1: 29-38, 2011.

*PONS, D. B.; GUIJARRO, A. B.; MUNOZ, A. S. Transtornos de La conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. **ADICIONES**. Vol. 24, n°1:9-16, 2012.

PULCHEIRO, G.; STOLF, A. R.; PETTENON, M.; FENSTERSEIFER, D. P.; KESSLER, F. *Crack- da pedra ao tratamento*. **Revista da AMRIGS**. Vol. 54, n° 3: 337-343, 2010.

QUEIROZ, C.D.S.; HAACK, L.; MUNIZ, L. B. Caso clínico de gestante com obesidade grau III submetida à cirurgia bariátrica. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. Vol. 2:163-170, 2012.

RAUPP, L.; ADORNO, F. C. D. R. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 16, n° 5: 2613-2622, 2011.

RAUPP, L.; ADORNO, R. D. C. F. Uso de crack na cidade de São Paulo. **Revista Toxicodependência**. Vol. 16, n°2:29-37, 2010.

RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2°ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIEGEL, R. E. Bioquímica. 4° ed. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004.

RONDINI, T.A.; DONATO JR. J.; de C, RODRIGUES, B.; BITTENCOURT, J. C.; ELIAS, C. F. Chemical identity and connections of medial preoptic area neurons expressing melanin-concentrating hormone during lactation. **Journal of Chemical Neuroanatomy**, 39 (2010) 51-62.

ROSSETI, C.; SPENA, G.; HALFON, O.; BOUTREL, B. Evidence for a compulsive-like behavior in rats exposed to alternate access to highly preferred palatable food. **Addiction Biology**. 2013.

ROTTA, N. T.; CUNHA, G. B. Exposição pré-natal à cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais. **Jornal de Pediatria**. Vol. 76, n°.3, 2000.

RUDDICK, J.P.; EVANS, A. K.; NUTT, D. J.; LIGHTMANN, S. L.; ROOK, G. A. W.; LOWRY, A. Tryptophan metabolism in the central nervous system: medical implications. **Expert Reviews in Molecular Medicine**. Vol. 8, n°. 20, 2006.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 36. n°. 4, 420-430, 2002.

SANTOS, L. A. D. S. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**. Vol. 20, n°. 2:459-474, 2010.

SARAH. A.; PARKES, B. A.; SAEWYC, E. M.; COX, D. N.; MACKAY, L. J. Relationship between body image and stimulant use among Canadian adolescents. **Journal of adolescent health**. Vol. 43, 616-618, 2008.

SCHIFANO, F.; CORKERY, J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). **Journal of Psychopharmacology**, 22(1):71-79, 2008.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. Crack. Uma abordagem multidisciplinar. Aula 5, Brasília, 2007.

SHINTANI, M. et al. Ghrelin, an endogenous growth hormone secretagogue, is a novel orexigenic peptide that antagonizes leptin action through the activation of hypothalamic neuropeptide Y/Y1 receptor pathway. **Diabetes** 50:227-232.2001.

SICHERI, R.; COITINHO, D. C.; MONTEIRO, J. B.; COUTINHO, W. F. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. Vol. 44, n°. 3, 2000.

SIGNOR, L., Avaliação da Eficácia da Intervenção Breve Motivacional na Cessação do Consumo de Cocaína/*Crack* por Aconselhamento Telefônico [Dissertação] Porto Alegre: Faculdade de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre 2010.

SIQUEIRA, L.P.; FABRI, A.D.C.O.C.; FABRI, R.L. Aspectos gerais, farmacológicos e toxicológicos da cocaína e seus efeitos na gestação. **Revista eletrônica de farmácia**. Vol. VIII, n°.2: 75-87, 2011.

STEFANO, G.B.; BIANCHI, E.; GUARNA, M.; FRICCHIONE, G.L.; ZHU, W.; CADET, P.; MANTIONE, K.L.; CASARES, F.M.; KREAM, R.M.; ESCH, T. Nicotine, alcohol and cocaine coupling to reward processes via endogenous morphine signaling: the dopamine-morphine hypothesis. **Med sci Monit.**, 13(6), 91-102, 2007.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION [Samhsa]. (1999). **Office of Applied Studies: 1998**. National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services. [serial on the internet] Disponível < <http://www.samhsa.gov>>.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION [Samhsa]. **Substance Abuse in States and Metropolitan Areas: Model Based Estimates from the 1991-1993**. National Household Survey on Drug Abuse: Summary Report. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

TOFFOLO, M. C.F.; PEREIRA, I.D.S.; SILVA, K.A.L.; MARLIENE, C.A.; NEMER, A.S.D.A. Escolha de alimentos durante a abstinência alcoólica: influência na fissura e no peso corporal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 60, nº.4: 341-346, 2011.

TRACTENBERG, S. G.; VIOLA, T. W.; ROSA, C. S.D. O. et. al. Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de *crack* . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol.61, nº. 4: 206-213, 2012.

TRINKO, R.; SEARS, R. M.; GUARNIERI, D.J.; DILEONI, R. J. Neural mechanisms underlying obesity and drug addiction. **Psychology & Behavior**. Vol. 91, 499-505, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report 2013, disponível em <http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report2013.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2013.

VIANA, V. Psicologia Saúde e Nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**. Vol. 4, (XX): 611-624, 2002.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Vol. 28, nº. 1: 20-26, 2006.

VOLKOW, N. D.; WANG, G.J.; BALER, T.R.D. Obesity and addiction: neurobiological overlaps. **Obesity Review**. 2012.

VOLPE, F. M.; TAVARES, A.; VARGAS, A. P.; ROCHA, P. R. Vasculite cerebral e uso de cocaína e crack. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 21, nº. 3, 1999.

WANG, J. et al. A nutrientsensing pathway regulates leptin gene expression in muscle and fat. **Nature** 393:684-688. 1998.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A.; MUNOZ, P.A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Vol. 27, nº. 1: 51-56, 2005.

WILSON, G. T. Eating disorders, obesity and addiction. **European Eating Disorders Review**. Vol. 18, 341-351, 2010.

YAGER, J.; POWERS, P. S. **Manual clínico de transtornos da alimentação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YI, C.X.; HEPPNER, K.; MATTHIAS, H. T. Ghrelin in eating disorders. *Molecular and Cellular Endocrinology*, Vol.340; 29-34, 2011.

ZAGO, J. A. Freud e o uso de cocaína: história e verdade. **Casos Clínicos Psiquiatria**. Vol. 2, n°.1:42-47, 2000.

ZHENG, D.; de VACA, S. C.; CAR, K. D. Food restriction increases acquisition, persistence and drug prime-induced expression of a cocaine-conditioned place preference in rats. **Pharmacology, biochemistry and behavior**. Vol. 100,538-544, 2012.

ZIAUDDEEN, H.; FLETCHER, P.C. Food addiction: valid and useful? **Obesity Reviews, International Association for the Study of Obesity**. Vol. 14: 19-28, 2013.

5. Artigo

Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar de Usuários de Cocaína/*Crack*

Profile Nutritional and Dietary Behaviors of Users of Cocaine / *Crack*

(artigo a ser submetido para a Revista Brasileira de Nutrição)

Lidiane P.OLIVEIRA¹, Luciana SIGNOR², Simone FERNANDES³, Taís de Campos MOREIRA⁴, Maristela FERIGOLO⁵, Helena MariaTannhauser BARROS⁶.

¹Nutricionista, Mestranda em Farmacologia e Terapêutica Clínica pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

²Farmacêutica, Mestre e doutoranda em Farmacologia e Terapêutica Clínica pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

³Psicóloga, Mestre e doutoranda em Farmacologia e Terapêutica Clínica pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

⁴Fonoaudióloga, Mestre e doutoranda em Farmacologia e Terapêutica Clínica pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

⁵Farmacêutica, Doutora em Ciências Médicas, Coordenadora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Farmacêutica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶Doutora em Neuropsicofarmacologia, Professora Titular do Departamento de Farmacologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Coordenadora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO: A inadequação alimentar é fator de risco para várias patologias, incluindo a compulsão alimentar. Em usuários de cocaína/*crack* esses episódios podem aumentar em contraste com o restante da população. A ausência de literatura sobre a associação destes usuários e episódios de compulsão alimentar faz com que a investigação desse tema seja necessário.

OBJETIVO: Objetiva-se apresentar o perfil do consumo de alimentos e de comportamento alimentar de usuários de cocaína/*crack* que ligaram para um serviço de telessaúde.

MÉTODO: Foram avaliados 445 usuários de cocaína/*crack* de ambos os sexos com idades entre 18 e 60 anos que ligaram de todo o Brasil para um serviço de saúde. Avaliou-se a prevalência de episódios de compulsão alimentar utilizando a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). O peso, altura e a alimentação consumida pelos usuários basearam-se em entrevista que identificou se a recomendação das diretrizes de alimentação brasileiras estão sendo seguidas por esta população.

RESULTADOS: A maior parte da amostra era composta por homens, com algum tipo de ocupação, solteiros na sua maioria, com escolaridade de até 8 anos de estudo. Quanto à Compulsão Alimentar Periódica 25% dos usuários de cocaína/*crack* apresentaram episódios de moderado à grave. O índice de massa corporal foi de eutrofia em mais da metade da amostra. A alimentação não se mostrou muito diferente do que a recomendação do Guia Alimentar, porém houve um alto consumo de carboidratos simples.

CONCLUSÃO: Com base nesses dados foi possível identificar o perfil do consumo de alimentos, do comportamento alimentar, presença de sintomas de compulsão alimentar de usuários de cocaína/*crack*. A carência de diretrizes nutricionais específicas para esta população faz com que esse estudo auxilie no direcionamento das políticas de saúde pública para um atendimento mais efetivo, visto que o tratamento da inadequação e compulsão alimentar são mais efetivos quando diagnosticados mais precocemente

Palavras chave: cocaína, *crack*, compulsão alimentar periódica, perfil nutricional

Abstract

The inadequate diet is a risk factor for several diseases, including binge eating. In users of cocaine / crack these episodes may increase in contrast with the rest of the population. The lack of literature on the association of these users and binge eating episodes makes research on this topic is needed. **OBJECTIVE:** This study aims to present the profile of food intake and feeding behavior of users of cocaine / crack who called telehealth service. **METHOD:** 445 users of cocaine / crack of both sexes aged between 18 and 60 years who have called from all over Brazil to a health facility were evaluated. We evaluated the prevalence of binge eating episodes using the Binge Eating Scale (BES). The weight, height and the power consumed by users were based on interviews that identified the recommendation of the guidelines are being followed Brazilian Food for this population. **RESULTS:** The majority of the sample were men, with some kind of occupation, mostly singles, with schooling up to 8 years. How to Binge Eating 25% of cocaine / crack had episodes of moderate to severe. The body mass index was eutrophic in more than half of the sample. The food was not much different than the recommendation of the Food Guide but there was a high intake of simple carbohydrates. **CONCLUSION:** Based on these data it was possible to identify the profile of food intake, feeding behavior, symptoms of binge users of cocaine / crack. The lack of specific nutritional guidelines for this population makes this study assists in directing public health policies for more effective treatment, since the treatment of inadequacy and binge eating are most effective when diagnosed early

Keywords: cocaine, crack, binge eating, nutritional profile

1. Introdução

A prevalência do uso de cocaína no ano na população mundial está na faixa de 15,6 a 20,8 milhões de pessoas, sendo a América Latina o segundo mercado de cocaína¹. No Brasil, entre as maiores cidades do país, o uso na vida de cocaína atinge 2,9% da população geral e o do *crack*, 0,7%, constituindo a terceira substância ilícita mais utilizada. Já o uso no ano de cocaína foi de 0,7% e de *crack* 0,1%². Dos 6 milhões de brasileiros que fizeram uso de cocaína na vida, 1 milhão se tornou dependente, destes 68% são usuários de cocaína inalada e 38% são usuários de cocaína fumada (*crack*)³.

A cocaína, em qualquer uma de suas apresentações, é um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC). O uso de cocaína/*crack* está relacionado a muitos problemas de saúde (infecção por HIV, hepatite) além da dependência química⁴, questões sociais (agressividade, roubo), comportamentais (atividade sexual de risco), e alimentar^{5,6}.

A perda de apetite e anorexia causadas pelo uso agudo e crônico^{6,7} da cocaína, configuram sérios problemas na nutrição do indivíduo. Usuários de cocaína/*crack* apresentam grave perda de peso e/ou anorexia⁸. Desordens alimentares como anorexia, bulimia e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica - TCAP, são comuns nestes usuários^{7,9,10}. Nos EUA, em média 25% de abusadores ou dependentes de drogas apresentam algum tipo de transtorno alimentar¹¹. No Brasil observa-se que de 12 a 40% da população que tem algum tipo de transtorno alimentar abusam de drogas¹².

Diante dessa importante associação entre consumo de cocaína e comportamento alimentar, torna-se relevante investigar a alimentação dos usuários de cocaína/*crack* no Brasil. Isto porque esta população tem recomendações nutricionais diferenciadas se comparado com a população isenta de patologias¹³. Para população adulta, idosos e crianças já existem

diretrizes específicas, enquanto que para usuários, ainda não existe uma padronização das recomendações.

O estudo propõem investigar características, em usuários de cocaína/*crack*, referente a práticas alimentares, bem como obter informações sobre o consumo de determinados grupos de alimentos. Desta maneira, poderemos pensar em práticas preventivas, a fim de evitar incidências de compulsão alimentar e, até mesmo, elaborar dietas específicas que possam abranger a real necessidade nutricional dos usuários de cocaína/*crack* que procuraram um serviço de telessaúde.

2. Método

Delineou-se um estudo transversal, com amostra constituída de usuários de cocaína e *crack* que ligaram de todo o Brasil para um serviço de tratamento em telessaúde, o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do uso de Drogas – VIVAVOZ¹⁴. Este teleatendimento oferece informações e orientações sobre a prevenção do uso de drogas para a população em geral, é um serviço que mantém o anonimato do usuário, é gratuito e realiza acompanhamento para cessação do uso de drogas. Indica locais de ajuda face a face como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), postos de saúde e outros órgãos públicos quando necessário¹⁴.

Os dados foram coletados por universitários da área da saúde treinados e capacitados para o referido atendimento. O treinamento incluiu aulas expositivas sobre as bases da dependência química e entrevista motivacional, treinamento de habilidade para o atendimento telefônico, manejo do software específico para a coleta de dados e para conduzir e aplicar as escalas que avaliaram episódios de compulsão alimentar e o teste alimentar^{13,14,15}. Especialistas na área de dependência química conduziram a capacitação que teve duração de 40 horas, por 5 dias. Na sequência os alunos foram treinados no *call center*, onde foram supervisionados constantemente por toda sua permanência no Serviço, por profissionais pós graduandos, também da área da saúde¹⁴.

O período da coleta foi de junho de 2010 à agosto de 2012. Utilizou-se um *software* específico do serviço para armazenar dados como: perfil sociodemográfico, resultados das avaliações de consumo e dependência de

substâncias psicoativas, e o motivo pelo qual o indivíduo estava ligando. Foram selecionados todos os usuários de cocaína e *crack* (concomitante ou não com o uso de outras substâncias) que ligaram para o serviço com idades entre 18 e 60 anos e que afirmaram não estar sob o efeito de nenhuma droga, e que, tiveram seu protocolo de atendimento preenchido completamente. O questionário utilizado para avaliar o consumo de cocaína e os critérios diagnósticos de dependência da droga foi *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) ¹⁶. Este instrumento foi selecionado pois é utilizado pelos censos brasileiros³. Outras questões relevantes sobre o consumo como: tempo de uso da droga, quantidade e forma de apresentação da cocaína utilizada pelos indivíduos, foram registradas no *software*. Usuários que não conseguiram responder de forma coerente as escalas foram excluídos do estudo, assim como usuários que estavam abstinentes quando solicitaram auxílio por telefone.

Para avaliar o perfil do consumo de alimentos foi utilizado o Teste Alimentar, que é um questionário elaborado pelo Ministério da Saúde disponibilizado para uma avaliação prévia (global) do indivíduo. Ele segue as diretrizes brasileiras para alimentação saudável, disponíveis no Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁷.

O resultado deste questionário fornece alguns dados como: Índice de Massa Corporal (IMC), consumo de alguns grupos alimentares e realização de atividade física. Desta forma é possível entender se a alimentação destes usuários segue os princípios mínimos do manual de orientação alimentar preconizado pelo Ministério da Saúde ^{13,17}. As informações dos alimentos sobre o IMC foram autorrelatadas. Assim para aumentar a confiabilidade destes dados, foi solicitado a todos os usuários que verificassem seu peso e altura em consulta com profissional da saúde em um serviço de saúde como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Unidade Básica de Saúde (UBS).

O instrumento utilizado para avaliar o sintoma de compulsão alimentar periódica nos usuários de cocaína e *crack*, foi a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), traduzida, validada e adaptada para a população brasileira¹⁵. Esta escala contém 16 grupos de afirmações numeradas, com pontuações que variam de 0 a 3 (0 = indica que não há problema de compulsão alimentar, 3 = reflete graves problemas de compulsão alimentar) e

com quatro opções de respostas cada uma¹⁸. Os grupos de afirmações são divididos em oito grupos e refletem características comportamentais de comer isoladamente e rapidamente, enquanto que o restante do grupo representa sentimentos e percepções como: culpa, vergonha e descontrole alimentar (Gormally, 1985; Freitas, 2001). Quando as questões são analisadas individualmente podemos descrever se o indivíduo apresenta ou não características inerentes do distúrbio alimentar. Já os escores finais são os mesmos utilizados por Freitas et al., 2001 e indicam compulsão alimentar periódica de moderada à grave ou ausência de compulsão alimentar periódica.

Embora esta escala seja mais frequentemente utilizada para tratamento de obesos, ela é um importante instrumento para a presente população, visto que na fase de fissura pela substância, comportamentos ansiosos e compensatórios podem ser adotados pelos usuários, como o *binge* alimentar, muito semelhante ao impulso de consumir a droga^{28,29}.

Quanto à atividade física, foram consideradas aquelas da rotina diária como: andar de bicicleta, deslocamento a pé para o trabalho, subir ou descer escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias ou clubes, onde pelo menos 30 minutos diários eram empregados¹⁷.

Para garantir os aspectos éticos, foi aplicado verbalmente um termo de consentimento livre e esclarecido a todos os usuários de cocaína/*crack* que se incluíram nos critérios anteriormente definidos, autorizando a utilização dos dados. O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) pelo processo de n° 779/11, Porto Alegre, RS.

Realizou-se análise descritiva univariada na qual as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar e estado civil) foram resumidas em tabelas contendo frequência e porcentagem. Para as variáveis numéricas foi utilizada média e desvio padrão e as medianas nos percentis 25 e 75. Utilizou-se análise bivariada para as variáveis relacionadas ao perfil nutricional dos usuários de cocaína e *crack*. As análises foram realizadas pelo programa estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 19.

5. Resultados

A amostra constituída de 445 usuários de cocaína e *crack* apresentaram, na sua maioria, pessoas do sexo masculino, com média de idade acima de 25 anos; quase metade da amostra eram solteiros, mais da metade estudaram por mais de 8 anos. No que se refere à ocupação, a maioria da amostra estava exercendo algum tipo de atividade (trabalho e/ou estudo) no momento da entrevista, e a renda familiar predominante foi de até R\$ 1.499,00. A forma de apresentação da cocaína mais utilizada entre os participantes foi a pedra de *crack*. Mais da metade dos usuários de *crack* tinham prevalência de IMC menor que 25kg/m², em usuários de cocaína esse valor foi um pouco menor. Os dados sociodemográficos relacionados a uso de cocaína e *crack* separadamente, estão discriminados na tabela 1.

Referente a análise do consumo de alimentos fonte de carboidratos (arroz, pão, massas, biscoitos, bolo) que constitui um dos macronutrientes, mais da metade dos usuários afirmaram ter uma alimentação conforme recomendação. Todavia em relação aos alimentos que são fonte de proteína (carnes e ovos) o consumo recomendado atingiu um percentual inferior ao recomendado. O consumo de frutas e de vegetais ficou dentro da faixa de recomendação. O consumo de alimentos industrializados como salgados, biscoitos recheados e embutidos, foi aumentado na maior parte da amostra. Em relação a leguminosas o consumo adequado também foi predominante. Quanto a fazer algum tipo de atividade física, mais da metade responderam positivamente. A descrição do perfil do consumo dos alimentos encontrado nesta amostra e de acordo com a apresentação da droga consumida está apresentado na tabela 2.

Em determinados grupos de questões que avaliam comer rápido, impulso comer escondido e preocupação podemos observar que os usuários tanto de cocaína e/ ou *crack* têm maior predisposição a risco de problemas alimentares, de moderados a graves, conforme demonstrado na tabela 3 . Na tabela 4 apresentamos médias os escores de Compulsão Alimentar Periódica onde não houve diferença entre os dois grupos de usuários, por outro lado, 25% dos usuários de cocaína/*crack* apresentou nível de gravidade de compulsão alimentar periódica moderada, sendo que destes 17% eram usuário de *crack* e 8% eram usuários de cocaína. Em contrapartida, verificando todos os participantes do estudo 14% possuem sintomas graves de compulsão.

6. Discussão

O perfil do consumo de alimentos de usuários de cocaína e de usuários de *crack* não apresentou diferenças, entretanto a maioria dos usuários de *crack* demonstraram um IMC de até 25kg/m^2 , o que pode ser explicado pela farmacodinâmica da droga. O IMC dos usuários de *crack* encontrado no presente estudo corrobora com achados de outros estudos na mesma população^{13, 21}. Em população de rua, estudos mostram que estes usuários apresentam baixo peso corporal, devido ao uso crônico da substância gerar anorexia⁵.

A maior parte da amostra não apresentou compulsão alimentar periódica. No entanto, quase um quinto dos usuários de cocaína/*crack* apresentaram sintomas graves de Compulsão Alimentar Periódica (CAP), o que extrapola em 7 e 14 vezes as estatísticas entre mulheres e homens não usuários, respectivamente (APA, 2013). Chama atenção que mesmo sem Compulsão Alimentar Periódica ativa, ficou evidenciado que a grande maioria dos usuários de cocaína/*crack* mostrou algum sinal ou sintoma de compulsão alimentar.

A importância de saber quantos indivíduos estão no curso moderado da CAP, possibilita um tratamento precoce da patologia, aumentando as chances de recuperação, sem que o indivíduo desenvolva o episódio severo da doença. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maiores são as chances de recuperação e prevenção da CAP (APA, 2013).

Nossa amostra apresenta um perfil diferenciado, diferente do que habitualmente é divulgado, o grau de instrução predominante foi maior ou igual a 8 anos de estudo, e a maior parte dos indivíduos mantém algum tipo de ocupação permanente, denotando que o uso de drogas ainda não traz des controle social. No atual estudo os usuários de *crack* mantinham uma relativa estrutura e cuidados pessoais, um pouco mais da metade da amostra referiu praticar algum tipo de atividade física. Além disto, mais alto nível educacional também pode caracterizar o hábito de buscar ajuda de profissionais de saúde para manter-se saudável²². Acreditamos que devido a

essas características, a nossa população não apresentou altos escores de Compulsão Alimentar Periódica associada ao uso da droga.

Devemos considerar ainda, que os usuários estavam no início do processo de parada de uso da droga, e os comportamentos compulsivos tanto alimentares²³, quanto de busca pela droga, ocorrem principalmente no momento de parada prolongada do uso, o que já foi evidenciado em estudos de laboratório em modelos de alimentação²⁴. Desta forma podemos inferir que maiores níveis de compulsão alimentar são evidenciados na população quando o tempo de abstinência das substâncias aumenta.

O consumo de alimentos fonte de carboidratos nos indivíduos deste estudo, estava dentro da faixa de recomendação, porém, não havia qualidade nutricional adequada. Os alimentos escolhidos pelos usuários tinha em sua composição, uma maior parte de carboidratos simples, considerados prejudiciais por aumentar os episódios de compulsão alimentar, afetando assim, o comportamento alimentar dos usuários de cocaína e *crack*, conforme demonstrado em estudo ²⁵. Diferente do estudo de Chaves 2011, em que comer alimentos ricos em carboidratos era um comportamento adotado apenas pelas mulheres, este estudo demonstrou que ambos os sexos consumiam tais alimentos. O alto consumo de alimentos industrializados como salgados e biscoitos recheados, nesta população, pode sugerir que, quando na fase de fissura, estes usuários consomem altos níveis de alimentos palatáveis para tentar suprir a necessidade de compensar o desejo pela droga, o que também já foi comprovado em estudo (TOFFOLO, 2011).

Uma limitação do estudo foi o questionário utilizado para avaliar o perfil de consumo alimentar que talvez não seja o mais adequado para a população estudada, uma vez que não mostrou dados conclusivos sobre o perfil alimentar dos usuários de cocaína e *crack*, é um questionário utilizado para avaliação geral da população, e não para avaliação individual, ainda, optou-se por este instrumento, pelo seu fácil acesso e sua fácil aplicabilidade ao telefone . Embora este seja um estudo descritivo ter uma amostra controle proporcionaria comparação de dados de consumo alimentar, o que ilustraria melhor o panorama da população em estudo. Futuros estudos com delineamentos que acompanhem estes usuários, possivelmente poderão fornecer maiores informações e entendimento do funcionamento alimentar desta população.

Com o atual estudo ficou evidente que há alterações associadas ao uso destas substâncias no comportamento alimentar, no peso corporal e no consumo de grupos de alimentos específicos. Foi possível descrever o perfil de usuários crônicos de cocaína e *crack*, interessados em receber auxílio e informações sobre o seu consumo.

Desta forma, foi possível traçar uma descrição inicial sobre a alimentação dos usuários de cocaína/*crack* brasileiros, e com isso poder-se-a auxiliar no direcionamento de políticas públicas que forneçam informações e atendimento adequados. Conforme a American Dietetic Association (ADA), que criou diretrizes nutricionais específicas para usuários de drogas, as orientações, além de melhorar as condições clínicas desses usuários também auxiliam na prevenção de recaídas ao uso das drogas. (ADA, 1990).

Tabela 1 - Descrição do Perfil Sociodemográfico de Usuários de Cocaína e Crack(n=445)

Variáveis*	Total	Crack n(%)	Cocaína
Sexo (n=445)			
Masculino	359(80,7)	202 (56,3)	157 (43,7)
Feminino	86(19,3)	52 (60,5)	34 (39,5)
Idade			
Mediana (percentis 25 -75)	28(24-33)	29 (24-34)	27 (23-31)
Estado Civil (n=438)			
Casado	165 (37,7)	106 (24,2)	59 (13,5)
Solteiro	223 (51)	111 (25,3)	112 (25,5)
Separado	48 (11)	32 (7,3)	16 (3,7)
Viúvo	2 (0,4)	1 (0,2)	1 (0,2)
Escolaridade (n=435)			
Até 8 anos de estudo	187 (43)	131 (30,1)	56 (12,9)
Mais do que 8 anos de estudo	248 (57)	117 (26,9)	131 (30,1)
Ocupação (n=439)			
Aposentado	8 (1,8)	8 (1,8)	0
Autônomo	63 (14,3)	42 (9,5)	21 (4,8)
Desempregado	56 (12,8)	37 (8,4)	19 (4,3)
Do lar	25 (5,7)	18 (4,1)	7 (1,6)
Estudante	13 (3)	4 (1)	9 (2)
Profissional da Saúde	4 (1)	3 (0,6)	1 (0,2)
Profissional de outra área	270 (61,5)	138 (31,4)	132 (30)
Renda (n=430)			
Até R\$ 1.499,00	293 (68,1)	192 (44,6)	101 (23,4)
Entre R\$ 1.500,00 e 3.000,00	101 (23,4)	43 (10)	58 (13,4)
Acima de R\$ 3.000,00	36 (8,4)	11 (2,5)	25 (5,8)

* Alguns participantes não responderam a todas as questões

Tabela 2 - Descrição do Consumo de alimentos conforme recomendação de nutrientes do Guia alimentar para População Brasileira, em Usuários de Cocaína e Crack (n=445)

Variáveis†	Total	Crack	Cocaína
		n (%)	
Arroz, pão, massas, biscoitos (n=445)			
Consumo Não Recomendado	193(43,4)	98 (22)	95 (21,3)
Consumo Recomendado	252(56,6)	156 (35)	96 (21,6)
Carne e ovos (n=445)			
Consumo Não Recomendado	275(62)	167 (37,5)	108 (24,2)
Consumo Recomendado	170(38,2)	87 (19,5)	83 (19)
Salgados industrializados (n=445)			
Consumo Não Recomendado	120(27)	74(17)	46(10,3)
Consumo Recomendado	325(73)	180(40,4)	145(32,5)
Frutas (n=445)			
Consumo Não Recomendado	351(79)	195 (44)	156 (35)
Consumo Recomendado	94(21,1)	59 (13,2)	35 (7,8)
Vegetais (n=445)			
Consumo Não Recomendado	163(36,6)	89 (20)	74 (17)
Consumo Recomendado	282(63,3)	165 (37)	117 (26)
Atividade Física (n=445)			
Não	211(47,4)	109(25)	102 (23)
Sim	234(52,5)	145 (32,5)	89 (20)
IMC**(n=407) *			
Até 25	237(58,2)	154 (38)	83 (20)
≥ 25	170(41,7)	86 (21)	84 (21)

† Níveis de Consumo Conforme Guia Alimentar Para a População Brasileira

* Alguns participantes não responderam a esta questão

** Índice de Massa Corporal

Tabela 3- Frequencia e nível de gravidade das respostas às questões da Escala de Compulsão Alimentar Periódica [ECAP], dos Usuários de Cocaína e Crack (n= 445)

		Usuários de Crack (n= 279)			Usuários de Cocaína (n=166)			
		Nível de Gravidade de Compulsão Alimentar Periódica						
# Grupos de afirmações numeradas	Sem (%)		Moderada (%)	Grave (%)	Sem (%)		Moderada (%)	Grave (%)
Grupo 1: Vergonha	154 (55,2)		61 (21,9)	64 (22,9)	117 (70,5)		30 (18,1)	19 (11,4)
Grupo 2: Comer rápido	78 (28)		118 (42,3)	83 (29,7)	46 (27,7)		63 (38)	57 (34,3)
Grupo 3: Descontrole ao Comer	115 (41,2)		85 (30,5)	79 (28,3)	66 (39,8)		54 (32,5)	46 (27,7)
Grupo 4: Impulso	220(78,9)		59 (21,1)	-	142 (85,5)		24 (14,5)	-
Grupo 5: Impulso	132 (47,3)		117 (41,9)	30 (10,8)	62 (37,3)		85 (51,2)	19 (11,4)
Grupo 6: Culpa	198 (71)		54 (19,4)	27 (9,7)	108 (65,1)		37 (22,3)	21 (12,7)
Grupo 7: Descontrole ao comer	168 (60,2)		33 (11,8)	78 (28)	100 (60,2)		19 (11,4)	47 (28,3)
Grupo 8: Impulso	105 (37,6)		100 (35,8)	74 (26,5)	57 (34,3)		69 (41,6)	40 (24,1)
Grupo 9: Preocupação com o comer	102 (36,6)		128 (45,9)	49 (17,6)	54 (32,5)		82 (49,4)	30 (18,1)
Grupo 10: Impulso	138 (49,5)		113 (40,5)	28 (10)	81 (48,8)		62 (37,3)	23 (13,9)
Grupo 11: Descontrole ao Comer	139 (49,8)		117 (41,9)	23 (8,2)	83 (50)		74 (44,6)	9 (5,4)
Grupo 12: Comer escondido	130 (46,6)		130 (46,6)	19 (6,8)	80 (48,2)		71 (42,8)	15 (9)
Grupo 13: Preocupação com o comer	183 (65,6)		61 (21,9)	35 (12,5)	96 (57,8)		40 (24,1)	30 (18,1)
Grupo 14: Impulso	147 (52,7)		71 (25,4)	61 (21,9)	81 (48,8)		57 (34,3)	28 (16,9)
Grupo 15: Culpa	137 (49,1)		111 (39,8)	31 (11,1)	80 (48,2)		62 (37,3)	24 (14,5)
Grupo 16: Preocupação com o Comer	106 (38)		171(61,3)	2 (0,7)	70 (42,2)		96 (57,8)	-
Negrito estão as porcentagens que indicam alerta para sintomas de Compulsão Alimentar Periódica								
# Grupos de afirmações que representam comportamentos, sentimentos e percepções, conforme Gormally, 1982.								

Tabela 4 - Descrição dos Escores de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) nos Usuário de Cocaína e Crack

	Nível de Gravidade de CAP					
	Sem		Moderada		Grave	
	M	DP	M	DP	M	DP
Total						
Crack	9,13	4,6	21,32	2,5	31,14	4
(n=279)	(n=167)		(n=75)		(n=37)	
Cocaína	9,4	4,8	21,17	2,1	31,76	3,7
(n=166)	(n=105)		(n=36)		(n=25)	

* Escores conforme Marcus, et.al, 1985 (pontos de corte: ≥ 17 = sem CAP, 18-26 =CAP moderada, ≤ 27 CAP Grave

Referências

1. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report 2013, disponível <http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report2013.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2013
2. CARLINI, E.A.; NOTO, A.R; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, A.S. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Brasília: SENAD, 2007.
3. DE ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. do C. A. V.; DE OLIVEIRA, L.G. I Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras/ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2010.
4. CAMPA, A.; YANG, Z.; LAI, S.; XUE, L.; PHILLIPS, J.C.; SALES, S.; PAGE, J.B.; BAUM, M.K. HIV-Related Wasting in HIV-Infected Drug Users in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. Clin Infect Dis. (2005) 41 (8): 1179-1185.
5. LARANJEIRA, R.; OLIVEIRA, R.A.; NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M.. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.** 2º Ed. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/associação Médica Brasileira, 2003.
6. RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de Crack.** 2º Ed. Porto Alegre: 2012.
7. BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Psiquiatria Clínica.** Vol. 33, nº. 3: 134-144, 2006
8. EDGE, P.J.; GOLD, M.S. Drug Withdrawal and Hyperphagia: Lessons from Tobacco and Other Drugs. Current Pharmaceutical Design, 2011, 17, 1173-79.
9. CORSTORPHINE E, WALLER G, LAWSON R, GANIS C. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. **Eat Behaviors.** 2007 Jan;8(1):23-30. Epub 2004 Sep 22.
10. DUNN, E.C.; NEIGHBORS, C.; FOSSOS, N.; et al. A cross-Lagged Evaluation of Eating Disorder Symptomatology and Substance-Use Problems; Seattle, WH Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70:106-116, 2009.
11. HOLDERNESS, C.C; BROOKS-GUNN, J.; WARREN, M.P.; **Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature.** Int J. Eat Disord. 1994;16:1-34.
12. BORGES, N.J.B.G.; SICCHIERI, J.M.F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. D. S. Transtornos alimentares - Quadro clínico. **Medicina, Ribeirão Preto.** Vol. 39, nº.3: 340-348, 2006

13. COZER, M.; de GOUVÊA, L.A.V.N. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de adolescentes frequentadores do CAPS AD de um município do oeste do Paraná. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. Vol. 4:1 145-154, 2010.
14. CARROL, M. E.; FRANCE, C. P.; MEISCH, R. A. Intravenous Self-Administration of Etonitazene, cocaine and phencyclidine in Rats during Food Deprivation and Satiation. **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**. Vol. 217, nº2, 1981
15. BARROS, H. M. T.; SANTOS, V., MAZONI, C., DANTAS, D.C.M., FERIGOLO, M.; Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. **Drug and Alcohol Dependence**. 98 (2008) 270-274.
16. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION [Samhsa]. (1999). **Office of Applied Studies: 1998**. National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services. [serial on the internet] Disponível < <http://www.samhsa.gov> > Acesso em: 20 de outubro de 2013. .
17. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, GUIA ALIMENTAR – Como ter uma alimentação saudável?, GUIA DE BOLSO. Disponível em <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>> Acesso em: 20 de outubro de 2013.
18. BRASIL. Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira, Promovendo a alimentação saudável**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília, 2006.
19. FREITAS, S.; LOPES, C.L.; COUTINHO, W.; et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 23(4):215-20, 2001.
20. MARCUS, M. D., WING, R.R., LAMPARSKI, D. M., Binge eating and dietary restraint in obese patients. **Addictive Behaviors**. Vol. 10(2): 163-168, 1985.
21. BALBINOT, A. D.; ARAUJO, R. B. Análise do perfil de dependentes de *crack* em internação hospitalar. **Revista Saúde e Pesquisa**. Vol. 5, nº3:471-480, 2012.
22. PAIM, J.; Travassos, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet**. 2011;377(9779):1778-97
23. CICCARONE, D. Stimulant abuse: pharmacology, cocaine, methamphetamine, treatment, attempts at pharmacotherapy. **NHI Public Access**. Vol. 38, nº1: 41-58, 2011.
24. ROSSETI, C.; SPENA, G.; HALFON, O.; BOUTREL, B. Evidence for a compulsive-like behavior in rats exposed to alternate access to highly preferred palatable food. **Addiction Biology**. 2013.
25. DA SILVA JR, F. J. G.; MACHADO, D. G.; LIMA, L. A. D. A.; de OLIVEIRA, A. L. C. B.; PARENTE, A. D. C. M.; MONTEIRO, C. F. D. S. Alterações metabólicas e

nutricionais associadas ao consumo de cocaína/*crack* : revisão sistemática. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**. Vol. 1, n°. 1, 2013.

26. CHAVES, T.V.; SANCHEZ, Z.M.; RIBEIRO, L.A.; NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 45, n°. 6: 1168-1175, 2011.

27. LONGENA, N.G.; DAVIS, CAROLINE. Cravings and food consumption in binge eating disorders. **Eating Disorders**. 14, 472-475, 2013.

28. ADA (American Dietetic Association) 1990 Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in treatment and recovery from chemical dependency. J. Am. Diet. Assoc. 90(9):1274-1277.

6 ANEXOS

6.1 MÉTODOS

Conforme os objetivos propostos, o presente trabalho inclui um estudo com metodologias específicas descritas no artigo:

Artigo – Perfil Nutricional e de Comportamento Alimentar em Usuários de Cocaína/*Crack*.

6. 2 PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O projeto para realização do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e aprovado conforme parecer consubstanciado sob o nº 779/11. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa mediante leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 7). A todos os entrevistados foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas, seu uso exclusivo para fins de pesquisa e ressaltada sua livre contribuição para a realização deste estudo. Assim como garantido o anonimato, confidencialidade de seus dados pessoais, tendo o direito de interromper a participação no estudo em qualquer momento sem que houvesse prejuízo para si. Além disso, foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas e seu uso exclusivo para fins de pesquisa.

Caso o cliente não queira participar da entrevista, ou queira desistir, a qualquer momento da participação no estudo, é esclarecido que ele não será prejudicado quanto a ligações futuras.

6.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do consultor: _____

Data ____/____/____

Número da chamada: _____

Quando as chamadas dos usuários são atendidas pelo serviço telefônico “VIVAVOZ”, será disponibilizada a mensagem padrão: “As informações fornecidas ao serviço poderão ser utilizadas como dados de pesquisa, sendo disseminadas no meio médico e de saúde, sem a divulgação de dados individuais”. A partir do consentimento dos participantes que solicitam determinada informação do serviço, dar-se-á início ao preenchimento do protocolo para este estudo. Em seguida o consultor lê a mensagem: “estamos fazendo um estudo sobre hábito alimentar que envolverá algumas perguntas relacionadas aos seus hábitos alimentares. Você não será identificado em hipótese alguma.”

Você tem total liberdade para responder ou não ao questionário, podendo se retirar do estudo a qualquer momento. Caso não queira participar, você não será prejudicado quanto à sua consulta. Os questionários não serão identificados ou divulgados. Caso queira você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelos números abaixo.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável

Helena Maria T. Barros

Agente de Pesquisa

Lidiane Pellenz de Oliveira

Comitê de Ética/UFCS PA (051) 3303 8804 e VIVAVOZ (051) 3303 8704

6.4 PARECER DE AROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Alterações alimentares e de índice de massa corporal em usuários de Cocaína/Crack em um serviço de teleatendimento

Pesquisador Responsável Helena Maria Tannhauser Barros

Parecer 1358/11

Data da Versão 05/04/2011

Cadastro 779/11

Data do Parecer 19/05/2011

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

verificar alterações alimentares e de peso, em usuários de cocaína/crack durante os primeiros 6 meses de abstinência

Sumário do Projeto

O projeto caracteriza-se como um estudo de coorte em que os participantes do VIVAVOZ serão acompanhados por um período de 6 meses, após a primeira ligação para o serviço. O período da coleta será de abril/2011 a junho/2012. Serão identificados os usuários de cocaína/crack que apresentem transtornos alimentares e de peso.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Claros, objetivos e factíveis de serem respondidos.

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 258 Local VIVAV
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado

Fonte de financiamento externa

Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas

Adequadas

Comentários sobre as Referências Bibliográficas
atual e pertinente para a pesquisa

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

6.5 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO

CHAMADA N.º: _____ / 2008

Horário: Início _____

Término _____

DATA: _____ / _____ / 2008

Consultor: _____

CLASSIFICAÇÃO DA PERGUNTA:

PERGUNTA: (registrar por extenso):

TIPO DE PERGUNTA (selecionar):

- | | |
|--|-----|
| 1. Informações sobre drogas | () |
| 2. Centros de tratamento (público ou particular) | () |
| 3. Solicitação de material informativo | () |
| 4. Outras | () |
| 5. Perda | () |
| 6. Retorno | () |

DROGAS (selecionar):

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Álcool | 7. Êxtase |
| 2. Alucinógenos | 8. GHB |
| 3. Anabolizantes esteróides | 9. Maconha |
| 4. Ansiolíticos | 10. Opióides/heroína |
| 5. Cocaína/Crack/merla | 11. Solventes/Inalantes |
| 6. Anfetaminas | 12. Tabaco |
| | 13. Outras |

RESPOSTA (registrar por extenso): _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (registrar por extenso): _____

6.6 CLASSIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

QUEM BUSCA A INFORMAÇÃO (selecionar):

1. Mãe (), 2. Pai (), 3. Esposa (), 4. Marido (), 5. Irmão (), 6. Irmã (), 7. Outro/Qual ()

O Sr.(a) alguma vez procurou ajuda ?

1. SIM ()

2. NÃO ()

LOCAL DA CHAMADA: Cidade: _____ UF: _____

PROFISSÃO: (selecionar)

1. Aposentado

2. Autônomo

3. Desempregado

4. Do Lar

5. Estudante

6. Profissional da Saúde

7. Profissional de outra área

ESTADO CIVIL: (selecionar)

1. Solteiro

2. Separado/divorciado

3. Casado/vive com companheiro

4. Viúvo

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

RENDAMENTO FAMILIAR (salário mínimo): (selecionar)

1. 1-5 (R\$ 350,00 a 1.750,00)

3. Mais de 10 (mais de R\$ 3.500,00)

2. 5-10 (R\$ 1.750,00 a 3.500,00)

ESCOLARIDADE: (selecionar)

(1) Analfabeto

(2) Ensino Fundamental Incompleto (1º Grau)

(3) Ensino Fundamental Completo (1º Grau)

(4) Ensino Médio Incompleto (2º grau)

(5) Ensino Médio Completo (2º grau)

(6) Superior incompleto

(7) Superior completo

(8) Curso Técnico

ENDEREÇO PARA ENVIO DE MATERIAL INFORMATIVO E OU CONTATOS PORTERIORES:

Nome: _____

—

Endereço: _____

Telefone: (__) _____ CEP: _____

6.7 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO, CRACK/COCAÍNA E OU DROGAS ILÍCITAS

Uso na vida ()
Uso no ano ()
Uso no mês ()

Frequência no último mês: (selecionar)

Diário ()
Seminal ()
Menor que seminal ()
Não se aplica ()

Quanto geralmente usou num mesmo dia? _____ (em doses)

Via de administração: (selecionar)

Oral ()
Aspirada ()
Inalado/fumado ()
Injetado EV ()
Injetado IM ()
Outros ()

Tempo de uso: (selecionar)

Ate 6 meses ()
6 meses a 1 ano ()
Entre 1 - 2 anos ()
Entre 2 – 5 anos ()
Mais de 5 anos ()
Não se lembra ()

6.8 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA/CRACK

1) No último ano, você gastou grande parte do seu tempo para conseguir drogas, usar drogas ou se recobrar dos efeitos delas por 1 mês ou mais?

() sim

() não

2) No último ano usou drogas mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

() sim

() não

3) Você necessitou de maiores quantidades de droga para conseguir os mesmos efeitos que antes, nestes últimos 12 meses?

() sim

() não

4) Você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeitos de drogas ou logo após seus efeitos?

() sim

() não

5) No último ano, você teve algum problema pessoal pelo uso de drogas?

() sim

() não

6) No último ano, você quis diminuir ou parar o uso de drogas?

() sim

() não

6.9 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: _____

____/____/____

Lista de verificação dos hábitos

alimentares. _____

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimenta

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

() 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

() 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- () 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- () 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

10

- () 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- () 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

13

() 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

16

() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

6.10 ESCALA TESTE ALIMENTAR

TESTE: COMO ESTÁ A SUA ALIMENTAÇÃO?

Para pessoas entre 20 e 60 anos de idade

- Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando como.
- LEMBRE-SE: responda o que você realmente come e não o que gostaria ou acha que seria melhor.
- Se você tiver alguma dificuldade para responder, peça ajuda a alguém próximo da família, amigo ou vizinho
- Escolha só uma resposta.

1 – Qual é em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- a) () Não como frutas, nem tomo suco natural todos os dias.
- b) () 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c) () 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d) () 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?

ATENÇÃO: não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes. (Veja pergunta 4).

- a) () Não como legumes, nem verduras todos os dias.
- b) () 3 ou menos colheres de sopa
- c) () 4 a 5 colheres de sopa
- d) () 6 a 7 colheres de sopa
- e) () 8 ou mais colheres de sopa

3 – Qual é, em média a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a) () Não consumo.
- b) () 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c) () Consumo menos de 5 vezes por semana
- d) () 1 colher de sopa ou menos por dia

4 – Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos citados abaixo?

a) Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: _____ colheres de sopa. OU _____ quantidade citada pelo cliente.

b) Pães: _____ unidades/fatias. Ou _____ quantidade citada pelo cliente

- c) Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias
d) Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades

5 – Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixe e outras) ou ovos que você come por dia?

- a) () Não consumo nenhum tipo de carne
b) () 1 pedaço/fatia/ colher de sopa ou 1 ovo
c) () 2 pedaços/fatias/ colheres de sopa ou 2 ovos
d) () Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6 – Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- a) () Sim
b) () Não
c) () Não como carne vermelha ou frango

7 – Você costuma comer peixes com qual frequência?

- a) () Não consumo
b) () Somente algumas vezes no ano
c) () 2 ou mais vezes na semana
d) () De 1 a 4 vezes no mês

8 – Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- a) () Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)
b) () 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
c) () 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
d) () 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9 – Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- a) () Integral
b) () Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light)

10 – Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presunto e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a) () Raramente ou nunca
b) () Todos os dias
c) () De 2 a 3 vezes por semana
d) () De 4 a 5 vezes por semana
e) () Menos que 2 vezes por semana

11 – Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a) () Raramente ou nunca
- b) () Menos que 2 vezes por semana
- c) () De 2 a 3 vezes por semana
- d) () De 4 a 5 vezes por semana
- e) () Todos os dias

12 – Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a) () Banha animal ou manteiga
- b) () Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c) () Margarina ou gordura vegetal

13 – Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- a) () Sim
- b) () Não

14 – Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

	Não (0)	Sim (1)
Café da manhã		
Lanche da manhã		
Almoço		
Lanche ou café da tarde		
Jantar ou café da noite		
Lanche antes de dormir		
Pontuação		

15 – Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto, e chá mate).

- a) () Menos de 4 copos
- b) () 8 copos ou mais
- c) () 4 a 5 copos
- d) () 6 a 8 copos

16 – Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- a) () Diariamente
- b) () 1 a 6 vezes na semana
- c) () Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- d) () Não consumo

17 – Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas,

atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- a) (☐) Não
- b) (☐) Sim
- c) (☐) 2 a 4 vezes por semana

18 – Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- a) (☐) Nunca
- b) (☐) Quase nunca
- c) (☐) Algumas vezes, para alguns produtos
- d) (☐) Sempre ou quase sempre, para todos os produtos

6.11 NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS

6.11.1 NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Categoria dos artigos

Pesquisas envolvendo seres vivos

Registros de Ensaios Clínicos

Procedimentos editoriais

Conflito de interesse

Preparo do manuscrito

Lista de checagem

Documentos

Escopo e política

A Revista de Nutrição é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista de Nutrição, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

Especial: artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e

alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo. Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm
2/10 Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaios Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

Procedimentos editoriais

Autoria

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Processo de julgamento dos manuscritos

Todos os outros manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários. Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que

30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores

www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm 3/10 possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos....", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a nutrição.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação. Todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Conflito de interesse

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*. Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo do manuscrito

30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm
4/10

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/rn>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows). É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que

inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo. O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50.

Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado. Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://www.scielo.br/rn>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter

- a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do....", "considerações acerca de..." 'estudo exploratório....';
- b) *short title* com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.
- d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.
- e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às 30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm 5/10 quais estão vinculados os autores;

f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico.

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do *abstract* em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações. O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>. Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão,

Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos: Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa

institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e 30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm 6/10 numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 400 dpi. Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (*Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator* etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es). Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva

colaboração para o trabalho. Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas às usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo *Vancouver*. Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo *Vancouver*.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de *et al.*

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de 30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm 7/10 acordo com o *Index Medicus*. Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, *Workshops*, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo *in press*), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão *et al.* A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Oliveira JS, Lira PIC, Veras ICL, Maia SR, Lemos MCC, Andrade SLL, *ET al.* Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano. Rev Nutr. 2009; 22(4): 453-66. doi: 10.1590/S1415- 52732009000400002.

Artigo com um autor Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(3):851-60. doi: 10.1590/S1413-81232009000300020.

Artigo em suporte eletrônico Sichieri R, Moura EC. Análise multinível das variações no índice de massa corporal entre adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso 2009 dez 18]; 43(Supl.2):90-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000900012&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034- 89102009000900012.

Livro

Alberts B, Lewis J, Raff MC. Biologia molecular da célula. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Livro em suporte eletrônico Brasil. Alimentação saudável para pessoa idosa: um manual para o profissional da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2010 jan 13]. Disponível em: <[http://200.18.252.57/services/e30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm8/10 books/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf](http://200.18.252.57/services/e30/10/13%20Rev.%20Nutr.%20-%20Instrucoes%20aos%20autores%20www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm8/10%20books/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf)>.

Capítulos de livros Aciolly E. Banco de leite. In: Aciolly E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Unidade 4.

Capítulo de livro em suporte eletrônico Emergency contraceptive pills (ECPs). In: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 4th ed. Geneva: WHO; 2009 [cited 2010 Jan 14]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf>.

Dissertações e teses

Duran ACFL. Qualidade da dieta de adultos vivendo com HIV/AIDS e seus fatores associados [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Texto em formato eletrônico Sociedade Brasileira de Nutrição Parental e Enteral [Internet]. Assuntos de interesse do farmacêutico atuante na terapia nutricional.

2008/2009 [acesso 2010 jan 14]. Disponível em:
<<http://www.sbnpe.com.br/ctdpg.php?pg=13&ct=A>>.

Programa de computador Software de avaliação nutricional. DietWin Professional [programa de computador]. Versão 2008. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados; 2008. Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Lista de checagem

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.
 - Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras fonte Arial, corpo 11 e entrelinhas 1,5 e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
 - Indicação da categoria e área temática do artigo.
 - Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
 - Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
 - Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
 - Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa.
 - Incluir título do manuscrito, em português e em inglês.
 - Incluir título abreviado (short title), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
 - Incluir resumos estruturados para trabalhos submetidos na categoria de originais e narrativos para manuscritos submetidos nas demais categorias, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação
- 30/10/13 Rev. Nutr. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rn/pinstruc.htm
- 9/10
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, e se todas estão citadas no texto.
 - Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

- Cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

Documentos

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais, nos quais constarão:

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autoras devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- "Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo";

- "Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra

Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Nutrição, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Nutrição passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da

Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data ____ / ____ / ____

Justificativa do artigo

Destaco que a principal contribuição do estudo para a área em que

se insere é a seguinte: _____ (Escreva um parágrafo justificando porque a revista deve publicar o seu artigo, destacando a sua relevância científica, a sua contribuição para as discussões na área em que se insere, o(s) ponto(s) que caracteriza(m) a sua originalidade e o consequente

potencial de ser citado) Dada a competência na área do estudo, indico o nome dos seguintes pesquisadores (três) que podem atuar como revisores do manuscrito. Declaro igualmente não haver qualquer conflito de_ interesses para esta indicação.