

PERFIL NUTRICIONAL E ADEQUAÇÃO DE CARDÁPIO DE UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO

¹WALTER, Bruna

²AKAMATSU, Gabriel

³ZANETTI, Giseli

⁴ANDRADE, Sthefani

RESUMO

Introdução: Durante as últimas décadas, a obesidade, o sobrepeso e as doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) associadas aumentaram progressivamente em todas as faixas etárias e se tornaram as principais causas de morte e incapacidade na Região das Américas (55% de todas as causas em 2012, segundo as estimativas de saúde mundiais da OMS). A dependência ao álcool traz como consequência ao dependente o enfraquecimento físico e clínico que influi no sucesso do tratamento. O usuário de álcool acaba por deixar de se alimentar, podendo vir a apresentar pelagra, um tipo de carência nutricional por falta de niacina, geralmente combinada à desnutrição energético-protéica, que ocorre com frequência devido à ingestão abusiva de bebidas alcoólicas. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional e a adequar o cardápio ao perfil nutricional dos pacientes de uma clínica de reabilitação. **Metodologia:** será realizada avaliação antropométrica dos pacientes e a partir dos dados coletados será feita uma análise estatística para obter estado nutricional dos pacientes da clínica. Com base nas recomendações da Dietary Reference Intakes – DRI, será realizada uma adequação do cardápio atual servido aos pacientes. **Resultados e discussão:** Foram coletados os dados de 16 pacientes dos quais foi verificado que a maior porcentagem é de homens com 81,25% e mulheres com 18,75%. A partir dos dados de peso e altura, foi realizado o cálculo de IMC utilizando a fórmula $\text{Peso}/\text{altura}^2$ e então foram classificados em desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade, onde foi verificado que a maioria dos pacientes (68,75%) são eutróficos, 12,5% estão em sobrepeso e 18,75% obesidade. A idade média dos participantes é de $44,75 \pm 11,27$ anos, enquanto a altura média constatada foi de $1,673\text{m} \pm 0,079$ e por fim o IMC médio foi de $24,25 \pm 4,30$.

Palavras-chave: Nutrição, Perfil nutricional.

¹ Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. (e-mail: bruna.camargo82@yahoo.com.br).

² Acadêmico do curso de Nutrição do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. (e-mail: gabriel.akamatu@hotmail.com)

³ Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. (e-mail: giselizanetti81@gmail.com)

⁴ Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. (e-mail: sthefany_akyama15@hotmail.com)

1. INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, a obesidade, o sobrepeso e as doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) associadas aumentaram progressivamente em todas as faixas etárias e se tornaram as principais causas de morte e incapacidade na Região das Américas (55% de todas as causas em 2012, segundo as estimativas de saúde mundiais da OMS (LOUZADA, *et al.*, 2015).

O problema crescente das DNTs está ocorrendo em conjunto com várias carências nutricionais (por exemplo, baixa ingestão de ferro, zinco, vitamina A, folato e outros micronutrientes) que são consequências da pobreza e de dietas monótonas (não diversificadas).

A dependência ao álcool traz como consequência ao dependente o enfraquecimento físico e clínico que influi no sucesso do tratamento. O usuário de álcool acaba por deixar de se alimentar, podendo vir a apresentar pelagra, um tipo de carência nutricional por falta de niacina, geralmente combinada à desnutrição energético-proteica, que ocorre com frequência devido à ingestão abusiva de bebidas alcoólicas (BASTOS F.L, BERTONI N., HACKER M.A., 2008).

A análise do perfil nutricional é “a ciência de classificação ou hierarquização dos alimentos de acordo com sua composição nutricional por razões relacionadas com a prevenção de doenças e a promoção da saúde” (WHO, 2015). A análise do perfil nutricional é um método prático para classificar alimentos específicos, mas não padrões alimentares, que são abordados nos guias alimentares baseados em alimentos. O propósito da análise do perfil nutricional é servir de instrumento para classificar alimentos e bebidas que contenham uma quantidade excessiva de açúcares livres, sal, gorduras totais, gorduras saturadas e ácidos graxos trans (OPAS, 2016).

Durante as últimas décadas, diversas organizações internacionais [OMS, OPAS, Nações Unidas, Organização das Nações para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Fundo Mundial de Pesquisas sobre o Câncer (WCRF) e Agência de Saúde Pública do Caribe (CAPHA), entre outras] zeram “apelos à ação” para promover a alimentação saudável e limitar o consumo de calorias, sódio, gorduras não saudáveis e açúcares livres. As ações propostas incluem a elaboração de medidas regulamentadoras e de guias alimentares baseados em alimentos (GABAs) para promover o consumo de uma grande variedade de alimentos frescos ou minimamente processados (FAO, 2015; FAO, 2014).

Cardápio ou menu é definido como lista de preparações culinárias que compõe uma refeição ou lista de preparações que compõem todas as refeições de um dia ou período determinado. Para tal, utilizam-se de padrões nutricionais e reconhecimento das técnicas dietéticas dos alimentos a fim de atender às leis da alimentação (BERNARDES, 1997).

Os cardápios devem ser balanceados, de modo a satisfazer as necessidades energéticas e em nutrientes, garantindo, ao mesmo tempo, saúde, capacitação para o trabalho e "performance" física desejável ao indivíduo. Sabe-se também que cardápios bem elaborados despertam, nos usuários, embora a longo prazo conceitos básicos de nutrição (TEIXEIRA, 1997).

O menu deve ser elaborado de forma a permitir uma escolha saudável com alimentos ricos em fibras e alimentos funcionais, além de conter quantidade adequada de gorduras

saturadas. Deve haver também preocupação maior com a orientação nutricional dos clientes, induzindo-os a optar por uma alimentação equilibrada. Isto poderá ser feito apresentando, entre outros recursos, um maior número de preparações adequadas. A

pesar dessa tendência moderna, não podemos nos esquecer das clássicas leis de Pedro Escudero assim enunciadas: Lei da Quantidade; Lei da Qualidade, Lei da Harmonia e Lei da Adequação. (ABREU, 2003).

2. JUSTIFICATIVA

A dependência de álcool e outras drogas influencia marcadamente a situação alimentar e nutricional dos indivíduos, seja pelo aspecto biológico, por afetar o apetite, a ingestão adequada de nutrientes e o estado nutricional, seja pelo componente social, interferindo nos hábitos alimentares, no autocuidado e na escolha adequada de alimentos. Tanto a desnutrição (ISLAM S.K. N, HOSSAIN K. J, AHMED A., AHSAN M., 2002; CAMPA A.*et al.*, 2005) quanto a obesidade e episódios de compulsão alimentar (COWAN J, DEVINE C., 2008; HEBER D., CARPENTER C.L., 2011) têm sido relatados entre pacientes usuários de drogas ou em processo de tratamento de sua dependência. Pesquisas têm demonstrado que os alimentos escolhidos pelos usuários de drogas são normalmente aqueles de baixa qualidade nutricional, de baixo custo, de fácil preparo e rápidos de serem consumidos (NEALE J., NETTLETON S., PICKERING L., FISCHER J., 2012; SAELAND M. *et al.*, 2011).

Apesar da grande relevância do aspecto nutricional na saúde dos indivíduos usuários de drogas, no Brasil, ainda são raros os estudos envolvendo essa temática. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), por reunirem as condições adequadas para a recuperação e promoção da saúde desses indivíduos, geram oportunidades para o desenvolvimento de pesquisas voltadas à avaliação das condições de saúde e nutrição dos pacientes atendidos (RIBEIRO, D. R, CARVALHO, D. S, 2016).

Visto os fatos apresentados, o seguinte trabalho se justifica devido ao cardápio servido no campo de estágio não estar adequado ao perfil nutricional dos pacientes atendidos.

3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O cardápio atual está adequado ao perfil nutricional dos pacientes?

4. HIPÓTESES

H0: O cardápio não está adequado

H1: O cardápio está adequado

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Avaliar o perfil nutricional e adequar o cardápio ao perfil nutricional dos pacientes de uma clínica de reabilitação.

5.2. Objetivos específicos

- Realizar avaliação antropométrica dos pacientes;
- Adequar qualitativamente o cardápio oferecido ao perfil nutricional dos pacientes;
- Adequar quantitativamente o cardápio oferecido ao perfil nutricional dos pacientes.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O abuso de drogas é problema de saúde pública, cujas consequências vêm se tornando cada vez mais alarmantes, com grande impacto social (MATOSA M., PINTO F.J.M., JORGE M.S.B, 2008). Atualmente, é premente a reorganização de serviços que atendam os usuários de substâncias psicoativas, no sentido da inclusão de ações efetivas de recuperação e promoção da saúde (RIBEIRO M, 2004).

As equipes multidisciplinares normalmente não incluem o profissional nutricionista, embora seja reconhecida a interferência do uso abusivo de substâncias psicoativas no comportamento alimentar, estando muitas drogas associadas a alterações nos hábitos alimentares e no estado nutricional do usuário por afetarem o apetite e a ingestão dos alimentos e/ou por agirem diretamente sobre a absorção e o metabolismo de nutrientes específicos (OLIVEIRA E.R.N., MARIN I.C., FERUZZI L., TENÓRIO M.F.S., TRINDADE E, 2005).

A avaliação nutricional é uma ferramenta muito importante, pois orienta o profissional de nutrição e outros profissionais da saúde conduzindo-os aos diagnósticos e nas intervenções propostas (CARUSO; POLO; ROSSI, 2009).

Os métodos de avaliação nutricional têm sido utilizados para identificar as pessoas que se encontram sob maior risco de desenvolverem complicações em seu período de internação (SILVA; BARROS, 2002, b). O diagnóstico nutricional visa detectar ou descartar o risco nutricional, reduzindo a intervenção em indivíduos que não necessitam de tratamento (BEGHETTO et al., 2007).

Utilizada no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde prevenindo possíveis doenças, a avaliação nutricional é utilizada com mais frequência no acompanhamento do crescimento e na saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos. O estado nutricional pode ser classificado como estado de desnutrição, e no excesso de peso que atualmente foram substituídas no Brasil pelos “Referenciais antropométricos e índices antropométricos” proposto pelo Ministério da Saúde e suas interpretações (REZENDE et al., 2007).

Santos e colaboradores (2003) descreveram que o IMC é de grande utilidade para avaliar o estado nutricional quando em associação com outros indicadores, uma vez que leva em consideração o somatório de todos os compartimentos corporais, sem distinguir o peso associado ao músculo ou à gordura corporal. O índice de massa corporal (IMC) é um indicador do estado nutricional, consideram-se estado de eutrofia valores entre 18,5 e 24,9 kg/m², valores inferiores a 20 kg/m² são indicativos de desnutrição, e estão relacionados ao aumento de mortalidade.

O IMC só pode ser realizado se for aferido o peso e a altura, sem esses dois itens é impossível saber com convicção o IMC dos pacientes. O cálculo do IMC é feito da seguinte forma: $\text{PESO} = \text{IMC kg/m}^2$ (BRONHARA; VIEIRA, 2007).

ALTURA^2

7. ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS

Primeiramente será realizada avaliação antropométrica dos pacientes, utilizando uma balança eletrônica da modelo QF-2003A e fita métrica para coletar as seguintes informações:

- Sexo;
- Idade;

- Peso;
- Altura;
- IMC.

A partir dos dados coletados será feita uma análise estatística para obter estado nutricional dos pacientes da clínica. Com base nas recomendações da Dietary Reference Intakes – DRI, será realizada uma adequação do cardápio atual servido aos pacientes.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados os dados de 16 pacientes dos quais foi verificado que a maior porcentagem é de homens com 81,25% e mulheres com 18,75% conforme ilustrado no gráfico 1.

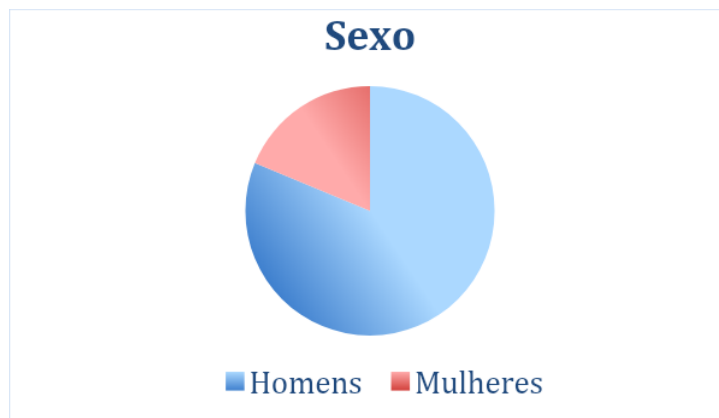
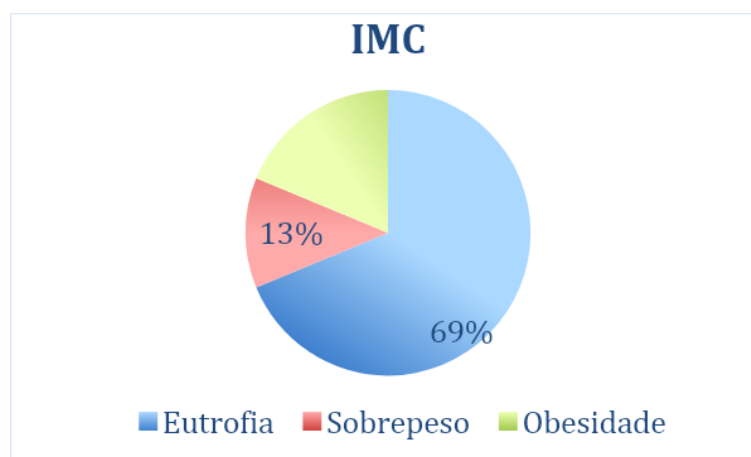


Gráfico 1: Porcentagem de homens e mulheres segundo os dados coletados

A partir dos dados de peso e altura, foi realizado o cálculo de IMC utilizando a fórmula Peso/altura^2 e então foram classificados em desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade, onde foi verificado que a maioria dos pacientes (68,75%) são eutróficos, 12,5% estão em sobrepeso e 18,75% obesidade.



A idade média dos participantes é de $44,75 \pm 11,27$ anos, enquanto a altura média constatada foi de $1,673\text{m} \pm 0,079$ e por fim o IMC médio foi de $24,25 \pm 4,30$.

Foi calculado uma média dos nutrientes de 7 dias do cardápio em vigência e obtidos os seguintes valores:

	Valor diário
Valor energético	3108 Kcal
Carboidratos	437,13g – 1748,52 kcal – 56,25%
Lipídeos	89,97g – 809,73 kcal – 26,05%
Proteínas	66,17g – 264,68 kcal – 17,7%
Fibras	40,47g

Os valores obtidos, em comparação com as recomendações da DRI, estão superando o valor calórico total recomendado, e por consequência superando os valores em gramas de cada macro nutriente ofertado.

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

Por meio de observações, foi constatado que grande parte dos internos da clínica têm distúrbios alimentares, tanto ao paladar quanto a quantidade de alimentos ingeridos. Por meio da ficha técnica existente no local, prova-se este fato devido as quantidades dos alimentos consumidos e também pelo grande consumo de sal e açúcar.

Devido aos fatos apresentados e tendo por base as recomendações da DRI, o cardápio será adequado para os seguintes padrões:

	Valor diário
Valor energético	2.500 kcal
Carboidratos	375g – 1500 kcal – 60%
Lipídeos	55g – 500 kcal – 20%
Proteínas	125g – 500 kcal – 20%
Fibras	30g

CARDÁPIO – SEGUNDA

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Traseiro cozido	130 gramas
	Macarrão alho e óleo	150 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
	Maça	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Traseiro cozido	130 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
	Farinha de mandioca	50 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – TERÇA

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Paleta suína cozida	150 gramas
	Macarrão alho e óleo	150 gramas
	Quirera cozida	150 gramas
	Banana nanica	1 unidade
	Salada de pepino	50 gramas
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Paleta suína cozida	150 gramas
	Quirera cozida	150 gramas
	Salada de pepino	50 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – QUARTA

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Carne moída cozida	150 gramas
	Batata inglesa assada	150 gramas
	Salada de cenoura	50 gramas
	Laranja	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Carne moída cozida	150 gramas
	Batata inglesa assada	150 gramas
	Salada de cenoura	50 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – QUINTA

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Lasanha	340 gramas
	Batata inglesa assada	150 gramas
	Salada de repolho	50 gramas
	Maça	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Lasanha	340 gramas
	Batata inglesa assada	150 gramas
	Salada de repolho	50 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – SEXTA

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	250 gramas
	Feijão branco cozido	125 gramas
	Frango empanado	150 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
	Abobrinha refogada	60 gramas
	Banana nanica	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	250 gramas
	Feijão branco cozido	125 gramas
	Frango empanado	150 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
	Abobrinha refogada	60 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – SÁBADO

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Traseiro cozido	120 gramas
	Polenta	200 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
	Laranja	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Traseiro cozido	120 gramas
	Polenta	200 gramas
	Salada de tomate	80 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

CARDÁPIO – DOMINGO

Refeição e Horário	Alimento	Medidas caseiras
Café da manhã – 07:30h	Café com leite	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Almoço – 12h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Sobrecoxa de frango assada	150 gramas
	Salada de maionese	100 gramas
	Banana nanica	1 unidade
Lanche da tarde - 15h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Margarina	10 gramas
	Açúcar	5 gramas
Jantar – 19h	Arroz branco cozido	200 gramas
	Feijão branco cozido	75 gramas
	Sobrecoxa de frango assada	150 gramas
	Salada de maionese	100 gramas
Ceia – 22h	Chá mate	300ml
	Pão francês	1 unidade
	Geleia de morango	20 gramas
	Açúcar	5 gramas

Valor calórico diário

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Calorias	2.458 kcal	2.465 kcal	2.484 kcal	2.595 kcal	2.438 kcal	2.440 kcal	2.448 kcal
Carboidrato	351,90g 57,6%	362g 57,5%	345g 55,55%	371g 57,18%	376,42g 62,1%	355,67g 58,6%	309,42g 50,6%
Proteína	126,94g 20,8%	130,5g 21,7%	129g 20,77%	132g 20,34 %	137g 22,6%	121,32g 20,0%	124,40g 20,4%
Lípideo	58,55g 21,6 %	55g 20,08%	64g 23,73%	63g 22,48%	41,04g 15,2%	57,77g 21,4%	78,80g 29,0%
Fibras	31,46g	33,2	30,14g	32,1g	34,7g	30,3g	31,8g

REFERÊNCIAS

- BASTOS F.L, BERTONI N., HACKER M.A. **Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005**. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 109-117, 2008.
- BEGHETTO, M., G., et al. **Avaliação nutricional: descrição da concordância entre avaliadores**. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo, v.10, n.1, p. 506-16, 2007.
- BERNARDES, S.M. **Redescobrimos os alimentos**. São Paulo; Loyola, 1997.
- BONHARA, B.; VIEIRA, V., C., R. **Proporcionalidade corporal na avaliação antropométrica de adolescentes pós-menarca**. Rev. Nutr. Campinas, v. 20, n.1, p. 27-37, jan/fev, 2007.
- CAMPA A., YANG Z., LAI S., XUE L., PHILLIPS J. C., SALES S., *et al.* **HIV-related wasting in HIV-infected drug users in the era of highly active antiretroviral therapy**. Clin Infect Dis. 2005;41(8):1179-85.
- CARUSO, L.; POLO, A.; ROSSI, L. **Avaliação nutricional. Novas perspectivas**. São Paulo: ed. Roca, 2009. 93-96p.
- COWAN J, DEVINE C. **Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction**. Appetite. 2008;50(1):33-42.
- FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION. **Food-based dietary guidelines** [Internet]. Roma: FAO: 2015. Disponível em inglês em: <http://www.fao.org/nutrition/nutrition-education/food-dietary-guidelines/en/> Acesso em: 01 outubro de 2020.
- FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION. **Guías alimentarias basadas en alimentos: América Latina y el Caribe**. Roma: FAO; 2014. Disponível em espanhol em: <http://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/food-dietary-guidelines/regions/latin-america-caribbean/es/> acesso em: 01 outubro de 2020.
- HEBER D., CARPENTER C.L. **Addictive genes and the relationship to obesity and inflammation**. Mol Neurobiol. 2011;44(2):160-5.
- ISLAM S.K. N, HOSSAIN K. J, AHMED A., AHSAN M. **Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle**. Br J Nutr. 2002;88(5):507-13.
- LOUZADA M.L.C, MARTINS A.P. B, CANELLA D.S, BARALDI L.G, LEVY R.B., CLARO R.M., *et al.* **Alimentos ultra processados e perfil nutricional da dieta no Brasil**. Rev Saúde Pública. 2015; 49:38.
- MATOSA M., PINTO F.J.M., JORGE M.S.B. **Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes**. Rev. Baiana Saúde Pública. 2008;32(1):58-71.
- NEALE J, NETTLETON S, PICKERING L, FISCHER J. **Eating patterns among heroin users: a World Health Organization qualitative study with implications for nutritional interventions**. Addiction. 2012;107(3):635-41.

OLIVEIRA E.R.N., MARIN I.C., FERUZZI L., TENÓRIO M.F.S., TRINDADE E. **Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos.** Arqui Ciência Saúde Unipar. 2005;9(2):91-6.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde.** Washington, DC: OPAS, 2016.

REZENDE, I., F., B., et al. **Avaliação muscular subjetiva como parâmetro complementar de diagnóstico nutricional em pacientes no pré-operatório.** Rev. Nutr. Campinas, v. 20, n. 6, p. 603-613, nov/dez, 2007.

RIBEIRO M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool.** Rev. Bras. Psiquiatria. 2004; 26:59-62.

RIBEIRO, D. R., CARVALHO, D. S. **Associação entre o estado nutricional e padrões de uso de drogas em pacientes atendidos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.** SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 12, n. 2, p. 92-100, 2016.

SAELAND M, HAUGEN M, ERIKSEN FL, WANDEL M, SMEHAUGEN A, BÖHMER T, et al. **High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway.** Br J Nutr. 2011;105(4):618-24.

SANTOS, R., R., et al. **Aspectos nutricionais de pacientes adultos com doença inflamatória intestinal atendidos em uma unidade de saúde de Salvador.** GED Gastroenterol Endosc DIG. Salvador, n. 22, p. 169-174, 2003.

SHER, L. **Role of selenium depletion in the etiopathogenesis of depression in patient with alcoholism.** Medical Hypothesis, v. 59, n. 3, p. 330-333, 2002.

SILVA, M., C. G. B., BARROS, A. J. D. **Avaliação nutricional subjetiva. Parte 2 – Revisão de suas adaptações e atualizações nas diversas especialidades clínicas.** Arq. gastroenterol. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 248-252, out/dez, 2002.

SILVA, M., C. G. B., BARROS, A. J. D. **Avaliação nutricional subjetiva. Parte 2 – Revisão de suas adaptações e atualizações nas diversas especialidades clínicas.** Arq. gastroenterol. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 248-252, out/dez, 2002.

WANG, Y.; LIANG, B.; WATSON, R. R. **The effect of alcohol consumption on nutritional status during murine AIDS.** Alcohol. v. 11, n. 3, p. 273-278, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles and framework manual for the development or adaptations of nutrient profile models.** Genebra: OMS; 2015 (no prelo).