

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

STEPHANY FERREIRA SOUZA DA SILVA

***CRAVING EM ALCOOLISTAS E SUA RELAÇÃO COM A ESCOLHA DE
ALIMENTOS***

Vitória de Santo Antão

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

STEPHANY FERREIRA SOUZA DA SILVA

CRAVING EM ALCOOLISTAS E SUA RELAÇÃO COM A ESCOLHA DE ALIMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito Conclusão de Curso, sob orientação da Professora Dra. Luciana Gonçalves de Orange e coorientação da Professora Dra. Cybelle Rolim de Lima.

Vitória de Santo Antão

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4-2018

S586c Silva, Stephany Ferreira Souza da.
Craving em alcoolistas e sua relação com a escolha de alimentos./
Stephany Ferreira Souza da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2019.
60 folhas: il.

Orientadora: Luciana Gonçalves de Orange.
Coorientadora: Cybelle Rolim de Lima.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado
em Nutrição, 2019.
Inclui referências e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Fissura. 3. Ingestão de alimentos. I. Orange, Luciana
Gonçalves de (Orientadora). II. Lima, Cybelle Rolim de (Coorientadora). III.
Título.

616.8619 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-09/2019

Stephany Ferreira Souza da Silva

CRAVING EM ALCOOLISTAS E SUA RELAÇÃO COM A ESCOLHA DE ALIMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 13/12/2018

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Luciana Gonçalves de Orange (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Prof^a Dra. Cybelle Rolim de Lima (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Nutr. Msc. Maria Izabel Siqueira de Andrade
Universidade Federal de Pernambuco

Nutr. Msc. Emerson Rogério Santiago
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho à Deus que até aqui tem me sustentado com todo seu amor e graça, a quem dedico não apenas este trabalho, mas, toda minha existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus que por sua misericórdia que me deu força para perseverar. “Porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente” Romanos 11:36.

A minha orientadora professora Luciana Orange, que desde o início da graduação tem sido um presente de Deus em minha vida, disposta a ajudar, compreender e repreender quando necessário. Agradeço também a professora Cybelle Rolim que sempre acreditou em minha evolução. Serão eternamente minhas inspirações acadêmica.

Aos meus pacientes que tornaram este trabalho possível e me ajudaram a ser uma profissional com olhar mais humanizado a cada experiência vivenciada.

A minha família, em especial a minha tia Verônica pela sua forma singular de apoio e incentivo, quem me ensinou o que não consigo encontrar em livros.

Aos meus irmãos Anny, Davi, Pâmela e Vitória por todo apoio e carinho, quarteto que amo sem medidas. Em especial a Davi que participou indiretamente do desenvolvimento desta pesquisa, se mostrando um parceiro para todas as horas.

A minha prima Rebeca que tem se mostrado como irmã, com todo companheirismo, apoio e torcida, quem anelo ter sempre como amiga.

Aos meus amigos de longa data Silas e Cíntia, que acompanharam boa parte de minha trajetória, sempre verdadeiros e dispostos a ajudar no necessário, a eles minha imensa gratidão.

A Victor que presenciou minha trilha, sendo um apoio em diversos momentos, seja com palavras ou ação, quem possui um apressado imensurável.

As minhas amigas Kéllyda e Elivane que ajudaram a tornar a jornada da faculdade mais leve, pessoas iluminadas divinamente que almejo ter a honra de ser amiga e que seja infinito enquanto dure.

“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma
humana, seja apenas outra
alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

O alcoolismo é um problema de saúde pública que acarreta em prejuízos biopsicossociais. A diminuição ou interrupção do uso do álcool pode desenvolver a síndrome de abstinência do álcool (SAA), que costuma ser superada em 7 dias, sendo nesta fase que o *craving* ou fissura, desejo intenso de usar a substância, está mais intenso. Alguns autores associaram o *craving* ao aumento do desejo de comer alimentos ricos em carboidratos simples para diminuir sintomas da SAA. Assim, o objetivo principal deste estudo foi avaliar a influência do *craving* na escolha de alimentos em pacientes alcoolistas internos para desintoxicação. O estudo é do tipo transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido com internos em um de hospital de Vitória de Santo Antão. Para avaliação dos aspectos sociodemográficos foi utilizado o sistema de classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2014); a análise do estado nutricional foi realizada através de IMC, circunferências de cintura, quadril e braço, além de prega tricipital. O questionário para avaliação do *craving* em alcoolistas foi desenvolvido por Araújo (2004). Para a avaliação dos hábitos alimentares, foi aplicado o teste “Como está a sua alimentação?” do Ministério da Saúde (2014). Os achados desse estudo permitiram identificar hábitos alimentares inadequados, como alto consumo de embutidos (77,5%) e baixo consumo de frutas e hortaliças (52,5%), além de um percentual elevado de desnutrição proteica nos avaliados (55- 75%). Verificou-se que 25% (n= 10) dos pacientes estudados apresentaram *craving* moderado a forte. Foi possível observar que 27,5% dos indivíduos relataram sentir vontade de consumir alimentos fontes de carboidratos simples para desviar o pensamento na bebida alcoólica. É conhecido que o uso abusivo de bebidas alcoólicas tem influência direta e indireta na alimentação e nutrição dos seus dependentes, contudo não foi estabelecido estatisticamente uma associação entre o *craving* e o consumo de alimentos ricos em carboidratos, devendo-se realizar mais estudos para conhecimento desta relação, no entanto quanto ao consumo alimentar, foi demonstrado a necessidade do profissional de nutrição como parte da equipe multiprofissional responsável pelo tratamento destes indivíduos.

Palavras-chave: Alcoolismo. Craving. Ingestão de alimentos.

ABSTRACT

Alcoholism is a public health problem that leads to biopsychosocial harm. Decreased or discontinued use of alcohol may lead to alcohol withdrawal (SAA), which is usually overdue in 7 days, and craving or craving, an intense desire to use the substance, is more intense. Some authors have associated craving with increasing desire to eat foods rich in simple carbohydrates to reduce symptoms of ASD. Thus, the main objective of this study was to evaluate the influence of craving on the choice of food in internal alcoholic patients for detoxification. The study is of the transversal, descriptive and quantitative type, developed with inmates in a hospital in Vitória de Santo Antão. The classification system of the Brazilian Association of Companies and Research (ABEP, 2014) was used to evaluate sociodemographic aspects; the analysis of the nutritional status was performed through BMI, waist circumference, hip and arm, as well as tricipital fold. The questionnaire for the evaluation of craving in alcoholics was developed by Araújo (2004). For the evaluation of dietary habits, the "How is your food?" Test of the Ministry of Health (2014) was applied. The findings of this study allowed us to identify inappropriate eating habits, such as high consumption of sausages (77.5%) and low consumption of fruits and vegetables (52.5%), as well as a high percentage of protein malnutrition in the evaluated ones (55-75%). It was verified that 25% (n = 10) of the studied patients presented moderate to strong craving. It was possible to observe that 27.5% of the individuals reported feeling the desire to consume food sources of simple carbohydrates to divert the thought in the alcoholic beverage. **Conclusion:** It is known that the abusive use of alcoholic beverages has a direct and indirect influence on the diet and nutrition of its dependents, however, an association between craving and consumption of carbohydrate-rich foods has not been established statistically and further studies should be carried out. However, in relation to food consumption, it was demonstrated the need of the nutrition professional as part of the multiprofessional team responsible for the treatment of these individuals.

Keywords: Alcoholism. Craving. Food intake.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Teste “Como está a sua alimentação” realizado em alcoolistas internos para desintoxicação em Vitória de Santo Antão-PE, 2018.....34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e estilo de vida em alcoolistas internos para desintoxicação, Vitória de Santo Antão – PE, 2018.....30

Tabela 2. Caracterização do estado nutricional de alcoolistas internos para desintoxicação em Vitória de Santo Antão – PE, 2018.....31

Tabela 3. Hábitos alimentares de alcoolistas internos para desintoxicação Vitória de Santo Antão -PE, 2018.....33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
APAMI	Associação de Proteção à Maternidade e a Infância
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CB	Circunferência do braço
CCEB	Critério e Classificação Econômica Brasil
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DV	Desvio Padrão
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT	Prega cutânea tricípita
PUS	Perturbações de Uso de Drogas
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
RCEst	Relação cintura-estatura
RCQ	Relação cintura/quadril
SAA	Síndrome de Abstinência do Álcool
SDA	Síndrome de Dependência do Álcool
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VET	Valor Energético Total

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REVISÃO DA LITERATURA	16
4.1 Histórico do alcoolismo	16
4.2 Epidemiologia do álcool	17
4.3 Síndrome da dependência alcoólica e craving por álcool	18
4.4 Escolhas alimentares X alcoolismo	21
5 METODOLOGIA	24
5.1 Tipo de Estudo	24
5.2 Caracterização da população estudada	24
5.3 Critérios de elegibilidade	24
5.3.1 Critério de inclusão	24
5.3.2 Critério de exclusão	24
5.4 Avaliações sociodemográfica e econômica	25
5.5 Avaliação do estado nutricional	25
5.6 Avaliação dos hábitos alimentares	27
5.7 Avaliações do <i>craving</i> e escolhas alimentares	28
5.8 Processamento e Análise dos Dados	28
5.9 Considerações éticas	28
6. RESULTADOS	30
7. DISCUSSÃO	36
8 CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	46
ANEXOS	56

1. INTRODUÇÃO

O uso de álcool é um comportamento presente em diversas culturas, sociedades e na história humana (RONZANI; FURTADO, 2010). Esse comportamento tem sido associado principalmente ao contexto recreativo ou a busca imediata de prazer, com padrões de uso em grandes quantidades numa única ocasião ou ao longo do tempo (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e cerca de 76,3 milhões convivem com diagnóstico de desordens relacionadas a este consumo (FILIZOLA, 2008).

O mais recente inquérito populacional relacionado ao uso de substâncias psicoativas no Brasil foi realizado no ano de 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006). O inquérito teve como base 108 cidades brasileiras, compreendendo indivíduos da faixa etária entre 12 e 65 anos de idade, tendo sido registrado uma prevalência de alcoolismo de 12,3% entre os entrevistados. Em relação às regiões, a maior taxa de dependentes foi o Nordeste (13,8%) e, empatadas, o Sudeste e o Centro-oeste (12,7%).

Trabalho conduzido no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, com o objetivo de analisar o padrão de consumo de álcool de 207 usuários atendidos em Unidades de Saúde da Família, verificou que 40,6% apresentaram consumo abusivo de álcool, o que foi fortemente associado a indivíduos do sexo masculino, solteiro, com faixa etária entre 18 e 30 anos de idade e que não tinham religião ou algum tipo de ocupação (SILVA et al., 2014).

Quando dependentes de álcool diminuem o seu consumo ou se absterem, podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas denominados síndrome de abstinência do álcool (SAA) (LARANJEIRAS et al., 2000). Devido às amplas alterações orgânicas e neuroquímicas causadas pela dependência alcoólica, sintomas como tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora são comuns na síndrome de abstinência (SHAW et al., 1981). A síndrome de abstinência aguda do álcool geralmente é superada até o final dos primeiros

sete dias de tratamento (ARAUJO et al., 2004), é nessa fase que o *craving* ou “fissura” (desejo intenso de usar a substância) está mais intenso. Portanto, os três primeiros meses são críticos para a manutenção da abstinência, mesmo após uma interrupção mais prolongada, e o *craving* pode estar presente, levando a um lapso ou recaída (MILLER, ROLLNICK, 2001).

Alguns autores vêm apontando alterações no padrão alimentar e sobrepeso durante tratamento para dependência química, principalmente relacionando à fissura e o aumento do desejo de comer alimentos ricos em carboidratos simples, como doces, durante a abstinência, por causa de sua influência na melhora do humor e alívio da irritabilidade (WURTMAN, WURTMAN, 1995; COWAN; DEVINE, 2008).

Esses alimentos parecem contribuir para o aumento dos níveis de triptófano cerebral e, conseqüentemente, para a síntese e liberação do neurotransmissor serotonina, aliviando potencialmente a sua deficiência pela interrupção do uso do álcool na abstinência (TOFFOLO et al., 2011).

A partir das observações feitas em decorrência de atividades de extensão desenvolvidas em Instituição hospitalar parceira desde 2010 deste município, que cuida de indivíduos dependentes do álcool pelo projeto **“Assistência interdisciplinar a alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão - PE: um resgate à sociedade”** com ações interdisciplinares e interprofissionais de Educação em saúde, surgiu a curiosidade de investigar como o *craving* apresentado por alguns alcoolistas, pode influenciar na escolha de alimentos e conseqüentemente favorecer o excesso de peso e o desenvolvimento das DCNT.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a presença do *craving* associando-o à escolha de alimentos em pacientes alcoolistas internos para desintoxicação.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra estudada quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos;
- Verificar o perfil nutricional dos alcoolistas;
- Investigar o consumo alimentar dos pacientes;
- Avaliar o grau de *craving*;
- Relacionar o grau de *craving* e o consumo de carboidratos.

3 JUSTIFICATIVA

O alcoolismo pode ocasionar entre outras consequências, comorbidades de grande morbimortalidade, prejudicando o prognóstico dos indivíduos acometidos por esta doença. O município de Vitória de Santo Antão – PE pode ser considerado uma área de risco para o elevado consumo de álcool, devido a uma das suas principais atividades econômicas e agroindustriais ser o cultivo da cana-de-açúcar para a produção de bebidas alcoólicas.

O *craving* pelo álcool pode favorecer recaídas em dependentes abstinentes por acentuar os sintomas da abstinência e provocar compulsão pela droga. O aumento do consumo de açúcares e gorduras com finalidade de atenuar a vontade de ingerir o álcool, ou seja, diminuir o *craving*, pode levar ao ganho de peso corporal e conseqüentemente favorecer o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, dislipidemias, entre outras.

Portanto, este trabalho visa, investigar o consumo alimentar de alcoolistas na fase de abstinência, no intuito de demonstrar o importante papel do nutricionista na equipe multiprofissional qualificada, para promoção de uma melhor qualidade de vida aos indivíduos dependentes de álcool e outras drogas. Desta forma, o estudo sobre *craving* e escolhas alimentares é relevante diante da escassez de trabalhos nacionais referente a temática.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Histórico do alcoolismo

O álcool ocupa uma posição de destaque em todas as culturas, se tornando fundamental em rituais religiosos, se fazendo presente em diversos momentos comemorativos como casamentos e formaturas (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

As primeiras evidências de consumo de bebidas alcoólicas que continham etanol foram encontradas em vasos Paleolíticos havendo indícios sobre o aproveitamento humano dessas bebidas há cerca de quatro milênios. Em todas as aparições do álcool na história antiga acontece de maneira global, refletindo a facilidade relativa da produção de álcool, por exemplo, pela fermentação de frutas e vegetais cultivados localmente, mesmo antes da descoberta dos processos de destilação (ANTONY, 2009).

Chegando ao Brasil os colonizadores portugueses, descobriram que os índios possuíam um costume de produzir uma bebida chamada caim, fermentada a partir da mandioca. O conhecimento do vinho e da cerveja pelos portugueses precedeu a técnica de produzir cachaça a partir da cana-de-açúcar. Por depender exclusivamente de processos de fermentação, a cerveja e o vinho foram as primeiras bebidas a serem consumidas, no entanto, a Idade Média trouxe consigo os conhecimentos acerca de processos de destilação, iniciando então o consumo de bebidas destiladas (JUNQUEIRA, 2010).

A partir da revolução industrial houve inúmeras transformações socioeconômicas, provocando o êxodo rural e conseqüentemente concentrando a população na área urbana, essa modificação refletiu na multiplicação da produção e disponibilidade de bebidas alcoólicas, a redução do preço possibilitou um maior acesso a estas bebidas, levando ao uso nocivo do álcool, ocasionando o alcoolismo, atualmente considerado um dos maiores problemas de saúde pública. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Após a produção e a comercialização do álcool em sua forma destilada no século XVII surgiu o conceito de alcoolismo. Thomas Trotter neste mesmo período referiu o termo como doença, incorporando o conceito de “alcoolismo crônico”, inicialmente sendo considerado como um estado de intoxicação pelo

álcool que gerava sintomas físicos e/ ou psiquiátricos. Apenas no século XX que Jellinek avançou o conceito desta dependência, introduzindo conceitos de tolerância e abstinência, diferenciando os transtornos no qual o indivíduo possuía dependência e naqueles sem a mesma (ANDRADE, 2013).

Sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma patologia progressiva, incurável e fatal, todavia, com tratamento para controle e remissão dos sintomas. Pode ser classificada como doença crônica e primária, onde sofre influência de fatores genéticos, psicossociais e ambientais no desenvolvimento e manifestações (GALLO, 2010). A iniciação do uso de álcool é influenciada por fatores individuais e interpessoais, incluindo aspectos familiares, biológicos, de temperamento e ambientais, dentre os quais se encontra a publicidade de bebidas alcoólicas (FARIA et al., 2011).

O caráter nocivo recebe destaque ao longo do tempo, principalmente pelos problemas físicos e sociais ocasionados pelo uso indevido da substância, adquirindo então características de doença crônica pela dependência. O álcool ocupa atualmente um papel importante nas taxas de mortalidade mundial, consequência traga por diversos comportamentos inadequados dos usuários, o que pode favorecer acidentes de trânsito e violência (BACHETTI; FUKUSIMA; QUAGLIA, 2017).

Os problemas sociais que estão relacionados ao uso de bebidas alcoólicas são: vandalismo, desordem pública, problema familiares, como conflitos conjugais e divórcio, abuso de menores, problemas interpessoais e problemas financeiros (MELONI; LARANJEIRAS, 2004). No entanto diversas patologias podem surge devido ao uso abusivo de álcool, podendo ser de origem gastrointestinais como úlceras, varizes esofágicas, gastrite; hepáticas como esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose; neuromusculares, como câibras, formigamentos e perda de força muscular; ou cardiovasculares, como hipertensão, além de impotência ou infertilidade (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

4.2 Epidemiologia do álcool

O alcoolismo é considerado epidemiologicamente como sendo uma síndrome multifatorial, onde fatores genéticos e familiares, sociais, psicológicos e sociodemográficos estão envolvidos (FIGLIE et al., 2004; KARAM, 2003). As

análises de dados secundários apontam que o uso abusivo do álcool é o quinto maior fator de risco para incapacidades como doenças cardiovasculares, hepáticas, nutricionais e certos tipos de cânceres, gerando também aumento nos índices de prematuridade e podendo causar dependência química e facilitar a ocorrência de violências e acidentes (WHO, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ano 2002, o consumo de álcool causou a morte de uma pessoa a cada dois minutos, na região das Américas. Nesse período, calcula-se que 5,4% do total de mortes no continente americano são atribuídas ao uso de álcool (WHO, 2002).

O alcoolismo vem adquirindo no Brasil, características de um problema social complexo, em virtude no aumento dos efeitos prejudiciais que comprometem a qualidade de vida e a saúde de uma parcela significativa da população, podendo atingir até 11% da população geral, com prevalência de 11,2% de dependência, sendo 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino (CARLINI et al. 2002).

A prevalência de dependentes foi mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. Fato mais preocupante é a constatação de que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) eram dependentes do álcool. No Norte e Nordeste, essa porcentagem ficou próxima dos 9%. No que diz respeito ao tipo de bebida alcoólica consumida no Brasil, as pesquisas revelam que as mais ingeridas são: a cerveja que aparece em primeiro lugar, com um consumo per capita/ano de 54 litros, seguida da cachaça, com 12 litros e depois o vinho com 1,8 litros (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

4.3 Síndrome da dependência alcoólica e craving por álcool

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006), a utilização de drogas pode acontecer como uma maneira de obtenção de prazer, de amenizar ansiedade, tensão, medos e até de aliviar dores físicas.

Quando utilizada de forma abusiva e repetitiva sem controle do consumo, frequentemente a droga pode ocasionar dependência. Podendo a mesma ser de fundo psicológico ou fisiológico, no primeiro tipo, surge sensação de

desconforto e mal-estar, bem como aumento da ansiedade e sensação de vazio quando ocorre interrupção do uso da substância. Já no segundo tipo, os indivíduos apresentam sintomas físicos conhecidos como "síndrome da abstinência" ao interromper o uso da substância (CRAUSS; ABAID, 2012).

Os padrões de consumo de substâncias psicoativas são: uso, abuso e dependência (FIGLIE; LARANJEIRA; BORDIN, 2004):

- Uso experimental quando o consumo é de forma experimental, esporádico ou episódico. Podendo ser chamado de uso 'social';
- Abuso está associado a prejuízos de natureza biológica, psicológica e/ou social, no entanto, não acompanha a síndrome de abstinência e tolerância;
- A dependência está associada a sérios problemas físicos, psicológicos e sociais na vida do indivíduo, estando presentes a abstinência e a tolerância.

Em outras palavras, o uso nocivo de álcool é considerado quando os indivíduos bebem frequentemente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar aos problemas sociais (brigas, falta de emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade). Finalmente, a dependência de álcool é caracterizada pelo consumo compulsivo e destinado a evitar os sintomas de abstinência, cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos (JUNQUEIRA, 2010)

Em relação a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), pode ser considerada um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais, que determinam como o indivíduo vai se relacionar com a substância, em um processo de aprendizado individual e social (ANDRADE, 2013).

Dependentes alcoólicos ao diminuir ou se abster completamente do uso de álcool, podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas, que caracterizam a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA). Uma série de fatores influenciam o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais (LARANJEIRA et al, 2000).

O quadro se inicia após 6 horas da diminuição ou da interrupção do uso do álcool, quando aparecem os primeiros sintomas e sinais. São eles: tremores,

ansiedade, insônia, náuseas e inquietação. Sintomas mais severos ocorrem em aproximadamente 10% dos pacientes e incluem febre baixa, taquipnéia, tremores e sudorese profusa. Em cerca de 5% dos pacientes não tratados, as convulsões podem se desenvolver. Outra complicação grave é o *delirium tremens* (DT), caracterizado por alucinações, alteração do nível da consciência e desorientação. A mortalidade nos pacientes que apresentam DT é de 5 a 25% (LARANJEIRA et al, 2000).

Estima-se que a síndrome de abstinência é superada nos sete primeiros dias de tratamento, possibilitando o fortalecimento de vínculos terapêuticos e permitindo que o paciente tenha consciência dos prejuízos da sua patologia (ARAÚJO et al, 2004).

Na fase de consumo e no início da abstinência, ou até depois de um longo período sem utilizar a droga, surge um intenso desejo pela substância, normalmente associada a alterações de humor e de comportamento definido como *craving* (ARAÚJO, 2008).

De acordo com Dias (2015), o *craving* caracteriza-se pela presença de um forte impulso subjetivo para usar uma substância, sendo este impulso vivido com desconforto pelos sujeitos por ser contrário aos seus objetivos de manutenção da abstinência. Os sentimentos de tristeza, a irritabilidade, a desmotivação, a instabilidade afetiva, a disforia, as dificuldades de atenção e as perturbações de sono são características intrínsecas das Perturbações de Uso de Drogas (PUS).

Outra maneira de definir o *craving* seria como uma forte vontade de utilizar uma substância específica, ou ainda, desejo de experimentar os efeitos causados pelas drogas; impulso irresistível para usar a droga ou incentivo para auto-administrar a substância (ARAÚJO, 2008).

O *craving* pode ser classificado em quatro tipos: como resposta a síndrome de abstinência; como resposta a falta de prazer; como resposta condicionada a estímulos relacionados às substâncias psicoativas; e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades, normalmente mais de um determinante pode estar presente no mesmo momento (ARAÚJO, 2008).

Sugestões cognitivas internas ou ambientais podem desencadear o *craving*, cabendo distingui-lo de compulsão, sendo a segunda um comportamento decorrente da vontade subjetiva causada pelo primeiro, refere-

se que o objetivo do impulso é reduzir o *craving* buscando um estado um estado de relaxamento (ARAÚJO, 2004).

Estímulos externos como cheiros, imagens e/ou internos como pensamentos, podendo ser fatores desencadeadores do *craving*, o mesmo tem sido apontado como fator desencadeador do drop-out (desistência) dos indivíduos em tratamento e como causa próxima da recaída, contudo, não é conhecida como essa associação ocorre. (DIAS, 2015)

4.4 Escolhas alimentares X alcoolismo

Além de afetarem a percepção que os usuários têm de si mesmos, o álcool também afeta o estado nutricional e altera os hábitos alimentares do indivíduo. Por ser a única substância psicoativa que fornece energia (7, 1 kcal/g), seu consumo pode levar a desnutrição e ao sobrepeso, dependendo da frequência e quantidade consumida (TOFFOLO; MARLIÉRE; NEMER, 2013).

Em um consumidor habitual pode provocar um sobrepeso pelo acréscimo das calorias do álcool na dieta habitual do indivíduo, no entanto em usuários crônicos a desnutrição pode ser gerada pela substituição das refeições pela bebida alcoólica, consequente da supressão do apetite ocasionada pelo etanol, a diminuição da digestão e absorção de alimentos, favorecendo a deficiência de macro e micronutrientes (DIAS, 2008).

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 como cobre, zinco e selênio (OLIVEIRA et al., 2005).

Existem poucas evidências sobre escolhas alimentares e o papel da alimentação para alcoolistas. Os estudos de Kesse *et al.* (2001) e Oliveira et al.(2005), demonstraram maior consumo calórico entre dependentes de álcool, onde o maior percentual era proveniente de proteínas e lipídios, consequentemente quanto maior o consumo de álcool, menor o de carboidratos. Onde foi possível associar o maior consumo de carnes, ovos, queijo, batata, óleo, pão, cereais, e menor consumo de vegetais e produtos lácteos.

A avaliação de hábitos alimentares de alcoolistas no início e na alta da internação, demonstrou a prática de escolhas alimentares inadequadas, onde a ingestão de frutas, hortaliças e produtos lácteos se mostrou insuficiente, enquanto o consumo de alimentos gordurosos como embutidos, foi considerada excessiva, conseqüentemente essas gorduras influenciaram para o aumento do valor energético total (VET). Estas preferências alimentares podem ser associadas ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tendo em vista o menor consumo de alimentos protetores do coração como frutas e verduras (DIAS, 2008).

A literatura mostra uma busca por alimentos ricos em proteínas e lipídios durante a utilização do álcool, no entanto durante a abstinência, período estes que surge os sintomas do *craving*, os padrões alimentares parecem ser modificados. Foi observado o aumento da vontade de comer alimentos ricos em carboidratos, como doces, durante a abstinência, por causa de sua influência na melhora do humor e alívio da irritabilidade. Esses alimentos atuam interrompendo a deficiência de serotonina provocada pelo uso contínuo do álcool, já que os mesmos aumentam os níveis de triptofano aminoácido precursor do neurotransmissor serotonina (TOFFOLO et al., 2011).

Ao avaliar a frequência alimentar de dependentes químicos, dos quais cerca de 90% utilizavam álcool, alimentos preferenciais eram aqueles pobres em nutrientes essenciais e ricos em calorias, principalmente carboidratos (OLIVEIRA et al., 2005).

O aumento do consumo alimentar a fim de aliviar os sintomas de abstinência pode levar ao ganho de peso corporal. Foi possível observar aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares e excessivo ganho de peso entre homens durante a recuperação da dependência alcoólica, o que pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas (TOFFOLO et al., 2011).

O nutricionista deve atuar em conjunto com a equipe multiprofissional na assistência ao dependente em recuperação, pois uma dieta balanceada e prazerosa irá contribuir significativamente para a recuperação do estado geral desses indivíduos podendo atenuar os efeitos do tratamento e suprir as necessidades nutricionais. É possível que o alimento contribua na redução de danos por ser instrumento estratégico na melhora das questões clínicas e

facilitador no relacionamento social, como nas festividades, assim como a bebida alcoólica, porém, sem causar efeitos adversos (BARBOSA; FERREIRA, 2011).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

O presente estudo foi do tipo transversal, descritivo e quantitativo. Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a setembro de 2018.

5.2 Caracterização da população estudada

A presente pesquisa foi desenvolvida com os pacientes internos no hospital APAMI (Associação de Proteção à Maternidade e à Infância). Que fica localizado na Rua Dr. José Augusto n.645, no município de Vitória de Santo Antão, CEP: 55612-510/PE e atende a pacientes portadores da Síndrome da Deficiência Alcoólica há mais de dez anos. Na sua maioria são pessoas do sexo masculino, com idade entre 19 e 65 anos, oriundos de Vitória de Santo Antão e de cidades circunvizinhas, além de pessoas provenientes da capital, região metropolitana e outras cidades do Agreste e Sertão.

5.3 Critérios de elegibilidade

5.3.1 Critérios de inclusão

- Foram incluídos no estudo os indivíduos no terceiro dia de internação, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 19 anos, que o último dia de ingestão de bebida alcoólica fosse nas 24 horas precedentes à internação e que não utilizassem medicação psiquiátrica, exceto benzodiazepínicos e tiamina.

5.3.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos incapazes de prestar informações e que estavam sem acompanhantes e/ou impossibilitados de serem submetidos à avaliação antropométrica, pacientes com presença de edema e ascite e pacientes amputados;
- Presença de incapacidade física ou doenças incapacitantes (doenças mentais, paralisias, acidente vascular cerebral, distúrbios neurológicos) que interfiram na aferição de medidas antropométricas, nutricional e/ou de capacidade funcional e cognitiva.

5.4 Avaliações sociodemográfica e econômica

Para a avaliação sociodemográfica e econômica foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP,2014), desenvolvido pela CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil). Também foram observados os dados pessoais e de saúde do paciente, assim como as comorbidades presentes nos prontuários.

5.5 Avaliação do estado nutricional

Foi coletado o peso, a altura para realização do IMC, a circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), a circunferência muscular do braço (CMB), a área muscular do braço (AMB), e a Circunferência da cintura (CC). Os cálculos da relação cintura/quadril (RCQ) e relação cintura-estatura (RCEst) também foram realizados.

Os participantes foram pesados utilizando-se uma balança eletrônica digital, tipo plataforma, da marca Filizola®, com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 100 g e a estatura foi medida com o paciente descalço, na posição de Frankfurt, por meio do estadiômetro fixo à balança plataforma com capacidade para 1,90 m e precisão de 1 mm.

Para a garantia da qualidade das medidas, todas as mensurações executadas pela pesquisadora responsável e todas as medidas foram aferidas em dupla tomada, para posterior cálculo da média, sendo desprezadas as medidas que apresentaram diferenças superiores a 100g para o peso e 0,5 cm para a altura.

O IMC foi calculado conforme a relação peso (em kg)/ estatura² (em metros). As medidas de peso e altura foram realizadas segundo a técnica original recomendada por Lohman, et al., (1991). Os dados foram comparados com o padrão de referência da WHO (2000) para adultos, que determina como baixo peso IMC < 18,5 kg/m², eutrofia de 18,5 a 24,9 kg/m², sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m², obeso grau I de 30 a 34,9, obeso grau II de 35 a 39,9 e grau III \geq 40; e Lipsichitz (1994) que determina baixo peso IMC < 22 kg/m², peso adequado de 22 a 27 kg/m² e sobrepeso > 27 kg/m².

A CB foi aferida no braço não-dominante, com o auxílio de fita métrica inelástica, com amplitude de 150 cm e subdivisões de 0,1cm, no ponto médio

entre o acrômio e o olécrano, com o braço relaxado. A medida foi realizada em dupla tomada para posterior obtenção da média. O valor de CB obtido foi utilizado para a obtenção da adequação da circunferência braquial de acordo com o percentil 50 dos valores de referência estabelecidos por Frisancho (1981) para adultos e pelo *III National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) (KUCZMARSKI *et al*, 2000) para os indivíduos acima de 60 anos de idade.

A espessura da PCT foi obtida no ponto médio do braço não-dominante (entre o processo acromial e olecrâno) com o braço estirado livremente ao longo do corpo. O adipômetro utilizado foi o da marca Cescorf® de sensibilidade de 1 mm e a medida foi realizada em tripla tomada para a obtenção da média que foi utilizada para análise. O valor de PCT obtido foi utilizado para a obtenção da adequação da prega cutânea tricipital de acordo com o percentil 50 dos valores de referência estabelecidos por Frisancho (1981) e pelo NHANES III para os indivíduos acima de 60 anos de idade.

A partir dos valores de CB e PCT foi obtida a circunferência muscular do braço CMB, pela seguinte fórmula (Blackburn, 1977):

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB (cm)} - \pi \times [\text{PCT (mm)} \div 10]$$

A AMBc também é uma medida realizada a partir da CB e PCT aplicadas a seguinte fórmula (HEYMSFIELD, 1982):

$$\text{AMBc (cm}^2\text{)} = \frac{[\text{CB(cm)} - \pi \times \text{PCT(mm)} \div 10]^2}{4\pi} - (10, \text{ se homem ou } 6,5, \text{ se mulher}).$$

$$4\pi$$

A adequação da CB, CMB e AMBC foi realizada utilizando como padrão de referência o percentil 50, correspondente ao sexo e a idade nas tabelas de FRISANCHO (1981) para idade menor ou igual a sessenta anos. O resultado encontrado foi classificado pelas tabelas de BLACKBURN (1977). Para os indivíduos maiores de 60 anos foram utilizadas as tabelas de percentil segundo idade e sexo (KUCZMARSKI *et al*, 2000)

Para a aferição da CC foi utilizada a técnica descrita por Lohman, et al., (1991) utilizando uma fita métrica inelástica, a foi realizada com a ausência de

roupa na região de interesse, o paciente deveria estar em posição ereta, com o abdômen e os braços relaxados e as pernas fechadas, sendo localizado o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A medida foi obtida no momento da expiração. O procedimento será realizado 02 (duas) vezes. Foram classificados como risco para doenças metabólicas os indivíduos com CC a partir dos seguintes valores: ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm, para mulheres (COOK,1988).

Foi medida a Circunferência do Quadril e para a realização desta medida foi utilizada uma fita métrica inelástica. O paciente deveria estar em posição ereta, com o abdômen e os braços relaxados e as pernas fechadas. A fita foi passada em volta do quadril na região glútea mais elevada.

Após a aferição das circunferências, foi calculada a relação cintura/quadril (RCQ), a partir da divisão entre a CC e a circunferência do quadril (LOHMAN, et al., 1991). Dentre os pontos de corte estabelecidos para determinar os valores inadequados de RCQ, o mais utilizado tem sido $> 0,8$ para o sexo feminino e $>1,0$ para o sexo masculino. (PEREIRA ,1997)

A RCEst foi obtida pela razão da CC com a estatura (HAUN et al., 2009). Em relação à RCEst foram adotados os pontos de corte obtidos em um estudo brasileiro de PITANGA e LESSA (2006), que utilizou para definição de obesidade abdominal os valores $\geq 0,52$ para homens e $\geq 0,53$ para mulheres.

5.6 Avaliação dos hábitos alimentares

Para avaliar os hábitos alimentares dos indivíduos analisados foi aplicado a cada integrante o teste “Como está a sua alimentação?” (ANEXO I), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006), sendo composto por 18 perguntas objetivas sobre a frequência e a quantidade de consumo de determinados alimentos e grupos alimentares (FRANZONI, 2013). A pontuação deste teste é categorizada da seguinte forma: até 28 pontos – É necessário tornar a alimentação mais saudável como também seus hábitos de vida; de 29 a 42 pontos – Atente com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos; 43 pontos ou mais – Está caminhando para o modo de vida saudável.

5.7 Avaliações do *craving* e escolhas alimentares

O questionário para avaliação do *craving* em alcoolistas, proposto por Araújo *et al.* (2004), foi utilizado para classificar a fissura de acordo com a pontuação referente a cada questão, a saber: fissura insignificante (0-5), fissura leve (6-14), fissura média (15-25), fissura forte (acima de 26).

Para avaliar a escolha alimentar foi utilizado um questionário estruturado pelos pesquisadores para obter informações sobre os alimentos consumidos para controlar a fissura ou *craving* pela abstinência do álcool. Foi investigado se o interno nos últimos três dias de internação sentiu vontade de comer alimentos ricos em carboidratos como doces, balas, refrigerantes, frutas e sucos, massas, pães e salgadinhos, para controlar a vontade de usar álcool. Os questionários foram adaptados, de modo que as perguntas relativas ao *craving* e as escolhas alimentares fossem dispostas no mesmo documento (APÊNDICE C).

5.8 Processamento e Análise dos Dados

A construção do banco de dados foi realizada no Excel 2007 e para a análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 (SPSS, Inc, Chicago). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

5.9 Considerações éticas

Este trabalho foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, de acordo com a Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a numeração referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é : 55297416.0.0000.5208 e a coleta de dados só foi iniciada após sua aprovação por este órgão (ANEXO 2).

Durante a execução da pesquisa o indivíduo convocado a participar da pesquisa foi previamente informado da sua participação voluntária no estudo, dos objetivos do mesmo, bem como dos parâmetros metodológicos ao qual foi submetido e que a recusa à participação não causou nenhuma penalidade ou perda em relação ao seu tratamento médico ou nutricional.

Aos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) que foi lido e assinado em duas vias pelo mesmo. Em caso de impossibilidade de leitura a pesquisadora o fez de forma clara e concisa. Uma via do TCLE retornou para o pesquisador, enquanto o participante ficou de posse da outra via contendo os termos do estudo e os contatos da equipe da pesquisa.

Foi entregue ainda aos participantes o Termo de compromisso e confidencialidade (APÊNDICE D) e o Termo de autorização de uso de imagem e depoimento (APÊNDICE E).

6 RESULTADOS

Durante a realização do presente estudo foram avaliados 40 indivíduos alcoolistas sendo 37 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com média de idade de $46,5 \pm 10,21$ anos. Sendo a idade mínima e máxima 20 e 66 anos respectivamente.

Quanto ao estado civil, é possível destacar que apenas 27,5% eram casados ($n= 11$), no que diz respeito à religião, foi encontrado que 77,5% ($n=31$) praticavam alguma religião, entre elas predominavam o catolicismo e o protestantismo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e estilo de vida de alcoolistas Internos para desintoxicação, Vitória de Santo Antão. 2018.

Variáveis	(N=40)	(%)	IC_{95%}
Renda			
<1 salário mínimo	27	67,5	20,0 – 33,0*
>1 até 5 salários	13	32,5	7,0 – 19,0
Grau de instrução			
Analfabetos	16	40,0	10,0 – 23,0
Fundamental completo/ incompleto	21	52,5	14,0 – 27,0
Médio completo/ incompleto	3	07,5	1,0 – 8,0*
Estado Civil			
Casado	11	27,5	6,0 – 18,0
Separado/divorciado/viúvo/solteiro	29	72,5	22,0 – 34,0*
Ocupação			
Empregado	11	27,5	6,0 -18,0
Desempregado	29	72,5	22,0 – 34,0*
Moradia			
Alugada	10	25,0	6,0 – 16,0
Própria	05	12,5	2,0 – 11,0
Cedida	25	62,5	18,0 – 31,0*
Cor			
Branco	11	27,5	6,0 – 18,0
Preto	6	15	2,0 – 12,0
Pardo	23	57,5	16,0 – 29,0*
Religião			
Sim	31	77,5	25,0 – 36,0*
Não	9	22,5	4,0 – 15,0

IC95%: Intervalo de Confiança a 95%; N: número absoluto de indivíduos avaliados.

Em relação à avaliação antropométrica (Tabela 2) é possível identificar que ao analisar apenas o parâmetro IMC foi encontrado um percentual de 80% (n=32) de indivíduos considerados eutróficos, como um valor médio de $21,78 \pm 4,90 \text{ kg/m}^2$

Em contrapartida, ao mensurar os parâmetros que avaliam a composição corpórea como: CB, CMB, PCT e a AMBc foi identificado que a maioria dos alcoolistas eram desnutridos; de acordo com a CB e CMB 75% (n= 30) eram desnutridos, valores bem próximos foram encontrados ao avaliar a AMBc onde 77,5% (n= 31) apresentavam desnutrição.

A PCT obteve classificação de desnutrição para 55% dos avaliados (n=22), 10% (n= 4) de eutrofia e 35% (n= 14) de excesso de peso com uma média geral $11,30 \pm 4,3 \text{ mm}$ para os indivíduos avaliados.

Para verificação de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares foram utilizados os parâmetros RCQ e RCEst. Para a RCQ foi verificado que 87,5% (n= 35) não apresentavam risco cardiovascular, já para a RCEst, identificou-se um percentual de 67,5% (n= 27) de indivíduos eutróficos e de 32,5% (n = 13) com obesidade abdominal.

Tabela 2. Caracterização do estado nutricional de alcoolistas internos para desintoxicação em Vitória de Santo Antão.2018.

Variáveis	(N=39)	(%)	IC_{95%}
IMC			
Sem excesso de peso	32	80,0	26,0 – 36,0*
Com excesso de peso	08	20,0	4,0 – 14,0
CB			
Desnutrição	30	75,0	24,0 – 35,0*
Eutrofia	09	22,5	4,0 – 15,0
Sobrepeso	01	02,5	0,00 – 0,50
PCT			
Desnutrição	22	55,0	15,0 – 28,0
Eutrofia	4	10,0	1,0 – 9,0*
Excesso de peso	14	35,0	8,0 – 21,0
CMB			
Desnutrição	30	75,0	24,0 – 35,0*
Eutrofia	10	25,0	5,0 – 16,0
AMBc			
Desnutrição	31	67,5	25,0 – 36,0*
Eutrofia	09	22,5	4,0 – 15,0

RCQ

Baixo risco cardiovascular	35	87,5	29,0 – 38,0*
Alto risco cardiovascular	05	12,5	2,0 – 11,0

RCEst

Eutrofia	27	67,5	20,0 – 33,0
Obesidade abdominal	13	32,5	7,0 – 20,0

IC95%: Intervalo de Confiança a 95%; N: número absoluto de indivíduos avaliados; IMC: Índice de Massa Corporal em kg/m²; CB: Circunferência do Braço em cm; PCT: Prega Cutânea Tricipital mm; CMB: Circunferência Muscular do Braço; AMBc: Área Muscular do Braço corrigida; RCQ: Relação Cintura Quadril; RCEst: Relação Cintura Estatura.

Na tabela 3, pode ser identificado que o consumo diário de frutas pelos pacientes do estudo comportava-se da seguinte forma: 47,5% (n= 19) consumiam uma ou nenhuma unidade diariamente, enquanto 52,5% (n= 21) ingeriam duas unidades ou mais no mesmo período de tempo. A ingestão de legumes e verduras foi analisada através do consumo diário de colheres de sopa, sendo encontrado valores similares aos do grupo de frutas, onde 47,5% (n=19) consumiam uma colher de sopa ou menos diariamente e 52,5% (n=21) duas ou mais.

Ao avaliar o consumo de leite e derivados foi encontrado que 60% (n= 19) da população estudada consumia apenas uma ou nenhuma porção do grupo alimentar e 40% (n= 16) consumia duas ou mais porções diariamente, destacando que estas porções equivalem a fatias, pedaços ou copo de 250 ml a depender da forma de consumo do produto, portanto, queijos eram avaliados em fatias e o leite em copos de requeijão.

O grupo de carnes e ovos também foi avaliado por se tratar do grupo alimentar de proteínas de alto valor biológico, os valores encontrados foram os seguintes: 87,5% (n = 35) dos indivíduos consumiam uma porção ou menos do grupo diariamente, enquanto 12,5% (n =5) ingeriam 2 porções ou mais diariamente.

O consumo de alimentos processados como hambúrguer, salsicha, mortadela, salgadinhos, entre outros que também podem ser chamados de ultraprocessados foi mensurado na pesquisa. Foi possível identificar que 22,5% (n= 9) dos indivíduos possuíam o habito de consumo diário destes

produtos alimentares, 55% (n= 22) consumiam pelo menos 1 vez por semana e apenas 22,5% (n= 9) relataram não consumir ou apenas raramente.

Tabela 3. Análise do consumo de grupos alimentares por alcoolistas internos para desintoxicação em Vitória de Santo Antão.2018.

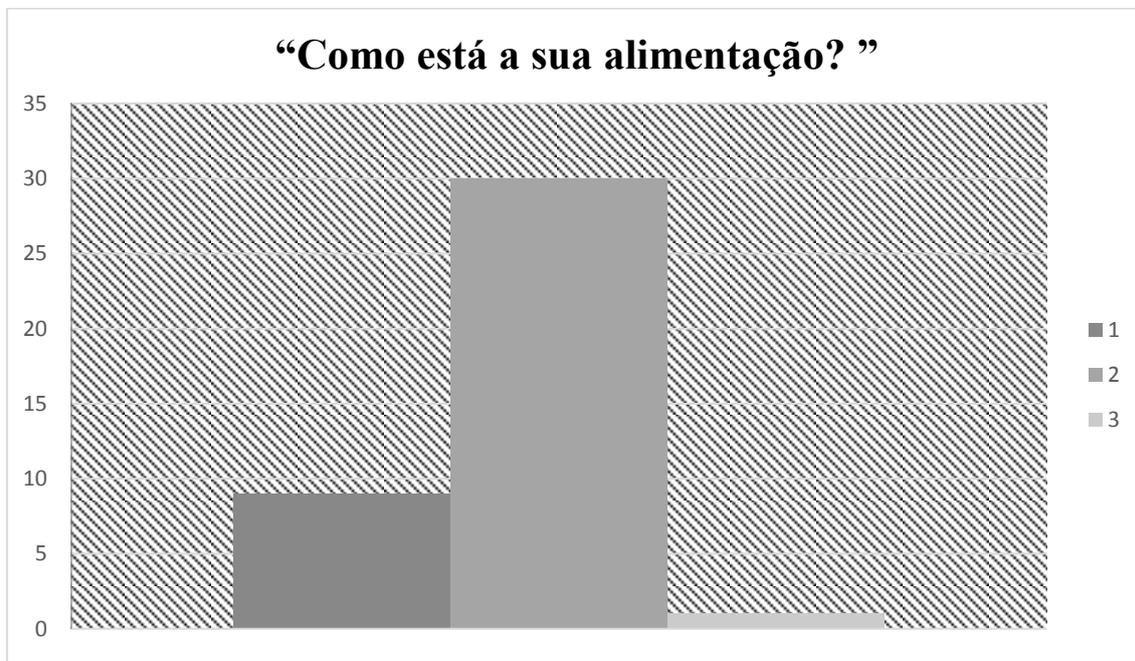
	N	%	IC _{95%}
Frutas / dia			
1 ou menos	19	47,5	13,0 – 26,0
2 ou mais	21	52,5	14,0 – 27,0
Legumes e verduras / dia			
1 ou menos	19	47,5	13,0 - 26,0
2 ou mais	21	52,5	14,0 – 27,0
Leite e derivados / dia			
1 ou menos	19	60,0	17,0 – 30,0
2 ou mais	16	40,0	10,0 – 23,0
Carnes e ovos / dia			
1 ou menos	35	87,5	29,0 – 38,0*
2 ou mais	05	12,5	2,0 – 11,0
Ultraprocessados			
Consome	31	77,5	25,0 – 36,0
Não consome	09	22,5	4,0 - 15,0

As porções foram avaliadas da seguinte forma: frutas em unidades diárias, legumes e verduras em colheres de sopa diárias, leite e derivados em copos de 250 ml, pedaços ou fatias diárias, carnes e ovos em pedaços e unidades respectivamente e os industrializados/ ultraprocessados foi avaliado a frequência de consumo.

IC95%: Intervalo de Confiança a 95%; N: número absoluto de indivíduos avaliados.

O Gráfico 1 demonstra o padrão alimentar dos alcoolistas estudados, de acordo com a pontuação geral obtida no questionário “Como está sua alimentação?”. Sendo possível identificar que 75% (n= 30) dos indivíduos entrevistados necessitam de atenção quanto aos hábitos alimentares, 22,5% (n= 9) apresentam um padrão alimentar insatisfatório e apenas 2,5% (n= 1) foram considerados pelo teste com hábitos alimentares satisfatório.

Gráfico 1: Avaliação geral do teste “Como está a sua alimentação?” realizado em alcoolistas internos para desintoxicação em Vitória de Santo Antão-Pe 2018.



Legenda: Teste “Como está a sua alimentação”: 1- insatisfatório; 2- necessita atenção; 3- satisfatório.

A análise dos resultados obtidos através do questionário para avaliar o *craving* em alcoolistas, verificou que um percentual de 75% dos pacientes estudados apresentou fissura insignificante a leve ($n= 30$), enquanto que 25% ($n=10$), apresentaram um *craving* de moderado a forte. Ao analisar de maneira isolada a busca por alimentos ricos em carboidratos nesta fase de abstinência, foi possível identificar que 27,5% dos indivíduos sentiram vontade de consumir esse tipo de alimento para desviar o pensamento na bebida alcoólica. Resultados estes que embora apresentem percentuais próximos entre maior grau de fissura e busca por carboidratos, não demonstraram associação através de análises estatísticas, sugerindo que as variáveis ocorrem de forma independente. Através do Teste “Como está sua alimentação” identificou-se também que o consumo de carboidratos simples como doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados, sendo verificado que 20% ($n= 8$) consumiam diariamente

estes alimentos, 42,5% (n= 17) de 2 a 5 vezes por semana e 37,5% (n= 15) consumiam menos de duas vezes na semana ou raramente.

7 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram as consequências biopsicossociais do uso abusivo do álcool. Como é conhecido através da literatura, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas promove desestruturação familiar e social. Achados de um estudo conduzido no nordeste brasileiro por Andrade *et al.* (2016), com 121 alcoolistas, evidenciou dados semelhantes a esta pesquisa com condições econômicas e sociais desfavoráveis, onde 38%(n= 46) dos avaliados eram divorciados e 33,9% (n =41) solteiros; mais da metade dos entrevistados (54,5%) eram desempregados e no que dizia respeito à escolaridade, esse estudo identificou que 44,6% possuíam apenas o ensino fundamental I, bem como a maioria (39,7%) apresentava renda familiar inferior a 1SM, dados que se assemelham ao presente estudo.

Outro estudo conduzido por Silva *et al.* (2014), realizado com 207 usuários da atenção básica, em Vitória de Santo Antão-PE (mesmo município do presente estudo), obteve os seguintes achados para o parâmetro escolaridade, 28,5% (n= 59) eram analfabetos, 31,9% (n= 66) possuíam apenas o ensino fundamental e 39,6% (n = 82) relataram ter cursado ensino médio ou superior, este último divergindo dos valores encontrados na presente pesquisa, tendo em vista que um baixo percentual de pessoas avaliadas possuíam ensino médio e nenhum dos entrevistados relatou ter iniciado o ensino superior.

Filizola *et al.* (2008), demonstraram resultados análogos a esta pesquisa, quanto ao estado civil dos participantes, o autor encontrou um percentual de 60,4% de alcoolistas solteiros, viúvos ou separados. Ao verificar o grupo controle identificou que 64,8% eram casados ou possuíam união estável.

Não é estabelecido uma relação de causa e consequência entre alcoolismo e estado civil, porém é conhecido que o uso abusivo do álcool provoca desestruturação familiar, já que a problemática não atinge apenas o dependente, mas todo seu convívio social (CARLINI *et al.* 2002).

Ao investigar o perfil nutricional de alcoolistas podem ser observados paradoxos entre os diferentes parâmetros. Por não analisar a composição corporal, a variável IMC de forma isolada não é suficiente para definir o

diagnóstico nutricional de indivíduos, demonstrando a necessidade da utilização de variados parâmetros de avaliação nutricional na avaliação dessa população (CUPPARI, 2014).

Em uma pesquisa realizada por Lima *et al.* (2015), no município de Caruaru no interior de Pernambuco, com 43 pacientes alcoolistas em reabilitação constatou-se que entre os participantes do sexo masculino (88,4% da população estudada), considerando o IMC, 28,9% apresentaram eutrofia, 34,2% sobrepeso e 36,7% obesidade, resultados bastantes alarmantes e com elevado percentual de pacientes com excesso de peso.

Em consonância com os achados deste estudo Oliveira *et al.* (2005), analisou 52 pacientes alcoolistas do sexo masculino no interior do Paraná e identificou que 76,92% dos entrevistados foram classificados como eutróficos, 19,23% apresentaram sobrepeso e apenas um indivíduo (1,92%), apresentou classificação limítrofe para desnutrição (IMC=18,46 kg/m²) e outro (1,92%) apresentou obesidade mórbida (IMC = 55, 51 kg/m²).

O estudo de Andrade *et al.* (2016), avaliou também o estado nutricional de indivíduos alcoolistas e identificou que segundo o IMC, 75,2% apresentavam-se eutróficos, no entanto apresentavam desnutrição pela PCT, CB e CMB com valores de 66,1%, 83,5% e 88,4% respectivamente.

Diante dos resultados pode ser evidenciado efeitos deletérios do álcool ao estado nutricional, com comprometimento tanto de massa magra quanto de massa gorda. Esta alteração acentuada na massa magra pode estar associada ao metabolismo do álcool. Silva, Burgos e Dias (2009) afirmaram que a ingestão aguda e crônica de álcool prejudica a captação hepática de aminoácidos de cadeia ramificada (leucina, isoleucina e valina), conseqüentemente reduz a síntese proteica, evidenciando os impactos negativos do uso abusivo do álcool, podendo acarretar em patologias como sarcopenia.

Ainda sobre o estudo de Andrade *et al.* (2016), em relação à obesidade abdominal, 92,6% e 72,7% dos indivíduos, foram classificados sem obesidade abdominal, segundo a Circunferência da Cintura (CC) e a Razão cintura/estatura (RCEst), respectivamente, e 91,7% sem risco para doença cardiovascular de acordo com a Razão cintura/quadril (RCQ), dados estes que se assemelham com os valores encontrados neste estudo, contudo a

realização de testes bioquímicos poderiam ser úteis para confirmar o risco cardiovascular, como mostra o estudo de Toffolo, Marlière e Nemer (2013), que identificou alcoolistas com níveis mais elevados de HDL-c que o grupo controle, bem como valores médios de triglicerídeos, colesterol total e glicemia de jejum também apresentaram-se alterados neste grupo.

Ao avaliar a frequência alimentar de dependentes químicos, dos quais cerca de 90% utilizavam álcool, Oliveira *et al.* (2005) verificaram resultados semelhantes aos nossos achados, onde os alimentos consumidos esporadicamente foram: legumes crus, legumes cozidos, frutas, peixe, frango, carne suína e bovina, leite, queijos e ovos, ratificando os achados deste estudo. Portanto, quando não estavam sob efeito das drogas, os alimentos preferenciais eram aqueles pobres em nutrientes essenciais e ricos em calorias, principalmente carboidratos.

Lima *et al.* (2015), ao aplicar um questionário de frequência alimentar (QFA) em alcoolistas internos para reabilitação, percebeu que o consumo de embutidos ocorria com frequência semanal, variando de 1 a 3 vezes por semana, resultados alarmantes e próximos aos encontrados nesta pesquisa. O consumo de hortaliças e frutas foi considerado não habitual já que 60,5% dos entrevistados não consumiam de forma constante estes grupos alimentares, valores ainda mais acentuados que os achados deste estudo.

Os achados de Dias *et al.* (2008) foram semelhantes ao dos autores anteriores, onde a dependência alcoólica foi associada a escolhas alimentares inadequadas, com preferência para alimentos de elevado valor calórico e ingestão insuficiente de grupos essenciais como o das frutas e hortaliças, leite e derivados e carnes, é importante destacar a semelhança entre os resultados, já que no presente trabalho os mesmos grupos alimentares apresentaram consumo irregular por aproximadamente metade dos entrevistados.

Ao analisar o *craving* em pacientes durante a abstinência alcoólica, Araújo (2004) identificou que 81,8% (n=63) apresentaram fissura insignificante ou leve. O estudo realizado por Toffolo *et al.* (2012), ao avaliar o grau de fissura de 12 indivíduos abstinentes de álcool, demonstrou que 91,66% (n= 11) dos participantes apresentaram *craving* insignificante ou leve, esses achados estão em consonância com os percentuais encontrados nesta pesquisa.

Segundo resultados da pesquisa realizada por Toffolo *et al.* (2011), pacientes durante a abstinência alcoólica consumiam alimentos fontes de carboidratos para controlar a vontade de utilizar o álcool, embora tenha sido identificado neste estudo uma ingestão habitual destes alimentos, a finalidade do consumo não foi esclarecida. Nos seus relatos, os entrevistados afirmaram que estes alimentos sempre fizeram parte do seu hábito alimentar, portanto não foi aqui verificado mudança de comportamento em relação a esse consumo associado à abstinência.

Salienta-se que a pesquisa realizada por Toffolo *et al.* (2011) foi realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad) em Ouro Preto/ Minas Gerais, enquanto que o presente estudo foi desenvolvido com internos de um hospital, esta diferença na forma de tratamento pode ter motivado os resultados divergentes entre as pesquisas, já que o acompanhamento mais contínuo do hospital pode diminuir a necessidade de consumo de carboidratos simples para diminuir o desejo de consumir o álcool, tendo em vista que as medicações para controle da abstinência são administradas de maneira mais monitorada neste local.

Entre as limitações do presente estudo, pode-se inferir o tamanho da amostra, uma vez que se trata de uma população específica, apresentando muitos critérios de exclusão, o que impossibilitou a inclusão de muitos deles durante a coleta de dados/entrevistas.

Tendo em vista a quantidade reduzida de literaturas acerca desta temática, este estudo tem a proposta e ressaltar a relevância da nutrição no tratamento da dependência alcoólica, podendo ser utilizado como base metodológica para desenvolvimento de novas pesquisas.

8 CONCLUSÕES

É conhecido que o uso abusivo de bebidas alcoólicas tem influência direta e indireta na alimentação e nutrição dos seus dependentes, foi identificado que 25% da amostra estudada apresentou *craving* moderado a forte e um percentual de 27,5% destes indivíduos apresentaram desejo de consumir alimentos ricos em carboidratos no intuito e desviar o *craving*, contudo não foi estabelecido estatisticamente uma associação entre os dados, devendo-se realizar mais estudos para conhecimento desta relação.

Ressalta-se, porém, a identificação de hábitos alimentares inadequados e uma elevada frequência de desnutrição na população estudada, que podem estar associados às desfavoráveis condições sócio-econômicas, bem como pelo efeito nocivo do álcool em todos os seus aspectos.

Portanto, é válido salientar a importância do Nutricionista na equipe multiprofissional no tratamento desses indivíduos, melhorando o estado nutricional e qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. P. et al., Estado nutricional de pacientes alcoolistas de uma Instituição hospitalar do Nordeste Brasileiro. **Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, Madri, v. 36, n. 2, p. 63-73, 2016.
- ANDRADE, S.P. **Estado nutricional e hepático: um estudo em pacientes alcoolistas**. 2013. 72 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10622/1/Disserta%C3%A7ao%20Sheylane%20Andrade.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2018.
- ANTHONY, J.C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C. (Eds.). **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Manole, 2009. p.1-36.
- ARAUJO, R. B. et al., A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência. **Psico-USF**, Itatiba, v.9, n.1, p. 71-76, 2004.
- ARAUJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**., Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008 .
- BACHETTI, L.S.; FUKUSIMA, S.S.; QUAGLIA, M.A.C. O efeito do álcool na percepção visuoespacial e na cognição do espaço. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n.2, p. 451-461, 2017.
- BARBOSA, C.D; FERREIRA, C.C.D. O papel da nutrição no processo reabilitatório de dependentes de álcool. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda-RJ, v.6, n.1, p. 89-101, 2011.
- BLACKBURN et al. Nutritional and Metabolic assessment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**., Hoboken-NJ, v. 1,n. 1, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Como está sua alimentação?** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CARLINI, E. A. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP**, 380 p., 2002.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores**

idades do país, 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

COOK, STEPHEN et al. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, Chicago, v. 157, n. 8, p. 821-827, 2003.

COWAN J, DEVINE C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite**. London, v. 50, n.1, p.33-42, 2008.

CRAUSS, R.M.G.; ABAID, J.L.W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n.1, p.62-72, 2012.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar- Nutrição - Nutrição Clínica no Adulto.3.ed. São Paulo: Manole, 2014.

DIAS, D.O. **Hábitos alimentares e estado nutricional de doentes com problemas ligados ao álcool, antes e após consulta num centro de desintoxicação alcoólica**. 2008. 51 f. Trabalho de investigação- Universidade do Porto, 2008. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54621/3/120830_0830TCD30.pdf> Acesso em: 05 Maio 2018.

DIAS, M. T. C. L. **A relação entre craving e sintomatologia em função da regulação emocional e da comorbilidade**. 2015. 87 f. Tese (Mestrado) - Universidade do Algarve, 2015. Disponível em: <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8058/1/Tese%20Teresa%20Cassinello%20Dias%20II.pdf>> Acesso em: 15 Jun. 2018.

FARIA, R. et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.3, p.441-447, 2011.

FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.2, p.53-62, 2004.

FILIZOLA, P.R.B. et al. Alcoolismo no Nordeste do Brasil: prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.4, p.227-232, 2008.

FRANZONI, B. et. al. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p. 3751-3758, 2013.

FRISANCHO, A. R. New norms of upper limb fat and muscle are for assessment of Nutritional estatus. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda-MD, v. 34, p. 2540-45, 1981.

GALDUROZ, José Carlos F; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 3-6, 2004.

GALLO, Andréia. **Perfil de saúde de alcoolistas em abstinência no município de Guarapuava – PR**. 2010. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2010. Disponível em:

<[https://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2010/TCC%2031-2010%20\(ANDR%C3%89IA%20GALLO\).pdf.pdf](https://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2010/TCC%2031-2010%20(ANDR%C3%89IA%20GALLO).pdf.pdf)> Acesso em: 09 Mar. 2018.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-13, 2004 .

GUIGOZ Y, VELLAS B, GARRY PJ. (eds.) **Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the elderly**. Basel: Karger, 1999. (Nestle nutrition workshop series, Clinical & programme, v. 1).

HAUN, D.R.; PITANGA, F. J G.; LESSA, I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 705-11, 2009.

HECKMANN, W; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri (SP): Manole, 2009. p. 67-87.

JUNQUEIRA, M.A.B. **Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem**. 2010. 157 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../MarcelleApBarrosJunqueira.pdf> Acesso em: 17 fev. 2018.

KARAM, H. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n.3, p.468-474, 2003.

KESSE, E. et al.. Do eating habits differ according to alcohol consumption? Results of a study of the French cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (E3N-EPIC). **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda-MD, v. 74, n.3, p. 322–327, 2001.

KUCZMARSKI, M. F.; KUCZARISK, R. J.; NAJJAR M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. **Jornal of the American Dietetic Association**, New York, v. 100, n. 1, p. 59-66, 2000.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.62-71, 2000.

LIMA, G.S. et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de alcoolistas atendidos em um centro de reabilitação de Caruaru – PE, Brasil. **Nutr. clín. diet. hosp.** Madrid, v. 35, n. 2, p.16-25, 2015.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, Philadelphia, v. 21, p. 55-67, 1994.

LOHAMN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics, 1991. p. 90.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 7-10, 2004.

MILLER WR, ROLLNICK S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OLIVEIRA, E.R.N.; MARIN, I.C.; FERRUZZI, L.; TENÓRIO, M.F.S.; TRINDADE, E. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v.9, n.2, p.91-96, 2005.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

PITANGA ,F.J.G; LESSA I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.52, n.3, p. 157-161, 2006.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

SHAW, J.M. et al. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Baltimore-MD, v.1, n.6, p.382-387, 1981.

SILVA, C.P.; BURGOS, M.G.P.A.; DIAS, C.A. Consequências nutricionais na doença hepática crônica alcoólica. **Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria** , Madri, v. 25, n.3, p.238-242, 2009.

SILVA, J.K.S et al. Pattern of Alcohol Consumption in Registered Users of a Family Health Unit. **Health**, Irvine-Calif. v. 6, p. 1172-1179, 2014.

TOFFOLO, M.C. F. et al. Escolha de alimentos durante a abstinência alcoólica: influência na fissura e no peso corporal. **Jornal Brasileira Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n.4, p.341-346, 2011.

TOFFOLO, M. C. F.; MARLIÉRE, C. A; NEMER, A.S.A. Adequação da alimentação oferecida para alcoolistas em tratamento e seu impacto nutricional. **Nutr. clín. diet. hosp.** Madri, v.33, n.2, p.50-55, 2013.

WHO. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.** Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. **World health report 2000: health systems: improving performance.** Geneva: WHO, 2000.

WURTMAN, R.J.; WURTMAN, J.J. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. **Obesity Research.** Silver Spring-MD, v.3, n. 4, p. 477-480, nov.1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário adaptado com os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP,2014).

FORMULÁRIO COM DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DO PACIENTE.

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____ Idade: _____
anos

Aspectos socioeconômicos:

Cidade de Procedência: _____

Cor ou raça:

1- branca 2- preta 3- amarela 4 -parda 5 -indígena

Estado civil?

1 - casado(a) 2 - desquitado(a) ou separado(a) judicialmente 3 -
divorciado(a)

4 - viúvo(a) 5 - solteiro(a)

Nº de filhos: _____

Atualmente está empregada? 1- Sim 2- Não

Profissão: _____

Nível de Renda Familiar: 1- até 1SM 2- até 5SM 3- até 10SM 4- mais que 10SM

Nº de pessoas na residência:

Moradia: 1- alugada 2- própria 3- cedida

Tipo de moradia:

- 1- Alvenaria sem revestimento
- 2- Madeira apropriada para construção (aparelhada)
- 3- Taipa revestida
- 4- Taipa não revestida
- 5- Madeira aproveitada
- 6- Palha
- 7- Outro material
- 8- Sem parede

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

- O (a) Sr. (a) pratica atividade física? Sim () Não ()

- O (a) Sr. (a) fuma?

() Não, nunca fumei

() Ex-fumante.(Parou há mais de 10 anos)

() Fumante

É praticante de alguma religião?

1- Sim 2- Não

Possui alguma comorbidade?

1- Sim 2- Não Se sim, quais? ? 1-DM 2- HAS 3-
Dislipidemias

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO DE CRAVING E ESCOLHAS ALIMENTARES

PROCOLO PARA QUESTIONÁRIO DE FISSURA

Apresentar três dias de internação ()

O último dia de ingesta de bebida alcoólica deve ser nas 24 horas precedentes á internação ()

Não está utilizando medicação psiquiátrica, exceto benzodiazepínicos e tiamina ()

Questionário para Avaliar a Fissura (Craving) – Renata Brasil Araujo

Marque com um X a resposta que mais se aproxima de como você se sentiu durante os últimos 3 dias de internação. Marque apenas uma alternativa para cada pergunta.

1) Nos últimos 3 dias, desde que internou para tratamento, você sentiu vontade, desejo ou impulso de beber algo que contenha álcool?

(a) Nunca (b) Às vezes (c) Muitas vezes (d) Sempre

2) Alguma vez, nestes últimos 3 dias de internação, apareceu em sua mente alguma ideia, pensamento ou imagem relacionados ao uso de álcool?

(a) Nunca (b) Em 1 dia (c) Em 2 dias (d) Em todos os dias

3) Nos últimos 3 dias de internação, quantas vezes por dia, em média, costumava aparecer alguma ideia, pensamento ou imagem relacionados ao uso de álcool em sua mente?

(a) Nunca apareceu. (b) Aparecia 1 ou 2 vezes por dia (c) Aparecia 3 ou 4 vezes por dia

(d) Aparecia 5 ou 6 vezes por dia (e) Aparecia mais de 7 vezes por dia

4) A sua fissura, durante os últimos 3 dias de internação, durou, na maior parte das vezes, quanto tempo?

(a) Não tive fissura (b) Minutos (c) 1 a 2 horas (d) 3 a 4 horas (e) Mais de 4 horas

5) Durante estes últimos 3 dias de internação, você sentiu mais fissura em que período do dia?

(a) Não tive fissura. (b) Manhã (c) Tarde (d) Noite (e) Variava: em alguns dias era de manhã, em outros de tarde e em outros à noite, mas não durava mais de um turno (f) A fissura acontecia em vários momentos do dia, em mais de um turno

6) Nestes últimos 3 dias de internação, o quanto você conseguiu parar ou se desviar dos pensamentos de beber (álcool)?

(a) Não tive pensamentos de beber. (b) Eu sempre consegui parar ou desviar-me dos pensamentos de beber. (c) Eu consegui às vezes parar ou desviar-me dos pensamentos de beber. (d) Eu nunca consegui parar ou desviar-me dos pensamentos de beber.

7) Se você fosse dar uma nota, de forma geral, para a fissura que teve nos últimos 3 dias de internação, qual nota daria?

(a) 0 (zero) - não tive fissura. (b) 1 a 2 - fissura fraca (c) 3 a 4 - fissura média/fraca (d) 5 a 6 - fissura média/forte (e) 7 a 8 - fissura forte (f) 9 a 10 - fissura muito forte

8) Se você fosse dar uma nota, para a fissura mais forte que teve nos últimos 3 dias de internação, qual nota daria?

(a) 0 (zero) - não tive fissura. (b) 1 a 2 - fissura fraca (c) 3 a 4 - fissura média/fraca (d) 5 a 6 - fissura média/forte (e) 7 a 8 - fissura forte (f) 9 a 10 - fissura muito forte

9) Em qual dos últimos 3 dias de internação você teve a fissura mais forte?

(a) Não tive fissura (b) No 1o dia de internação (c) No 2o dia de internação (d) No 3o dia de internação (e) A fissura foi forte em vários dias diferentes

10) Marca com um X o que mais lhe causou fissura durante os últimos 3 dias de internação. (Pode marcar mais de uma opção nesta questão).

(a) Não tive fissura. (b) Grupos terapêuticos que falavam da bebida ou de drogas (c) Comentários de pacientes a respeito de bebidas alcoólicas ou drogas (d) Programas na TV ou propagandas a respeito de bebidas alcoólicas ou drogas (e) Lembranças ou pensamentos em que aparecia a bebida alcoólica (f) Quando eu estava triste (g) Quando eu estava ansioso (h) Quando eu

estava irritado (i) Quando eu estava alegre (j) Quando eu não tinha nada para fazer (k) Outros: _____(Completar) (l) Não sei

11) Se você fosse dar uma nota, de forma geral, para a fissura que teve ANTES de internar, qual nota daria (3 dias antes de internar)?

(a) 0 (zero) - não tive fissura. (b) 1 a 2 - fissura fraca (c) 3 a 4 - fissura média/fraca (d) 5 a 6 - fissura média/forte (e) 7 a 8 - fissura forte (f) 9 a 10 - fissura muito forte Pontuação do

Questionário para Avaliar o Craving

Questão Pontos 1 a=0 b=1 c=2 d=3 2 a=0 b=1 c=2 d=3

3 a=0 b=1 c=2 d=3 e=4

4 a=0 b=1 c=2 d=3 e=4

5 a=0 b=1 c=1 d=1 e=1 f=2

6 a=0 b=1 c=2 d=3

7 a=0 b=1 c=2 d=3 e=4 f=5

8 a=0 b=1 c=2 d=3 e=4 f=5

9 a=0 b=1 c=1 d=1 e=2

10 a=0 b=1 c=1 d=1 e=1 f=1 g=1 h=1 i=1 j=1 k=1 l=1 Se for marcada mais de uma opção, somar os pontos

11 a=0 b=1 c=2 d=3 e=4 f=5

Classificação do Craving: Pontos Classificação

0-5 pontos Insignificante

6-14 pontos Leve

15-25 pontos Média

Acima de 26 Forte

Alimentação

19-Nos últimos três dias de internação você sentiu vontade de comer alimentos como doces, balas, refrigerantes, frutas e sucos, massas, pães e salgadinhos, para controlar a vontade de usar álcool?

Sim () Não ()

Se sim: Pouca () Moderada () Alta ()

20-Nos últimos três dias de internação você comeu alimentos como doces, balas, refrigerantes, frutas e sucos, massas, pães e salgadinhos, para controlar a vontade de usar álcool?

Sim () Não ()

Se sim: Pouco () Moderadamente () Muito ()

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Impactos da dependência de álcool sobre a saúde de alcoolistas e seus familiares” que está sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Gonçalves de Orange, com endereço Rua alto do reservatório, s/n, Bairro: Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE – Telefone: 9205-6185- e e-mail : luciana_orange@hotmail.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar). Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Cybele Rolim de Lima, Kaíla Fernandes Dourado, Michelle Galindo de Oliveira, Suzana de Oliveira Manguelra, Jorgiana de Oliveira Manguelra, Ellen Cristina Barbosa dos Santos, Marcelinda Nóbrega de Andrade Ramalho; Álton Leandro Lopes da Silva, Analuça da Silva Maciel, Rosa Cândido Queiroz da Costa, Rita de Casela Vasconcelos, Simone Sybelle de Lima Silva, Iarajane Borges, Carmenizta Gomes de Farias com o telefones para contato 9205-6185.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os impactos da dependência do álcool na saúde de alcoolistas em desintoxicação e seus familiares e serão analisados dados da sua situação clínica atual (doença associado ao alcoolismo) e nutricional (avaliação de peso, estatura e algumas medidas corporais através de equipamentos como balança, entre outros que não são invasivos). As medidas e avaliações serão feitas até 72 horas após seu internamento.

Os riscos para os participantes serão mínimos, pois todos os procedimentos a serem realizados terão os cuidados necessários desde a coleta até a avaliação e serão realizados pela pesquisadora responsável, devidamente qualificada, assim não ocasionarão qualquer risco para a saúde dos indivíduos. Quanto aos testes físicos o paciente será previamente indagado quanto a sua disposição e aptidão para realização dos mesmos de modo que apenas os farão quando confiantes e seguros para a execução dos testes. O constrangimento durante a entrevista pode ocorrer, no entanto todos os participantes serão previamente informados que estas serão realizadas em local reservado e da possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento ou da recusa em responder qualquer questionamento.

Todos os avaliados serão beneficiados através do conhecimento de seu estado nutricional e receberão orientação nutricional adequada após a entrevista e avaliações realizadas. Os familiares serão beneficiados através do convite a participar das reuniões com o grupo interprofissional de apoio às famílias que já funciona na instituição, no qual terão o suporte terapêutico adequado.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações; entrevistas; fotos; filmagens, etc), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Luciana Gonçalves de Orange no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-900, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcca@ufpe.br).

Luciana Gonçalves de Orange

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo _____ (colocar o nome completo da pesquisa) _____, como voluntário (a). Foi devidamente

informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento)

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNCICE D- Termo de compromisso e confidencialidade.

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Impactos da dependência de álcool sobre a saúde de alcoolistas e seus familiares”

Pesquisador responsável: Luciana Gonçalves de Orange

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Núcleo de Nutrição – Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória

Telefone para contato: 81- 9205-6185

E-mail: luciana_orange@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de prontuários, fichas, etc e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O pesquisador declara que os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens, questionários, etc), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Rua alto do reservatório, s/n, Bairro: Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE – Telefone 9205-6185 e e-mail : luciana_orange@hotmail.com , pelo período de mínimo 5 anos.

O Pesquisador declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, de de 20..... .

Luciana Gonçalves de Orange

APÊNDICE E-- Termo de autorização de uso de imagem e depoimento.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF _____,
 RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Luciana Gonçalves de Orange, Cybelle Rolim de Lima, Keila Fernandes Dourado, Michelle Galindo de Oliveira, Suzana de Oliveira Mangueira, Jorgiana de Oliveira Mangueira, Ellen Cristina Barbosa dos Santos, Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho; Athos Leandro Lopes da Silva, Analúcia da Silva Maciel, Rosa Cândido Queiroz da Costa, Rita de Cássia Vasconcelos, Simonne Sybelle de Lima Silva, Iarajane Borges, Carmenzita Gomes de Farias** do projeto de pesquisa intitulado **“Impactos da dependência de álcool sobre a saúde de alcoolistas em e seus familiares”** a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

_____, em ____/____/_____.

 Entrevistado

 Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

Luciana Gonçalves de Orange

ANEXOS

ANEXO I: TESTE “COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO?”

Teste: Como está sua alimentação?

Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando come.

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. Vamos começar!

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 de frutas 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 listados 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
- b. Pães: unidades/fatias

- 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, peixes 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 por semana
- d. De 1 a 4 vezes por 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, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça 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? Assinale no quadro abaixo as suas opções. Cada item vale um ponto, a pontuação final será a soma deles.

	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

**Agora volte às suas respostas
e some sua pontuação:**

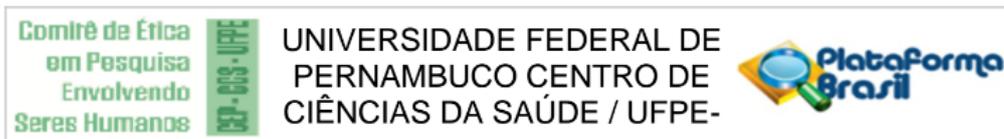
1 –	a) 0	b) 3	c) 2	d) 1	
2 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	e) 4
3 –	a) 0	b) 3	c) 1	d) 2	
4 –	Soma das porções		Pontuação final		
	0		0		
	< 3		1		
	3 – 4,4		2		
	4,5 – 7,5		3		
	> 7,5		4		
5 –	a) 1	b) 2	c) 3	d) 0	
6 –	a) 3	b) 0	c) 2		
7 –	a) 0	b) 1	c) 3	d) 2	
8 –	a) 0	b) 3	c) 2	d) 1	
9 –	a) 1	b) 3			
10 –	a) 4	b) 0	c) 2	d) 1	e) 3
11 –	a) 4	b) 3	c) 2	d) 1	e) 0
12 –	a) 0	b) 3	c) 0		
13 –	a) 0	b) 3			
14 –	Soma das porções		Pontuação final		
	< 3		0		
	3 – 4		2		
	5 – 6		3		
15 –	a) 0	b) 3	c) 1	d) 2	
16 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	
17 –	a) 0	b) 3	c) 2		
18 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	

SOMA TOTAL DOS PONTOS: _____

RESPOSTAS:

- Até 28 pontos: Você precisa tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis! Dê mais atenção à alimentação e atividade física.
- 29 a 42 pontos: Fique atento com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos.
- 43 pontos ou mais: Parabéns! Você está no caminho para o modo de vida saudável.

ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPACTO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NA SAÚDE DE ALCOOLISTAS E SEUS FAMILIARES

Pesquisador: Luciana Gonçalves de Orange

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55297416.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.597.768