

A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NA REABILITAÇÃO DE DEPENDENTES ALCOÓLICOS EM TRATAMENTO

Caroline Fernandes Nogueira

Graduanda em Nutrição
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Wedjina Taciana Lourenço da Silva

Graduanda em Nutrição
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Aline Coelho Viana

Nutricionista; Esp. em Nutrição Clínica, Funcional e Gestão da Clínica;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O álcool é uma das drogas lícitas mais consumidas no mundo, cada grama de álcool equivale a 7kcal, e seus efeitos no organismo provoca diversas alterações, como bioquímicas e metabólicas, atingindo o funcionamento metabólico do corpo e modificando o estado nutricional do indivíduo. O alcoolismo é uma doença crônica e multifatorial, diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, incluindo a quantidade e frequência de uso do álcool, a condição de saúde do indivíduo, fatores genéticos, psicossociais e ambientais. Os alcoolistas geralmente se encontram no estado de desnutrição por substituir as calorias da dieta pelo consumo excessivo de álcool, e por ter uma má-nutrição desenvolvendo má absorção e má digestão. Por outro lado, também há dependentes que fazem uma dieta rica em gordura e levam uma vida sedentária, portanto, ao invés de desnutridos se encontram no estado de obesidade. Se tornando um desafio para os nutricionistas, já que, além do estado nutricional inicial, também é preciso lidar com a crise de abstinência que provoca o desejo por alguns alimentos não tão saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: álcool; alcoolismo; etanol; abstinência; nutrição; nutricionista.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas tem sido disseminado e já é motivo de preocupação entre as autoridades e impacto na saúde pública. Estima-se o consumo de álcool equivalente a 8,7 L por pessoa em 2010, quantidade superior à média mundial; homens consomem, aproximadamente, 13,6 L por ano, e as mulheres, 4,2 L, por ano (OMS, 2014).

O alcoolismo é uma doença crônica, diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, como quantidade e frequência de uso do álcool, condição de saúde do indivíduo, fatores genéticos, psicossociais e ambientais. No Brasil, o uso nocivo do álcool tem o maior impacto para morbidade; está associado a 60-63% do índice de cirrose hepática, e entre 18-5% acidente de trânsito em 2012 (CISA, 2014).

Os alcoolistas geralmente se encontram no estado de desnutrição por substituir as calorias da dieta pelo consumo excessivo de álcool. Por outro lado, também há dependentes obesos por terem uma dieta rica em gordura e levarem uma vida sedentária. A atuação do nutricionista na recuperação do estado nutricional do indivíduo alcoólatra é primordial, através de orientações e estratégias alimentares equilibradas que possam alcançar uma qualidade de vida saudável, pois o consumo de álcool afeta diretamente os hábitos alimentares, apetite, ingestão e metabolismo de alguns nutrientes específicos (BARBOSA; FERREIRA, 2011).

2 OBJETIVOS

Este estudo tem o objetivo de descrever as estratégias utilizadas pelo nutricionista na reabilitação do estado nutricional de dependente alcoólico em tratamento diante dos diferentes estágios do ato de beber.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se das seguintes palavras chaves, álcool; dependência; desnutrição; alcoolismo e nutrição. A pesquisa foi do tipo descritiva e explicativa com leitura de materiais bibliográficos quem tem por objetivo verificar a importância da obra consultada para pesquisa. Para a elaboração de tal pesquisa foram utilizados livros referentes ao tema e artigos científicos encontrados nas plataformas de pesquisas Scielo, Google Acadêmico e Bireme.

4 O METABOLISMO E AÇÃO DO ÁLCOOL

O álcool presente nas bebidas alcoólicas, chamado de etanol, é produzido na fermentação ou destilação de vegetais como a cana-de-açúcar e também frutas e grãos (RIBEIRO et. al., 2013).

No primeiro gole, a molécula de etanol é absorvida pela mucosa da boca e passa à corrente sanguínea (RIBEIRO et al., 2013). A bebida passa pelo esôfago e no estômago, cerca de 25% do álcool é absorvido por difusão simples (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 2007). O restante passa para a corrente sanguínea após chegar ao intestino delgado que é um órgão cheio de vasos e membranas permeáveis (RIBEIRO et al., 2013).

O fígado é responsável por 90-98% do metabolismo e oxidação do álcool, as moléculas são clivadas em partes menores facilitando a eliminação, o restante permanece circulando pelo corpo sendo metabolizado em outros órgãos que possuem células com alta concentração de água, como cérebro, coração e rins. O etanol não é metabolizado em glicose ou glicogênio e é metabolizado em gordura (ANTUNES, 2015). A oxidação do etanol resulta na produção de acetaldeído, um composto altamente tóxico que em quantidades elevadas, causa danos ao organismo, principalmente no cérebro (RIBEIRO et al., 2013).

A absorção do álcool no organismo está sujeita a fatores de diluição, esvaziamento gástrico e presença de alimentos e água. A absorção do álcool é mais rápida quando ingerido em jejum, portanto a ingestão de alimentos simultaneamente, ricos em carboidratos ou gordura, retardam a absorção do álcool e o peristaltismo respectivamente, dessa forma mantém o etanol por mais tempo no estômago (PIVETTA, 2005).

A cada hora, o fígado processa o equivalente a uma lata de cerveja, acima disso o etanol intoxica organismo e é levado em excesso pelo sangue até o cérebro, afetando dois neurotransmissores, ele inibe a liberação do glutamato que, por sua vez, libera mais GABA no cérebro. Esse neurotransmissor faz com que o indivíduo perca a coordenação e até o autocontrole, já que os neurônios trabalham menos (RIBEIRO et al., 2013). Os níveis de concentração de álcool no sangue (CAS) e os sintomas clínicos correspondentes, estão representados no Quadro 1.

Quadro 1. Efeitos da alcoolemia (CAS) e o desempenho.

| CAS (g/100ml) | Efeitos sobre o corpo |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,01-0,05 | Aumento do ritmo cardíaco e respiratório |
| | Diminuição das funções de vários centros nervosos |
| | Comportamento incoerente ao executar tarefas |
| | Diminuição da capacidade de discernimento e perda da inibição |
| | Leve sensação de euforia, relaxamento e prazer |
| 0,06-0,10 | Entorpecimento fisiológico de quase todos os sistemas |
| | Diminuição da atenção e da vigilância, reflexos mais lentos, dificuldade de coordenação e redução da força muscular |
| | Redução da capacidade de tomar decisões racionais ou de discernimento |
| | Sensação crescente de ansiedade e depressão |
| | Diminuição da paciência |
| 0,10-0,15 | Reflexos consideravelmente mais lentos |
| | Problemas de equilíbrio e de movimento |
| | Alteração de algumas funções visuais |
| | Fala arrastada |
| | Vômito, sobretudo se esta alcoolemia for atingida rapidamente |

| Continuação do Quadro 1. | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,16-0,29 | Transtornos graves dos sentidos, inclusive consciência reduzida dos estímulos externos |
| | Alterações graves da coordenação motora, com tendência a cambalear e a cair frequentemente |
| 0,30-0,39 | Letargia profunda |
| | Perda da consciência |
| | Estado de sedação comparável ao de uma anestesia cirúrgica |
| | Morte (em muitos casos) |
| A partir de 0,40 | Inconsciência |
| | Parada respiratória |
| | Morte, em geral provocada por insuficiência respiratória |

Fonte: Extraído de CISA, 2012.

5 O ALCOOLISMO E SEU DIAGNÓSTICO

O alcoolismo foi identificado em 1856, pelo médico sueco Magnus Huss. Em 1951, a OMS definiu o alcoolismo como uma doença e um problema médico mundial (FALCON, 2015). É uma doença crônica e progressiva que pode ser fatal, conhecida pela dificuldade do indivíduo de se abster do álcool, se tornando assim dependente da bebida alcoólica (FORTUNA, 2012).

O principal critério definido pela OMS para diagnosticar o alcoolismo, é quando o indivíduo apresenta sintomas de abstinência, como tremores e alucinações e tem um alívio dos sintomas após retornar a beber (LARANJEIRA; JERÔNIMO, 2006).

De acordo com a décima versão da Classificação Internacional das doenças (CID-10), o indivíduo precisa apresentar no mínimo três desses critérios para diagnósticos da dependência: desejo intenso de consumir a bebida, necessidade de aumentar a dose para atingir um efeito antes alcançado com uma dose menor, abstinência ao parar o consumo do álcool, gasto de tempo para conseguir, consumir da bebida, abandono de interesses devido ao consumo, falta de sucesso ao tentar parar de beber (CISA, 2012).

O *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), apresenta um questionário do conhecimento do grau de dependência do alcoolista, auxiliando os profissionais da área da saúde a identificar a gravidade do uso, classificando por escala a dependência. O indivíduo deve responder cada questão assinalando de 0-3, no final deve-se somar as respostas, de 1-9 significa baixa dependência, 10-19 média dependência e por fim, 20-45 alto grau de dependência(Quadro 2) (CORREA, 2014).

Quadro 2. Questões sobre o consumo do álcool.

| Questões | Nunca | Algumas vezes | Com frequência | Quase sempre |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|----------------|--------------|
| 1. Você sente dificuldade em parar de pensar em beber? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Ficar bêbado é mais importante que sua próxima refeição? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Você planeja o seu dia com base em quando e onde pode beber? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Você bebe de manhã, à tarde e à noite? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Você bebe apenas pelos efeitos do álcool sem importar qual seja a bebida? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Você bebe o quanto quer, independentemente do que tenha que fazer no dia seguinte? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sabendo que muitos problemas são causados pelo álcool, ainda assim você bebe muito? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Você sabe que não é capaz de parar quando começa a beber? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Você tenta controlar a bebida parando completamente por dias ou semanas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Na manhã seguinte, depois de ter bebido pesado, você necessita de um primeiro gole para começar a funcionar? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Na manhã seguinte, depois de ter bebido pesado, você acorda com tremor nas mãos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Na manhã seguinte, depois de ter bebido pesado, você acorda e vomita? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Na manhã seguinte, depois de ter bebido pesado, você procura evitar as pessoas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Depois de ter bebido pesado você vê coisas assustadoras e depois de um tempo percebe que eram imaginárias? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Você sai para beber e no dia seguinte percebe que não se lembra do que aconteceu na noite anterior? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Fonte: Extraído de CORREA, 2014.

Em exames bioquímicos, os elevados níveis de gama-glutamil transferase (GGT), alanina aminotransferase (ALT) e volume corpuscular médio (VCM) podem ser indicativos de alcoolismo, mas se tornam indicativos bioquímicos evidentes do dependente alcoólico quando acrescentados com outros marcadores, como o aumento do colesterol lipídico triglicerídeos, elevação do ácido úrico devido ao aumento da síntese proteica, a baixa glicemia causada pela inibição da glicogênese e glicogenólise, elevação do ácido úrico após o aumento da síntese de ácido láctico, hipoprotenemia anemia e trombocitopenia, que é resultado da inibição da síntese proteica (RIBEIRO et al., 2013).

5.1 Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA)

A interrupção ou redução do consumo do álcool em dependentes resulta em um grupo de sintomas denominados síndrome de abstinência alcoólica (SAA) (LARANJEIRA; PINSKY, 2000).

O princípio da abstinência é caracterizado por sinais físicos como: tremores, ansiedades, alteração de humor, sudorese, irritabilidade, problemas digestivos e psíquicos (SILVA et al., 2017).

A SAA tem início nas primeiras 24 horas após a diminuição da ingestão do etanol e pode durar 5-7 dias, e com o instrumento de avaliação Clínica Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar), que evidencia os sintomas decorrentes da abstenção, é possível classificar o grau da SAA como leve, moderado ou grave (CORREA, 2014).

A avaliação corresponde a uma escala formada por 10 itens (Quadro 3) cuja somatória de pontos classifica a gravidade da SAA em leve (soma de 0-9), moderada (soma de 10-18) e grave (soma acima de 18) (LARANJEIRA et al., 2003).

Quadro 3. Avaliação da SAA Clínica Withdrawal Assessment Revised.

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Você sente um mal-estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? | |
| 0 | Não |
| 1 | Náusea leve e sem vômito |
| 4 | Náusea recorrente com ânsia de vômito |
| 7 | Náusea constante, ânsia de vômito e vômito |
| Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: | |
| 0 | Não |
| 1 | Não visível, mas sente |
| 4 | Moderado, com os braços estendidos |
| 7 | Severo, mesmo com os braços estendidos |
| Sudorese | |
| 0 | Não |
| 4 | Facial |
| 7 | Profusa |
| Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? | |
| 0 | Não |
| 1 | Sim |
| Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? | |
| 0 | Não |
| 1 | Sim |
| As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? | |
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderado |
| 4 | Alucinações moderadas |

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Continuação do Quadro 3. | |
| 5 | Alucinações graves |
| 6 | Extremamente graves |
| 7 | Contínua |
| Você se sente nervoso (a)? | |
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 4 | Leve |
| Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? | |
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderado |
| 4 | Grave |
| 5 | Muito grave |
| 6 | Extremamente grave |
| Agitação | |
| 0 | Normal |
| 1 | Um pouco mais que a atividade normal |
| 4 | Moderadamente |
| 7 | Constante |
| Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? | |
| 0 | Orientado |
| 1 | Incerto sobre a data, não responde seguramente |
| 2 | Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias |
| 3 | Desorientado com a data, com mais de 2 dias |
| 4 | Desorientado com o lugar e pessoa |

Fonte: Extraído de CORREA, 2014.

6 MALEFÍCIOS DO ALCOOLISMO PARA O ORGANISMO

Alcançando diversos órgãos e sistemas, o álcool causa desordens fisiológicas, pois é rapidamente absorvido no trato gastrointestinal e provoca danos a estrutura da mucosa, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, desnutrição, alterações cognitivas entre outras (ANDRADE et al., 2016). O etanol também pode causar diversas alterações digestivas como a pancreatite, que quando crônica é relacionada ao desenvolvimento de diabetes em dependentes alcoólicos, e também a hepatite que pode variar desde uma elevação assintomática das transaminases hepáticas até uma doença crítica com falência hepática. Também provoca gastrite e úlceras pépticas, além disso, pode gerar estomatite, esofagite, duodenite, câncer esofágico e câncer gástrico (SEIBEL, 2010).

O aumento de triglicerídeos está relacionado a *diabetes* e doenças cardiovasculares. Durante a metabolização, a molécula de glicerol se liga a três moléculas de ácidos graxos, perde uma molécula de água a cada ácido graxo ligado

e produz o triacilglicerol (triglicerídeos) correlacionado ao uso crônico do álcool (COUTINHO; MENDES; ROGERO, 2014). Por meio da estimulação na produção de VLDL pelo fígado, que pode elevar a pressão arterial, glicemia, além de alterações gastrointestinais, cirrose hepática, câncer de pâncreas, insuficiência múltiplas de órgãos e sistema levando a morte (JESUS; PEREIRA; WAITZBERG, 2005).

Estudos em ratos e homens sugerem que o efeito hepatotóxico do álcool surge invariavelmente, após alta ingestão de álcool, que leva a deposição de triglicerídeos nos hepatócitos, especialmente entre 3-7 dias de consumo. A esteatose alcoólica, uma vez instalada pode evoluir com a continuação da ingestão crônica do etanol para fibrose e posteriormente cirrose, caracterizada por quadro irreversível de lesão hepática (MARTELLI, 2010).

6.1 Malefícios Nutricionais do Alcoolismo

Com o uso crônico do álcool, as deficiências nutricionais são inevitáveis, pois, além de substituir alimentos na dieta, o álcool também interfere na utilização dos nutrientes pelo corpo (RIBEIRO et al., 2013).

A perda do paladar nos dependentes em tratamento do caps em Volta Redonda, ressaltando a influência do etanol direta nas percepções do paladar e olfato dos dependentes (BARBOSA; FERREIRA, 2011).

O alcoolismo também causa deficiência de vitaminas como niacina desenvolvendo lesões na pele e descamação dessas lesões e, por fim, ácido fólico, manifestando anemia (SIRTULI et al., 2015).

A deficiência de tiamina é um dos principais riscos nutricionais muito relevantes, pois está diretamente relacionada à dependência e ingestão do etanol que reduz a utilização de nutrientes (ANTUNES, 2015). É uma vitamina hidrossolúvel que não se armazenada no organismo, portanto a correta alimentação deve fornecer sua fonte primária e seu desequilíbrio quantitativo e qualitativo gera distúrbio à saúde. O alcoolismo crônico leva a essa deficiência em virtude da baixa ingestão, redução do transporte ativo em nível gastrointestinal, à diminuição da ativação do pirofosfato de tiamina, que inibe a capacidade de absorção (MOREIRA; SANT'ANA, 2014).

A absorção das vitaminas lipossolúveis também é prejudicada, pois quando o álcool muda seu metabolismo, permanentemente, a estrutura celular do fígado e afeta sua capacidade de metabolizar gorduras (RIBEIRO et al., 2013).

7 ALCOOLISMO E A NUTRIÇÃO

7.1 Estado Nutricional do Dependente Alcoólico

O estado nutricional do alcoolista muda de acordo com a quantidade e o tempo de uso. O dependente que faz uso crônico do álcool troca os nutrientes e calorias da dieta pela bebida e mantém assim o estado de desnutrição (RIBEIRO et al., 2013). O consumo crônico e pesado do álcool afeta a ingestão de alimentos, fonte de macro e micronutrientes, e também causa má absorção e agressão celular desencadeada por sua citotoxicidade direta (TOFFOLO et al., 2011).

O paciente alcoólatra certamente apresenta algum nível de desnutrição devido à ingestão do álcool, podendo ser por prejuízo na absorção e utilização dos nutrientes ou pela redução da ingestão dos mesmos (BOAVENTURA; AGUIAR; SILVA, 2007). Por outro lado, o usuário de consumo moderado faz do álcool fonte de energia adicional a dieta habituada, sendo assim, pode apresentar obesidade (RIBEIRO et al., 2013).

O consumo extra das calorias do álcool favorece o aumento da gordura corporal e o excesso de peso entre consumidores moderados, já que o álcool não fornece nenhum outro nutriente como proteínas, oligoelementos, minerais ou vitaminas; são fornecidas apenas calorias “vazias” (TOFFOLO et al., 2011).

O estado nutricional do dependente pode mudar durante o tratamento, pois durante o consumo abusivo do álcool, o indivíduo apresenta estado de desnutrição, porém durante o tratamento de reabilitação hospitalar e ambulatorial, o estado muda para sobrepeso em decorrência do ganho rápido e gradual de peso ao tentar controlar a “fissura” (forte desejo de usar a substância) (SIRTULI et al., (2015).

Observa-se que durante a alta ingestão de álcool ocorre um aumento do consumo de carnes, ovos, queijo, batata, óleo, pão, cereais e a diminuição do consumo de vegetais produtos lácteos, frutas e hortaliças (KESSE et al., 2001).

7.2 Preferência Alimentar Durante a Crise de Abstinência

O dependente em tratamento sofre de ansiedade e pode surgir a “fissura” e subsequente aumento das chances de recaída. Estas condições geram o aumento do consumo de alimentos fontes de carboidratos, principalmente simples, e de gorduras (SIRTULI et al., 2015). Esses alimentos favorecem o aumento do triptofano cerebral, e por consequência, a síntese e liberação do neurotransmissor serotonina

(WURTMAN; WURTMAN, 1995). A serotonina está relacionada com a melhora de humor e alívio da irritabilidade, e causa nos dependentes uma poderosa força motivacional e a sensação de prazer e bem-estar ao consumir esse tipo de alimentos (SIRTULI et al., 2015; TOFOLLO; MARLIÉRE; NEMER, 2013).

7.3 Atuação do Nutricionista e Estratégias Nutricionais para a Reabilitação de Dependentes Químicos

Há pouca literatura que relaciona o papel do nutricionista ao uso crônico de álcool, portanto, é muito importante que seja feita uma abordagem nutricional individual do dependente alcoólico, para identificar déficits nutricionais, e que sejam sanados de forma específica para repor toda perda provocada pelo álcool (BARBOSA; FERREIRA, 2011).

O papel do nutricionista é de suma importância, pois por meio de orientações e estratégias de intervenção é possível propor uma alimentação equilibrada e sanar as deficiências causadas pelo álcool (BARBOSA; FERREIRA, 2011).

Lima (2015) ressalta que a importância da avaliação do estado nutricional do dependente tem como propósito garantir uma melhor conduta de intervenção no tratamento do indivíduo, esta avaliação deve ser realizada por um nutricionista, pois a atuação desse profissional é de grande valia no processo de reabilitação do alcoolista, pela dificuldade de adaptação na reeducação alimentar que é necessária durante o tratamento e nas crises de abstinência.

O álcool tem influência na quantidade, qualidade e frequência da alimentação do dependente, o que gera alteração no metabolismo de nutrientes prejudicando a absorção necessária. A melhor estratégia de redução de danos causados pelo álcool no organismo é a ingestão adequada de nutrientes associado ao tratamento, restaurando o estado nutricional do indivíduo (SIRTULI et. al., 2015).

Uma avaliação completa do estado nutricional que inclua a anamnese alimentar, exames bioquímicos e avaliação antropométrica, aumenta a probabilidade de que sejam utilizadas intervenções eficazes de acordo com cada diagnóstico identificado e as informações coletadas no caso da anamnese devem conter especificadamente a quantidade, qualidade, frequência do consumo e combinação do álcool com a alimentação do paciente (CUPPARI, 2005).

Visto que a intervenção nutricional não apresenta protocolos específicos para o tratamento do dependente (CORRÊA, 2014), o nutricionista deve visar a

individualidade de cada paciente com uma alimentação que restaure suas deficiências nutricionais (TEXEIRA et al., 2015).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcoolismo é uma doença crônica, que pode ser fatal e que afeta uma grande população do nosso país, e em sua maioria indivíduos do sexo masculino.

No início do tratamento o indivíduo pode apresentar o estado de desnutrição ou de obesidade, isso varia de acordo com a quantidade e o tempo de uso do álcool. Por esse motivo se torna de extrema importância a presença de um nutricionista na equipe multidisciplinar durante o tratamento do alcoolista, já que as orientações, estratégias e tratamento nutricional devem ser realizados de forma individual, após uma avaliação antropométrica e anamnese alimentar, para que possam ser identificados e tratados as deficiências nutricionais do alcoolista em reabilitação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. P. et al. Estado nutricional de pacientes alcoolistas de uma instituição hospitalar do nordeste brasileiro. *Nutrição Clínica, Dietética e Hospitalaria*. Pernambuco, v. 36, n. 2, p. 63-73. Fev. 2016.

ANTUNES, M. C. B. M. Tiamina e álcool: Uma revisão da literatura sobre interações nutricionais, possíveis complicações e tratamento. 14 f. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Curso de especialização em dependência química UNIAD), Instituto Nacional de Pesquisa em Álcool e Drogas. São Paulo.

BARBOSA, C. D.; FERREIRA, C. C. D. O Papel da Nutrição no Processo Reabilitório de Dependentes de Álcool. 2011. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda*, p. 89-101. Nov. 2011.

BOAVENTURA, G. T.; AGUIAR, A. S.; SILVA, V. A. As calorias do etanol são aproveitadas pelo organismo? 2 Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=551>. Acesso em: Abr. 2018.

CISA. Efeitos do álcool. 2012. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso em: mai. 2018.

CISA. Relatório global sobre álcool e saúde. 2014. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso em: abr. 2018.

CORRÊA, B. R. S. Abordagem nutricional no tratamento do alcoolismo. 32 f. 2014. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Biológicas Departamento de Nutrição, Juiz de Fora.

COUTINHO, V. F.; MENDES, R. R.; ROGERO, M. M. Bioquímica e metabolismo dos carboidratos. Editora Rocca, São Paulo, 2 ed. 2014.

CUPPARI, L. Nutrição Clínica no Adulto: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospital da UNIFESP-EPM. 2ª Ed. São Paulo: Manole. 474 p, 2005.

FALCON, B. G. de P. Projeto de intervenção sobre alcoolismo na área de abrangência da equipe “Cidade de Deus I”. Sete Lagoas-Minas Gerais. 47 f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

FORTUNA, L. et al. Um brinde á vida, sem álcool, por favor. Anais da vi mostra científica do cesuca. v. 1, n. 6. 2012.

JESUS, R. P.; PEREIRA, C. C. A.; WAITZBERG, D. L. Doenças hepáticas. Editora Manole. 2005.

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. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11522555>>. Acesso em março 2018.

LARANJEIRA, R.; JERÔNIMO, C. Dependência e uso nocivo do álcool. 2006. Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/texto/Dependencia%20e%20uso%20nocivo%20de%20alcool.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2018.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. O alcoolismo. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R. et. al. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira – São Paulo. 2 ed. 120 p. 2003.

LIMA, G. S. et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de alcoolistas atendidos em um centro de reabilitação de Caruaru – PE, Brasil. Nutrição Clínica, Dietética e Hospitalaria. Pernambuco, v. 35, n. 2, p. 16-25. Abr. 2015.

MARTELLI, A. Metabolismo hepatocelular dos lipídios: uma abordagem clínica e histopatológica do acúmulo intracelular dos lipídios (esteatose) do parênquima hepático induzida pelo álcool. 6 f. 2010. Artigo de Revisão – Unopar, São Paulo.

MOREIRA, A. V. B.; SANT'ANA, H. M. P.; Vitaminas. Editora Rocca. São Paulo. 2 ed. 2014.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Alcohol metabolismo: An update. Disponível em <<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa72/aa72.htm>>. Acesso em 17 abr. 2018.

PIVETTA, L. A. Efeitos Tóxicos do Etanol e sua Relação com o Estresse Oxidativo. 143 f. 2005. Dissertação de mestrado - UFSM. Santa Maria – Rio Grande do Sul.

RIBEIRO, A. H. et al. Álcool: O que você realmente sabe sobre as drogas? 49 f. 2013. Artigo científico. Universidade de São Paulo – São Paulo.

SEIBEL, S. D. Dependência de Drogas. 2º Ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, T. C. et al. Alcoolismo: um estudo entre os universitários das instituições privadas de ensino de Guarulhos. Revista ENIAC Pesquisa, Guarulhos, v. 6 n. 1. jun. 2017.

SIRTULI, J. F. et al. Hábitos alimentares e estado nutricional de dependentes químicos e alcoolistas em uma comunidade terapêutica. Perspectiva Erechim, Rio Grande do Sul, v. 39, n. 145, p. 121-130, Mar. 2015.

TOFFOLO, M. C. F. Escolha de alimentos durante a abstinência alcoólica: influencia na fissura e no peso corporal. 2011. J Bras, Psiquiatr. v. 60. n. 4, p. 341-346, 2011.

WURTMAN, R. J; WURTMAN J. J. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. Obes Res. v. 3, n. 4. p. 477-480, 1995.