

Estado nutricional de pacientes alcoolistas de uma Instituição hospitalar do Nordeste Brasileiro

Nutritional Status of alcoholic patients of a hospital institution of the Brazilian Northeast

Pereira de Andrade, Sheylane; Rolim de Lima, Cybelle; Gonçalves de Orange, Luciana; Batista de Medeiros, Tibério; Assunção Santos, Renata Emmanuele; Moura dos Santos, Hilda Carla; Camara e Siqueira Campos, Florisbela de Arruda

Centro Acadêmico de Vitória (CAV) - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Recibido: 17/julio/2015. Aceptado: 8/febrero/2016.

RESUMO

Introdução: O alcoolismo é caracterizado pela ingestão repetitiva do álcool, constituindo atualmente um problema de saúde pública. O aproveitamento orgânico da energia fornecida pelas bebidas alcoólicas dependerá do estado nutricional do indivíduo, da frequência e do padrão de consumo, podendo levar ao sobrepeso e a obesidade, em consumidores moderados, e a desnutrição entre os usuários crônicos.

Objetivo: avaliar o estado nutricional e associá-lo aos fatores sociodemográficos de pacientes alcoolistas internos.

Metodologia: estudo do tipo transversal realizado em uma Instituição hospitalar do nordeste brasileiro. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes com diagnóstico de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), internos e que preenchiam os critérios de elegibilidade. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário próprio estruturado, abordando informações sociodemográficas, antropométricas e de comorbidades.

Resultados: foram avaliados 121 alcoolistas adultos, com média de idade de $43,59 \pm 9,53$ anos, do sexo masculino. A prevalência foi de indivíduos divorciados (38%), desempregados (54,5%), com baixa escolaridade (44,6%) e com renda familiar entre um e dois salários mínimos (41,3%). Verificou-se, ainda, que 75,2% eram eutróficos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), no entanto, 66,1%, 83,5% e 88,4% eram desnutridos, de acordo com a Prega Cutânea Tricipital (PCT), a Circunferência do Braço (CB) e a Circunferência Muscular do Braço (CMB), respectivamente. 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).

Conclusão: além de prejuízos sociais e econômicos causados pelo uso abusivo do álcool, evidenciou-se, também, os efeitos deletérios à saúde, principalmente ao estado nutricional, observando-se comprometimento tanto de massa magra quanto de massa gorda.

Correspondencia:

Sheylane Pereira de Andrade
sheylane23@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE

Alcoolismo, epidemiologia, nutrição.

ABSTRACT

Introduction: Alcoholism is characterized by repetitive intake of alcohol, currently constituting a public health problem. Organic use of the energy provided by alcohol depends on the nutritional status of the individual, the frequency and pattern of consumption, which can lead to overweight and obesity in moderate drinkers, and malnutrition among chronic users.

Aim: To assess the nutritional status and associate it to socio-demographic factors of alcoholic inpatients.

Methodology: Study of a cross-sectional type made in a hospital institution of the Brazilian Northeast. All patients with diagnoses for Alcohol Dependence Syndrome (ADS) were included in the research, inpatients and those who fulfilled the eligibility criterion. The data collection was done through a proper structured questionnaire, approaching socio-demographic information, anthropometrical and of comorbidities.

Results: 121 alcoholic adults were assessed, with an age range of 43,59±9,53 years old, of the masculine gender. The prevalence was of divorced individuals (38%), unemployed (54,5%), with low school level (44,6%) and with family income between one and two minimum wages (41,3%). It was also verified that 75,2% of them were eutrophic, according to the Body Mass Index (BMI), however 66,1%, 83,5% and 88,4% were malnourished, according to the Triceps Skinfold Thickness (TSF), the Arm Circumference (AC) and the Arm Muscle Circumference (AMC), respectively. As for the abdominal obesity, 92,6% and 72,7% of the individuals were classified as with no abdominal obesity, according to the Waist Circumference (WC) and the waist-to-height (WHtR), respectively, and 91,7% with no risk to cardiovascular disease in accordance to waist hip ratio (WHR).

Conclusion: Besides the social and economic damages caused by the excessive alcohol consumption, It also became clear the detrimental health effects, mainly to the nutritional status, with the impairment of either the lean mass or the fat mass being observed.

KEYWORDS

Alcoholism, epidemiology, nutrition.

LISTA DE ABREVIATURAS

CB: Circunferência de Braço.

CC: Circunferência da Cintura.

CCS: Centro de Ciências da Saúde.

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa.

CMB: Circunferência Muscular do Braço.

CQ: Circunferência de Quadril.

DCP: Desnutrição Calórica Proteica.

DCV: Doença Cardiovascular.

DM: Diabetes Mellitus.

HAS: Hipertensão Arterial.

IC: Insuficiência Cardíaca.

IMC: Índice de Massa Corporal.

NA: Neuropatia Alcoólica.

PCT: Prega Cutânea Tricipital.

RCEst: Razão Cintura Estatura.

RCQ: Razão Cintura Quadril.

SDA: Síndrome da Dependência do Álcool.

SM: Salário Mínimo.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco.

WHO: World Health Organization.

%CB: Adequação de Circunferência de Braço.

%CMB: Adequação de Circunferência Muscular do Braço.

%PCT: Adequação de Prega Cutânea Tricipital.

INTRODUÇÃO

O uso de álcool é um comportamento presente em diversas culturas e sociedades¹. Aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e cerca de 76,3 milhões convivem com diagnóstico de distúrbios relacionadas a este consumo². O alcoolismo é caracterizado pela ingestão repetitiva do álcool e constitui um problema de saúde apresentando vários níveis de severidade³.

O álcool é absorvido rapidamente no trato gastrointestinal, alcançando diversos órgãos e sistemas, o que pode provocar distúrbios fisiológicas e psicológicas como, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, hepatopatias, danos à estrutura mucosa do trato gastrointestinal, desnutrição, alterações cognitivas, demência, depressão⁴.

As bebidas alcoólicas são constituídas de água, etanol, quantidades variáveis de açúcares e quantidades irrelevantes de proteínas, vitaminas e minerais. Com isso, todo aporte calórico é proveniente dos açúcares e do próprio etanol⁵, que é uma fonte energética intermediária em relação às proteínas (4,0 kcal/g) e aos carboidratos (4,0 kcal/g) e aos lipídios (9,0 kcal/g), fornecendo 7,1 kcal/g⁶. Entretanto, por ser uma fonte desprovida de vitaminas e minerais, o consumo crônico pode causar desnutrição específica⁶.

O aproveitamento orgânico da energia fornecida pelas bebidas alcoólicas dependerá do estado nutricional do indivíduo, da frequência e do padrão de consumo, podendo levar ao sobrepeso e a obesidade, em consumidores moderados, e a desnutrição entre os usuários crônicos. Nestes últimos as calorias provenientes do álcool podem representar 50% das suas necessidades^{7,8}. Neste sentido, a desnutrição pode ser resultado de um prejuízo na ingestão de alimentos ou da redução da absorção de nutrientes ou do hipermetabolismo decorrente da metabolização do álcool, podendo levar à perda de peso que se dá pela depleção dos estoques de gordura e/ou massa muscular, o que pode desencadear a Desnutrição Calórica Proteica (DCP)^{7,8}.

Dessa forma, é relevante a avaliação do estado nutricional de alcoolistas, podendo ser realizada de forma objetiva baseada em parâmetros comumente utilizados, tais como: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), medidas de prega cutânea e de circunferências⁹.

Em face ao exposto, realizou-se este estudo com o objetivo de avaliar o estado nutricional e associá-lo aos fatores sociodemográficos de pacientes alcoolistas internos em uma Instituição hospitalar do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal realizado em uma Instituição hospitalar localizada em Vitória de Santo Antão/PE no período de agosto de 2012 a abril de 2013. A Instituição atende portadores da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) há cerca de doze anos e dispõe de 39 leitos para estes pacientes, sendo o tempo de internação média de 60 dias.

Para o estudo foram selecionados pacientes do sexo masculino, de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: (i) com diagnóstico de SDA (CID-10), (ii) com idade ≥ 20 anos e < 60 anos; (iii) em condições de realização da avaliação antropométrica; (iv) que aceitaram

participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário próprio estruturado, que abordava informações socio-demográficas, antropométricas e de comorbidades. Para constituição do banco de dados foram realizadas entrevistas com os pacientes e transcrições dos prontuários para obtenção dos dados sociodemográficos e das comorbidades, respectivamente; enquanto que os dados antropométricos foram obtidos a partir da avaliação antropométrica, realizada até 72h após a admissão, evitando-se, assim, qualquer tipo de intervenção, tanto nutricional como medicamentosa. A transcrição dos prontuários, a entrevista e a avaliação foram realizadas pela pesquisadora responsável pelo estudo, de forma individual, o que garantiu privacidade e sigilo das informações.

Para determinação das características sociodemográficas foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar. Foram classificados como adultos aqueles indivíduos com idade ≥ 20 anos e < 60 anos¹⁰. Para o estado civil considerou-se a seguinte classificação, solteiro, casado, divorciado e viúvo. A ocupação foi classificada em empregado, desempregado e aposentado, já a escolaridade foi categorizada em: nenhuma, ensino fundamental I, ensino fundamental II, ensino médio e nível superior. A renda familiar foi coletada em reais e categorizada da seguinte forma: < 1 salário mínimo (SM), $1 \leq SM < 2$, $2 \leq SM < 3$, e ≥ 3 SM, tendo como base o SM vigente. O SM à época da análise dos dados era de 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais) e 317,00 (trezentos e dezesseis dólares).

As comorbidades foram obtidas por meio da transcrição de dados contidos nos prontuários da própria Instituição, levando em consideração os dados da admissão médica.

Para caracterização da amostra, segundo a antropometria, foram utilizadas as seguintes variáveis: peso, altura, Índice Massa Corporal (IMC), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Circunferência do Braço (CB), Circunferência Muscular do Braço (CMB), Circunferência da Cintura (CC), Circunferência do Quadril (CQ), Razão cintura/estatura (RCEst) e Razão cintura/quadril (RCQ).

Para obtenção do IMC foram verificados o peso e a altura. O peso foi aferido utilizando-se uma balança, tipo plataforma, portátil da marca WELMYTM, com capacidade para 200 kg e precisão de 100g. A altura foi medida através do estadiômetro acoplado à balança,

com capacidade para 2,00m e precisão de 1mm. O IMC foi obtido mediante a utilização do quociente peso/altura², o valor do peso corporal foi expresso em kg e o da altura, em m², sendo classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde^{10,11}.

A medida de PCT foi realizada no membro não dominante utilizando adipômetro da marca cescof conforme procedimento de DeHoog¹². O cálculo da Adequação da PCT (%PCT) foi realizado dividindo o valor médio da PCT pelo valor da PCT no percentil 50 das tabelas propostas por Frisancho¹³, ambos expressos em mm e multiplicado por 100. A classificação do estado nutricional pela %PCT foi baseada no Padrão de Referência de Blackburn & Harvey¹⁴.

A CB foi realizada no membro não dominante, utilizando-se fita métrica metálica e flexível com escala de 0-150cm e resolução de 0,1cm conforme descrito por DeHoog¹², sendo o valor da medida expresso em centímetro. O cálculo da Adequação da CB (%CB) foi realizado dividindo o valor da CB obtido pelo valor da CB no percentil 50 das tabelas propostas por Frisancho¹³, ambos expressos em cm e multiplicado por 100. A classificação do estado nutricional pela %CB foi baseada no Padrão de Referência de Blackburn & Harvey¹⁴.

A CMB foi obtida através da fórmula $CMB = CB - (\pi \times PCT)$, tanto a CB quanto a PCT expressas em cm. O cálculo da Adequação da CMB (%CMB) foi realizado dividindo o valor da CMB obtido pelo valor da CMB no percentil 50 das tabelas propostas por Frisancho¹³, multiplicado por 100. A classificação do estado nutricional pela %CMB foi baseada no Padrão de Referência de Blackburn & Harvey¹⁴.

Para obtenção das CC e CQ utilizou-se uma fita métrica metálica e flexível com escala de 0-150 cm e resolução de 0,1cm conforme descrito por Lameu et al¹⁵. Para o diagnóstico da obesidade abdominal, a partir da avaliação da CC (cm), foi utilizado o ponto de corte recomendado pela WHO¹⁶ para homens.

A RCEst foi obtida a partir da utilização do quociente CC/altura, ambos expressos em cm, sendo adotado o ponto de corte obtido em um estudo brasileiro de Pitanga & Lessa¹⁷, que utilizou para definição de obesidade abdominal os valores $\geq 0,52$ para homens.

A RCQ foi obtida mediante a utilização do quociente CC/CQ, ambos expressos em cm, e para diagnóstico de risco para Doença Cardiovascular (DCV) utilizou-se o ponto de corte da WHO¹¹ para homens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), através do processo nº: 0371.0.172.000-10. Todos os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa firmaram participação voluntária, assinando termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A construção do banco de dados foi realizada no Excel 2007 e para a análise estatística utilizou-se o *software STATA/SE 12.0*. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Para determinar associação entre as variáveis estudadas empregou-se o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

Durante o período de estudo foram avaliados 121 pacientes alcoolistas do sexo masculino com média de idade de $43,59 \pm 9,53$ anos, sendo a idade mínima de 23 e a máxima de 59 anos.

Na Tabela 1 estão sumarizadas as variáveis sociodemográficas. Chama-se atenção para a variável estado civil, na qual 38% (n = 46) e 33,9% (n = 41) dos alcoolistas eram divorciados e solteiros, respectivamente. Com relação à ocupação e a escolaridade, 54,5% (n = 66) dos participantes eram desempregados e 44,6% (n = 54) possuíam apenas o ensino fundamental I. Quanto a renda, 41,3% (n = 50) dos pacientes apresentavam renda familiar $1 \leq SM < 2$, vale ressaltar, que 39,7% (n = 48) apresentavam renda familiar inferior a 1SM.

Na avaliação antropométrica (Tabela 2) observou-se que 75,2% (n = 91) dos indivíduos eram eutróficos, segundo o IMC, além disso, determinou-se um IMC médio de $22,72 \pm 3,72$ Kg/m² (variando entre 15,55Kg/m² e 35,6Kg/m²), também classificado como eutrófico. No entanto 66,1% (n = 80), 83,5% (n = 101) e 88,4% (n = 107) eram desnutridos, de acordo com a PCT, a CB e a CMB, respectivamente. Pode-se, ainda, destacar que segundo a CB e a CMB, não houve indivíduos classificados com excesso de peso. Em relação à obesidade abdominal, 92,6% (n = 112) e 72,7% (n = 88) dos indivíduos, foram classificados sem obesidade abdominal,

Tabela 1. Condições sociodemográficas de 121 pacientes alcoolistas internos em uma Instituição hospitalar (Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2013).

Variáveis	N ²	%
Estado Civil		
Casado	31	25,6
Solteiro	41	33,9
Divorciado	46	38,0
Viúvo	3	2,5
Ocupação		
Empregado	49	40,5
Desempregado	66	54,5
Aposentado	6	5,0
Escolaridade		
Nenhuma	8	6,6
Ensino Fundamental I	54	44,6
Ensino Fundamental II	37	30,6
Ensino Médio	18	14,9
Ensino Superior	4	3,3
Renda		
< 1SM ¹	48	39,7
1 ≤ SM < 2	50	41,3
2 ≤ SM < 3	13	10,7
≥ 3	10	8,3

¹SM: Salário Mínimo vigente no período do estudo (R\$ 678,00) e (US\$ 317,00).

²N: número absoluto de indivíduos avaliados.

segundo CC e RCEst, respectivamente, e para doença cardiovascular, 91,7% (n = 111) foram classificados sem risco de acordo com a RCQ.

No que diz respeito às médias de adequação de PCT, CB e CMB, obteve-se os seguintes resultados, 84,86 ± 34,23%, 79,56 ± 9,72% e 79,51 ± 8,75%, respectivamente, todas classificadas como desnutrição. Já com relação a média de RCEst, evidenciou-se 0,48 ± 0,06,

Tabela 2. Avaliação antropométrica de 121 pacientes alcoolistas internos em uma Instituição hospitalar (Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2013).

Variáveis	N ⁸	%
IMC¹		
Desnutrição	7	5,8
Eutrofia	91	75,2
Sobrepeso	17	14,0
Obesidade	6	5,0
PCT²		
Desnutrido	80	66,1
Nutrido	16	13,2
Sobrepeso	2	1,7
Obesidade	23	19,0
CB³		
Desnutrido	101	83,5
Nutrido	20	16,5
CMB⁴		
Desnutrido	107	88,4
Nutrido	14	11,6
CC⁵		
Sem obesidade abdominal	112	92,6
Com obesidade abdominal	9	7,4
RCEst⁶		
Sem obesidade abdominal	88	72,7
Com obesidade abdominal	33	27,3
RCQ⁷		
Sem Risco DCV	111	91,7
Com Risco DCV	10	8,3

¹IMC: Índice de Massa Corporal. ²PCT: Prega Cutânea Tripital. ³CB: Circunferência do Braço. ⁴CMB: Circunferência Muscular do Braço. ⁵CC: Circunferência da Cintura. ⁶RCEst: Razão Cintura Estatura. ⁷RCQ: Razão Cintura Quadril. ⁸N: número absoluto de indivíduos avaliados.

o que demonstrou que os participantes não apresentavam obesidade abdominal.

A Figura 1 reúne as comorbidades apresentadas pelos alcoolistas no presente estudo, demonstrando que a hipertensão arterial foi a mais prevalente, sendo encontrada em 20,6% (n = 25) dos pacientes.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo são indicativos de que a população de alcoolistas apresentou prejuízos sociais e econômicos, evidenciando-se, também, os efeitos deletérios à saúde, principalmente ao estado nutricional.

Com relação ao estado civil, o maior número de indivíduos solteiro e divorciado, está em consonância com observações feitas por Filizola et al¹⁸, que encontraram maior prevalência de alcoolismo entre aqueles que não tem companhia estável (solteiros, divorciados, viúvos) e por Silveira et al¹⁹ que sugerem a falta de companheiro como fator associado ao abuso e a dependência do álcool, embora ainda não permita definir se essa associação é de causa ou consequência. Entretanto, recente estudo realizado por Souza et al²⁰ identificou alta prevalência de alcoolistas entre indivíduos casados. No entanto, Karam²¹ ressalta que o estado civil não é uma variável determinante para o alcoolismo, embora este tenha sido um motivo bastante utilizado como estratégia de defesa.

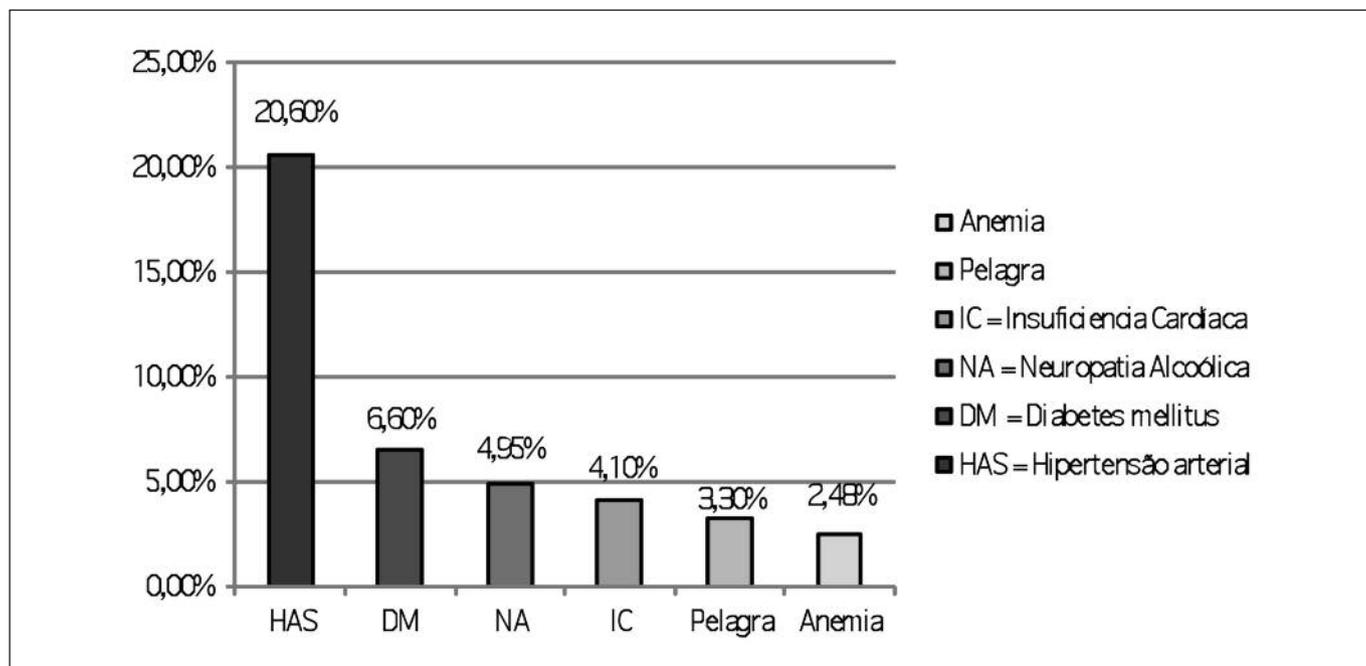
Outra variável que pode estar relacionada a um maior risco de desenvolvimento do alcoolismo é a falta de ocupação regular, de acordo com Filizola et al (2008), o que foi confirmado na atual pesquisa. Entretanto, estudo realizado por estes autores na ilha de Fernando de Noronha, situada no estado de Pernambuco no Brasil, não identificou diferença significativa entre o grupo caso e controle para esta variável¹⁸.

A maior prevalência de baixa escolaridade entre os alcoolistas, constatada nesta investigação, concorda com os resultados de Dias et al²². Lima et al²³ identificaram, em recente pesquisa, envolvendo 43 alcoolistas, que 2,3% dos pesquisados eram analfabetos, 65,1% possuíam o ensino fundamental incompleto, 20,9% o ensino fundamental completo e 11,6% possuíam o ensino superior completo.

Cabe destacar também a alta prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre os indivíduos de nível econômico mais baixo^{23,24}, o que é confirmado pelos dados da presente pesquisa, na qual 81% dos alcoolistas possuíam renda inferior a dois salários mínimos.

Segundo Dias et al²², tais fatos evidenciam uma desestruturação social importante, onde a vulnerabilidade aumenta com a instabilidade das condições de vida e com a exclusão social.

Figura 1.



Com relação ao estado nutricional, Addolorato et al²⁵ afirmaram que o consumo crônico de etanol é responsável por mais de 50% da ingestão calórica dos alcoolistas, o que tem ocasionado alterações significativas na composição corporal dos indivíduos.

O IMC médio de $22,72 \pm 3,72 \text{ Kg/m}^2$, encontrado na presente pesquisa, vai ao encontro dos achados de Cunha et al²⁶, que encontraram IMC médio de $23,8 \pm 3,5 \text{ Kg/m}^2$ em população semelhante. A alta prevalência de alcoolistas eutróficos (75,2%) na atual pesquisa se assemelha e ainda excede o percentual (72%) encontrado por Andrade et al²⁷.

Por outro lado, Lima et al²³ e Sobral-Oliveira et al²⁸, encontraram em suas pesquisas um IMC médio de $28,2 \text{ Kg/m}^2$ e $26,2 \pm 6,8 \text{ Kg/m}^2$, respectivamente, sendo estes classificados como sobrepeso. Vale ressaltar que, embora a maioria dos pacientes do presente estudo tenha sido classificada como eutrófica, foram observados casos de desnutrição e excesso de peso.

A avaliação da adiposidade por meio do PCT identificou elevada prevalência de alcoolistas desnutridos, este resultado foi aproximado ao reportado por Maio et al²⁹ que identificaram 53% de déficit nutricional em seu estudo, sendo registrado no presente trabalho 13,1% a mais de pacientes desnutridos quando comparados aos achados desses autores. No que diz respeito a %PCT, a média de $84,86 \pm 34,23\%$, classificada como desnutrição, vai de encontro ao estudo de Cunha et al²⁶ que encontrou %PCT média de $91,7 \pm 11,3\%$, sendo considerado nutrido.

Para CB, que reflete redução tanto da gordura subcutânea quanto da massa magra, identificou-se alta prevalência de desnutrição, bem como uma média de %CB de $79,56 \pm 9,72\%$ (desnutrição). Maio et al²⁹ também identificaram elevada prevalência (61%) de desnutrição na população estudada ($n = 117$). Por outro lado, recente trabalho registrou resultado diferente quanto à %CB, identificando uma média de $97,7 \pm 8,7\%$, no entanto, para uma população de oito alcoolistas, sendo estes classificados como nutridos²⁶.

Quanto à avaliação da massa muscular pela CMB, identificou-se alta prevalência de alcoolistas desnutridos, o que está em concordância com o estudo realizado por Reis e Cople³⁰ que identificou, em uma população de alcoolistas de ambos os sexos atendidos em ambulatório, 96% de indivíduos com algum tipo de depleção, enquanto apenas 4% apresentavam-se em um limiar de normalidade. Com relação à %CMB, a média de 79,51

$\pm 8,75\%$ encontrada no presente estudo, corrobora os achados de Cunha et al²⁶ que identificaram média de $84,5 \pm 8,6\%$, ambos classificados como desnutridos.

Embora seja difícil determinar a etiologia da deficiência nutricional no alcoolismo, este por si só pode ser considerado como uma causa da redução do peso corporal²⁶, podendo representar uma alta prevalência de desnutrição mista, com comprometimento de ambas as reservas (massa magra e tecido adiposo)³⁰.

A mensuração da CC pode ser utilizada para determinação da distribuição da gordura corpórea e do risco cardiovascular. Estudo, do tipo série de casos, realizado por Rocha et al³¹ avaliou 81 indivíduos alcoolistas e identificou uma elevação da CC em 42% destes, demonstrando que esta população apresenta uma tendência a obesidade abdominal. Estudo realizado por Lima et al²³ também evidenciou elevação da CC ($97,3\text{cm}$), o que pode representar além de obesidade abdominal, risco cardiovascular. Em contrapartida, a atual pesquisa não identificou elevada prevalência de elevação da CC em seus pacientes.

Ainda com relação à obesidade abdominal, o presente estudo identificou maior prevalência de indivíduos sem este tipo de obesidade, segundo a RCest, com uma média de $0,48 \pm 0,06$. Andrade et al²⁷, em estudo do tipo caso controle, identificaram valores menores de RCest para os alcoolistas. Esses achados podem ser explicados pelo fato de o álcool ocasionar desvios metabólicos para priorização da desintoxicação do etanol no organismo, com perda energética significativa³².

Ferreira et al³³ encontraram relação positiva entre o consumo semanal de cerveja e o total de álcool consumido diariamente com indicadores de localização de gorduras, sendo esta relação significativa tanto para CC, quanto para RCQ. Em relação à RCQ, foi evidenciado no presente estudo baixa prevalência de indivíduos com risco para doença cardiovascular, sendo o valor médio para esta variável igual a $0,92 \pm 0,1$.

No que diz respeito às comorbidades, a presente pesquisa evidenciou a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a mais prevalente. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2010) o álcool altera a pressão arterial de acordo com a quantidade ingerida; e maiores quantidades de álcool estão associadas a maior morbimortalidade cardiovasculares³⁴. O que confirma os achados de Souza et al (2007)³⁵, que demonstraram dentre os indivíduos entrevistados, que entre aqueles que fazem uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana, a prevalência da hipertensão arte-

rial é de 47, 2% e para os que fazem uso diário, essa prevalência sobe para 63,2%.

Com relação à associação entre o IMC e as variáveis sociodemográficas, não houve associação significativa entre estas variáveis (Tabela 3).

Já a associação entre a CC e as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de comorbidades, demonstrou associação significativa em relação à CC e a renda familiar (Tabela 4). Foi evidenciado que, dos 112

indivíduos sem obesidade abdominal, 46 e 48 viviam com renda familiar <1 SM e $1 \leq SM < 2$, respectivamente, enquanto, apenas, 18 viviam com renda superior a dois SM. Já dos nove pacientes com obesidade abdominal, quatro viviam com renda familiar inferior a dois salários mínimos, enquanto cinco tinham renda familiar $\geq 2SM$. O que demonstra que entre os indivíduos sem obesidade abdominal predominou a baixa renda, enquanto uma maior renda prevaleceu entre os indivíduos com obesidade abdominal.

Tabela 3. Associação do Índice de Massa Corporal (IMC) com as variáveis sociodemográficas de 121 pacientes alcoolistas internos em uma Instituição hospitalar (Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2013).

Variáveis	IMC ¹				p-valor
	Desnutrição n (%)	Eutrofia	Sobrepeso n (%)	Obesidade n (%)	
Estado Civil					
Casado	4 (57,1)	9 (20,9)	5 (29,4)	3 (50,0)	0,468 *
Solteiro	1 (14,3)	35 (38,4)	4 (23,5)	1 (16,7)	
Divorciado	2 (28,6)	34 (37,4)	8 (47,1)	2 (33,3)	
Viúvo	0 (0,0)	3 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ocupação					
Empregado	2 (28,6)	34 (37,4)	9 (52,9)	4 (66,7)	0,649 *
Desempregado	5 (71,4)	51 (56,0)	8 (57,1)	2 (33,3)	
Aposentado	0 (0,0)	6 (6,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escolaridade					
Nenhuma	1 (14,3)	6 (6,6)	1 (5,9)	0 (0,0)	0,194 *
Ensino Fundamental I	4 (57,1)	43 (47,2)	7 (41,2)	0 (0,0)	
Ensino Fundamental II	2 (28,6)	27 (29,7)	4 (23,5)	4 (66,6)	
Ensino Médio	0 (0,0)	12 (13,2)	5 (29,4)	1 (16,7)	
Ensino Superior	0 (0,0)	3 (3,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Renda					
$< 1SM^2$	3 (42,9)	39 (42,8)	4 (23,5)	2 (33,3)	0,092 *
$1 \leq SM < 2$	3 (42,9)	38 (41,8)	8 (47,1)	1 (16,7)	
$1 \leq SM < 2$	1 (14,2)	8 (8,8)	1 (5,9)	3 (50,0)	
≥ 3	0 (0,0)	6 (6,6)	4 (23,5)	0 (0,0)	

(*) Teste Exato de Fisher.

¹IMC: Índice de Massa Corporal. ²SM: Salário Mínimo vigente no período do estudo (R\$ 678,00) e (US\$ 317,00).

Tabela 4. Associação entre a obesidade abdominal, as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de comorbidades de 121 pacientes alcoolistas internos em uma Instituição hospitalar (Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2013).

Variáveis	CC ¹		
	Sem Obesidade Abdominal n (%)	Com Obesidade Abdominal n (%)	p-valor
Estado Civil			
Casado	27 (24,1)	4 (44,4)	0,382 *
Solteiro	40 (35,7)	1 (11,2)	
Divorciado	42 (37,5)	4 (44,4)	
Viúvo	3 (2,7)	0 (0,0)	
Ocupação			
Empregado	45 (40,2)	4 (44,4)	1,000 *
Desempregado	61 (54,4)	5 (55,6)	
Aposentado	6 (5,4)	0 (0,0)	
Escolaridade			
Nenhuma	8 (7,1)	0 (0,0)	0,174 *
Ensino Fundamental I	52 (46,4)	2 (22,2)	
Ensino Fundamental II	32 (28,6)	5 (55,6)	
Ensino Médio	17 (15,2)	1 (11,1)	
Ensino Superior	3 (2,7)	1 (11,1)	
Renda			
< 1SM ²	46 (41,1)	2 (22,2)	0,036 *
1 ≤ SM < 2	48 (42,9)	2 (22,2)	
2 ≤ SM < 3	10 (8,9)	3 (33,4)	
≥ 3	8 (7,1)	2 (22,2)	
Co-morbidades			
Presente	35 (31,2)	6 (66,7)	0,060 *
Ausente	77 (68,8)	3 (33,3)	

(*) Teste Exato de Fisher.

¹CC: Circunferência da Cintura. ²SM: Salário Mínimo vigente no período do estudo (R\$ 678,00) e (US\$ 317,00).

CONCLUSÕES

Em síntese, os resultados indicam que entre os alcoolistas internos estudados, a prevalência foi de indivíduos divorciados, desempregados, com baixo nível de escolaridade e com baixa renda familiar. Além dos pre-

juízos sociais e econômicos causados pelo consumo de álcool, evidenciou-se, também, os efeitos deletérios à saúde, principalmente ao estado nutricional, observando-se comprometimento tanto de massa magra quanto de massa gorda.

Diante do exposto, nota-se a importância do conhecimento do estado nutricional de pacientes alcoolistas, por meio de avaliação nutricional minuciosa, utilizando-se parâmetros antropométricos que avaliem a composição corporal, pois um adequado estado nutricional pode contribuir para atenuar os efeitos das possíveis comorbidades associadas ao alcoolismo, além de acelerar o tratamento.

Logo, o nutricionista deve atuar em conjunto com uma equipe multidisciplinar na assistência ao dependente em recuperação, visando o planejamento de uma dieta equilibrada que irá contribuir significativamente para a recuperação do estado geral desses indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital e aos pacientes que tornaram viável a realização do estudo.

REFERÊNCIAS

- Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária a saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005; 21 (3): 852-61.
- World Health Organisation (WHO). Global Status Report on Alcohol. Geneva. Department of Mental Health and Substance Abuse. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/indexhtml>. Acesso em 3 mar 2014.
- Luis MAV, Luneta ACF, Ferreira PS. Protocolo para avaliação da Síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem no serviço de urgência: teste piloto. *Acta Paul Enfer Sao Paulo*, 2008; 21 (1): 39-45.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2ªed. Bertolote JM, tradutor. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010. 129 p.
- Otero RM, Cortes JR. Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr Hosp*, 2008; 23 (Supl. 2): 3-7.
- Molina PE, Hoek JB, Nelson S, Guidot DM, Lang CH, Wands JR. Mechanisms of alcohol-induced tissue injury. *Alcohol Clin Exp Res*, 2003; 27 (3): 563-75.
- Aguiar AS, Silva VA, Boaventura GT. As calorias do etanol são aproveitadas pelo organismo? *Nut Pauta*, 2007; 15: 45-9.
- Silva ABJ, Oliveira AVK, Silva JD, Quintaes KD, Silva-Fonseca VA, AguiarNemer AS. Relação entre consumo de bebidas alcoólicas por universitárias e adiposidade corporal. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(3):210-5.
- Ritter L, Gazzola J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartmental? *Arq Gastroenterol*, 2006; 43: 66-70.
- World Health Organisation (WHO). Physical status: the use interpretation of antropometry. Geneva 453p. (*WHO Technical Report Series 854*). 1995.
- World Health Organisation (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, p.98, 1997.
- DeHoog S. Avaliação do estado nutricional. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca. 1998. pp. 371 – 395.
- Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr*, 1981; 34: 2540-5.
- Blackburn GL, Harvey KB. Nutritional assesment as a routine in clinicaí medicine. *Postgrad. med*, 1982; 71: 46-63.
- Lameu E, Andrade PVB, Luiz RR. Avaliação muscular subjetiva. In: Lameu E, editor. Clínica nutricional. Rio de Janeiro: Revinter. 2005. pp.179-87.
- World Health Organisation (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity: report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, p. 276, 1998.
- Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. *Rev Ass Med Bras*, 2006; 52 (3): 157-61.
- Filizola PRB, Nascimento AE, Sougey EB, Meira Lima IV. Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. *J Bras Psiquiatr*, 2008; 57 (4): 227-232.
- Silveira CM, Wang YP, Andrade AG, Andrade LH. Heavy episodic drinking in the Sao Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and sociodemographic correlates. *J Stud Alcohol Drugs*, 2007; 68 (1): 18-27.
- Souza GM, Silva LDC, Moura PTV. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina*, 2012; 5 (2): 9-14.
- Karam H. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. *Ver. Psiquiatr*, 2003; 25 (3): 468-74.
- Dias AP, Campos JADB, Faria JB. Indicadores antropométricos do estado Nutricional em alcoolistas crônicos na Internação e na alta médica. *Alim Nutr, Araraquara*, 2006; 17 (2): 181-8.
- Lima da GS, Porto KAO, Souza TKM, Almeida AMR, Galvão, GKC, Silva, JSL, 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*, 2015; 35(2):16-25.
- Toffolo, MCF. Perfil Nutricional e bioquímico de alcoolistas frequentadores do CAPSad de Ouro Preto, Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição, Área de concentração saúde nutrição, 2012.
- Addolorato G, Capistro E, Marini M, Santini P, Scognamiglio U, Attilia ML, et al. Body composition changes induced by chronic ethanol abuse: valuation by dual energy X-ray absorptiometry. *Am J Gastroenterol*, 2000; 95 (9): 2323-7.

26. Cunha SFdeC, Melo DA, Braga CBM, Vannucchi H, Cunha DF. Papillary atrophy of the tongue and nutritional status of hospitalized alcoholics. *An bras dermatol*, 2012; 87 (1): 84-9.
27. Andrade MIS, Dourado KF, Lima CR, Orange LG, Bento RA, Rodrigues DAS et al. Razão Triglicérido/HDL-C como Indicador de Risco Cardiovascular em Alcoolistas Crônicos. *Rev Bras Cardiol*, 2012; 25 (4): 267-75.
28. Sobral-Oliveira MB, Faintuch J, Guarita DR, Oliveira CP, Carrilho FJ. Nutritional profile of asymptomatic alcoholic patients. *Arq Gastroenterol*, 2011; 48 (2): 112-8.
29. Maio R, Dichi JB, Burini RC. Sensibilidade de indicadores da desnutrição proteico-energética em cirróticos com vários graus de disfunção hepatocelular. *Arq Gastroenterol*, 2004; 41 (2): 93-99.
30. Reis NT, Cople CdosS. Acompanhamento nutricional de cirróticos com história pregressa de alcoolismo. *Rev de Nutr*, 1998; 11 (2): 139 – 148.
31. Rocha R, Cotrim HP, Carvalho FM, Siqueira AC, Braga H, Freitas LA. Body mass index and waist circumference in non-alcoholic fatty liver disease. *J Hum Nutr Dietet*, 2005; 18: 365-70.
32. Rodrigues CSC, Reis NT. *Nutrição clínica - alcoolismo*. Rio de Janeiro: Rubio. 2003.
33. Ferreira MG, Valente JG, Gonçalves-Silva RM, Sichieri R. Consumo de bebida alcoólica e adiposidade abdominal em doadores de sangue. *Rev Saúde Publica*, 2008; 42(6): 1067-73.
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2010;17(1):1-64.
35. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq. Bras. Cardiol*. v.88 n.4 São Paulo abr. 2007.