ADRIANA TREJGER KACHANI

**Comparação da composição alimentar e do
consumo alcoólico entre a fase folicular e a fase
lútea tardia de mulheres dependentes de álcool**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Brufentrinker Hochgraf

São Paulo
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Kachani, Adriana Trejger

Comparação da composição alimentar e do consumo alcoólico entre a fase folicular e a fase lútea tardia de mulheres dependentes de álcool / Adriana Trejger Kachani. -- São Paulo, 2008.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Patrícia Brufentrinker Hochgraf.

Descritores: 1.Alcoolismo 2.Mulheres 3.Consumo de alimentos 4.Consumo de bebidas alcoólicas 5.Fase luteal 6.Fase folicular

USP/FM/SBD-319/08

Aos meus avós, Sara e Jonas,
que durante toda a vida valorizaram muito o estudo,
vêem agora frutificar as sementes plantadas pelo caminho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Patrícia Brufentrinker Hochgraf** por ter me convidado para trabalhar na Universidade, me incentivado a ser a nutricionista e pesquisadora que sou hoje, por ter aceitado o desafio de orientar uma nutricionista e ...por ser uma amiga querida;

À **Profa. Dra. Silvia Brasiliano**, por sua orientação informal para este trabalho e por sua amizade e cuidado sempre presentes;

Ao **Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás**, pela orientação informal, pelo privilégio do aprendizado no convívio diário e principalmente por compartilhar comigo sua experiência e erudição;

À **Prof. Dra. Marle Alvarenga**, que também me orientou informalmente e com quem aprendi tanto durante estes anos – um grande exemplo e fonte de inspiração para a minha vida profissional desde a graduação;

À futura nutricionista **Ana Lucia Rodrigues Barbosa**, por me acompanhar durante este trabalho com dedicação e amizade constantes, além da inestimável ajuda na aplicação de questionários e escalas e recolhimento de diários alimentares;

Às nutricionistas **Aline Cardoso** e **Ligia Okuda** pelo companheirismo no trabalho e apoio com o recolhimento de diários alimentares;

À **equipe do PROMUD**, responsável pelo tratamento das pacientes e pela oportunidade de trabalharmos juntos e com eles aprender.

Ao **Prof. Dr. Joel Rennó Jr.**, por ter me desvendado os caminhos dos transtornos cíclicos do ciclo reprodutivo feminino;

Ao **Prof. Dr. Teng Chei Tung** pela ajuda com as escalas de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual;

Ao **Dr. Fernando Korkes**, pela ajuda e paciência a qualquer hora do dia e da noite;

Ao **Prof. Dr. Mauro Fisberg**, pelos inúmeros ensinamentos acadêmicos e principalmente por ter aguçado a minha curiosidade científica;

Ao meu marido **Carl**, pela companhia, apoio, paciência e carinho que me permitiram não só me tornar nutricionista como também realizar este trabalho;

Às minhas filhas **Bianca e Julia**, por me alegrarem nos momentos de cansaço, por respeitarem os momentos de trabalho; por serem as fofas de quem me orgulho tanto;

À minha mãe **Helena**, que sempre me proporcionou a melhor educação, mesmo em momentos de dificuldade;

À todas as pacientes que colaboraram com esta pesquisa.

“Os quilos vem e os quilos vão.
É sempre a mesma estória.
Um quilo chega, nem se apresenta e vai dominando a área.
Ele é folgado, espaçoso mesmo.
Vem trazendo irmão, irmã, pai, mãe, tio, cunhado...
...Tem o quilo vizinhança, chega causando estardalhaço...
...Tem o quilo segunda-feira.
Toda segunda repete-se que vai perder um quilo.
Quilo final de semana, onde se ganham todos os quilos.
Quilo feriado prolongado.
Tem o quilo estratégia, onde se busca usar o preto ou outra roupa sexy, pra disfarçar o quilo.
O quilo dezena.
O quilo dezena, é da turma da cerveja. Vem um, dois, quando vai ver, já tem dez...
...Por ele (o quilo) suamos a camisa, corremos, andamos, malhamos.
Por ele comemos, desejamos, sonhamos.
O quilo médico, que em toda consulta, tem que se mostrar.
O quilo extrovertido, que fica pra fora da calça...
...Quilo TPM, é o quilo da mulher, que fica com vontade de comer doce, incha...
...É quilo pra cima, é quilo, pra baixo...
...Quilos dentro da roupa.
Quilos fora da roupa...
...Tem o quilo compulsivo.
Tem o quilo traidor, que vem junto como efeito colateral, de algum remédio.
Tem o quilo velhice.
Eu vejo quilos em tudo.
Vejo quilos em existir.
Vejo quilos em morrer...
...Quilos pra baixo e quilos pra cima.
Pra baixo me anima.
Pra cima?
É uma agonia.
Assim são os quilos.”

K.J.M. (13/ 10/ 2007)

Paciente do PROMUD

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Listas de gráficos

Lista de figuras

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1 Aspectos Históricos	8
2.1.1 Álcool – do prazer à dependência.....	8
2.1.2 Álcool e mulheres.....	17
2.2 Aspectos Psiquiátricos.....	19
2.2.1 O alcoolismo e as mulheres	19
2.2.2 Comorbidades psiquiátricas mais frequentes em mulheres alcoolistas	22
2.2.2.1 Tratamento farmacológico das comorbidades	30
2.2.3 Ciclo Reprodutivo e alcoolismo	32
2.3 Aspectos Nutricionais	38
2.3.1 A metabolização do álcool	38
2.3.2 Perfil nutricional da alcoolista	43
2.3.3 Alimentação e Fase Lútea Tardia (FLT).....	48
2.3.4 Tratamento nutricional para mulheres dependentes de álcool	52
3. JUSTIFICATIVA.....	61
4. OBJETIVOS.....	63
5. HIPÓTESES	65
6. MÉTODOS.....	67
6.1 Delineamento do estudo.....	68
6.2 Local	68
6.3 Procedimento.....	69
6.4 Amostra.....	72
6.5 Descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	73
6.6 Variáveis estudadas	75
6.7 Análise estatística.....	77

7. ASPECTOS ÉTICOS	80
8. RESULTADOS.....	82
8.1 Características sócio-demográficas e outras relacionadas à dependência de álcool e tratamento.....	83
8.2 Características do consumo alimentar e alcoólico da amostra na FLT e FF	87
8.3 Características do consumo alimentar e alcoólico nas pacientes com e sem TDPM na FLT.....	89
8.4 Preferência alimentar na FLT	91
8.5 Correlação entre os consumos de energia, carboidratos, proteínas, lipídeos e álcool, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF	91
8.6 Correlação de sintomas da FLT com consumo energético e alcoólico nesta fase	96
8.7 Subgrupos de mulheres alcoolistas.....	98
8.7.1 Características sócio-demográficas e outras relacionadas ao tratamento ..	98
8.7.2 Comparação das características do consumo alimentar e alcoólico dos Clusters I e II nas fases FF e FLT	102
8.7.3 Comparação do consumo alcoólico dos Clusters I e II e sua relação com TDPM	104
8.7.4 Comparação dos alimentos mais desejados na FLT entre os Clusters I e II	104
8.7.5 Comparação do consumo energético e alcoólico e sua relação com sintomas da FLT nos Clusters I e II.....	105
8.7.6 Diferenças relevantes encontradas entre os clusters I e II	108
9. DISCUSSÃO	109
10. CONCLUSÕES	132
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
12. REFERÊNCIAS	138
13. ANEXOS	166

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APA	American Psychiatric Association
ADA	American Dietetic Association
FLT	Fase Lútea Tardia
WHO	Organização Mundial da Saúde
HC	Hormônio Luteinizante
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação Serotoninérgica
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
ADH	Álcool Desidrogenase
SMOE	Sistema Mitocondrial de Oxidação do Etanol
ALDH	Aldeído Desidrogenase
VET	Valor Energético Total
IMC	Índice de Massa Corpórea
TPM	Tensão Pré-Menstrual
PROMUD	Programa de Atenção à Mulher Dependente Química
QTDPM	Questionário de Sintomas do Transtorno Disfórico Menstrual
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
DRIs	Dietary Recommends Intake
SBAN	Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição
NRC	National Research Council

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Ciclo reprodutivo feminino	33
Figura 2 -	Classificação do IMC segundo a Organização Mundial da Saúde ((WHO), 1997).	76
Figura 3 -	Comparação das recomendações energéticas diárias do NRC (1989) e SBAN (Vannucchi et al., 1990) com o consumo calórico médio das pacientes da amostra na FF e FLT.....	115
Figura 4 -	Comparação do percentual médio de macronutrientes consumidos pelas pacientes da amostra na FF e FLT com as recomendações populacionais das DRIs (Institute of Medicine, 2002), NRC (1989) e SBAN (Vannucchi et al., 1990).....	118
Figura 5 -	Quantidade de álcool nas principais bebidas alcoólicas	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Boxplot do IMC da amostra	84
Gráfico 2 -	Comorbidades psiquiátricas presentes na amostra	85
Gráfico 3 -	Percentual de pacientes segundo uso de medicação que confere ou não ganho de peso	86
Gráfico 4 -	Comparação do consumo energético proveniente de alimentos e de álcool na FLT e FF.	88
Gráfico 5 -	Comparação das médias da sensação de fome e do desejo de beber na FLT e FF	89
Gráfico 6 -	Preferências alimentares das pacientes durante a FLT	91
Gráfico 7 -	Comparação dos percentuais de pacientes que consomem medicação que confere ganho de peso nos Clusters I e II	101
Gráfico 8 -	Comparação de percentual de alimentos mais desejados na FLT nos Clusters I e II.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos da amostra	83
Tabela 2 - Idade atual, tempo de tratamento e IMC da amostra	84
Tabela 3 - Comparação de energia, carboidratos, proteínas e lipídeos consumidos, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF	87
Tabela 4 - Comparação da mediana de consumo alcoólico na FLT e FF	88
Tabela 5 - Comparação das médias de consumo energético, consumo de carboidratos, consumo de lipídeos, sensação de fome e desejo de beber entre pacientes sem e com TDPM	90
Tabela 6 - Comparação das medianas da variável consumo de álcool com relação à TDPM	90
Tabela 7 - Correlação dos consumos de energia, carboidratos, proteínas, lipídeos, álcool, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF	92
Tabela 8 - Correlação da sensação de fome com os consumos de energia, carboidratos, proteína e lipídeos e desejo de beber na FF; correlação do desejo de beber com os consumos de energia, carboidratos, proteínas e lipídeos e desejo de beber na FF	94
Tabela 9 - Correlação da sensação de fome com o consumo de energia, de macronutrientes e desejo de beber na FLT; correlação do desejo de beber com o consumo de energia, de macronutrientes e desejo de beber na FLT	95
Tabela 10 - Comparação das medianas das variáveis consumo energético e de álcool com relação à perda de controle	96

Tabela 11 - Comparação das medianas das variáveis consumo de energia e consumo de álcool na FLT em relação ao aumento pronunciado de apetite	97
Tabela 12 - Comparação das características sócio-demográficas dos Clusters I e II.....	99
Tabela 13 - Comparação das proporções, dentro dos Clusters I e II, para a presença de comorbidade e uso de medicação	100
Tabela 14 - Comparação de medianas de tempo de tratamento e IMC dos clusters I e II.....	102
Tabela 15 - Comparação do consumo alimentar, do consumo alcoólico, da sensação de fome e do desejo de beber dos cluster I e II nas fases FF e FLT	103
Tabela 16 - Comparação das medianas de consumo de álcool na FLT de pacientes com e sem TDPM nos clusters I e II.....	104
Tabela 17 - Medianas das variáveis consumo de energia e de álcool na FLT em relação ao sintoma de perda de controle nos Cluster I e II	106
Tabela 18 - Medianas das variáveis consumo de energia e de álcool com relação à mudança de apetite na FLT nos cluster I e II .	107

RESUMOS

Kachani AT. *Comparação da composição alimentar e do consumo alcoólico entre a fase folicular e a fase lútea tardia de mulheres dependentes de álcool* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 191p.

A fase lútea tardia (FLT) é citada pela literatura como crítica para exacerbação de todos os transtornos psiquiátricos, o que pode significar maior consumo alcoólico por indivíduos dependentes e risco de recaídas para aqueles abstinentes. Paralelamente, é freqüente o relato clínico de aumento do consumo alimentar nesta fase. Conter a compulsividade e impulsividade alimentar é um dos inúmeros aspectos da atuação nutricional na recuperação de mulheres dependentes de álcool, uma vez que a eutrofia destas pacientes é importante para suas condições clínicas e psicológicas e, conseqüentemente, prevenir recaídas. Desta forma, conhecer a influência do ciclo menstrual feminino no consumo alimentar e alcoólico de mulheres em tratamento torna-se importante. OBJETIVOS: Comparar a composição alimentar e o consumo alcoólico entre a fase folicular (FF) e a FLT de mulheres dependentes de álcool. METODOLOGIA: estudadas 30 mulheres alcoolistas em tratamento no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Todas elas preencheram diários alimentares (que continham consumo alcoólico) durante dois meses. Foram aplicados também questionários relativos a dados sócio-demográficos, comportamento alimentar e comorbidades psiquiátricas. Os diários foram avaliados pelo Programa Virtual Nutri versão 1.0. RESULTADOS: A correlação do consumo energético ($p=0,688$), lipídico ($0,500$) e alcoólico ($p=0,673$) entre a FF e FLT foi positivo. Foi possível dividir a amostra em dois *clusters*, onde constatou-se diferença significativa no consumo energético e de carboidratos entre os dois grupos, que possuíam tempo de tratamento e Índice de Massa Corpórea (IMC) diferentes, mas não estatisticamente significantes. CONCLUSÕES: Não parece existir diferença de consumo alimentar ou alcoólico em mulheres alcoolistas entre a FF e FLT. Se dividirmos a amostra em subgrupos, aquelas com mais tempo de tratamento IMC mais elevado tendem a ingerir mais álcool e não relatar corretamente seu consumo alimentar e alcoólico.

PALAVRAS-CHAVE: 1.Alcoolismo em mulheres 2.Consumo de alimentos 3.Consumo de bebidas alcoólicas 4.Fase lútea tardia 5.Fase folicular

SUMMARY

Kachani AT. *Comparison of food composition and alcohol consumption between follicular phase and late luteal phase in alcohol dependent women*. [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2008. 191p.

The late luteal phase (LLF) of the menstrual cycle is often associated with exacerbation of psychiatric disorders. Increased food intake due to mechanism not yet established can be seen during LLF. A key component of nutritional intervention for the treatment of alcoholic women is to approach the so-called binge and impulsive eating behaviors. It is thus necessary to know the impact of the menstrual cycle on food and alcohol intake of women in alcohol dependence treatment. **OBJECTIVES:** To compare food composition and alcohol consumption between follicular phase (FP) and LLF in alcohol dependent women. **METHODS:** Thirty alcoholic women in treatment at the Women Drug Dependent Treatment Center (PROMUD) at Clínicas Hospital Psychiatry Institute of Universidade de São Paulo Medical School completed food diaries (including alcohol consumption) for two months. Data on sociodemographic characteristics, eating behaviors and psychiatric comorbidities were also collected using specific questionnaires. Food diaries were assessed using Virtual Nutri Program version 1.0. **RESULTS:** There was no statistically significant difference of energy and alcohol consumption, as well as macronutrient intake (carbohydrates, proteins and lipids), between FP and LLF. But when the study sample was divided into two groups according to nutritional variables, a significant difference was evidenced in energy and carbohydrate intake. Length of treatment and body mass index (BMI) differed in both subgroups but not statistically significant. **CONCLUSIONS:** There does not seem to be a difference in food or alcohol consumption in alcoholic women between FP and LLF. The two subgroups studied showed that longer treatment and higher BMI are associated with higher alcohol consumption and misreporting of food and alcohol intake.

KEYWORDS: 1.Alcoholism in women 2.Food consumption 3.Alcohol drinking 4.Late luteal phase 5.Follicular phase

1. Introdução

O álcool é utilizado de forma ritual e social desde eras muito remotas e, ainda hoje, apreciamos seu sabor, encanto, cor, aroma e outros efeitos inebriantes que dele provêm (Santos & Dinham, 2006). Existe uma variedade enorme de padrões de consumo alcoólico, envolvendo distintos graus de risco e correspondendo a diversos graus de dano potencial. Assim, o consumo pode ser leve, moderado, abusivo ou até mesmo levar à dependência (Gurr, 1996; Silveira & Moreira, 2006). A característica essencial da dependência consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a continuidade do consumo de álcool mesmo na presença de problemas significativos relacionados a ele. O padrão de uso repetido geralmente resulta em tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo de consumo (American Psychiatric Association - APA, 2002).

Considerando a universalidade do consumo alcoólico e a conseqüente heterogeneidade com que a dependência se desenvolve nos seres humanos, temos o delineamento de diferentes subgrupos de alcoolistas com características específicas. Entre esses grupos, é possível destacar as mulheres, por suas particularidades clínicas e epidemiológicas. Sabe-se que, embora as mulheres comecem, em geral, a beber mais tardiamente do que os homens, nelas, a dependência instala-se mais rapidamente (Hochgraf, 1995; Brienza & Stein, 2002; Hser et al., 2003;

Holdcraft & Iacono, 2004; Brasiliano, 2005). A diferença no percurso da dependência entre os gêneros justifica-se por fatores biológicos, ambientais e interpessoais, como, por exemplo, as expectativas quanto aos efeitos do álcool no humor e no comportamento (Tate & Charette, 1990; Tobin et al., 1994; Nóbrega & Oliveira, 2005; Dreher et al., 2006).

Não se pode ignorar que a fabricação e o consumo de bebidas alcoólicas constituem uma tradição presente na cultura de todos os povos, inclusive na cultura brasileira (Gurr, 1996; Galduroz & Caetano, 2004; Gorgulho & da Ros, 2006). Apesar do interesse científico relacionado às bebidas alcoólicas estar geralmente ligado a seus efeitos no sistema nervoso central, deve-se lembrar que estas são obtidas por meio de processo natural decorrente da fermentação de alimentos que contenham açúcar. O álcool fornece calorias - 7,1 kcal/g - podendo ser considerado um nutriente (Gurr, 1996; Jesus et al., 2002).

Por possuir um valor energético, o álcool pode suprir as necessidades calóricas diárias de um indivíduo, e/ou levá-lo ao sobrepeso, dependendo da quantidade, da frequência e do modo de consumo. Este é um aspecto interessante na medida em que a literatura tem se preocupado mais com as deficiências nutricionais causadas pelo consumo etílico. Apesar do aumento do gasto energético basal que ocorre nos indivíduos alcoolistas, muitas vezes isto não é suficiente para compensar a grande quantidade de calorias ingeridas. Estudos recentes têm demonstrado uma relação direta entre ganho de peso, circunferência do abdômen fora dos padrões e consumo de álcool (Gurr, 1996; Suter et al. 1997; Vadstrup et al., 2003; Kachani et al., 2007).

Acrescente-se a isto o fato de que o uso de antidepressivos, antipsicóticos e outras drogas psiquiátricas frequentemente prescritas no tratamento de quadros comórbidos à dependência de álcool tem sido associado ao ganho de peso (Nasrallah, 2003; American Diabetes Association (ADA) et al., 2004; Assunção et al., 2006; Teixeira & Rocha, 2006, Neovius et al., 2007). Paralelamente, estudos que comparam a população geral com pacientes psiquiátricos demonstram que estes costumam ter hábitos relacionados ao estilo de vida menos saudáveis, além de serem mais resistentes a orientações gerais relacionadas à saúde, tais como dietas equilibradas, prática de atividade física, entre outras (Desai et al., 2002). Falando-se especificamente da atenção nutricional, diferentes autores apontam para um papel relevante da terapia nutricional no bom prognóstico no tratamento de pacientes dependentes de álcool (Desai et al. 2002; Grand et al., 2004).

Tornar eutróficas pacientes alcoolistas, e mantê-las neste estado, é importante não só para suas condições clínicas, mas também para aspectos psicológicos dessas pacientes, que incluem a auto-estima, diretamente relacionada com o sucesso do tratamento. Neste sentido, os programas de tratamento específicos para mulheres têm focado a construção de identidade pessoal, treinamento vocacional, desenvolvimento de relações interpessoais positivas, satisfação com a imagem corporal, entre outros (Brasiliano, 2005; Niv e Hser, 2007).

A insatisfação com a imagem corporal é considerada freqüente entre mulheres, principalmente entre as ocidentais, muito vulneráveis à pressão

cultural pela magreza (Tiggemann, 2004; Pietro & Silveira, 2007). Uma vez que a imagem corporal é componente da auto-estima e que a insatisfação corporal está muitas vezes relacionada ao excessivo ou ao baixo peso, pacientes dependentes de álcool devem ser levadas à eutrofia e mantidas neste estado, além de serem cuidadosamente avaliadas pelo risco de desenvolvimento ou de associação com transtornos alimentares, comorbidade psiquiátrica comum neste tipo de paciente (Brasiliano, 2005; Gadalla & Piran, 2007 a; b; Kachani et al., 2006).

Fatores que influenciem o consumo alimentar ou o controle da ingestão tornam-se, então, importantes para a manutenção e a prevenção da recaída alcoólica destas pacientes. A flutuação hormonal associada ao ciclo menstrual é um exemplo. É importante identificar modificações alimentares associadas ao ciclo reprodutivo feminino para que seja possível lidar com o problema sem que haja conseqüências para a saúde, a qualidade de vida e a auto-estima dessas mulheres (Dye & Blundell, 1997; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Brasiliano, 2005).

Este trabalho se propõe a observar a relação álcool – alimento na fase lútea tardia (FLT) de mulheres alcoolistas. Para uma melhor organização, a revisão bibliográfica foi dividida em três partes. A primeira apresenta uma visão histórica do consumo alcoólico e a participação feminina neste hábito ao longo do tempo.

A segunda parte introduz alguns aspectos psiquiátricos relevantes ao tema, como o alcoolismo na mulher, a impulsividade destas pacientes e a comorbidade entre transtorno disfórico pré-menstrual e alcoolismo.

A terceira parte descreve uma visão nutricional do álcool: o metabolismo e disponibilidade dessa substância no organismo; o padrão alimentar e sua influência na saúde, a forma como a FLT de alcoolistas repercute na alimentação e, finalmente, como tem sido o tratamento nutricional para mulheres alcoolistas.

2. Revisão da Literatura

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

2.1.1 Álcool – do prazer à dependência

Apenas o ato de respirar é mais importante do que o de beber. A sede é mais mortal do que a fome, uma vez que a água constitui cerca de 50 a 60% do nosso organismo. Assim, resistimos menos dias sem água do que sem comida. Isso explica o fato das civilizações sempre terem se estabelecido perto de alguma fonte de água, a fim de garantir suprimento fresco, uma vez que em épocas remotas era muito difícil armazená-la. Sua disponibilidade restringiu e determinou o progresso da humanidade (Maughan & Burke, 2004; Standage, 2005).

Somente nos últimos 10 mil anos outras bebidas apareceram para desafiar a supremacia da água. Nenhuma delas está disponível na natureza e todas têm que ser produzidas (Standage, 2005).

É difícil precisar quando surgiram as bebidas alcoólicas. Cabe à cerveja, inventada pelos babilônios há mais de 6 mil anos, o título de mais antiga das bebidas alcoólicas. Sua história está intimamente ligada à agricultura, dado que seus ingredientes básicos eram os mesmos do pão. Funcionando como um complemento alimentar, era tratada como um “pão líquido”, sendo sua produção uma atividade feminina, como é, ainda hoje, em algumas aldeias africanas (Santos & Dinham, 2006). Sua fórmula

original foi encontrada na Mesopotâmia e muito difere da bebida preparada hoje, com malte, água, lúpulo e levedo. Sempre muito popular, foi produzida ao longo dos tempos com misturas heterogêneas. Os romanos faziam a cerveja com cevada. Mais tarde, outros cereais entrariam na sua preparação. Somente no final da Idade Média o lúpulo seria adicionado à cevada, ao trigo ou à aveia (Franco, 2001). A densa cerveja foi por muito tempo símbolo da cultura germânica, e os pagãos utilizavam-na em rituais para marcar sua oposição à sacralidade cristã do vinho (Montanari, 1998). Uma vez que seu teor alcoólico é geralmente mais baixo do que o do vinho, a cerveja sempre foi bebida em maiores quantidades, chegando a alcançar o consumo de 2,5 a 6 litros/ dia por pessoa na Polônia da Idade Moderna (Flandrin, 1998).

O início da produção de vinho é controverso, e evidências arqueológicas sugerem que sua descoberta date do período neolítico, entre 9.000 e 4.000 a.C., nas montanhas de Zagros, região hoje correspondente à Armênia e ao norte do Irã. Diz a lenda que o ele foi descoberto após inúmeras tentativas de armazenar uvas e suco de uvas em recipientes de cerâmica (Standage, 2004).

Uma passagem da Bíblia relata a produção de vinho desde épocas muito remotas. No capítulo 9, versículos 20-29, é citado que Noé, lavrador, passou a cultivar a vinha. Bebendo do vinho, embriagou-se e pôs-se nu. Dois de seus filhos cobriram-no e ele desmaiou, sendo carregado para sua tenda. Ao acordar, amaldiçoou o terceiro filho, que havia rido de sua embriaguez (Bíblia Sagrada e Hinário Novo Cântico, 1999).

Porém, nenhuma outra cultura superou os gregos em relação à importância atribuída à vinha, à colheita das uvas e à produção de vinhos. A mitologia grega atribui às uvas e ao vinho poderes regenerativos e uma grande capacidade de aproximar o homem da divindade. A bebida era normalmente misturada à água, exceto na primeira refeição, que consistia de pão molhado no vinho puro. Essa refeição chamava-se “akratismón”, substantivo derivado do adjetivo “akratos”, que significa sem mistura ou puro. O hábito de adicionar água ao vinho decorria da preocupação de evitar a embriaguez e do fato de que os vinhos antigos eram muito fortes, com conteúdo alcoólico oscilando em torno de 16 a 18%. Os gregos acreditavam que o vinho puro era para os deuses; simples mortais só poderiam beber vinho cuja força houvesse sido abrandada, caso contrário, ficariam violentos ou enlouqueceriam (Standage, 2005).

Tanto os gregos como os romanos dividiam seus jantares em duas partes: na primeira, comia-se; na segunda, eram servidos vinhos e outras bebidas, conversava-se e havia música e dança. Os gregos chamavam esta segunda parte dos festins de “simpósios”, nos quais havia um chefe da conversação que elegia o tema, bem como determinava a dosagem do vinho e fixava o número de taças a serem consumidas. Já nesta época, percebia-se que o álcool desinibia os participantes destes eventos, fazendo com que todos falassem sem esconder a essência de seu pensamento. Em Roma, no entanto, progressivamente a distinção entre a refeição e o simpósio desapareceu, o consumo de vinho aumentou, e alguns historiadores do século XIX afirmam ter sido o álcool um dos

responsáveis pela decadência do Império Romano (Althoff, 1998; Reis & Rodrigues, 2003).

Do Oriente Médio veio a técnica da destilação, que permitiu a fabricação de aguardentes e vinhos fortificados, como o Porto e o Jerez. A palavra *ÁLCOOL*, originária do árabe “alkuhl”, significa O ILUSIONISTA (Franco, 2001). A partir do século XVI, o hábito de beber aguardente se difundiu nos países do norte e leste Europeu, inclusive em zonas rurais. Já a vodca russa era fabricada principalmente com aveia, por ser este um cereal não panificável, e seu nome deriva do russo *vodá*, que significa água. Os agricultores tomavam vodca de manhã, antes de sair, e, no inverno, quando trabalhavam no celeiro. Com ela, os indivíduos se embriagavam de tal forma que impressionavam os viajantes ocidentais (Pokhlióbkina, 1991; Flandrin, 1998). A vodca só chega à Europa ocidental na época das Guerras Napoleônicas, por causa do contato com soldados russos que a consumiam (Santos & Dinham, 2006).

Uma das peculiaridades da vodca era o fato de exercer uma influência corruptora sobre a fechada sociedade medieval, impregnada de antigas tradições, derrubando tabus sociais, culturais, morais e ideológicos. Nesta época, aumentam os índices de embriaguez e surgem novas relações sociais. São criados novos estabelecimentos para a armazenagem e a venda de vodca, o que se refletiu nas esferas sociais com o surgimento de uma nova categoria social – os taverneiros, que colocavam um desafio direto à moralidade cristã. Na Rússia, concomitantemente ao surgimento da vodca, o número de miseráveis aumentou drasticamente entre a população urbana.

Esse estrato social era denominado *posádskaia golitba* (pobres urbanos), e incluía arruinados de todas as classes, inclusive aqueles que, dependentes do álcool, deixavam de trabalhar (Pokhlióbkín, 1991).

Já a história alimentar da Idade Média europeia é marcada pelo triunfo do vinho, cujo consumo se estendia por toda a Europa cristã, embora com diferenças sociais. Podia ser considerado uma bebida comum ou de luxo em função da qualidade do produto (Montanari, 1998). Nesta época, os mosteiros mantinham elevado nível culinário e enológico: os religiosos desempenharam grande papel no aprimoramento dos vinhos, desenvolvendo a cultura de cepas viníferas nobres. A venda de vinhos tornou-se essencial à economia das comunidades religiosas. São inúmeros os grandes vinhos europeus que devem sua origem à atividade monástica.

Nesta época, o vinho, além de ser utilizado na eucaristia, era também consumido à mesa pelos monges e por seus hóspedes. O mais importante era beber e comer junto, e não o que se comia e o que se bebia. Religiosos, monges e clérigos reforçavam seus laços de amizade comendo e bebendo juntos e sugere-se que a alegria licenciosa desse convívio estava muito distante dos preceitos da norma monástica (Althoff, 1998). Misturar água ao vinho continuava sendo prática corrente, mantendo-se até o século XVIII (Standage, 2005).

É na Baixa Idade Média que a “viticultura burguesa” se consolida, ao mesmo tempo em que surge um mercado, eliminando rapidamente a

imagem de um produto reservado às classes privilegiadas. Era comum as esmolas aos pobres incluírem a distribuição de vinho, visto não como uma bebida supérflua, mas como um “alimento para a vida do homem” (Cortonesi, 1998). Mas é importante salientar que, ao contrário da população urbana que passou a beber vinho a partir da Idade Média, os camponeses só adquiriram esse hábito no fim do século XIX (Flandrin, 1998).

No Renascimento, tomar vinho tornou-se moda, principalmente acompanhado de nozes, passas e figos secos, trazidos do Império Otomano. Os homens ricos freqüentavam clubes privados, onde o mobiliário era luxuoso e as adegas continham farto estoque dos melhores vinhos. Mais popular, o alto consumo de cerveja começava em horas matinais, fruindo-se da prosperidade trazida pela Companhia das Índias da Holanda (Franco, 2001).

No Brasil, com a vinda dos primeiros portugueses e as primeiras plantações de cana de açúcar, tem início a história da cachaça, bebida que se tornou um dos símbolos brasileiros. Estudiosos afirmam que a palavra cachaça tem como etiologia a espanhola *cachaza*, que designava o vinho da borra das uvas. Seu primeiro registro data de 1580, e se refere à espuma derivada do processo de fabricação do açúcar, que era depositada nos cochos e destinada aos animais. Sendo uma bebida tão ligada à fabricação do açúcar, a cachaça passou a ser produzida nos locais onde havia engenhos, desempenhando importante papel econômico na segunda metade do século XVII, uma vez que era utilizada como moeda para compra

de escravos. Ainda que malvista por fazer concorrência aos vinhos portugueses, a cachaça foi abrindo espaço na África. No Brasil e em Angola, chegou a ser considerada um fortificante (Trindade, 2006).

Assim, tão difundida, a cachaça passou a ser a bebida preferida das classes menos favorecidas na América dos portugueses, consumida, não só por negros (escravos e livres), como também por brancos mais pobres. Os mais humildes bebiam o aguardente de cana junto com o alimento diário, a bebida também poderia ser usufruída nas vendas que serviam de espaço de sociabilidade. Registros do ano de 1817, feitos por viajantes em Minas Gerais, apontam que mulheres não estavam isentas do gosto pela cachaça. Da mesma forma que os estrangeiros, que repudiavam a bebida e a consideravam de “gosto detestável”, os ricos do Brasil-Colônia bebiam vinhos portugueses. Porém, em meados do século XIX, iniciam o costume de consumir a cachaça como aperitivo ou em momentos de relaxamento. Nesta época, começa a preocupação com a diminuição da importação de vinhos portugueses e com a enorme quantidade de escravos dependentes da bebida, resultando em medidas para se prevenir seu consumo excessivo, tais como a criação de leis (decreto régio de 12 de junho de 1743) que restringiam a montagem de engenhos e proibiam sua fabricação e consumo (Algranti, 2005; Trindade, 2006).

Na Europa, os excessos alcoólicos levam o médico sueco Magnus-Huss a empregar, pela primeira vez, o termo alcoolismo, referindo-se aos

sinais e sintomas físico-psíquicos decorrentes do consumo abundante de bebidas alcoólicas (Fortes, 1975).

Nesta época, o absinto começa difundir na Europa, chegando à França levado por soldados que retornavam da Argélia. Preparada com folhas da planta aromática do mesmo nome (*Artemísia absinthium*), a bebida virou moda. Tomada em excesso causava o absintismo, que podia levar a um quadro delirante e à cegueira. Somente em 1915 foi proibida sua venda (Franco, 2001).

O saquê, vinho de arroz, foi desenvolvido no Japão e é considerado a principal bebida alcoólica desse País. Apesar de ser considerado um vinho, assemelha-se mais à cerveja. Com origem que remonta há mais de 2000 anos, era um tipo de mingau, feito de arroz e álcool. Seu nome é uma abreviação de “sakae”, que significa prosperidade. No início era utilizado somente em comemorações religiosas, tais como o Ano Novo, cerimônias xintoístas de casamento e outras, mas, com o tempo, diversas ocasiões começaram a requerer a presença de saquê, que era servido em pequenos copos de porcelana, numa temperatura morna, de mais ou menos 50° C, a fim de reduzir seu teor alcoólico. Advindo o pós-guerra, o Japão ocidentaliza-se e o uísque e a cerveja são introduzidos aos costumes locais, mas a crença de que o saquê é o “melhor amigo da solidão” ainda resiste (Franco, 2001; Santos & Dinham, 2006).

O pós-guerra também traz novas bebidas à Europa continental, popularizando o uísque, produzido desde o século X na Irlanda, país de

grande tradição religiosa, que tinha em seus monges os principais produtores de bebidas alcoólicas, com a alegação destas serem usadas como medicamentos. Na Escócia, a primeira menção escrita ao uísque data de 1494. Trata-se de um documento de impostos, que fala de “oito barris de malte para o padre John Corr”, o que demonstra a ligação da bebida com os monges e os monastérios. O nome whisky vem da expressão gaélica *uisge beatha* que, em latim, significa *aquae vitae*, ou seja, água da vida (Santos & Dinham, 2006). Nos anos 50, sob influência particularmente do cinema e dos romances *noir* americanos, esta bebida torna-se carregada de conotações viris e prestigiosas (Fishler, 1998). Nos Estados Unidos, o uísque e seu povo praticamente cresceram juntos; a bebida foi trazida por imigrantes da Escócia e da Irlanda que perceberam que o país tinha um solo particularmente fértil para cereais, matéria prima essencial para seu fabrico. Uma vez iniciada, a produção teve um crescimento vertiginoso e alcançou seu apogeu em 1953 (Pires, 1993).

Hoje, apesar do tamanho do mercado americano, existem poucas destilarias nos Estados Unidos. Isso se deve, em grande parte, à época da Lei Seca (ou ato Volstead), a primeira tentativa nos Estados Unidos de controle sobre o consumo de álcool, ocasião em que muitos produtores foram à falência, o gangsterismo proliferou, as falsificações aumentaram, bem como o consumo de uísques irlandeses e canadenses também (Murray, 1997; Santos & Dinham, 2006).

2.1.2 Álcool e mulheres

As mulheres tiveram importância reduzida na disseminação das bebidas alcoólicas na Europa. Até o Renascimento, uma “mãe de família” só bebia água, que seu marido a obrigava a tingir de vermelho com algumas gotas de vinho (Flandrin, 1998). Na época moderna, principalmente na Inglaterra do século XIX, as mulheres se retiravam da mesa após beberem um ou dois copos de bebida. Isso não ocorria com mulheres de classes sociais mais baixas, nas quais o consumo de bebidas alcoólicas estava associado à prostituição e à perda de valores morais (Flandrin, 1998; Brasiliano, 2005).

No Brasil, ao contrário, é interessante notar que as mulheres têm presença marcante na história das bebidas alcoólicas. Documentos relatam a indignação dos colonizadores com uma bebida que levava os índios ao aniquilamento dos princípios cristãos, deixando as almas dispostas a ouvir a voz do “senhor de todos os males”. Consumida em momentos importantes, a bebida provinha de diferentes plantas, porém as mais apreciadas eram aquelas derivadas da mandioca - doce ou amarga - do milho ou do caju. Somente as mulheres podiam prepará-las, e os homens que o fizessem eram considerados ridículos, além de serem acusados de arruinar a bebida. De preferência belas e virgens, as moças eram encarregadas deste trabalho com a vigilância das mais velhas e, assim, mascavam frutas e misturavam-nas à saliva, provocando a fermentação (Raminelli, 2005). Em relação a cachaça, a versão brasileira dos destilados, essas moças eram as

responsáveis pela produção em pequenos alambiques localizados no fundo do quintal de suas casas. Com o passar do tempo, muitas mulheres se tornaram responsáveis pela produção industrial nas fazendas. Nos últimos anos, passaram a afirmar com mais ênfase seu papel na qualidade de consumidoras e produtoras de bebidas, criando inclusive uma associação (Trindade, 2006).

Falando-se especificamente em consumo de álcool por mulheres no Brasil, a prevalência sempre foi muito discutida e os dados enviesados, uma vez que o preconceito histórico acerca do problema dificulta o reconhecimento da dependência. A sociedade considera o alcoolismo feminino imoral e mulheres alcolistas são vistas como indivíduos com comportamento inadequado e promíscuo. Assim, sofrendo com a estigmatização, acabam por procurar o tratamento com menos frequência do que os homens (Brasiliiano, 2005; Nóbrega & Oliveira, 2005). Pesquisa epidemiológica mundial realizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) aponta que 76,4 milhões de pessoas são dependentes de álcool, sendo 12,7 milhões (16,62%) delas são mulheres. No Brasil, os índices são menores: das 6.268 milhares de habitantes (12,3%) dependentes de álcool, 1.847 milhares (6,9%) são do sexo feminino (Carlini et al., 2007).

2.2 ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

2.2.1 O alcoolismo e as mulheres

Em trabalho epidemiológico realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes, Carlini et al. (2007) verificaram que 37.953 milhares de indivíduos (74,6%) já haviam consumido álcool alguma vez na vida. Um trabalho mais antigo, dentro da área metropolitana de São Paulo (Peinado et al., 1996), observou que 30,8% da população consumia habitualmente algum tipo de bebida alcoólica. A bebida mais frequentemente relatada foi a cerveja, seguida pela pinga e pelo vinho. Observou-se que 18% da população consumia acima de 16,8g de etanol, o que representaria uma contribuição calórica média de 1,2% da dieta. O trabalho ainda chama atenção para o fato de que, ao utilizar-se o histórico alimentar de pacientes para uma anamnese alimentar ou avaliação de consumo, subestima-se a ingestão de bebidas alcoólicas. Sabe-se que o consumo alcoólico no Brasil é liderado pela cerveja, que chega a um índice de 54 litros per capita/ano, seguida pela cachaça, com 12 litros per capita/ano, e pelo vinho, com 1,8 litros per capita/ano, o que significa um crescimento de consumo de 74,5% em relação à década de 70 (Galduroz e Caetano, 2004). Nos Estados Unidos, o álcool tem sido relatado como o terceiro maior fornecedor de energia, logo depois do pão branco e dos doces (Block et al., 1985). Na Grã-Bretanha, a cerveja aparece como a quinta maior fonte energética, perdendo apenas para a farinha, leite, batatas e açúcar (Cadê e Margetts, 1988).

Na maioria das culturas, o álcool é o depressor do sistema nervoso central mais frequentemente usado e uma causa considerável de morbidade e mortalidade. Segundo a APA (2002), no momento em que o consumo alcoólico acarreta problemas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, e o indivíduo continua utilizando a bebida, apesar dos problemas significativos relacionados a esse hábito, está instalada a dependência.

O desenvolvimento do alcoolismo em mulheres percorre caminhos diferentes daqueles que ocorrem com homens. Partindo do ponto de vista biológico, as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool do que os homens. Por ser uma molécula polar, o álcool se dissolve melhor em tecidos ricos em água, como os tecidos musculares. Assumindo que as mulheres possuem maior porcentagem de gordura corporal (em detrimento da quantidade de massa magra) do que os homens, o álcool consumido se concentraria muito mais nas mulheres, as quais atingiriam maiores níveis séricos de etanol (McKim, 2006; Aguiar et al., 2007). Paralelamente, mulheres possuem menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool; em decorrência disto, a intoxicação ocorre com o uso de menores quantidades em comparação com aquelas utilizadas pelo homem, além de ser mais rápida a instalação da tolerância (Reis e Rodrigues, 2003; Aguiar et al., 2007). Soma-se a isso a maior vulnerabilidade e rapidez para o desenvolvimento de complicações clínicas, com maior risco de mortalidade do que os homens (Hochgraf, 1995; Nóbrega e Oliveira, 2005).

Em virtude do tema estudado neste trabalho, cabe ressaltar que mulheres dependentes de álcool possuem importantes alterações

endocrinológicas, particularmente disfunções nos hormônios femininos. Durante sua metabolização, o etanol origina acetil-coenzima A, que fornece energia ao entrar no ciclo de Krebs, mas que pode também participar de outros processos, tais como a produção de ácidos graxos e de hormônios esteróides, o que poderia elevar a quantidade de prolactina. Uma das conseqüências do excesso de prolactina pode ser a diminuição da quantidade do hormônio luteinizante (LH), responsável pela ovulação. Em mulheres alcoolistas, a quantidade de hormônio folículo estimulante (FSH) também pode estar reduzida, assim como a quantidade de estrogênio, pode estar aumentada. Todas estas irregularidades hormonais podem levar a irregularidades no ciclo menstrual, amenorréia e menopausa precoce (McKim, 2006; Augustynska et al., 2007). Augustynska et al. (2007), avaliaram 30 alcoolistas no seu primeiro mês de desintoxicação e observaram que durante todo o ciclo menstrual estas mulheres apresentaram níveis de prolactina acima dos padrões normais, enquanto os níveis de testosterona estavam abaixo da referência; os níveis de progesterona e de LH também estavam reduzidos, respectivamente 50% e 30%. Os autores concluíram que os distúrbios hormonais em mulheres dependentes de álcool são proeminentes no meio do ciclo menstrual.

Do ponto de vista psicossocial, é difícil determinar um padrão de conduta. Algumas mulheres dependentes de álcool apresentam uma rede social pobre e baixa participação em atividades de lazer e de trabalho anterior à dependência. Assim, o aumento do consumo de álcool e sua

conseqüente dependência poderiam ter o intuito de suprir essa lacuna em suas vidas. Outras relatam ter seu círculo de amizades e oportunidades de trabalho diminuídos por causa da dependência. Mulheres tendem a atribuir a progressão do hábito a eventos internos significativos, diferentemente dos homens, que costumam justificar seu padrão a eventos no âmbito do trabalho ou a nenhum outro desencadeante especial. É fato, também, que pacientes alcoolistas apresentam uma baixa auto-estima, que pode ser tanto causa como conseqüência de seu problema (Nóbrega e Oliveira, 2005; Brasiliano, 2006).

2.2.2 Comorbidades psiquiátricas mais freqüentes em mulheres alcoolistas

O conceito de comorbidade foi cunhado por Feinstein (1970) e se refere a “qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente com uma doença-índice em estudo”. Em psiquiatria, o termo se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais e/ou de um quadro psiquiátrico com (outras) condições médicas (gerais), constituindo mais uma norma do que uma exceção (Cordás e Salzano, 2003).

No caso das farmacodependências, a relevância do tema é maior na medida em que 30 a 40% dos pacientes do sexo feminino em tratamento têm o diagnóstico para outro transtorno mental, sendo que alguns autores falam numa taxa de 47% de mulheres alcoolistas com comorbidades psiquiátricas. O estudo da associação entre abuso ou dependência de álcool

com outros transtornos psiquiátricos é especialmente importante entre as mulheres, pois pode ter impacto sobre a adesão aos tratamentos propostos e, portanto, sobre seu prognóstico. Assim, o estudo do tema expandiu-se consideravelmente nas últimas décadas, uma vez que alguns autores enfocam o diagnóstico das comorbidades como primordial para melhor adequação dos tratamentos (Hochgraf, 1995; Swift et al., 1996; Cordás e Salzano, 2003; Redgrave et al., 2003; Brasiliano, 2005).

As comorbidades psiquiátricas mais prevalentes em mulheres alcoolistas são discutidas a seguir:

Transtornos do Humor

Os transtornos do humor representam a comorbidade mais prevalente entre mulheres alcoolistas. Niv e Hser (2007), ao comparar mulheres farmacodependentes (n= 1060) em tratamentos mistos (em relação ao sexo) com outras em tratamentos específicos para mulheres verificaram uma prevalência de 38,8% de mulheres com diagnóstico de depressão nos dois grupos somados. A alta prevalência desta comorbidade encontrada em mulheres inquieta, uma vez que a associação entre transtorno de humor e uso de substâncias psicoativas pode levar a prognósticos muito mais preocupantes do que aqueles conferidos a pacientes em que o alcoolismo se apresenta como diagnóstico único, uma vez que a depressão é a condição comórbida mais comumente identificada com o aumento da predisposição ao suicídio em dependentes (Lacks, 1996; Angst et al., 1999; Lacks et al., 2005). Os transtornos de humor também podem contribuir para o ganho de peso,

solidificando a baixa auto-estima que estas pacientes vivenciam. Breslin et al. (2006) acompanharam pacientes com transtornos do humor durante 4 anos e verificaram que a condição é limitante no que se refere à atividade física cotidiana e de lazer. Segundo Wise et al. (2006), o Black Women's Health Study, pesquisa realizada com 35.224 mulheres afro-americanas, apontou que a quantidade de atividade física é inversamente proporcional à intensidade de sintomas depressivos e ao ganho de peso na população estudada. O tratamento farmacológico pode contribuir também para o aumento de peso, mas este assunto será discutido adiante, mais detalhadamente.

Transtornos Ansiosos

Trabalhos epidemiológicos apontam que dependentes de substâncias psicoativas têm maior prevalência de transtornos ansiosos e vice-versa do que a população em geral (Ross et al., 1988; Regier et al., 1990; Terra et al., 2006). Indivíduos com transtornos de ansiedade têm uma probabilidade 3,5 vezes maior de desenvolver quadros relacionados ao álcool, e indivíduos com uso indevido de álcool apresentam quatro vezes mais chances de desenvolver algum transtorno de ansiedade do que o restante da população (Kushner et al., 2001). Trabalhos acerca da etiologia da comorbidade entre dependência de álcool e transtornos ansiosos são escassos na literatura e, apesar de evidências da influência genética, do sexo e de determinadas vivências na infância, mais estudos são necessários (Pirkola et al., 2005).

A crença de que o álcool aliviaria a ansiedade vem desde a antiguidade. Hipócrates já pregava que “beber vinho tanto quanto a água diminui a

ansiedade e os temores”. Em 1871, Westphal, em sua descrição sobre a agorafobia, observou que “o uso de vinho ou cerveja auxilia o paciente agorafóbico a perder o medo e ir confortavelmente a alguns lugares”. Assim, os transtornos ansiosos poderiam preceder o alcoolismo, de modo que o consumo de álcool seria uma forma de auto-medicação (Kushner et al., 1990).

Os transtornos ansiosos podem ser divididos nas seguintes categorias: transtorno de pânico (com ou sem agorafobia), transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e agorafobia (com ou sem transtorno de pânico) (APA, 2002; Pirkola et al., 2005). Trabalho realizado na Finlândia (n=6005) observou uma prevalência de 4,8% de transtornos ansiosos na população feminina, sendo que 1,8% apresentavam comorbidade com dependência de álcool, destes, quase todos relacionados especificamente a transtorno do pânico (Pirkola et al., 2005).

Entre os transtornos ansiosos, a fobia social é especialmente importante para esta discussão por sua freqüência, início precoce, importante custo pessoal e social. Pacientes com fobia social costumam relatar que antecipam uma possível situação de ansiedade e bebem para minimizá-la, o que muitas vezes leva ao alcoolismo. O reverso também pode ocorrer, na medida em que pacientes dependentes de álcool frequentemente desenvolvem fobia social (Terra et al., 2006). A prevalência, segundo o National Comorbidity Survey, de fobia social em mulheres alcoolistas é de 30,3% (Kessler et al., 1997). No Brasil, estudo realizado com 25 mulheres hospitalizadas por alcoolismo verificou que 12,2 % delas sofriam de fobia social (Terra et al., 2006).

No entanto, especificamente em mulheres, a comorbidade mais prevalente em dependentes de álcool ainda continua a ser o transtorno de humor, conforme acima citado (Hochgraf, 1995; Zilberman, 1998; Pirkola et al., 2005).

Transtornos Alimentares

A auto-estima em mulheres relaciona-se freqüentemente com a imagem corporal, o que faz com que a preocupação com a forma do corpo seja freqüente entre as pacientes alcoolistas, em especial nas mais jovens, podendo ser um aspecto crucial no desenvolvimento de transtornos alimentares (Grilo et al., 2002; Tiggemann, 2004; Pietro e Silveira, 2007).

A prevalência de transtornos alimentares e de transtornos relacionados ao uso de substâncias na população geral feminina é de 2,5 e 3% respectivamente. Entretanto, entre as mulheres com transtornos alimentares, a taxa daquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias é de 27%, ou seja, oito vezes maior que a da população em geral. Da mesma maneira, entre as pacientes dependentes, a taxa de transtornos alimentares é de 16,3%, ou seja, cinco vezes maior que a encontrada na população geral (Blinder et al., 2000). Em sua descrição inicial de bulimia nervosa, Russell (1979) já fazia referência ao fato de que muitas pacientes tendiam a abusar de álcool e drogas. Essa proximidade entre as patologias tem levado alguns autores a sugerirem que os transtornos alimentares podem ser considerados uma forma de dependência, dadas as inúmeras semelhanças comportamentais nos dois

quadros, tais como: uso inadequado de uma substância, padrão habitual e repetitivo de uso, uso imperioso ou fissura de consumir a substância, falta de controle sobre o padrão de consumo, tentativas repetidas de autocontrole (e fracassos repetidos), uso da substância para regular o estado emocional e lidar com o estresse; negação da gravidade do problema e consequências negativas do comportamento do ponto de vista psicológico, fisiológico e social (Melin, 1998; Hochgraf e Brasiliano, 2004). Cassin e Ranson (2007) verificaram até que ponto pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) apresentavam um quadro semelhante a dependência química, segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV – APA, 2002) e encontraram uma prevalência de 92,4% de pacientes que referiam consumir maior quantidade de alimentos do que pretendiam, continuar a ter este comportamento mesmo sabendo dos malefícios à saúde, fracassar nas diversas tentativas de interrupção do hábito, além de apresentar sintomas de abstinência como irritabilidade, mudança de humor, dor de cabeça, insônia, baixa concentração, entre outros.

Em trabalho recente realizado num ambulatório de referência para tratamento de mulheres dependentes de álcool e outras drogas no Brasil, Brasiliano (2005) observou uma prevalência de 33,75% de transtornos alimentares clínicos e 21,25% de transtornos alimentares subclínicos, em que o transtorno de compulsão alimentar periódico foi diagnosticado como o mais freqüente dos transtornos alimentares. Neste mesmo trabalho, a autora aponta que pacientes com a comorbidade apresentaram maior gravidade da

farmacodependência do que as pacientes sem o transtorno alimentar. Em sua conclusão, a autora indaga sobre o risco de se tratar a dependência e piorar o transtorno alimentar – e vice versa. Mas esta questão é controversa. Mitchell et al. (1990), observaram que não houve aumento de consumo de drogas após a remissão da bulimia nervosa nas pacientes estudadas. Melin (1998) contrapõe Mitchell et al. (1990) e sugere que o fato destas pacientes, em remissão da bulimia nervosa não aumentarem o consumo de drogas poderia ser resultado do tratamento.

Outros transtornos do Impulso

A dependência de álcool e outras substâncias psicoativas tem sido conceituada como transtorno do impulso e da falta de controle. Os impulsos podem ser subdivididos em duas classes: incorporação ou aproximação (apetites e desejos) e de rechaço e destruição (agressividade). Apetites e desejos são impulsos que envolvem as estruturas do sistema de gratificação cerebral, estruturas estas que estão implicadas com a avidez e a fissura. Neste caso, a impulsividade está associada à antecipação de uma experiência potencialmente gratificante. Exemplos desta impulsividade, também chamada de motivada, seriam jogo patológico, onimania, impulso sexual excessivo, TCAP e a dependência química (Tavares, 2008).

Alcoolistas relatam que, ao se exporem a um único *drink*, são acometidos por incontroláveis compulsões ou impulsos que levam à embriaguez (McKim, 2006; James e Taylor, 2007). Outros autores apontam a impulsividade e a falta de controle como marcas relevantes da

personalidade para a instalação da dependência de substâncias (Jones e Lejeux, 2005). Lejeux et al. (1999), observaram em uma amostra de 79 alcoolistas que 30 (38%) deles apresentavam outros transtornos do controle do impulso: 19 (24,5%) tinham transtorno explosivo intermitente, 7 (8,9%) jogo patológico, 3 (3,8%) cleptomania e 1 (0,8%) tricotilomania. Em trabalho recente, Fox et al. (2008) compararam 50 alcoolistas com 62 bebedores sociais após 45 dias de abstinência, e perceberam que o primeiro grupo relatava maiores problemas em controlar seus impulsos.

Pacientes obesos possuem uma alta prevalência de comorbidade com dependência química. Uma hipótese seria que ambos são formas de expressão do descontrole da impulsividade, sendo que um pode desenvolver-se em resposta, numa tentativa de conter o outro problema. Assim, sugere-se que uma pessoa pode comer para evitar o álcool e vice-versa. Levando-se em consideração que pacientes dependentes de álcool poderiam ter uma personalidade dita aditiva e que psicodinamicamente a comida pode ser considerada equivalente funcional das drogas, pacientes alcoolistas poderiam comer impulsivamente para preencher a angústia da sensação de vazio originada por uma falha na constituição da subjetividade (Hochgraf e Brasiliano, 2004; Brasiliano, 2005; Birch et al., 2006; Stewart e Brown, 2006).

A alta taxa de comorbidade entre dependência de álcool e transtornos alimentares levou alguns autores a questionar se não estaria aí, implícita, uma comorbidade com outros transtornos do impulso, especialmente nos casos de bulimia multimpulsiva, anorexia nervosa subtipo purgativo (que apresenta mais comportamentos impulsivos como tentativas de suicídio, automutilação,

cleptomania e abuso de substâncias e laxantes (Cordás, 2004)) e TCAP. A prevalência da bulimia multimpulsiva é de 20% nos pacientes diagnosticados com bulimia nervosa, e caracteriza-se pela presença de comportamentos impulsivos como abuso de álcool ou drogas, tentativas de suicídio, automutilação, desinibição sexual e cleptomania (Nogueira et al., 2008). Já o TCAP, transtorno alimentar no qual ocorrem episódios de compulsão alimentar sem presença de comportamento compensatório para evitar ganho de peso, tem sido relatado como mais uma manifestação do transtorno do impulso, uma vez que não é necessariamente uma consequência da restrição alimentar (Nogueira et al., 2008). Em trabalho realizado por Stewart et al. (2006) com mulheres alcoólistas com transtorno alimentar de compulsão periódica (TCAP), 54% das pacientes relataram total perda de controle, enquanto outras 29% relataram pouco controle sobre aquilo que consumiam durante uma compulsão, sugerindo impulsividade nos episódios alimentares – o que levou as autoras a sugerirem que, no tratamento de pacientes alcoólistas com TCAP, talvez fosse interessante abordar a contenção dos impulsos a fim de melhorar o prognóstico destas pacientes.

2.2.2.1 Tratamento farmacológico das comorbidades

Na medida em que os transtornos do humor constituem a comorbidade mais prevalente em mulheres dependentes de álcool, os medicamentos mais usados no tratamento são os Inibidores Seletivos de Recaptação Serotoninérgica (ISRS) (Melzer e Teng, 2006; Moreno et al., 2008). Acredita-se que, dentro das diferentes classes de antidepressivos, os ISRS seriam

aqueles com menor risco relativo de ganho de peso. Mesmo assim, seu uso pode contribuir para o aumento de peso, que pode ser mantido mesmo após a retirada da medicação.

Apesar do ganho de peso a longo prazo, os ISRS têm demonstrado diminuir o consumo alimentar e promover a perda de peso durante a fase aguda do tratamento. Porém, na fase de manutenção, mais de 30% das pacientes têm relatado um discreto aumento de peso, principalmente com a utilização de paroxetina, descrita como estimulador do apetite, mas, também, no uso de fluoxetina e citalopram (Malhi et al., 2001). Himmerich et al. (2004) demonstraram, em trabalho que acompanhou 24 pacientes durante as seis primeiras semanas de uso de antidepressivos, que o ganho de peso no início de tratamento pode prognosticar uma tendência de aumento de peso durante o tratamento medicamentoso, o que seria também um indicador da necessidade de acompanhamento nutricional. Aronne e Segal (2003) apontam que a obesidade iatrogênica associada à utilização de ISRS frequentemente contribui para a não aderência do tratamento. Mesmo assim, os autores sugerem que o ganho de peso com a utilização de ISRS pode ser semelhante ao de pacientes com uso de placebo e reflete somente o restabelecimento do peso perdido com a depressão.

Outros quadros psiquiátricos, como transtorno afetivo bipolar, depressões psicóticas e psicoses em geral também podem exigir tratamento medicamentoso com classes de psicofármacos que podem contribuir para o ganho de peso. É o caso dos antipsicóticos atípicos que, segundo Neovius et al (2007), possuem este efeito adverso e ainda podem levar a todas as

complicações clínicas decorrentes do excesso de peso e da obesidade. Os mecanismos relacionados ao aumento de peso estariam relacionados a uma combinação que incluiria aumento da ingestão calórica e diminuição da atividade física e do metabolismo basal. Ainda, segundo os autores, o ganho de peso teria relação com o tipo de medicamento e com a suscetibilidade individual dos pacientes. Clozapina e Olanzapina, embora muito eficazes, são as drogas que demonstram aumentar mais o peso, enquanto a Risperidona e a Quetiapina parecem apresentar menor risco. Katzman et al (2007) afirmam que o ganho de peso oriundo do uso de antipsicóticos atípicos pode acontecer já nas primeiras semanas, causando estresse psicológico relacionado com a auto-estima. Dislipidemias, doenças cardiovasculares, medicamentos, além de diminuição da qualidade de vida e da auto-estima (Malhi et al., 2001; Aronne e Segal, 2003; Himmerich et al., 2004; Schwartz et al. 2004).

Teixeira e Rocha (2006) chamam a atenção para o fato de que, assim como os antidepressivos e antipsicóticos, os principais estabilizadores de humor também podem levar a um aumento de peso, como é o caso da carbamazepina, do lítio e do ácido valpróico.

2.2.3 Ciclo Reprodutivo e alcoolismo

O ciclo menstrual feminino pode ser dividido em 3 fases: folicular, ovulatória e lútea. Considera-se fase lútea aquele período entre a ovulação e a menstruação, durando normalmente 14 dias. A fase lútea pode ser dividida ainda entre fase lútea e fase lútea tardia, sendo esta última também

conhecida como fase pré-menstrual, que dura, normalmente 3 dias. Na fase lútea, os níveis de estrogênio são considerados moderados, caindo bruscamente antes da menstruação, o mesmo ocorrendo com a progesterona (Sutker et al., 1983; Charette et al., 1990; Turner e Wit, 2006). A figura 1 ilustra o ciclo menstrual feminino e suas fases:

Fonte: Abegão, 2007.

Figura 1- Ciclo reprodutivo feminino

Não faltam referências relacionadas aos sintomas típicos da fase lútea tardia. Conhecida historicamente como síndrome pré-menstrual, é caracterizada pela presença de sinais e sintomas que surgem após o período ovulatório e desaparecem com o início do fluxo menstrual. De acordo com a literatura, 80% das mulheres apresentam algum tipo de alteração física e/ou psíquica neste período, sendo que mais de 40%

experimentam sintomas suficientes para afetar a vida diária em algum grau. Sintomas graves ocorrem em 3 a 8% das mulheres, e quando a síndrome ganha proporções capazes de influenciar significativamente sua vida cotidiana, ela é conhecida como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) (Endicott, 2000; Bendich, 2001).

No período pré-menstrual podem ocorrer alterações emocionais como: humor irritável, depressivo ou lábil, ansiedade, tensão, raiva persistente, aumento de conflitos interpessoais, diminuição de interesse pelas atividades diárias, sensação de estar fora de controle. Entre as alterações físicas podem ser citadas: falta de energia, cansaço exagerado, insônia ou sonolência, mastodinia, cefaléia, edema com ganho de peso, dores articulares e alteração do apetite (Endicott, 2000; Melo et al., 2001).

O período pré-menstrual é uma fase de risco para exacerbação de transtornos psiquiátricos associados, como, por exemplo, o aumento do consumo de álcool e/ou recaídas em pacientes alcoolistas em tratamento (Tobin et al., 1994; Limosin e Ades, 2001). Stout *et al.* (1986) investigaram a presença de transtornos psiquiátricos em 223 mulheres sob tratamento de TDPM e observaram uma prevalência de 9,4% de dependentes de álcool. Uma vez que não existem estudos brasileiros semelhantes, esses dados sugerem que a frequência da comorbidade é quase uma vez e meia maior que a prevalência de dependência de álcool em mulheres brasileiras, registrada por Carlini et al. (2007) em 6,9%. Estes achados alertam para o fato de que mulheres com TDPM podem constituir uma população de risco para dependência de álcool. Uma possibilidade de entendimento seria a de

que pacientes com TDPM usassem o álcool como forma de diminuir sintomas depressivos e ansiosos da fase lútea tardia, como foi sugerido há mais de 50 anos por Wall (1937), dando origem ao modelo proposto por Jones e Jones (1976), denominado “*menstrual cycle-alcoholism hypothesis*”. A teoria defende a hipótese de que, uma vez instalada a rotina da automedicação com o álcool, as mulheres com TDPM poderiam tornar-se dependentes da substância (Tate e Charette, 1991). Paralelamente, uma vez que os sintomas de TDPM incluem compulsões, discute-se se o aumento do consumo alcoólico nesta fase do ciclo não seria uma forma de manifestação de compulsão (Charette et al., 1990; Mcleod et al., 1994; Tobin et al., 1994).

Por vezes o consumo de álcool não é maior na fase lútea tardia do que em outras fases do ciclo menstrual, porém, nesta fase, o comportamento se daria de forma mais solitária e com a intenção de reduzir a tensão e/ou modular o humor. A retenção hídrica, normalmente acentuada durante o período pré-menstrual, contribuiria para o fato de que algumas mulheres aumentassem a ingestão de álcool acreditando em seu efeito diurético (Sutker et al., 1983; Charette et al., 1990). Por outro lado, Tate e Charette (1991) lembram que um subgrupo de mulheres dependentes de álcool tende a maximizar seus sintomas físicos da fase lútea e, assim, legitimar seu consumo alcoólico. Nestes casos, a TPM seria mais uma forma de justificar o consumo alcoólico, reduzindo assim o estigma vinculado ao alcoolismo.

Harvey e Beckman (1985) sugerem a possibilidade dos hormônios sexuais femininos estarem vinculados ao alcoolismo em seus aspectos etiológicos e fisiopatológicos. O menor consumo alcoólico na fase pré-menstrual estaria relacionado ao fato de que o álcool é metabolizado e excretado mais rapidamente durante a fase lútea do que na fase lútea tardia, portanto, sendo necessária uma maior quantidade alcoólica para causar embriaguez. Na fase pré-menstrual, na qual a metabolização é mais lenta, a tolerância ao álcool é diminuída e necessita-se de uma menor quantidade de bebida para atingir a embriaguez. Embora o mecanismo não seja adequadamente conhecido, os hormônios sexuais femininos teriam uma influência na farmacocinética do álcool, mais especificamente em sua metabolização hepática (Lammers et al., 1995). Apesar de afirmarem que os receptores de estrogênio e progesterona são abundantes nas áreas cerebrais associadas à recompensa – o que afetaria a resposta ao álcool, modulando seu efeito – Turner e Wit (2006) acreditam que o ciclo menstrual não afetaria o consumo das drogas de abuso. Paralelamente, Correa e Oga (2004) e Haddad et al. (1998) crêem que a farmacocinética do álcool não se altera durante o ciclo menstrual.

Metanálise realizada por Lammers et al. (1995) demonstra que mulheres podem ter níveis séricos de etanol diferentes ao longo do mês, embora consumam a mesma quantidade de álcool. Reforçando seus dados, as autoras apontam que, durante a gestação, quando os níveis de

estrogênio e progesterona são elevados como na fase lútea tardia, a metabolização do álcool é menor. Porém, as autoras questionam se estas afirmações podem ser estendidas para mulheres alcoolistas, que, devido ao consumo intenso e freqüente de álcool, costumam ter irregularidades hormonais que causam flutuações esteroidais durante o dia, e podem chegar a anovulação.

Alguns outros trabalhos estudaram o consumo de álcool em mulheres nas diferentes fases do ciclo menstrual, porém todos com amostras restritas: Christensen et al. (1989), estudando 13 mulheres com sintomas de depressão na TPM, mostraram aumento do consumo de álcool na fase lútea tardia, e Mello et al. (1990) observaram 15 mulheres com TDPM e notaram o aumento de consumo de álcool na fase lútea tardia em 5 delas. Tobin *et al.* (1994) estudaram 21 pacientes com TDPM e 16 controles e perceberam que as pacientes consumiam mais álcool do que o grupo controle, não só no período pré-menstrual como em todo o ciclo, sem aumento de consumo na fase lútea tardia. Allen (1996), ao avaliar o consumo alcoólico durante o ciclo menstrual de 55 mulheres, notou que aquelas que bebiam mais na fase lútea também tinham maiores escores no "Premenstrual Assessment Form", questionário que avalia sintomas da fase pré-menstrual.

2.3 ASPECTOS NUTRICIONAIS

2.3.1 A metabolização do álcool

O álcool ou etanol pertence ao subgrupo das funções oxigenadas álcoois, que são compostos orgânicos com uma ou mais hidroxilas ligadas diretamente ao átomo de carbono, não pertencente a um núcleo benzênico, cuja fórmula química é C_2H_5OH . Uma vez ingerido, o álcool é rapidamente absorvido e metabolizado no organismo, já que não pode ser armazenado por ser uma toxina (Gurr, 1996; Reis e Rodrigues, 2003).

Sua absorção ocorre no trato digestório, sendo 20% no estômago e o restante na porção proximal do intestino delgado (duodeno). O mecanismo de absorção dá-se por difusão simples, e a velocidade se dá em função de fatores de diluição - quanto maior a concentração alcoólica da bebida, mais rápido o álcool é absorvido. Existe, porém, um limite para este efeito: altas concentrações inibem este processo, sendo a concentração de 40% aquela mais rapidamente absorvida (Reis e Rodrigues, 2003; McKim, 2006). Em função do local da absorção, a presença de alimentos sólidos ou líquidos, especialmente aqueles com alto valor lipídico, retardam o esvaziamento gástrico e, conseqüentemente, sua absorção. Após a absorção, cerca de 80 a 90% do etanol sofre metabolização hepática e 2 a 10% são excretados inalterados através do ar expirado, urina, suor e saliva (Gurr, 1996; Aguiar et al., 2007; Andrade et al., 2008).

A molécula de álcool é relativamente pequena, neutra, polar, miscível em água e moderadamente solúvel em lipídeos, o que favorece seu

transporte pelas membranas. Sua velocidade de distribuição está relacionada principalmente ao fluxo sanguíneo dos tecidos e à quantidade de gordura corporal, uma vez que o álcool terá mais dificuldade de difundir-se na massa gorda, fazendo-o melhor em tecidos ricos em água, como é o caso da musculatura (Reis e Rodrigues, 1986; McKim, 2006).

A metabolização do álcool ocorre predominantemente no fígado, mas também pode ocorrer no cérebro e no músculo estriado. Indivíduos hígidos metabolizam, em média, 160 a 180g de etanol/dia, o que equivale a 7 garrafas de cerveja (que contenham 600 ml) por dia, e 10 a 15g de etanol/hora (1 lata de cerveja) com velocidade lenta, constante e dependente do peso corporal. Esta capacidade pode aumentar enquanto o fígado estiver íntegro. Sabe-se ainda que há diferenças sexuais quanto ao metabolismo do etanol, sendo ele reduzido na mulher, conforme já explicado anteriormente.

Todo etanol absorvido é oxidado em acetaldeído e, este, em acetil CoA e acetato, sendo então metabolizado gerando dióxido de carbono e água. O metabólito intermediário, o acetaldeído, é um composto reativo tóxico, que participa ativamente na etiologia das diferentes patologias causadas pelo álcool (Mitchell e Herlong, 1986).

A principal e mais usual via de metabolização do álcool é aquela que envolve a enzima álcool desidrogenase (ADH), que tem como função a oxidação do etanol em acetaldeído. Esta via utiliza o dinucleotídio de nicotinamida-adenina (NAD) como aceptor de hidrogênio, que é reduzido a NADH. Esta reação está associada a um alto fornecimento energético proveniente do NADH na formação de 16 ATP/ mol de etanol via fosforilação

oxidativa. A disponibilidade de NAD e a atividade mitocondrial limitam o uso dessa via, mais utilizada por “bebedores sociais” (Mitchell e Herlong, 1986; Suter et al., 1997; Aguiar et al., 2007).

A metabolização do álcool via ADH pode ser resumida em:

Já a via que assume grande relevância nos alcoolistas é aquela do Sistema Mitocondrial de Oxidação do Etanol (SMOE), presente no retículo endoplasmático liso dos hepatócitos, que utiliza o citocromo P-450, a NADPH-citocromo redutase e os fosfolípidios, tendo como aceptor de hidrogênio o NADP. Esta via assume importância maior em indivíduos que consomem o álcool cronicamente, porém, à custa de gasto de energia na forma de ATP. Utiliza o oxigênio e o nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato na sua forma reduzida (NADPH), não gerando componentes formadores de energia, como o NADH. É, portanto, uma reação que consome energia, ao invés de gerá-la (Mitchell e Herlong, 1986; Aguiar et al., 2007). A atividade do SMOE pode dobrar ou triplicar dependendo da situação, aumentando o metabolismo alcoólico entre 50 e 65%, o que contribui para o aumento da tolerância, da instalação e da manutenção da dependência de álcool (McKim, 2006).

Uma terceira via de metabolização do etanol possui pequena participação no processo, sendo responsável por apenas 10% do álcool

ingerido. Ocorre no interior dos peroxissomas, através de catalases, e, semelhantemente ao SMOE, não forma ATPs (Aguiar et al., 2007).

Todas as três vias têm como produto final o acetaldeído, que será, então, oxidado em acetato e água pelo aldeído desidrogenase (ALDH), enzima presente na matriz e na membrana mitocondrial externa, no microsomo e no citosol dos hepatócitos. Na fase final do metabolismo, o acetato é convertido em coenzima A, com desdobramento de ATP para adenosina monofosfato (AMP). O AMP poderá, então, ser convertido novamente em ATP ou em purinas e ácido úrico. A acetil coenzima A, por sua vez, entrará no Ciclo de Krebs, transformando-se em dióxido de carbono e água (Aguiar et al., 2007). Assim, o acetato, metabólito final da degradação do álcool, é uma ótima forma de energia, inibindo a oxidação lipídica, causando, entre outras coisas, a esteatose hepática e a obesidade (Suter et al., 1997).

Alguns fatores nutricionais interferem no metabolismo do álcool e vice-versa, como a interação com a carnitina. Ou seja, a suplementação de L-carnitina retardaria o metabolismo do etanol, elevando a alcoolemia. Uma dieta baseada em glúten (que possui alisina como aminoácido limitante, precursora da carnitina) reduz a atividade da ADH, que resulta no aumento sérico do etanol (Reis e Rodrigues, 2003).

Para cada grama de etanol metabolizado, são formadas 7,1 Kcal/g, uma fonte energética considerável, comparando-se aos carboidratos (4kcal/g), proteínas (4kcal/g) e lipídios (9 Kcal/g). Porém acredita-se que pessoas habituadas a ingerir doses altas de álcool não seriam capazes de aproveitar suas calorias, uma vez que a via de metabolização utilizada

nestes casos seria a SMOE (Gurr, 1996; Reis e Rodrigues, 2003). Segundo Suter (2000), quando o álcool é metabolizado via ADH, cerca de 75% é aproveitado como energia; já na via SMOE, menos de 50% pode ser utilizado como fonte energética. A via SMOE teria ainda a capacidade de aumentar o potencial termogênico dos alimentos, aumentando assim a taxa de metabolismo basal dos alcoolistas (Suter et al., 1997). Clevidence et al. (1995) verificaram, ainda, que em indivíduos magros a energia do etanol teria aproveitamento ineficiente, e em obesos ela seria melhor aproveitada, podendo até contribuir para o ganho de peso. Este é um dado importante, pois na conduta nutricional deve-se considerar estes fatores no cálculo dietético para controle de peso, bem como para caracterizar a desnutrição (Aguiar et al., 2007).

Esta discussão – do aproveitamento ou não das calorias do álcool – é conhecida como o “paradoxo do álcool”. Depois de anos debatendo se as calorias do álcool entrariam para o aproveitamento energético, a questão hoje está mais direcionada para quanto as calorias do álcool são aproveitadas e em qual quantidade de consumo alcoólico a via metabólica dos SMOE é ativada (Suter, 2000).

Uma vez claro que o etanol é uma fonte de energia e uma droga psicoativa, percebemos que, dependendo da quantidade de etanol consumida, estas características podem ser encontradas em diferentes combinações (Aguiar et al., 2007). Talvez, por isso, o perfil nutricional da paciente dependente de álcool não esteja claro na literatura.

2.3.2 Perfil nutricional da alcoolista

A literatura é rica na descrição do perfil nutricional do paciente cirrótico grave, internado para tratamento hepático, situação associada na maioria das vezes ao alcoolismo. Faltam, porém, informações relativas àqueles alcoolistas tratados ambulatorialmente e que frequentemente não possuem uma hepatopatia clínica (Maio et al., 2000; Jesus et al., 2002; Longo e Navarro, 2002; Nóbrega e Oliveira, 2005).

Se as informações nutricionais acerca do paciente ambulatorial são tão escassas, a situação se agrava ainda mais no momento em que investigamos especificamente o estado nutricional da mulher alcoolista. Essa falta de estudos nutricionais é comparável a outras áreas relacionadas à dependência em mulheres, uma vez que o estudo sistemático do abuso e da dependência de álcool e outras drogas em mulheres iniciou-se na segunda metade do século XX e apenas teve seu maior incremento nos anos 80 (Blume, 1986). Até 1980, somente 7% dos indivíduos pesquisados em estudos de avaliação eram mulheres (Duckert, 1987). Embora este número tenha aumentado nos anos posteriores, na maioria das pesquisas a análise dos dados das mulheres era feita em conjunto com os dos homens, sem respeitar suas diferenças (Toneatto et al., 1992; Roos et al., 1998).

As calorias fornecidas pelo álcool podem alterar o perfil dietético e o valor energético total (VET) diário do consumidor. A intensidade com que estas alterações ocorrem e se manifestam está diretamente relacionada com a quantidade e a constância da ingestão alcoólica. Sabe-se que o álcool supre o alimento na dieta de dependentes graves, portanto, o alcoolista é descrito

normalmente como um paciente desnutrido, uma vez que a ingestão alcoólica substitui calorias e nutrientes adequados. Já no consumo mais moderado, a ingestão alcoólica é usualmente uma fonte adicional de energia, sendo somada à dieta habitual da paciente. Esse tipo de fonte calórica é conhecida como “calorias vazias”, uma vez que, apesar de seu alto valor energético, faltam nutrientes essenciais como proteínas, vitaminas e minerais. Outro fato a se considerar é a composição dos alimentos aos quais o álcool é adicionado, normalmente muito ricos em gordura. Este fato, juntamente com a inibição da oxidação lipídica causada pela utilização de acetato para fornecimento energético e a metabolização do álcool via SMOE, justificaria o freqüente sobrepeso encontrado em pacientes dependentes de álcool (Mitchell e Herlong, 1986; Suter et al., 1997; Maio et al., 2000; Jesus et al., 2002; Hasse e Matarese, 2002; Reis e Rodrigues, 2003; Kachani et al., 2008).

Quando a ingestão alcoólica supera 25 a 50% das calorias totais diárias, estas não são utilizadas eficientemente como fonte de combustível, pois o excesso de calorias ingeridas na forma de álcool não pode ser estocado. Dessa forma, ocorrem desvios metabólicos para priorização da desintoxicação do etanol, com perda energética significativa. Soma-se a isto a termogênese dos alimentos e o metabolismo basal aumentados, transformando o álcool em causa tanto da desnutrição primária, pelo fato de deslocar os nutrientes da dieta, como de desnutrição secundária, por ser responsável pela má absorção e agressão celular decorrentes de sua toxicidade direta (Mitchell e Herlong, 1986; Suter et al., 1997; Maio et al., 2000; Jesus et al., 2002; Hasse e Matarese, 2002; Reis e Rodrigues, 2003).

A agressão celular causada pelo álcool prejudica a imunidade do paciente, bem como sua digestão e absorção de nutrientes, uma vez que causa insuficiência pancreática e deficiência de enzimas que atuam na borda em escova do intestino, tais como a lactase (Reis e Rodrigues, 2003). A má absorção das vitaminas lipossolúveis A, D e E pode causar, respectivamente, pelagra, depressão e peroxidação lipídica dos hepatócitos e mucosas, entre outras doenças (Almeida-Muradian e Penteado, 2003; Biachini-Pontuschka e Penteado, 2003; Pinto e Penteado, 2003)

A deficiência de vitaminas hidrossolúveis como tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, ácido fólico e vitamina B12 também é largamente encontrada na literatura, causando sérios problemas para o etilista. Por exemplo, metabólitos do etanol, como o acetaldeído, podem causar degradação aumentada da forma ativa da piridoxina ou interferir com a formação e liberação da forma ativa de folato. Consequentemente, a hiperhomocisteinemia também é comum no abuso de álcool, uma vez que seu metabolismo está fortemente relacionado com a ingestão e absorção de vitamina B6, B12 e folato. A hiperhomocisteína é hoje considerada fator de risco adicional para doença vascular coronariana, cerebral ou periférica, bem como para trombose venosa, e marcador de grande importância na avaliação nutricional destas pacientes, sendo importante indicador isolado de aterogênese (Maio et al., 2000; Jesus et al., 2002; Longo e Navarro, 2002; Prioste et. al., 2003; Venâncio et al., 2004).

A circunferência da cintura, outro indicador altamente sensível e específico em predizer o risco de hipertensão, dislipidemias e diabetes

mellitus, também foi encontrada fora dos padrões normais em alcoolistas por Vadstrup et al. (2003). Em estudo de coorte de 10 anos, os autores verificaram que a circunferência da cintura de mulheres que bebiam acima de 70 doses de álcool por semana era muito superior àquelas que bebiam até 7 doses semanais, corroborando a hipótese de Suter et al. (1997), que já haviam descrito modificação na distribuição da gordura corporal ligada ao consumo exagerado de álcool e aumento da circunferência da cintura.

A dependência de álcool também repercute no controle metabólico da glicose. Uma vez que o álcool inibe a gliconeogênese e a glicogenólise, seu consumo em jejum provoca hipoglicemia. Por outro lado, consumido com uma quantidade excessiva de carboidratos, eleva os níveis séricos de glicose, exigindo uma resposta insulínica muito elevada, provocando a hipoglicemia e, dependendo da frequência, uma resistência insulínica ou diabetes mellitus tipo 2 (Bunout, 1999; Van de Wiel, 2004).

O metabolismo dos outros macronutrientes também é alterado pelo álcool, que induz a perdas protéicas que elevariam a excreção urinária, afetando o balanço nitrogenado. Em relação aos lipídios, o álcool inibe a lipólise, reduzindo o número de ácidos graxos livres, o que pode ser mensurado observando o *turn over* do palmitato. Os níveis de triacilgliceróis aumentam, retornando a níveis normais na abstinência. Apesar do consumo moderado de álcool estar relacionado com o aumento de HDL, quando excessivo, como é o caso das alcoolistas, contribui para oxidação arterial e aumento de LDL (Bunout, 1999).

A redução plasmática de minerais como magnésio, cálcio e zinco é relatada e suas consequências alimentares são muitas vezes evidentes no

paciente alcoólico (Hasse e Matarese, 2002). A deficiência de zinco faz com que a palatibilidade dos alimentos seja diminuída e, conseqüentemente, sua ingestão, além de agravar a deficiência de niacina pela menor síntese do ácido nicotínico (saliente-se que a utilização de nicotinamida está aumentada pela metabolização hepática de álcool e acetato) (Maio et al., 2000).

Já a deficiência de magnésio estaria diretamente relacionada à diminuição dos níveis de dopamina no sistema nervoso central, e, conseqüentemente, às compulsões alimentares. Uma vez que compulsões alimentares normalmente elevam o peso das pacientes, não seria uma surpresa resultados como os de Jackson e Grilo (2002) que, usando o critério do Índice de Massa Corpórea (IMC), apontaram 71% de sobrepeso e 8% de obesidade em mulheres dependentes de substâncias psicoativas tratadas ambulatorialmente. Cowan e Devine (2008), avaliando o peso de pacientes em tratamento, verificaram que o maior ganho de peso ocorre no início do tratamento, quando compulsões alimentares são freqüentes, bem como relatos de substituição de álcool e drogas por comida.

Corroborando a tendência de ganho de peso na abstinência, Krahn *et al.* (2006) afirmam que alcoólicos têm preferência por alimentos com sacarose, e que no primeiro mês sem o álcool estes pacientes buscam alimentos doces. Apesar desta tendência diminuir bastante após 6 meses abstinentes, essa preferência alimentar seria um dos motivos que contribuiriam para o ganho de peso durante o tratamento, o que teria conseqüências diretas na dificuldade de recuperação da auto-estima, podendo levar a uma possível recaída do consumo de álcool.

O álcool afeta farmacologicamente o sistema nervoso central ativando receptores γ -aminobutíricos, o que influencia o consumo alimentar. Consumido antes da refeição, ele não influenciaria a quantidade consumida, o que não acontece quando o consumo é durante a refeição (Yeomans, 2004). Algumas hipóteses justificando o fato têm sido levantadas; o álcool poderia aumentar a palatibilidade dos alimentos (Yeomans, 2004); poderia diminuir a saciedade e ainda desinibir o comportamento alimentar restritivo (Polivy e Herman, 1976).

2.3.3 Alimentação e Fase Lútea Tardia (FLT)

Ao considerarmos o perfil nutricional da mulher alcoolista, é importante lembrarmos que mulheres em idade fértil normalmente têm ciclos menstruais regulares. Deve-se considerar que na fase lútea tardia do ciclo ocorrem mudanças nutricionais e de comportamento alimentar que, caso ignoradas, podem comprometer tanto o diagnóstico quanto a conduta nutricional (Sampaio, 2002).

Quando se fala em sintomas da fase lútea tardia, um dos aspectos mais citados na literatura é o aumento de apetite, que poderia ser explicado pelo aumento da demanda energética neste período, com relatos de aumento de consumo variando de 90 a 500 kcal/dia (Dye e Blundell, 1997; Evans et al., 1999). Segundo Frankovith e Lebrum (2000), a temperatura corporal na fase pré-menstrual aumenta de 0,3 a 0,5 °C, o que elevaria o gasto energético basal das pacientes. No entanto, este dado não é consensual. Tai et al. (1997) afirmam que o gasto energético basal não se

altera durante a fase lútea tardia, uma vez que o aumento de progesterona e estradiol retardam em 25% o trânsito gastro-intestinal alto na fase lútea; com o esvaziamento gástrico mais lento, a absorção de macronutrientes também fica mais demorada e, conseqüentemente, a termogênese dos alimentos é menor, o que não compromete o gasto energético basal, que se mantém durante todo o ciclo.

O ciclo menstrual não influencia apenas o apetite e o tamanho das refeições. Diferentes relatos de mudanças em tipos de macronutrientes ingeridos, alterações na seleção de produtos alimentícios, bem como desenvolvimento do desejo por determinados alimentos têm sido estudados ao longo dos anos. Dye e Blundell (1997) afirmam que conhecer os efeitos dos nutrientes e sua relação com a depressão durante a fase pré-menstrual é importante, uma vez que a relação entre esta fase e a depressão já está estabelecida na literatura. A explicação para a escolha de alimentos específicos, denominada corriqueiramente como compulsão alimentar, seria alterações bioquímicas ocorridas na fase pré-menstrual, em especial a redução da serotonina no cérebro. As compulsões alimentares seriam, então, uma forma de automedicação, na intenção de corrigir possíveis disfunções do neurotransmissor responsável pela modulação do humor e por sintomas pré-menstruais, entre outros (Wallin e Rinassen, 1994; Brzezinski, 1996; Bruinsma e Taren, 1999; Steiner e Pearlstein, 2000; Cross et al., 2001; Sampaio, 2002).

A serotonina é um neurotransmissor sintetizado a partir do triptofano, um aminoácido essencial. Sabe-se que a serotonina está implicada na modulação do humor, nos sintomas pré-menstruais, bem como no controle

alimentar, entre outros mecanismos. Sugere-se que a serotonina tenha um ritmo cíclico que influenciaria a flutuação do apetite e do consumo energético total observados em mulheres durante a fase pré-menstrual (Brzezinski, 1996; Steiner e Pearlstein, 2000).

Alimentos protéicos possuem uma boa quantidade de triptofano, porém não podem ser considerados uma boa fonte deste nutriente, uma vez que contêm outros aminoácidos, como tirosina, fenilalanina, valina, leucina e isoleucina, que competem na sua absorção. Isto significa que as dietas hiperprotéicas elevam os níveis séricos de triptofano, mas este se torna pouco biodisponível, prejudicando a formação de serotonina (Bell et al., 2001).

Nas refeições normo e híper glicídicas, a biodisponibilidade do triptofano é potencializada pela secreção de insulina, que reduz o nível de aminoácidos que competem também pela barreira hemato-encefálica. A insulina é o transportador natural do triptofano para o sistema nervoso central (Sayegh et al. 1995; Cross et al., 2001; Wurtman et al., 2003; Beulens et al., 2004). Sendo assim, o aumento do desejo por determinados alimentos, normalmente ricos em carboidratos, que acontece na fase pré-menstrual de muitas mulheres, poderia ocorrer por um mecanismo homeostático buscando aumentar a disponibilidade do triptofano e, conseqüentemente, a síntese de serotonina (Steiner e Pearlstein, 2000). Sayegh et al. (1995) testaram esta hipótese ao administrar diferentes fórmulas de bebidas para 24 mulheres com diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual. A ingestão de uma mistura de carboidratos simples e compostos, tais como dextrose e maltodextrina, foi efetiva na melhora de alguns dos sintomas pré-menstruais, como alterações

no humor e aumento de apetite. Importante esclarecer que mulheres que não possuem uma depressão clínica, neste período, também fazem as escolhas alimentares acima referidas, porém em escalas relativamente menores (Dye e Blundell, 1997).

Alguns estudos avaliaram a composição das compulsões alimentares na fase lútea tardia. Dye e Blundel (1997) afirmam que, apesar de mulheres com TDPM terem compulsões mais severas, qualitativamente todas as mulheres seguem a mesma tendência, tendo elas TDPM, tensão pré-menstrual (TPM) ou não. Evans et al. (1999) verificaram em 19 mulheres um maior desejo por alimentos ricos em carboidratos e gordura (por exemplo: pipoca com manteiga, biscoitos salgados, batata fritas, “donuts”, iogurtes, bolos, tortas, “cookies”, chocolate, sorvetes); alimentos ricos em proteínas e gordura (por exemplo: atum, manteiga de amendoim, hambúrguer, queijos, nozes); e álcool. Comparando o consumo dos nutrientes nos períodos pré e pós-menstrual, estes autores verificaram que houve um aumento do consumo de gorduras na fase pré-menstrual.

Cross et al. (2001) também encontraram um aumento de calorias totais ingeridas por pacientes com sobrepeso na fase pré-menstrual, calorias estas provenientes principalmente do consumo de carboidratos, gordura e açúcares simples. Os alimentos mais citados na fase pré-menstrual pelas pacientes estudadas foram “bolos e sobremesas”, porém, uma vez que estes alimentos possuem também muita gordura e algumas proteínas, essa preferência alimentar não pode ser considerada uma “compulsão por açúcar”. Freeman et al. (2002) e Ling (2000), obtiveram resultados positivos com a

administração de uma bebida rica em carboidrato em mulheres com TPM severa: a bebida aliviou os sintomas depressivos e o desejo por determinados alimentos.

O desejo por chocolate no período pré-menstrual é outra alteração alimentar muito observada e pouco entendida. Existem apenas hipóteses para explicar este achado. Bruinsma e Taren (1999) acreditam que substâncias encontradas no chocolate poderiam aliviar a disforia pré-menstrual ou atuar como “automedicação” para a depressão e tristeza. Entre elas, N-aciletanolaminas insaturadas, lipídeos que podem ativar os receptores canabinóides, induzindo um efeito de bem estar. Por outro lado, Michener et al. (1999), avaliaram o consumo de chocolate durante a fase lútea tardia de mulheres com tensão pré-menstrual severa e verificaram que ao administrar progesterona e alprazolam, substâncias que agiriam respectivamente na taxa hormonal e na modulação do humor, não conseguiram diminuir o desejo por chocolate neste período, sugerindo que a compulsão por este alimento não seria uma forma de automedicação. Macht e Mueller (2007) concordam com os autores, e explicam que os efeitos benéficos do consumo do chocolate levariam de 1-2h para surtir resultados, o tempo que levaria para ser digerido, assim, não poderiam fornecer a sensação de prazer imediata que seus consumidores relatam vivenciar.

2.3.4 Tratamento nutricional para mulheres dependentes de álcool

Toda intervenção nutricional tem como objetivo principal a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem estar geral do

indivíduo. O trabalho relacionado a pacientes dependentes de álcool assemelha-se àquele desenvolvido no tratamento de transtornos alimentares e pode ser definido como um processo que envolve o monitoramento do estado nutricional da paciente e o tratamento onde o nutricionista e a equipe multidisciplinar trabalham juntos para modificar comportamentos relacionados à alimentação e ao peso da paciente (Martins, 2002; Alvarenga et al. 2004). O ganho de peso de pacientes psiquiátricos é um tema que exige conhecimento das causas relacionadas e uma intervenção apropriada para garantir o sucesso do trabalho (Malhi et al., 2001).

Cowan e Devine (2008) avaliaram homens em recuperação da dependência de álcool e outras drogas em três fases de tratamento e observaram que o ganho de peso e o relacionamento com o alimento difere nas três fases. A fase 1 (1-6 meses) parece ser o momento em que se ganha mais peso, pois o corpo anteriormente depletado recebe muito alimento, usado como substituto do álcool e outras drogas. Compulsões alimentares são freqüentes nesta fase. Na fase 2 (7-13 meses), os pacientes costumam perceber este ganho de peso e demonstram uma vontade de reverter este quadro. Neste momento, a alimentação ganha status de “organizador de rotina”, que não existia na vida do dependente. Já na fase 3 (14-36 meses), os pacientes já conseguem perder peso, alegando compulsões alimentares raras, somente em festas ou outras ocasiões especiais.

Assim, a educação alimentar das pacientes alcoolistas tem como meta ensinar uma nova forma de encarar as escolhas alimentares, que

devem associar a importância dos nutrientes à sua relação com a promoção da saúde (Desai et al. 2002; Grant et al, 2004).

Porém, antes de qualquer conduta, o profissional deve avaliar o paciente com o objetivo de identificar se existem distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde. É importante observar a ingestão de nutrientes e energia consumidos e compará-los com as necessidades da paciente. O objetivo do nutricionista é manter um equilíbrio entre estes dois componentes (Augusto et al., 1995; Kamimura et al., 2002).

Como um parâmetro isolado não caracteriza a condição nutricional geral do indivíduo, é necessário empregar uma associação de vários indicadores para melhorar a precisão do diagnóstico. Integrando-se dados da ingestão de nutrientes, estado clínico, familiar, social, história médica, exames bioquímicos e dados da composição corpórea é possível diagnosticar e monitorar o estado nutricional dos indivíduos (Waitzberg e Ferrini, 2000; Hammond, 2002; Kamimura et al., 2002).

A avaliação antropométrica é importante, pois a relação entre peso e altura, conhecida como Índice de Massa Corpórea (IMC), determina o estado nutricional, classificando-o em intervalos de valores: eutrofia, sobrepeso, grau de obesidade e desnutrição. As medidas de circunferência também são relevantes, uma vez que a distribuição de gordura corporal é determinante do estado nutricional, e a relação da circunferência da cintura e do quadril pode indicar aumento de risco para doenças cardiovasculares. A antropometria é muito útil em função de seu baixo custo e do fato de

prescindir de equipamentos sofisticados, com grande facilidade de obtenção dos resultados e confiabilidade, desde que executada e interpretada por pessoas experientes em nutrição. Contudo, possui algumas ressalvas, uma vez que as variações fisiológicas e o perfil de consumo do dependente químico (quantidade, frequência e tipo de substância consumida) podem levar a modificações na composição corpórea. Investigar a composição corporal quando o IMC estiver fora dos padrões considerados normais é aconselhável (WHO, 1995; Waitzberg e Ferrini, 2000).

A mensuração das modificações de marcadores bioquímicos do estado nutricional fornece medidas objetivas das alterações, mesmo que precoces, e tem a vantagem de possibilitar o monitoramento durante o tratamento (Bottoni et al., 2000). Estados de desnutrição podem estar associados a alterações nas proteínas plasmáticas, que indicam catabolismo, hepatopatias, estados de infecção e inflamação. Competência imunológica e creatinina urinária também são parâmetros para se avaliar estados de desnutrição. Da mesma forma, o perfil lipídico pode auxiliar no diagnóstico de obesidade, além de indicar fatores de risco para doenças cardiovasculares e a curva glicêmica seria um bom indicador da resistência insulínica (Carlson, 2002; Kamimura, et al., 2002).

A história clínica adequada visa buscar informações relacionadas a queixas, ocorrência de doenças presentes e passadas; perda ou ganho de peso recente, uso de medicamentos, alergias, problemas dentários, cirurgias, funcionamento intestinal, gestações, menarca e menopausa, capacidade física e mental, entre outras. Aspectos culturais, familiares,

socioeconômicos e atividades desenvolvidas também podem e devem ser questionados (Hammond, 2002).

O uso de psicofármacos deve ser analisado. Conforme descrito anteriormente, vários medicamentos utilizados no tratamento de dependência química e de suas comorbidades podem levar a um aumento de peso que pode ser um fator de risco para comorbidades clínicas, tais como hipertensão, diabetes melitus tipo 2, dislipidemias, doenças cardiovasculares, entre outras, além da diminuição da qualidade de vida e da auto estima (Malhi et al., 2001; Aronne e Segal, 2003; Himmerich et al., 2004). O medo do ganho de peso pode prejudicar a aderência ao tratamento e aumentar o risco de recaídas (Aronne e Segal, 2003; Schwartz et al. 2004).

A avaliação dietética, muitas vezes subestimada, é um valioso instrumento para identificar pacientes com risco nutricional e é atividade exclusivamente realizada por nutricionistas. Além de fornecer dados quanto à ingestão calórico-protéica, de vitaminas e minerais atual do paciente, também permite ao profissional identificar inadequações alimentares e o risco nutricional decorrente deste achado (Baxter et al., 2002). Para tanto, é realizada entrevista na qual inquéritos de nutrição são aplicados a fim de se avaliar os hábitos alimentares, déficits e excessos, o que permite identificar e traçar o padrão de consumo alimentar, a quantidade de energia e de nutrientes consumidos, os alimentos ou grupos de alimentos mais ingeridos e/ou evitados e estabelecer hipóteses para condições de risco e sobre a relação entre o estado nutricional e de saúde (Waitzberg e Ferrini, 2000).

Os inquéritos dietéticos podem fornecer informações tanto qualitativas como quantitativas a respeito do consumo alimentar. Métodos como o recordatório habitual são eficientes na medida em que tornam possível identificar erros no padrão alimentar, quanto a frequência, horários e quantidade de alimentos consumidos. O investigador propõe ao indivíduo recordar e descrever todos os alimentos consumidos em um dia (período de 24h), anotando e estimando as quantidades em medidas caseiras (Cintra et al., 1997; Kamimura et al., 2002).

Para minimizar erros na aplicação de inquéritos dietéticos, alguns cuidados devem ser tomados. Entre eles se destacam o treinamento do entrevistador, a escolha de dias típicos da rotina do paciente, o detalhamento de preparações desconhecidas, a padronização de medidas e a evitação de sinais de surpresa, aprovação ou desaprovação perante o que é dito (Kamimura et al., 2002).

Além dos inquéritos, é importante realizar uma história alimentar detalhada, a fim de conhecer aspectos sobre hábitos alimentares atuais e passados, número de refeições realizadas diariamente, apetite, uso de suplementos alimentares, dietas já realizadas, entre outros. Algumas informações adicionais podem ainda ser obtidas, tais como tabagismo e atividade física (Fisberg et al., 2005).

No caso específico das pacientes tratadas no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROMUD – IPq – HC/ FMUSP), uma vez avaliadas, elas são triadas

de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado. Pacientes eutróficas e sem nenhuma comorbidade clínica são convidadas a receber orientação alimentar caso tenham necessidade e/ou vontade. Ou seja, não há acompanhamento nutricional formal. Pacientes em risco nutricional ou com alguma necessidade dietoterápica específica são atendidas e orientadas mensalmente. Já no caso das pacientes com transtornos alimentares e/ou com comportamento alimentar inadequado, os atendimentos fazem parte obrigatória da abordagem oferecida à paciente e, dependendo da gravidade, são semanais ou quinzenais (Kachani et al., 2006).

A reeducação alimentar e a recuperação da eutrofia são os principais objetivos no atendimento ambulatorial, a fim de que a paciente melhore sua auto-estima (prevenindo a recaída), melhore sua qualidade de vida e previna os comportamentos alimentares inadequados (Kachani et al., 2006). Assim, o nutricionista deve ajudar o paciente a entender suas necessidades nutricionais e a iniciar uma escolha alimentar apropriada, aumentando a variedade na dieta e restabelecendo comportamentos alimentares adequados.

A cada consulta, as medidas antropométricas das pacientes são aferidas e ocorre uma avaliação conjunta nutricionista/paciente de seu diário alimentar, com subseqüentes orientações de como organizar refeições e controlar compulsões alimentares, a fim de que se estabeleça um padrão alimentar apropriado. As orientações são gradativas, para que possam ser absorvidas (Martins, 2002). A cada novo encontro, as orientações anteriores,

denominadas pela equipe de nutrição de “combinados”, são cobradas das pacientes e seu cumprimento é verificado no diário.

A elaboração do diário alimentar é obrigatória, e seu uso tem sido adotado por nutricionistas em diferentes abordagens clínicas, uma vez que é um instrumento comportamental de automonitoração, que permite ao paciente perceber e melhorar sua relação com o alimento, além de controlar sua ingestão diária. Segundo alguns autores, em pacientes com transtornos alimentares, esta ferramenta é uma estratégia muito importante no tratamento nutricional, pois se torna um documento pessoal, simbolizando a relação entre o terapeuta nutricional e o paciente, além de prover controle, disciplina e avaliação constante (Alvarenga e Larino, 2002). Acreditamos que o mesmo valha para pacientes alcoolistas, já que não existe um modelo específico para o tratamento de mulheres dependentes de álcool. Na prática clínica, tem-se usado um diário alimentar baseado no “Manual de Prevenção da Recaída” (Knapp e Bertolote, 1994) e no diário alimentar usado para pacientes com transtornos alimentares (Alvarenga et al., 2004). Sendo assim, o diário alimentar usado atualmente pelo PROMUD possui componentes da terapia cognitiva comportamental, o que proporciona à paciente a observação do caos alimentar no qual está situada: a falta de horários para refeições, o baixo valor nutricional e o alto valor energético das refeições, grandes quantidades de alimentação com baixa pontuação de fome, ambientes propícios para compulsões, relações de culpa por estar comendo, bem como a nitidez da compensação da ausência do álcool pela comida.

Uma vez que a medicação é parte integrante do tratamento destas pacientes, o provável ganho de peso deve ser considerado e, assim, uma redução de danos relativos ao consumo alimentar, com o intuito de normalizar o valor energético total ingerido diariamente pelas pacientes, é indispensável (Malhi et al., 2001).

As deficiências nutricionais devem ser observadas, e em situações agudas a suplementação alimentar deve ser realizada. No restante dos casos, a meta é que a paciente possa progressivamente responsabilizar-se por sua alimentação e por seu estado nutricional.

3. Justificativa

Na avaliação nutricional realizada com pacientes internadas ou ambulatoriais é dada grande ênfase ao levantamento quantitativo e qualitativo do consumo alimentar, da presença de alergias, de intolerâncias e/ou preferências alimentares, além da antropometria e da análise de exames bioquímicos a fim de que sejam elaborados o diagnóstico e conduta nutricional. No entanto, um aspecto pouco citado como parte importante da anamnese alimentar é o interrogatório acerca de alterações nutricionais e/ou alimentares associadas ao ciclo menstrual, a não ser que este esteja diretamente relacionado com a patologia em questão (Sampaio, 2002).

A falta de informações na literatura científica a respeito do consumo alimentar e alcoólico na fase lútea tardia de mulheres alcoolistas brasileiras inspirou este trabalho. Uma vez que conter a compulsividade e impulsividade alimentar é um dos inúmeros aspectos da atuação nutricional na recuperação de mulheres dependentes de álcool (Dye & Blundell, 1997), esta pesquisa poderá contribuir para o tratamento destas mulheres, uma vez que muitas delas deslocam o consumo alcoólico para um consumo alimentar (Brasiliano, 2006). Paralelamente, ao reconhecer um período crítico para recaídas, estas poderão ser prevenidas de uma forma mais eficaz.

4. Objetivos

Geral

Comparar o consumo alimentar e alcoólico de mulheres dependentes de álcool durante a fase folicular e a fase lútea tardia.

Específicos

1. Comparar o consumo de energia total e de macronutrientes na fase folicular e na fase lútea tardia;
2. Comparar a ingestão de álcool nas duas fases;
3. Verificar o consumo de energia total, de macronutrientes e de álcool nos dois períodos em pacientes com e sem TDPM;
4. Investigar o desejo por alimentos específicos na fase lútea tardia;
5. Correlacionar o consumo de energia e de macronutrientes, álcool, sensação de fome e desejo de beber nas fases folicular e lútea tardia;
6. Correlacionar sintomas da fase lútea tardia e o consumo alimentar e alcoólico nesta fase;
7. Verificar a possibilidade da formação de subgrupos de pacientes de acordo com o comportamento alimentar nas duas fases.

5. Hipóteses

1. Mulheres alcoolistas consomem um maior valor energético total (VET) na fase lútea tardia, seja oriundo de alimentos ou de álcool;
2. Existe um consumo maior de álcool em mulheres alcoolistas na fase lútea tardia;
3. Mulheres alcoolistas percebem a fase lútea tardia como um período em que a vontade de beber aumenta, sendo o álcool o alimento mais desejado nesta fase;
4. A fase lútea tardia é um momento de risco para recaídas em mulheres alcoolistas;
5. Pacientes em tratamento para dependência de álcool tendem a substituir o desejo de beber por consumo energético;
6. Os padrões de comportamento alimentar e o consumo alcoólico não são homogêneos entre as pacientes, sendo possível detectar subgrupos distintos.

6. Métodos

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório, que caracteriza um quadro, sem a pretensão imediata de solucioná-lo (Almeida Filho e Rouquayrol, 1992).

6.2 Local

O projeto foi desenvolvido no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROMUD). Criado em novembro de 1996, o PROMUD tem como objetivo atender as necessidades das mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Além da assistência, o PROMUD dedica-se também ao ensino e à pesquisa do tema, especificamente no sexo feminino.

O tratamento oferecido no PROMUD é predominantemente ambulatorial e realizado por uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, médicos residentes de psiquiatria (sob supervisão), psicólogos, nutricionistas e estagiários de nutrição (sob supervisão), terapeuta ocupacional, terapeuta familiar e advogada. A descrição completa do tratamento realizado no PROMUD encontra-se no Anexo 1.

6.3 Procedimento

Todas as pacientes foram encaminhadas ao PROMUD a partir da triagem geral do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, para a qual vieram espontaneamente ou por encaminhamento de outras unidades do próprio Hospital das Clínicas. No PROMUD passaram por triagem realizada por um médico psiquiatra, juntamente com um psicólogo, que apresentou o tratamento oferecido pelo Programa e preencheu a ficha de dados de entrada (Anexo 2).

Após a primeira consulta, todas as pacientes fizeram uma avaliação nutricional, ocasião em que foram convidadas a participar deste projeto. Os critérios de inclusão e exclusão considerados foram os seguintes:

A - Critérios de inclusão:

- Dependência de álcool segundo o DSM-IV (APA, 2002);
- Idade maior do que 18 anos;
- Apresentar ciclos menstruais regulares;
- Ser alfabetizada e apresentar entendimento dos instrumentos propostos;
- Assinar o termo de consentimento (Anexo 3).

B - Critérios de exclusão:

- Doença clínica e/ou ginecológica que pudesse contribuir para a piora dos sintomas pré-menstruais;
- Uso de medicações hormonais nos últimos 6 meses (excluindo anticoncepcionais orais);
- Gestação e menopausa.

É importante ressaltar que, apesar da assinatura do termo de consentimento constar como critério de admissão à pesquisa, nenhuma das pacientes negou-se a assiná-lo. Apesar da maioria das pacientes participantes do projeto serem recém ingressas ao PROMUD, todas as pacientes que já estavam em tratamento, e que preenchiam os critérios da pesquisa, também foram convidadas a participar, e o tempo de tratamento foi considerado pela pesquisadora como variável explicativa.

Para as pacientes novas, as escalas que não exigiam tempo de abstinência foram aplicadas entre a 1ª e a 2ª consulta, e, para pacientes que já estavam em tratamento, na data de admissão à pesquisa. Fazem parte desta aplicação: Entrevista Estruturada adaptada do Protocolo Comum (Anexo 4), Questionário de Sintomas de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual –QTDPM (Anexo 5) e Questionário de consumo alimentar durante a fase pré-menstrual (Anexo 6). O “Mini International Neuropsychiatric Interview” (MINI) (Anexo 7) e o Questionário de Transtornos do Impulso (Anexo 8), foram aplicados na primeira oportunidade em que a paciente estivesse abstinente durante 15 dias, período necessário para permitir a avaliação de possíveis comorbidades psiquiátricas (Midanik, 1982; Babor et al., 1990; Weiss et al., 1997).

Na avaliação nutricional, todas as pacientes eram instruídas a realizar o preenchimento de diários alimentares ao longo de dois meses ou dois ciclos menstruais. Esses diários eram entregues semanalmente, durante os retornos para atendimento. Definiu-se dois meses como tempo suficiente para avaliação do consumo alimentar e alcoólico, uma vez que este é o tempo exigido pela APA (2002) para o diagnóstico de TDPM. As orientações para a

pesquisa incluíam o treinamento para quantificação dos alimentos, que deveria ser realizada em medidas caseiras. Para tanto, utensílios domésticos como copos, xícaras, talheres de mesa, talheres de sobremesa e talheres de servir eram mostrados para que as pacientes pudessem se familiarizar e, assim, serem mais fiéis no relato de quantidades. Quando alimentos mais elaborados eram consumidos, as pacientes deveriam detalhar os ingredientes utilizados na preparação. As pacientes eram igualmente orientadas a registrar nos diários a quantidade de bebida ingerida (alcoólica ou não) e o consumo de alimentos entre as refeições. Os seguintes alimentos: água, chá e café com adoçante, refrigerantes diet, chicletes e balas diet, poderiam ser excluídos dos diários, na medida que não possuem representação calórica e nutritiva. No diário também era solicitada uma nota para a fome e para o desejo de beber álcool naquele momento (Anexo 10).

Algumas pacientes não possuíam organização suficiente em sua rotina para o preenchimento espontâneo dos seus diários; nestes casos, a pesquisadora telefonava diariamente para fazê-lo conjuntamente.

Uma vez preenchidos os diários, foram avaliados 4 dias consecutivos na fase lútea tardia (os quatro anteriores à menstruação) e outros 4 dias consecutivos durante a fase folicular de cada ciclo. Foi, então, calculada uma média dos valores de cada fase. A literatura mostra que os quatro dias anteriores a menstruação são suficientes para caracterizar os sintomas da fase lútea tardia. No quinto dia da menstruação desaparecem os sintomas da TPM, e a fase folicular já pode ser caracterizada. Para padronizar a coleta de dados, foram utilizados os dias 7, 8, 9 e 10 após o início da

menstruação para avaliar a fase folicular (Harvey e Beckman, 1985; Evans et al., 1997; Cross et al., 2001).

Para a elaboração dos cálculos nutricionais, foi usado um programa específico “Virtual Nutri”, versão 1.0 for Windows (Philippi et al., 1996), desenvolvido pelo Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Portanto, todos os cálculos calóricos foram baseados na tabela nutricional existente no próprio programa. No caso de não haver algum produto específico, utilizou-se a tabela nutricional da embalagem do próprio alimento.

6.4 Amostra

A amostra constitui-se na totalidade dos casos atendidos pelo PROMUD que preencheram os critérios de inclusão no trabalho durante os anos 2006 e 2007. Assumindo que os dados de consumo calórico seguem, aproximadamente, uma distribuição normal, e que mulheres possuem um consumo médio diário de 1855 Kcal (Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 1989), com desvio padrão de 350 calorias, um tamanho de amostra igual a trinta mulheres ($n=30$) é adequado para garantir, com nível de significância de 5% e poder de 90%, que uma diferença de 200 unidades seja detectada (Mace, 1974). Em outras palavras, uma amostra de 30 mulheres possui 90% de poder para detectar uma diferença de 200 Kcal,

com um desvio padrão estimado de 350 calorias, e assumindo um nível de significância $\alpha = 5\%$.

Foram triadas para este trabalho 40 mulheres, das quais 5 abandonaram o programa durante a pesquisa, 1 engravidou durante o período de acompanhamento e 4 delas não conseguiram ficar abstinentes durante o tempo da pesquisa, o que impossibilitou a aplicação de algumas escalas. Assim, obtivemos uma amostra final de 30 mulheres.

6.5 Descrição dos instrumentos de coleta de dados

1. **Entrevista estruturada adaptada do Protocolo Comum** (Anexo 4): questionário desenvolvido pelo Sistema de Informações sobre Dependentes de Drogas em Tratamento (SIDET), como forma de padronizar a coleta dos seguintes tipos de dados: sócio-demográficos; relativos ao uso de substâncias psicoativas; comportamento sexual; avaliação clínica e laboratorial entre outros (Castel et al., 2001). Para a finalidade desta pesquisa, foram utilizadas apenas as seções “A” e “B”, às quais foram incluídas outras questões para a investigação de dados sócio-demográficos.
2. **Questionário de Sintomas de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual - QTDPM** (Anexo 5): questionário elaborado por Teng et al. (2000), de avaliação retrospectiva, referente aos ciclos menstruais do último ano, que verifica a presença e a intensidade de sintomas listados pelo

DSM-IV (APA, 2002), além de outras informações de importância para o estudo do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. O questionário gera um diagnóstico provisório de TDPM em uma população não clínica (Vieira Filho et al., 2000).

3. **Questionário de consumo alimentar na fase lútea tardia** (Anexo 6): questionário que verifica as percepções das pacientes em relação ao consumo alimentar na fase lútea tardia. Este questionário foi desenvolvido pela equipe do PROMUD, uma vez que na revisão de literatura realizada não foi encontrado nenhum outro instrumento validado com esta finalidade.
4. **Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 (MINI)** (Anexo 7): desenvolvido por Sheehan et al. (1998) e validado para a população brasileira por Amorim (2000). É uma versão mais simples e mais breve da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID- Structured Clinical Interview for the DSM-IV). Trata-se de entrevista estruturada para diagnóstico psiquiátrico dos principais transtornos presentes no eixo I do DSM-IV, no momento de sua aplicação (Amorim, 2000). Neste projeto foi utilizada a versão 5.0.0 (Lecrubier et al., 1999).
5. **Questionário de Transtornos do Controle do Impulso** (Anexo 8): este questionário foi desenvolvido por pesquisadores do PROMUD a partir dos critérios do DSM-IV (APA, 2002) para o diagnóstico dos seguintes transtornos: cleptomania, piromania, jogo patológico e tricotilomania.

6. **Diário Alimentar** (Anexo 9): instrumento utilizado para rastreamento do consumo alimentar e alcoólico. Quando constatado que alguma paciente não possuía organização individual para elaborar um diário alimentar, utilizou-se a técnica de Recordatório de 24 horas, ou seja, a pesquisadora fazia contato telefônico diário para obter as informações relativas à alimentação. O recordatório de 24 horas tem por objetivo obter informação completa sobre os alimentos ingeridos por um indivíduo durante um período de 24 horas. Uma série de vantagens permite que este método seja amplamente utilizado: não requer que o indivíduo seja alfabetizado, nem requer memória para passado remoto, exige pouco esforço do entrevistado, não interfere no comportamento alimentar além de ser pouco dispendioso (Cintra et al., 1997).

6.6 Variáveis estudadas

- Variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil (com companheiro ou sem companheiro), anos de estudo (até 8 anos de estudo, acima de 8 anos de estudo, faculdade completa), situação ocupacional (com ocupação, sem ocupação, dona de casa), maternidade (com ou sem filhos), opção sexual (heterossexual ou homossexual);
- Variáveis relacionadas ao quadro clínico: idade de início de consumo de álcool, idade de aumento de consumo de álcool, comorbidades (transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtorno alimentar,

TDPM, outros transtornos do impulso), Índice de Massa Corpórea (IMC), consumo de álcool (kcal, para que seu valor energético pudesse ser comparado com o restante da alimentação), desejo de beber (pontuação subjetiva entre 0-10) (como a psicopatologia da vontade é ainda pouco estudada, então se optou de maneira pragmática pelo termo desejo), consumo energético sem álcool (kcal) e sensação de fome (pontuação subjetiva entre 0 -10).

É importante esclarecer que o IMC, também conhecido como “Índice de Quetelet” é um indicador simples do estado nutricional calculado a partir da seguinte fórmula (Kamimura et al., 2002):

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (kg)}}{\text{ALTURA}^2 \text{ (m)}}$$

Seus valores são classificados de acordo com a figura 2.

Valor de referência	Classificação
< 16,0	Baixo peso severo
16,0 – 16,99	Baixo peso moderado
17,0 – 18,49	Baixo peso suave
< 18,5	Desnutrição
18,5 – 24, 99	Eutrofia
25,0 – 29,99	Pré-obeso
30,0 – 34,99	Obesidade grave I
35,0 – 39,99	Obesidade grave II
> 40,0	Obesidade grave III

Fonte: WHO, 1997.

Figura 2 - Classificação do IMC segundo a Organização Mundial da Saúde ((WHO), 1997).

- Variáveis relacionadas ao tratamento: tempo de tratamento e tipo de medicação (contribui com o ganho de peso, não contribui com o ganho de peso);
- Variáveis relacionadas à alimentação: consumo de carboidratos (% do valor calórico total da dieta), consumo de proteínas (% do valor calórico total da dieta), consumo de lipídeos (% do valor calórico total da dieta) e alimentos preferidos na fase lútea tardia. O questionário de consumo alimentar na fase lútea tardia (anexo 6) apresenta uma lista de alimentos na qual a paciente deve assinalar o seu preferido nesta fase, porém, para elaborar a análise estatística, foi necessário reduzir o número de categorias. Assim, optou-se por escolher as quatro opções mais respondidas (álcool, chocolate, doces, arroz/batata/ massas), além das categorias outros e nenhum;
- Variáveis relacionadas a sintomas da fase lútea tardia: perda de controle e aumento pronunciado de apetite.

6.7 Análise estatística

Para se avaliar a diferença estatística nas fases folicular (FF) e lútea tardia (FLT) das variáveis ingestão de energia, proteínas, carboidratos, lipídeos e álcool, bem como sensação de fome e desejo de beber, foi testada a normalidade destas variáveis, nas duas fases, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para as variáveis que apresentaram distribuição

normal, foi utilizado o teste *t-student* para amostras pareadas e, para aquelas que não apresentaram, foi empregado o teste dos postos assinalados de *Wilcoxon* (Noether, 1983).

A fim de verificar a existência de diferença entre o consumo de álcool na fase lútea tardia entre pacientes que apresentavam ou não TDPM, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*. Para verificar a existência de diferença entre consumo de Kcal e álcool entre as pacientes segundo os sintomas de perda de controle e aumento de apetite, utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis* (Noether, 1983).

Para avaliar possíveis correlações entre as duas fases, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, quando as variáveis possuíam distribuição normal, ou o coeficiente de correlação de *Spearman*, quando as variáveis não possuíam distribuição normal (Noether, 1983).

Além das comparações das variáveis nas fases folicular e lútea tardia e do estudo de suas correlações, foi realizada uma análise de *cluster* (Mingoti, 2005), utilizando como variáveis fixas o consumo de energia, sensação de fome, consumo alcoólico e desejo de beber. O objetivo dessa análise é agrupar pacientes semelhantes segundo suas características (variáveis), identificando possíveis perfis de pacientes. Essa técnica procura particionar os n pacientes em k grupos. O método utilizado foi o k -médias.

Posteriormente, uma análise descritiva de cada cluster foi elaborada para caracterizar o perfil de suas integrantes. As comparações entre os dois grupos de interesse foram feitas para as variáveis qualitativas utilizando o teste de qui-quadrado com correção de Yates, usado para avaliar a

associação entre variáveis categorizadas ou qualitativas. Assim, pôde-se verificar se os grupos formados eram homogêneos, ou seja, se as proporções de pacientes em cada subcategoria das variáveis eram as mesmas dentro de cada cluster (Noether, 1983). Já para as variáveis quantitativas, a comparação dos dois grupos foi realizada pelo teste *Mann-Whitney*. Ao dividir a amostra em grupos, optou-se por um teste não paramétrico, mais adequado para amostras pequenas. Para todas as comparações foi considerado o nível de significância $\alpha=0,05$. As análises foram realizadas no software SPSS 14.0.

7. Aspectos Éticos

Por tratar-se de aplicação de questionários e escalas, bem como da análise de diários alimentares, a metodologia desta pesquisa não envolveu riscos para a população estudada.

As pacientes foram informadas sobre a natureza da pesquisa e todas as explicações referentes aos termos do projeto foram fornecidas pela pesquisadora na primeira entrevista.

Foi garantido o anonimato e a possibilidade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Foi solicitada a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e foram incluídas no estudo apenas aquelas que concordaram com os termos do compromisso.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 10).

8. Resultados

8.1 Características sócio-demográficas e outras relacionadas à dependência de álcool e tratamento

A amostra de mulheres estudada declarava-se, em sua maioria, heterossexual (86,7%, n= 26), tinha filhos (63,3%, n=19), mas sem companheiro na época da pesquisa (56,7%, n= 17). As pacientes estudaram mais de 8 anos (44%, n=13), principalmente se somarmos com aquelas que possuíam ensino superior completo (20,7%, n=6). A maioria delas não tinha ocupação profissional no momento da entrevista (46,7%, n=14), mas se levarmos em consideração o trabalho do lar como ocupação, muitas pacientes tinham trabalho fixo (53%, n=16) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos da amostra

Variáveis		N	(%)
Opção sexual	Homossexual	4	13,30
	Heterossexual	26	86,70
Maternidade	Sem filhos	11	36,70
	Com filhos	19	63,30
Estado Civil	Sem companheiro	17	56,70
	Com companheiro	13	43,30
Anos de estudo	Até 8 anos de estudo	10	34,50
	Acima de 8 anos estudo	13	44,80
	Superior completo	6	20,70
Situação Ocupacional	Sem ocupação	14	46,70
	Com ocupação	10	33,30
	Dona de casa	6	20,00

Em relação às variáveis contínuas, notamos que a idade máxima encontrada foi 48 anos, uma vez que entre os critérios de inclusão na amostra incluía-se a menstruação regular. A maioria das pacientes estava no início de tratamento, tendo-o iniciado, em média, 4,2 meses antes da entrevista, apesar de que 7 (23,3%) delas já estavam em tratamento havia pelo menos 1 ano (tempo máximo = 24 meses) (Tabela 2).

Tabela 2 - Idade atual, tempo de tratamento e IMC da amostra

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade atual (anos)	30	25	48	37,97	6,27
Tempo de tratamento (meses)	30	0	24	4,20	7,90
IMC (kg/ m ²)	30	19,0	39,0	25,63	4,63

Apesar da média de IMC indicar sobrepeso (WHO, 1997), o Gráfico 1 mostra que a mediana desta variável está em 25 kg/ m², e que os dados se distribuem similarmente por volta deste valor, apesar da presença de valores extremos.

Gráfico 1 - Boxplot do IMC da amostra

A maioria das pacientes (63,3%) apresentava ao menos um transtorno comórbido. O TDPM foi o mais prevalente (63,3%), seguido pelos transtornos do humor (53,3%), outros transtornos do impulso (23,3%), e transtornos alimentares (10%), respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Comorbidades psiquiátricas presentes na amostra

Oitenta por cento das pacientes (n=24) utilizavam ao menos 1 psicofármaco que poderia contribuir para o aumento da fome, do peso e da vontade de comer alimentos ricos em carboidratos (Gráfico 3). Apesar das diversas classes de medicamentos utilizados pelas pacientes, optou-se em dividir somente entre os que contribuem para o ganho de peso e os que não contribuem para o ganho de peso, ignorando-se a fisiopatologia do aumento de peso. Esta divisão tem um caráter pragmático, uma vez que o tamanho da amostra é pequeno para efetuar subdivisões.

Gráfico 3 - Percentual de pacientes segundo uso de medicação que confere ou não ganho de peso

8.2 Características do consumo alimentar e alcoólico da amostra na FLT e FF

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quando comparados os períodos da FF e FLT nos seguintes parâmetros: média de valor energético (sem álcool), média da porcentagem de valor calórico total de carboidratos, média da porcentagem de valor calórico total de proteínas, média da porcentagem de valor calórico total de lipídeos e média de notas para sensação de fome e vontade de beber nestas duas fases (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação de energia, carboidratos, proteínas e lipídeos consumidos, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF

Variáveis	Fase Lútea Tardia		Fase Folicular		p-valor
	média	d.p.	Média	d.p.	
Energia sem álcool (kcal)	1.358,03	439,59	1.454,34	421,76	0,258
Carboidrato (%)	49,10	9,35	46,82	6,45	0,192
Proteínas (%)	15,55	3,99	15,15	4,31	0,648
Lipídeos (%)	28,95	7,03	28,47	6,53	0,707
Sensação de fome	5,68	2,34	6,07	2,03	0,178
Desejo de beber	3,92	3,34	4,32	2,85	0,329

Em relação ao consumo de álcool, este não seguiu uma distribuição normal, havendo a necessidade de se trabalhar com medianas e quartis. Assim, ao verificarmos a Tabela 4, notamos que, à semelhança das outras variáveis de consumo, também não houve diferença estatisticamente significativa entre as medianas das duas fases.

Tabela 4 - Comparação da mediana de consumo alcoólico na FLT e FF

Variáveis	Fase Lútea Tardia		Fase Folicular		p-valor
	Mediana	1ºQ e 3ºQ	Mediana	1ºQ e 3ºQ	
Consumo de álcool (kcal)	0	(0 – 80,58)	0	(0 – 226,92)	0,332

O gráfico 4 apresenta a quantidade energética consumida proveniente das calorias de alimentos e do álcool.

Gráfico 4 - Comparação do consumo energético proveniente de alimentos e de álcool na FLT e FF.

Embora tenha ocorrido uma tendência de aumento de consumo energético e de álcool na FF (Gráfico 4), o mesmo ocorrendo com as notas médias de sensação de fome e desejo de beber (Gráfico 5), isso não se mostrou significativo.

Gráfico 5 - Comparação das médias da sensação de fome e do desejo de beber na FLT e FF

8.3 Características do consumo alimentar e alcoólico nas pacientes com e sem TDPM na FLT

Quando comparamos a FF e FLT de pacientes com e sem diagnóstico comórbido de TDPM, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos seguintes parâmetros: média do consumo energético, média da porcentagem de carboidratos, média da porcentagem

de proteínas, média da porcentagem de lipídeos, média das notas de sensação de fome e de vontade de beber (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação das médias de consumo energético, consumo de carboidratos, consumo de lipídeos, sensação de fome e desejo de beber entre pacientes sem e com TDPM

Variáveis	Sem TDPM		Com TDPM		p-valor
	Media	d.p.	média	d.p.	
Energia (Kcal)	1.370,56	476,20	1.336,40	389,08	0,842
Carboidrato (%)	48,91	10,65	49,42	7,01	0,888
Proteínas (%)	16,30	4,29	14,26	3,18	0,181
Lipídeos (%)	29,34	6,87	28,26	7,59	0,691
Sensação de fome	6,00	2,18	5,14	2,62	0,342
Desejo de beber	3,42	3,55	4,79	2,88	0,287

Ao analisarmos as medianas da variável consumo de álcool na FLT entre as pacientes que apresentaram TDPM e as que não apresentaram TDPM, não observamos diferença estatisticamente significativa ($p=0,866$), o que significa que ter TDPM ou não ter TDPM não influi na quantidade de álcool consumido na FLT (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação das medianas da variável consumo de álcool com relação à TDPM

Variáveis	Sem TDPM	Com TDPM	p-valor
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	
ÁLCOOL (FLT)	0 (0 – 134,86)	0 (0 – 62,21)	0,866

8.4 Preferência alimentar na FLT

Se observamos o Gráfico 6, notamos que 30% (n=9) das pacientes relatou não perceber nenhuma preferência alimentar na fase lútea tardia. Das que relataram alguma preferência, 26,67% (n=8) acreditam ser o álcool o alimento mais procurado nesta fase, seguido por doces (13,33%, n=4).

Gráfico 6 - Preferências alimentares das pacientes durante a FLT

8.5 Correlação entre os consumos de energia, carboidratos, proteínas, lipídeos e álcool, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF

Ao correlacionarmos os consumos de energia, de carboidratos, de proteínas, de lipídeos, de álcool, sensação de fome e desejo de beber na FF e FLT, podemos observar que houve uma correlação positiva entre a

quantidade de energia ($p < 0,001$), consumo de álcool ($p < 0,001$) e consumo de lipídeos ($p = 0,005$). Isto significa que pacientes que consumiram bastante energia, álcool e lipídeos na FF permaneceram com o mesmo consumo elevado na FLT. O mesmo comportamento foi observado para sensação de fome ($p < 0,001$) e desejo de beber ($p < 0,001$), ou seja, quem teve mais fome e mais desejo de beber na FF, também teve essas sensações na FLT. Já os consumos de carboidratos ($p = 0,059$) e de proteínas ($p = 0,065$) não apresentaram uma correlação significativa, mas pode-se dizer que existiu uma tendência para que o fenômeno ocorresse (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlação dos consumos de energia, carboidratos, proteínas, lipídeos, álcool, sensação de fome e desejo de beber na FLT e FF

	N	P	p-valor
Energia FLT e Energia FF	30	0,688	<0,001
Carboidratos FLT e Carboidratos FF	30	0,349	0,059
Proteína FLT e Proteína FF	30	0,341	0,065
Lipídeos FLT e Lipídeos FF	30	0,500	0,005
Álcool FLT e Álcool FF*	30	0,673	<0,001
Sensação de fome FLT e Sensação de Fome FF	30	0,760	<0,001
Desejo de beber FLT e Vontade de beber FF	30	0,765	<0,001

*Neste caso foi utilizada a correlação de Spearman; para os demais casos foi calculada a correlação de Pearson.

Ao observarmos a **FF** utilizando como variável fixa a **sensação de fome**, podemos observar que existe uma correlação positiva entre esta variável e o consumo energético ($p < 0,001$), protéico ($p = 0,002$) e lipídico ($p = 0,042$). Isso significa que pacientes que possuíam maior sensação de fome consumiram mais energia, proteínas e lipídeos. Por outro lado, pacientes com sensação de fome maior consumiram menos álcool ($p = 0,007$) na **FF** (Tabela 8).

A Tabela 8 também apresenta o **desejo de beber** como variável fixa. Neste caso, observamos correlação negativa com o consumo de carboidratos ($p = 0,019$) e de lipídeos ($p = 0,014$), isto é, as pacientes que declararam maior desejo de beber são também aquelas que menos consumiram carboidratos e lipídeos. Verifica-se, também, que aquelas pacientes com maior desejo de beber consumiram mais álcool ($p = 0,001$) nesta fase.

Na **FF**, sensação de fome e desejo de beber não se relacionaram.

Tabela 8 - Correlação da sensação de fome com os consumos de energia, carboidratos, proteína e lipídeos e desejo de beber na FF; correlação do desejo de beber com os consumos de energia, carboidratos, proteínas e lipídeos e desejo de beber na FF

Sensação de Fome	N	P	p-valor
Energia	30	0,585	0,001
Carboidrato	30	0,134	0,479
Proteína	30	0,533	0,002
Lipídeos	30	0,373	0,042
Álcool*	30	-0,479	0,007
Desejo de beber	30	-0,262	0,161
Desejo de beber	N	P	p-valor
Energia	30	-0,353	0,055
Carboidrato	30	-0,424	0,019
Proteína	30	-0,273	0,145
Lipídeos	30	-0,443	0,014
Álcool*	30	0,516	0,004
Sensação de Fome	30	-0,262	0,161

*Neste caso foi utilizada a correlação de Spearman para os demais casos foi calculada a correlação de Pearson.

Na **FLT** as correlações se modificaram um pouco. Ao observarmos a **FLT** utilizando como variável fixa a **sensação de fome**, podemos observar que existe uma correlação positiva entre esta variável e o **consumo energético** ($p < 0,001$) e correlação negativa com o **desejo de beber** ($p = 0,027$). Ou seja, pacientes que tiveram sensação de fome maior são as pacientes que consumiram maior energia e tiveram menos desejo de beber (Tabela 9).

A Tabela 9 também apresenta o **desejo de beber** como variável fixa na **FLT**. Neste caso, observamos correlação negativa com o **consumo energético** ($p < 0,001$) e de **carboidratos** ($p = 0,008$), ou seja, pacientes com maior desejo de beber consumiram menos energia e carboidratos. Verifica-se, também, que aquelas pacientes com maior **desejo de beber** consumiram também mais álcool ($p = 0,001$) na **FLT** (Tabela 9).

Na **FLT**, sensação de fome e desejo de beber se relacionam negativamente ($p = 0,027$), ou seja, para aquelas que apresentam sensação de fome aumentada, o desejo de beber é diminuído e vice versa.

Tabela 9 - Correlação da sensação de fome com o consumo de energia, de macronutrientes e desejo de beber na FLT; correlação do desejo de beber com o consumo de energia, de macronutrientes e desejo de beber na FLT

Sensação de Fome	N	P	p-valor
Energia	30	0,694	<0,001
Carboidrato	30	0,313	0,093
Proteína	30	0,137	0,470
Lipídeos	30	0,066	0,731
Álcool*	30	-0,360	0,051
Desejo de beber	30	-0,403	0,027
Desejo de beber	N	P	p-valor
Energia	30	-0,616	<0,001
Carboidrato	30	-0,477	0,008
Proteína	30	0,018	0,927
Lipídeos	30	-0,177	0,350
Álcool*	30	0,563	0,001
Sensação de Fome	30	-0,403	0,027

*Neste caso foi utilizada a correlação de Spearman para os demais casos foi calculada a correlação de Pearson.

8.6 Correlação de sintomas da FLT com consumo energético e alcoólico nesta fase

Para analisar os sintomas da **FLT** (perda de controle e aumento pronunciado de apetite) e sua relação com o **aumento do consumo energético e de álcool** na **FLT**, foi necessário utilizar medianas e quartis, visto que o consumo não seguia uma distribuição normal. Em relação à **perda de controle**, não foi observada significância estatística, ou seja, o sentimento de perda de controle não influenciou no que foi consumido de energia ($p = 0,436$) ou de álcool ($p = 0,063$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Comparação das medianas das variáveis consumo energético e de álcool com relação à perda de controle

Variáveis	Sem Perda de controle	Com perda de controle na FLT	Com Perda de controle em outra fase	p-valor
	Mediana	Mediana	Mediana	
	(1ºQ – 3ºQ)	(1ºQ – 3ºQ)	(1ºQ – 3ºQ)	
Kcal (FLT)	1.490,95 (1.097,44 – 1.765,15)	1.222,12 (727,80 – 1.523,70)	1.355,40 (917,55 – 1.509,89)	0,436
ÁLCOOL (FLT)	0 (0 – 0)	43,70 (0 – 94,35)	58,36 (0 – 352,30)	0,063

A Tabela 11 analisa as medianas das variáveis **consumo de energia e de álcool** na **FLT** naquelas mulheres que relataram apresentar ou não **aumento pronunciado de apetite** na FLT e também naquelas que relataram essa sensação em outras fases do ciclo menstrual. É importante notar que aquelas que relataram mudança acentuada de apetite na FLT foram as que tiveram o menor consumo energético (mediana= 917,55 Kcal, 1º.Q – 3º. Q = 688,36 – 1523,70 Kcal). Em relação ao consumo alcoólico, essas mesmas mulheres foram as que consumiram menor quantidade de álcool com mediana = 0 e valor de 1º. Q – 3º. Q = 0 – 64,50 Kcal. Porém, em ambos os casos não houve significância estatística tanto para o consumo energético como alcoólico ($p=0,156$ e $p=0,825$, respectivamente).

Tabela 11 - Comparação das medianas das variáveis consumo de energia e consumo de álcool na FLT em relação ao aumento pronunciado de apetite

Variáveis	Sem Aumento pronunciado de apetite	Com Aumento pronunciado de apetite na FLT	Com Aumento pronunciado de apetite em outra fase	p-valor
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	
Energia (Kcal)	1.211,16 (844,41 – 1.544,82)	917,55 (688,36 – 1.523,70)	1.407,00 (1.315,53 – 1.710,85)	0,156
ÁLCOOL (Kcal)	27,59 (0 – 131,62)	0 (0 – 64,50)	0 (0 – 202,26)	0,825

8.7 Subgrupos de mulheres alcoolistas

Uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre a FF e a FLT na amostra como um todo, fixaram-se algumas variáveis relacionadas ao quadro clínico e nutricional (conforme descrito no capítulo “Casuística e métodos”) na intenção de buscar subgrupos que apresentassem diferenças entre si.

Desta forma, para a formação dos “Clusters” foram consideradas como variáveis fixas: consumo energético, sensação de fome, consumo alcoólico e desejo de beber, o que permitiu que a amostra fosse separada em dois grupos de mulheres, que se comportaram de forma diferente nas duas fases do ciclo estudadas. Estes subgrupos foram chamados de Cluster I e Cluster II.

8.7.1 Características sócio-demográficas e outras relacionadas ao tratamento

O Cluster I foi formado por 11 pacientes, todas heterossexuais (100%, n=11), com filhos (72,7%, n=8), a maioria delas não tinha companheiro fixo (54,5%, n=6), poucas tinham nível superior completo (9,1%, n=1) e a maioria não trabalhava (54,5%, n=6) (Tabela 14).

O Cluster II foi formado por 19 pacientes, e muito semelhante ao Cluster I no que se refere aos aspectos sócio demográficos: a maioria era heterossexual (78,9%, n=15), com filhos (57,9%, n=11) e sem companheiro (57,9%, n=11). A maioria estudou mais de 8 anos (44,4%, n=8) e não tinha trabalho fixo (42,1%, n=8) (Tabela 12).

A Tabela 12 nos mostra que os dois Clusters eram homogêneos no que se refere a dados sócio demográficos. Comparando-os entre si, notamos que não há diferença estatística quanto a estado civil ($p=1,000$), opção sexual ($p=0,281$), maternidade ($p=0,675$), anos de estudo ($p=0,569$), situação ocupacional ($p=0,893$).

Tabela 12 - Comparação das características sócio-demográficas dos Clusters I e II

Variáveis		Cluster I	Cluster II	p-valor
		N (%)	N (%)	
Opção sexual	Homossexual	0 (0,0)	4 (21,1)	0,281
	Heterossexual	11 (100,0)	15 (78,9)	
Maternidade	Sem filhos	3 (27,3)	8 (42,1)	0,675
	Com filhos	8 (72,7)	11 (57,9)	
Estado Civil	Sem companheiro	6 (54,5)	11 (57,9)	1,000
	Com companheiro	5 (45,5)	8 (42,1)	
Anos de Estudo	Até 8 anos de estudo	5 (45,5)	5 (27,8)	0,569
	Acima de 8 anos de estudo	6 (54,5)	13 (72,2)	
Situação Ocupacional	Sem ocupação	8 (72,7)	12 (63,2)	0,893
	Com ocupação	3 (27,3)	7 (36,8)	

Comparando os dois Clusters no que se refere à presença de comorbidades e ao uso de medicação que poderia contribuir para o aumento de peso das pacientes, nota-se que a presença de comorbidade (e mesmo a

distribuição das comorbidades), bem como o uso de medicação eram homogêneos (Tabela 13).

Tabela 13 - Comparação das proporções, dentro dos Clusters I e II, para a presença de comorbidade e uso de medicação

Variáveis		Cluster I	Cluster II	p-valor
		N (%)	N (%)	
Comorbidades	Sem comorbidade	4 (36,4)	7 (36,8)	1,000
	Pelo menos uma	7 (63,6)	12 (63,2)	
Transtorno de Humor	Não	5 (45,5)	9 (47,4)	1,000
	Sim	6 (54,5)	10 (52,6)	
Transtorno Ansioso	Não	10 (90,9)	19 (100,0)	0,778
	Sim	1 (9,1)	0 (0,0)	
Transtorno Alimentar	Não	10 (90,9)	17 (89,5)	1,000
	Sim	1 (9,1)	2 (10,5)	
Transtorno do Impulso	Não	9 (81,8)	14 (73,7)	0,952
	Sim	2 (18,2)	5 (26,3)	
TDPM	Sem TDPM	6 (54,5)	13 (68,4)	0,714
	Com TDPM	5 (45,5)	6 (31,6)	
Outros Transtornos	Não	10 (90,9)	15 (78,9)	0,735
	Sim	1 (9,1)	4 (21,1)	
Medicação	Não contribui para aumento de peso	2 (18,2)	4 (21,1)	1,000
	Contribui para aumento de peso	9 (81,8)	15 (78,9)	

De uma forma descritiva – em função dos grupos serem muito pequenos, não podendo, assim, ser aplicado nenhum tipo de teste – o gráfico 7 compara o uso de medicação que pode contribuir para um aumento de peso nos Clusters I e II. Nota-se que em ambos os clusters a quantidade de pacientes que faz uso deste tipo de medicação é muito grande, respectivamente 81,8% (n=9) e 78,9% (n=15).

Gráfico 7 - Comparação dos percentuais de pacientes que consomem medicação que confere ganho de peso nos Clusters I e II

A Tabela 14 compara o tempo de tratamento e IMC dos clusters I e II em medianas e quartis, uma vez que a distribuição dos valores não seguiram uma distribuição normal. Nota-se que, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, o cluster I é formado somente por mulheres que estavam iniciando o tratamento. Percebe-se, também, que grande parte das pacientes do cluster I eram eutróficas, enquanto a maioria das mulheres do cluster II estava pré-obesa.

Tabela 14 - Comparação de medianas de tempo de tratamento e IMC dos clusters I e II

Variáveis	Cluster I	Cluster II	p-valor
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	
Tempo de tratamento	0 (0 - 0)	0 (0 – 12)	0,672
IMC (kg/ m ²)	23,50 (20,00 – 26,00)	25,90 (24,30 – 28,50)	0,123

8.7.2. Comparação das características do consumo alimentar e alcoólico dos Clusters I e II nas fases FF e FLT

Quando analisamos as medianas de **consumo energético** dos dois Clusters na FF e FLT ($p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente), verificamos uma diferença estatística indicando que o cluster I consumiu mais do que o Cluster II. O mesmo acontece com a **sensação de fome** ($p = 0,023$ e $p = 0,003$, FF e FLT respectivamente), que foi maior no Cluster I. Por outro lado, o **desejo de beber** ($p = 0,30$ e $p = 0,005$, respectivamente na FF e FLT) estava aumentado no Cluster II. Foi encontrada também uma diferença estatística na porcentagem de valor calórico total de **carboidratos** consumidos, porém somente na FLT ($p < 0,001$), indicando que o cluster I consumiu mais deste nutriente nesta fase. Apesar de não haver diferença estatística, é importante ressaltar que o cluster II indicou uma tendência ($p = 0,077$) a ter maior consumo de **álcool** na FLT (Tabela 15).

Tabela 15 - Comparação do consumo alimentar, do consumo alcoólico, da sensação de fome e do desejo de beber dos cluster I e II nas fases FF e FLT

Variáveis	Cluster I	Cluster II	p-valor
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	
Energia (kcal) (FF)	1687,73 (1.480,90 – 1.995,60)	1.128,50 (951,29 – 1.283,90)	<0,001
Energia (kcal) (FLT)	1.630,90 (1.416,50 – 1.768,00)	1.139,61 (709,60 – 1.355,40)	<0,001
Álcool (kcal) (FF)	0 (0 – 0)	47,89 (0,00 – 241,82)	0,112
Álcool (kcal) (FLT)	0 (0 – 43,70)	58,36 (0 – 165,70)	0,077
Carboidrato (%) (FF)	51,35 (44,94 – 53,16)	46,19 (40,76 – 49,08)	0,200
Carboidrato (%) (FLT)	54,63 (50,47 – 60,20)	46,18 (40,26 – 48,27)	0,001
Proteína (%) (FF)	14,14 (12,20 – 19,10)	14,33 (11,08 – 17,63)	0,553
Proteína (%) (FLT)	13,64 (12,31 – 19,48)	14,96 (13,08 – 18,09)	0,703
Lipídeos (%) (FF)	30,76 (27,11 – 31,67)	27,90 (22,66 – 32,33)	0,395
Lipídeos (%) (FLT)	28,06 (26,62 – 30,26)	28,07 (21,50 – 34,03)	0,866
Sensação de fome (FF)	8 (5,50 – 8,37)	5,68 (4,37 – 6,88)	0,023
Sensação de fome (FLT)	7,38 (6,84 – 8,75)	4,88 (4,00 – 5,88)	0,003
Vontade de beber (FF)	3 (0,25 – 3,79)	5,50 (3,63 – 7,25)	0,030
Vontade de beber (FLT)	0,85 (0,13 – 1,71)	6,38 (3,38 – 8,13)	0,005

8.7.3 Comparação do consumo alcoólico dos Clusters I e II e sua relação com TDPM

Considerando a presença ou não de TDPM, a Tabela 16 mostra descritivamente as medianas do consumo de álcool nos clusters I e II. No cluster I a mediana (0) não se altera entre as pacientes com e sem TDPM. Já no cluster II, a mediana do consumo alcoólico é maior nas pacientes sem TDPM (58,36 kcal) do que naquelas com TDPM (31,10 kcal). Como os subgrupos eram muito pequenos, não foi possível fazer os testes para verificar a significância destes dados.

Tabela 16 - Comparação das medianas de consumo de álcool na FLT de pacientes com e sem TDPM nos clusters I e II

Variáveis	Sem TDPM	Com TDPM
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)
Consumo de Álcool (kcal) (cluster I)	0 (0 – 13,05)	0 (0 – 49,44)
Consumo de Álcool (kcal) (cluster II)	58,36 (0 – 223,04)	31,10 (0 – 168,17)

8.7.4 Comparação dos alimentos mais desejados na FLT entre os Clusters I e II

O gráfico 8 apresenta de maneira descritiva – uma vez que os grupos formados eram muito pequenos e, conseqüentemente, foi impossível aplicar testes nestes casos – as preferências alimentares relatadas pelas pacientes

dos clusters I e II. É importante observar que enquanto no Cluster I, no qual as mulheres bebem menos e têm menos desejo de beber, 36,36% (n=4) das pacientes citaram o álcool, no Cluster II 31,58% (n=6) das pacientes relataram não ter nenhum desejo específico neste período do ciclo menstrual.

Gráfico 8 - Comparação de percentual de alimentos mais desejados na FLT nos Clusters I e II

8.7.5 Comparação do consumo energético e alcoólico e sua relação com sintomas da FLT nos Clusters I e II

A Tabela 17 apresenta descritivamente (uma vez que não foi possível a aplicação de testes para verificar a significância dos dados, visto que o tamanho dos grupos era muito pequeno) as medianas do consumo de energia e de álcool na FLT em pacientes que relataram perda de controle na FLT, em outra fase do ciclo ou que negaram este sintoma durante o ciclo. Nota-se que o consumo de energia no Cluster I é homogêneo e

independente de haver ou não relato de perda de controle. Neste mesmo cluster, o consumo de álcool é maior naquelas que afirmaram ter algum tipo de perda de controle, mesmo assim o valor calórico foi muito baixo. Já no cluster II é interessante notar que aquelas que disseram não ter perda de controle na FLT consumiram muito mais energia do que as outras, apesar de praticamente não terem consumido álcool.

Tabela 17 - Medianas das variáveis consumo de energia e de álcool na FLT em relação ao sintoma de perda de controle nos Cluster I e II

Variáveis	Sem Perda de controle	Com perda de controle na FLT	Com Perda de controle em outra fase
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)
Energia (kcal) (cluster I)	1.622,50 (1.511,56 – 1.766,10)	1.642,30 (1.324,31 – 2.106,71)	1.680,44 (1.200,20 – 2.160,68)
Energia (kcal) (cluster II)	1.198,41 (994,68 – 1.340,53)	791,16 (639,29 – 1.347,41)	831,78 (709,39 – 1.394,10)
Álcool (kcal) (cluster I)	0 (0 – 0)	21,85 (0 – 52,31)	26,11 (0 – 52,22)
Álcool (kcal) (cluster II)	0 (0 – 138,86)	64,50 (0 – 142,57)	128,38 (0 – 339,32)

A Tabela 18 mostra o consumo de energia e de álcool na FLT em pacientes que relataram aumento pronunciado de apetite nesta fase, em outra fase do ciclo ou que negaram este sintoma durante o ciclo. Nota-se que mais uma vez o Cluster I consumiu mais energia na FLT, independentemente do aumento ou não de apetite pronunciado na FLT. É interessante que as

pacientes do Cluster II que relataram este sintoma pré-menstrual foram as que menos consumiram alimentos nesta fase (mediana = 750,25 Kcal). Já em relação ao consumo alcoólico, a maioria dos subgrupos apresentou mediana = 0, porém, no Cluster II, o grupo que relatou mudança pronunciada de apetite em outras fases do ciclo teve um consumo de 427,85 Kcal provenientes do álcool no 3º. quartil. Neste mesmo cluster, aquelas que relataram não perceber mudança pronunciada de apetite tiveram uma mediana de consumo alcoólico de 121,90 Kcal. A tabela é apenas descritiva, uma vez que foi impossível aplicar testes para verificar a significância dos dados, visto que o tamanho dos grupos era muito pequeno).

Tabela 18 - Medianas das variáveis consumo de energia e de álcool com relação à mudança de apetite na FLT nos cluster I e II

Variáveis	Sem Mudança de Apetite	Com Mudança de Apetite na FLT	Com Mudança de Apetite em outra fase
	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)	Mediana (1ºQ – 3ºQ)
Energia (Kcal) (cluster I)	1.606,63 (1.211,16 – 1.693,35)	1.630,90 (1.416,50 – 2.257,72)	1.768,00 (1.653,70 – 2.160,68)
Energia (Kcal) (cluster II)	1.139,61 (709,60 – 1.249,03)	750,25 (660,36 – 1.028,29)	1.351,40 (1.199,52 – 1.432,72)
Álcool (Kcal) (cluster I)	0 (0 – 27,59)	0 (0 – 43,70)	0 (0 – 52,22)
Álcool (Kcal) (cluster II)	121,90 (0 – 165,70)	31,11 (0 – 125,20)	0 (0 – 427,85)

8.7.6 Diferenças relevantes encontradas entre os clusters I e II

- Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, todas as pacientes homossexuais pertenciam ao Cluster II;
- O Cluster I teve, em sua maioria, pacientes eutróficas, enquanto o Cluster II foi formado majoritariamente por mulheres pré-obesas;
- As pacientes do Cluster I tiveram maior sensação de fome e consumiram maior valor energético em ambas as fases e tiveram maior porcentagem de valor calórico total de carboidratos na FLT;
- As pacientes do Cluster II tiveram maior desejo de beber em ambas as fases e uma tendência a maior consumo alcoólico na FLT;
- Pacientes do Cluster II com TDPM consumiram mais álcool na FLT do que aquelas que não tinham a comorbidade;
- O Cluster I teve mais pacientes que referiram o álcool como o alimento mais desejado na FLT; já as pacientes do Cluster II, em sua maioria, não souberam determinar qual era seu alimento de preferência;
- No Cluster I o consumo energético e de álcool na FLT foi semelhante, independentemente dos relatos de perda de controle nesta fase do ciclo; já no Cluster II as pacientes que afirmaram não ter perda de controle na FLT foram as que consumiram maior valor energético nesta fase;
- No Cluster I, mesmo com relatos de não terem aumento pronunciado de apetite na FLT, as pacientes consumiram maior valor energético nesta fase; no Cluster II, as que relataram aumento pronunciado de apetite foram as que consumiram menor energia.

9. Discussão

Até onde se conhece, este é o primeiro trabalho brasileiro que compara modificações no consumo alimentar e ingestão alcoólica nas fases folicular e pré-menstrual de mulheres alcoolistas. O trabalho não desenvolve modelos biológicos, mas busca ver uma das facetas do problema, a comportamental. Sua magnitude não pretende responder a uma questão tão complexa como o comportamento alimentar e sua relação com a ingestão alcoólica, mas, sendo este um assunto ainda tão pouco estudado, levanta alguns indicadores que poderiam contribuir para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

De maneira sucinta, os resultados encontrados não demonstraram haver diferenças significativas em relação ao consumo alimentar e alcoólico das fases folicular e pré-menstrual do ciclo reprodutivo feminino. Quando separamos as pacientes em grupos que aqui chamamos de clusters, algumas diferenças foram notadas, tais como o fato de que o grupo que consome mais álcool come menos, além de ter uma média de IMC indicando pré-obesidade (IMC= 25,9), condizente com este consumo aumentado de álcool. Outro resultado que exige atenção é o fato de que as pacientes tiveram proporções de consumo de macronutrientes adequadas em relação ao intervalo de distribuição de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) considerado aceitável das Dietary Recommends Intake (DRIs) (Institute of Medicine, 2002a).

Antes do aprofundamento na discussão dos resultados encontrados, seria interessante discutir alguns resultados que se referem aos dados sócio-demográficos da amostra. Em relação ao estado civil, a maioria não tinha companheiro fixo (56,7%), diferente de outros trabalhos recentes sobre mulheres alcoolistas, como o de Edens et al. (2008), que encontraram 75,5% de mulheres sem companheiro fixo, o de Escribano e Parra (2007) que verificaram em sua amostra 41,9% de mulheres sem companheiro, e o de César (2006) que observou que 33,3% de sua amostra não tinha companheiro fixo. A maioria da população estudada também possuía filhos (63,3%), um dado interessante que pode ser relacionado com os dados de Hochgraf (1995), que apontou a função social da mulher, enquanto cuidadora dos filhos, como incentivo para que estas busquem tratamento, principalmente em programas só para mulheres, nos quais suas necessidades específicas poderiam ser melhor atendidas, como a questão do cuidado dos filhos. Em serviços dos Estados Unidos, muitas vezes são oferecidas creches e/ ou permitem que os filhos sejam trazidos, fornecendo ambiente para tal (Copeland e Hall, 1992; Redgrave et al., 2003). No PROMUD, apesar de não existir uma creche estruturada, mulheres com filhos pequenos têm preferência no atendimento, além de terem a possibilidade de trazê-los para o Hospital – nestes casos, além da preferência no atendimento, sempre algum integrante da equipe se encarrega de cuidar das crianças durante as consultas. Nos últimos anos, alguns outros ambulatorios específicos para mulheres têm surgido para corroborar a hipótese de que este tipo de serviços pode oferecer alguns atrativos que retêm melhor as pacientes (Nóbrega e Oliveira, 2005; Niv e Hser, 2007).

Apesar da já comentada função social da mulher como cuidadora, apenas 10% delas eram donas de casa, talvez porque a idade média da amostra fosse 37 anos e 9 meses, o que pode ser uma indicação de filhos mais velhos, que não necessitem mais de cuidados em tempo integral. Verificou-se que somente 33,3% das pacientes possuíam emprego fixo, bastante abaixo da média populacional feminina encontrada em 2002, igual a 50,3% (Fundação Carlos Chagas, 2002). Foi observada uma taxa de desemprego de 46,7%, que poderia ser explicada pela complexidade da situação das pacientes: mulheres mais velhas e dependentes de álcool – o que já é incapacitante se não existirem comorbidades, dificultando ainda mais a funcionalidade no caso de sua existência, tão comum nestas pacientes (63,3% nesta amostra). Alia-se a isso o fato de que mulheres têm piores índices de emprego que os homens e, as mais velhas, taxas piores que as mais jovens (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2000).

Em relação aos anos de estudo, nota-se que a maioria das pacientes estudou mais de 8 anos (44,8%), sem ter concluído nível superior. Se somarmos com aquelas que têm nível superior completo (20,7%), chama a atenção o perfil de atendimento do PROMUD, visto que o ambulatório pertence a um hospital público. Estes dados nos levam a questionar se isto ocorre em função do descenso econômico decorrente da dependência de álcool, por ser este um dos únicos serviços específico para mulheres do Brasil ou, ainda, pela abordagem multidisciplinar oferecida no referido ambulatório, que seria muito cara para ser realizada em âmbito particular. Não existem dados concludentes que permitam responder a esta questão,

mas este resultado é semelhante ao de outros estudos em programas específicos. Em trabalho que comparou tratamentos mistos em relação ao gênero com aqueles específicos para mulheres, Niv e Hser (2007) encontraram taxas de escolaridade semelhantes nos Estados Unidos, sendo que 30,7% das pacientes em tratamentos só para mulheres haviam estudado mais de 8 anos e 20,6% deste mesmo grupo tinham concluído o nível superior (Niv e Hser, 2007).

O que chama a atenção é a alta taxa de homossexualidade encontrada na amostra (13,3%). Evidências indicam que mulheres homossexuais, comparadas às heterossexuais, têm risco elevado de problemas psicológicos e de dependência de substâncias, que são atribuídos à discriminação. Pesquisa recente realizada por Cochran et al. (2007) apontou uma prevalência de 4,8% de homossexualidade em uma amostra de 4488 americanos de origem latina e asiática. O mesmo trabalho apontou uma taxa de alcoolismo de 5,2% em mulheres homossexuais, enquanto em mulheres heterossexuais esta prevalência foi de 3,2%. A literatura sugere que serviços exclusivos para mulheres causariam menos estigmatização e, assim, atrairiam melhor este subgrupo de mulheres que se sentiriam mais acolhidas e respeitadas (Copeland e Hall, 1992; Nóbrega e Oliveira, 2005).

Considerando os resultados relacionados aos objetivos deste trabalho, percebemos um consumo muito baixo de energia ingerida diariamente. Como descrito anteriormente, todas as pacientes receberam treinamento prévio sobre quantificação de porções, para que estas fossem

descritas da forma mais fidedigna possível. Mesmo assim, sabe-se que os indivíduos são fortemente influenciados por restaurantes que costumam servir porções maiores do que as referências nutricionais internacionais, o que os leva a crer que aquelas são as porções corretas, o mesmo ocorrendo com porções de embalagens industrializadas (Guthrie, 1984; Geier et al., 2006; Schwartz e Byrd-Bredbenner, 2006). Isto significa que “uma porção de carne” relatada num diário alimentar pode representar 3 porções, se a referência for uma churrascaria. Levando-se em consideração que conhecer o tamanho das porções influencia diretamente na saúde e no peso do indivíduo, essa falta de noção de porcionamento poderia, entre outros fatores, justificar uma média de IMC= 25,63 kg/ m², classificada como pré-obesidade (WHO, 1997), mesmo com uma média de consumo referido de 1454,34 kcal e 1358,03 (respectivamente FF e FLT) que, somada ao consumo alcoólico que alcançou, no máximo, 226,92 kcal no 3º. quartil da FF, está muito aquém das orientações populacionais de consumo energético. Para mulheres adultas, o National Research Council (NRC) (1989) recomenda 2200 Kcal/ dia. Na verdade, esta estimativa de recomendação energética foi realizada para a população americana entre 25-50 anos, saudável, com atividade leve ou moderada. Com a prevalência elevada de obesidade nesta população, o uso desta quantidade energética pode levar a uma superestimação das necessidades de energia na população brasileira, uma vez que as recomendações são obtidas por meio de cálculos que utilizam a variável peso em sua fórmula (Avesani et al., 2002). Contudo, mesmo se usarmos como referência a Sociedade Brasileira

de Alimentação e Nutrição (SBAN) (Vannucchi, 1990), notamos que o consumo calórico também fica aquém das recomendações para mulheres adultas, que são de 1855 Kcal/ dia. É importante salientar que as estimativas das necessidades nutricionais individuais são baseadas na ingestão mínima que satisfaria as necessidades de praticamente todos os indivíduos de uma população sadia. A Figura 3 compara as recomendações de energia populacionais com o consumo das pacientes que participaram da pesquisa. As DRIs, recomendações nutricionais mais recentes do Institute of Medicine (2002a), não foram utilizadas pois são individualizadas, dependendo do peso, da altura e da atividade física de cada um.

	Consumo/dia Amostra FF	Consumo/ dia AmostraFLT	Recomendações NRC	Recomendações SBAN
Energia/ dia (Kcal)	1454,34	1358,03	2200	1855

Figura 3 - Comparação das recomendações energéticas diárias do NRC (1989) e SBAN (Vannucchi et al., 1990) com o consumo calórico médio das pacientes da amostra na FF e FLT.

Não se pode falar em baixo consumo energético sem mencionar o sub-relato nos diários alimentares. MacDiarmid e Blundell (1997) solicitaram que 100 indivíduos preenchessem diários alimentares por uma semana. Após entregar os diários, 46% dos voluntários admitiram ter modificado sua ingestão no período de registro; destes, 52% atribuíram esta mudança ao

fato de serem mais conscientes sobre sua alimentação e se sentirem envergonhados ou culpados de relatar alguns alimentos e quantidades. Estes pacientes apresentaram menor ingestão média de energia, maior IMC e maior restrição energética – justamente o que ocorreu mais especificamente no Cluster II.

Paralelamente, deve-ser salientar que este é um estudo transversal e que, portanto, não se sabe a respeito da história alimentar e de peso das pacientes, ou seja, apesar da média de IMC apontar um sobrepeso, não sabemos se ele é decorrente do tratamento, se é anterior ao alcoolismo ou se é decorrente da dependência.

É importante lembrar que a média de tempo de tratamento das pacientes foi 4,2 meses, e que no Cluster I, no qual as pacientes são predominantemente eutróficas, todas tinham tempo de tratamento inferior a 1 mês. Assim, assumindo que as pacientes tiveram um aumento de peso após o início do tratamento, um fator que poderia ter influenciado este IMC elevado - apesar do baixo consumo alimentar - seria o uso de medicamentos que poderiam elevar o peso, como é o caso de antidepressivos, antipsicóticos atípicos e anti-histamínicos. As duas primeiras classes de medicamentos podem ser utilizadas para tratar as comorbidades do alcoolismo; já os anti-histamínicos possuem o efeito adverso de induzir o sono, propriedade esta aproveitada em ocasiões nas quais existe a necessidade de uso prolongado de indutores do sono, sendo receitados em substituição a benzodiazepínicos (Rang et al., 2001; Melzer e Teng, 2006; Moreno et al., 2008). Observando o total de pacientes, podemos notar que

80% delas consomem estas classes de medicamentos. A fisiopatologia do aumento de peso causado pelo uso de psicofármacos ainda não foi claramente elucidada pela literatura, mas entre as hipóteses estariam o aumento de compulsões alimentares (o que não foi notado na amostra, visto que os consumos energéticos foram baixos), a melhora no tratamento ou ainda alterações serotoninérgicas (no caso dos ISRI) (Fava, 2000). Alguns autores (Malhi et al., 2001; Neovius et al., 2007) acreditam que o ganho de peso possa ocorrer também por alterações no metabolismo dos usuários. O problema é que estas medicações diferem enormemente no que diz respeito ao seu efeito no peso e também nas diferenças individuais de metabolismo (Himmerich et al., 2004). Pensando no efeito adverso de ganho de peso, Koga e Nakayama (2005) alertam que um programa de acompanhamento nutricional é fundamental para usuários de tais medicamentos, e, em 2004, a Food and Drug Administration (FDA) determinou que todo o paciente em uso de antipsicóticos atípicos seja monitorado em relação ao efeito metabólico dessa classe de medicamentos (Teixeira e Rocha, 2006).

É interessante notar que, apesar do aparente sobrepeso e do baixo consumo calórico, estas pacientes têm um equilíbrio de macronutrientes tanto na FF como na FLT bastante adequado se comparado às recomendações populacionais de macronutrientes das DRIs (Institute of Medicine, 2002b). Porém, quando comparamos os valores aceitáveis do NRC (1989) e SBAN (Vannucchi et al., 1990), notamos que a dieta das pacientes está hipoglicídica e levemente hiperprotéica. Em relação ao consumo de lipídeos, o consumo não estaria adequado somente em relação

ao SBAN (Vannucchi et al., 1990) (Figura 4). Se levarmos em consideração que os padrões das DRIs são os mais modernos e utilizados internacionalmente, o valor adequado de ingestão de macronutrientes poderia ser uma decorrência do acompanhamento nutricional semanal, em que as pacientes são orientadas, entre outras coisas, a buscar um equilíbrio e balanceamento em suas refeições.

	Amostra FF	Amostra FLT	DRIs	NRC	SBAN
Carboidratos (%)	49,10	46,82	45 – 65	50 – 60	60 – 70
Proteínas (%)	15,55	15,15	10 – 35	10 – 15	10 – 15
Lipídeos (%)	28,95	28,47	20 – 35	25 – 30	20

Figura 4 - Comparação do percentual médio de macronutrientes consumidos pelas pacientes da amostra na FF e FLT com as recomendações populacionais das DRIs (Institute of Medicine, 2002), NRC (1989) e SBAN (Vannucchi et al., 1990).

Em relação ao consumo de álcool nas duas fases, não houve uma distribuição normal e foi necessário utilizar-se medianas. Chama a atenção o fato de que as medianas nas fases FF e FLT foram 0, o que significa que 50% das pacientes estavam abstinentes na época da pesquisa. Se levarmos em consideração que a média de tempo de tratamento na época da coleta de dados foi de 4,2 meses, e que as pacientes procuram o PROMUD espontaneamente, uma hipótese seria de que no início do tratamento as

pacientes estão muito motivadas a ficarem abstinentes, o que se comprova em outros trabalhos do PROMUD, mais recentemente no de Brasiliano (2005). Sendo assim, seria importante atentar a este momento do tratamento para que a motivação e, conseqüentemente, a abstinência pudesse ser mantida ao longo dos três ou quatro anos de duração do programa do PROMUD, e que se estendesse ao longo da vida.

Quando interrogadas sobre qual seria o alimento que lhes vêm à cabeça, ou qual alimento lhes dá maior vontade na FLT, 30% (n=9) das pacientes não souberam caracterizar. Porém, 26% (n=8) delas indicavam a bebida alcoólica como “alimento” mais desejado nesta fase. Se somarmos as pacientes que relataram a vontade de doces (13,33%, n=4) com aquelas com vontade de consumir chocolate (10%, n=3), mesmo assim, não se consegue alcançar o número daquelas que têm desejo por álcool. Este dado é diferente do que se encontra na literatura, na qual encontramos trabalhos que avaliaram mulheres sem diagnóstico de alcoolismo, indicando que a vontade de consumir doces e chocolate é a mais forte na fase pré-menstrual (Sayegh et al., 1995; Dye e Blundell, 1997; Evans et al., 1999; Osman e Sobal, 2006). O álcool é citado no trabalho de Evans et al. (1999) onde as pacientes chegam a referir o desejo do consumo de bebidas alcoólicas, porém esse desejo é menor do que aquele relacionado a doces e chocolates.

Recentemente, Dreher et al. (2006) apontaram que o ciclo menstrual modula o sistema de recompensa no cérebro. Por meio de ressonância magnética funcional, estes autores observaram que a mudança no nível dos hormônios sexuais progesterona e estradiol interfere neste mecanismo,

provavelmente em decorrência de uma complexa interação entre hormônios ovarianos e o sistema dopaminérgico, fato já observado anteriormente em roedores. Neste sentido e tomando-se as pesquisas que observam comportamentos compulsivos nesta fase do ciclo menstrual, pode-se entender um dos motivos pelos quais mulheres alcoolistas desejem tanto consumir álcool no período pré-menstrual (Evans et al., 1999; Michener et al., 1999). Epstein et al. (2006) defendem ainda que o consumo de álcool por mulheres alcoolistas seria cíclico, e mais freqüente e intenso na FLT.

Diferentes autores relacionaram aumento do consumo de chocolate a conteúdos emocionais negativos, e notaram que a melhora do humor estaria ligada, entre outros fatores, à sua palatibilidade (Bruinsma e Taren, 1999; Osman e Sobal, 2006; Macht e Mueller, 2007). O consumo deste alimento também é muito relatado na literatura sobre compulsões alimentares na FLT, associado à melhora do humor, seja por suas qualidades organolépticas ou por seus componentes farmacológicos, atuando, assim, como uma automedicação, semelhante ao relatado por mulheres alcoolistas com o uso de álcool (Charette et al., 1990; Tate e Charette, 1991; Tobin et al., 1994; Bruinsma e Taren, 1999; Teng et al., 2000). Várias linhas de pesquisa mostram a ligação entre o alcoolismo e o consumo de doces, mas acredita-se que, para um alcooleiro, o que traz sensação mais imediata de prazer seja o álcool (Krahn et al. 2006).

Doces e chocolates são compostos principalmente pela combinação de carboidratos e lipídeos. Começamos pelos carboidratos, uma vez que o alcoolismo já foi definido como “carbohydrate craving” (Sher, 2004). Quando

consideramos que o teor alcoólico define a quantidade de álcool daquela bebida, podemos notar, na Figura 5, que somente uma parte destas bebidas é constituída de álcool. Através do processo fermentativo, a indústria de bebidas alcoólicas transforma matérias-primas ricas em açúcares e amiláceos em etanol e outras substâncias que normalmente contribuem para as características sensoriais do produto final. Por isso, a bebida alcoólica não é simplesmente uma mistura hidroalcoólica, e sim uma solução contendo, além do etanol, outras substâncias (Reis e Rodrigues, 2003). O malte (cerveja e uísque escocês), uvas e outras frutas (vinho), melado de cana de açúcar (cachaça), cereais (uísque, vodca), são fontes de carboidratos que poder ser matéria prima para a fabricação de bebidas alcoólicas (Philippi, 2003).

Bebida	Volume da dose	% de álcool	Volume de álcool na dose
Cerveja	350 ml	5%	17,5 ml
Vinho tinto	100 ml	12%	18 ml
Destilado	40 ml	40%	16 ml

Adaptado de: Andrade et al., 2007.

Figura 5 - Quantidade de álcool nas principais bebidas alcoólicas

Mas doces e chocolates também são ricos em lipídeos, que possuem uma alta densidade calórica, 9 kcal/g. Embora alguns autores como como Tai et al. (1997) não acreditem que a FLT aumente o gasto energético basal,

outros como Frankovith e Lebrum (2000), acreditam que a temperatura corporal aumenta na FLT, aumentando, assim, o gasto energético basal. Se considerarmos que as necessidades energéticas são aumentadas nesta fase do ciclo, então poderíamos conceber que o álcool seja também uma boa fonte calórica, visto que possui 7,1 kcal/g (Philippi, 2003; Reis e Rodrigues, 2003).

É interessante notar que os resultados que relacionam o desejo de beber com o consumo energético, de álcool e de macronutrientes na FF mostram que nesta fase o desejo de beber está relacionado negativamente com o consumo de carboidratos e lipídeos, mas positivamente com o consumo de álcool. Ou seja, conforme acima explicado, o consumo de álcool poderia substituir o consumo de carboidratos e lipídeos. Já na FLT, estas relações são parecidas, visto que o desejo de beber se relaciona também negativamente com o consumo de carboidratos e positivamente com o consumo alcoólico, o que novamente confirma a hipótese de que, para mulheres alcoolistas, o álcool poderia substituir o consumo de doces e chocolate na FLT.

Ao compararmos as médias de consumo energético e alcoólico com as médias de notas de sensação de fome e desejo de beber nas fases FF e FLT, podemos perceber que, apesar do consumo energético proveniente de alimentos (1454,34 kcal) e álcool (variação de 0 a 226,92 kcal entre o 1º. e 3º. quartil) ser maior na FF, na FLT a nota média da sensação de fome (6,07) e do desejo de beber (4,32) era muito maior. Isto pode significar que, realmente, o desejo parece ser aumentado na TPM, mas que estas pacientes parecem ter conseguido se controlar, talvez como resultado do próprio tratamento ou simplesmente por estarem informadas a respeito da pesquisa e seus objetivos.

Uma vez que a acentuada alteração do apetite, os excessos alimentares ou a avidez por determinados alimentos são alguns dos critérios diagnósticos para TDPM (APA, 2002), pacientes com TDPM muitas vezes relatam o que chamam popularmente de “compulsões alimentares”. Assim, avaliou-se a presença ou não de TDPM isoladamente e sua relação com o consumo alimentar e alcoólico. Podemos notar que pacientes com e sem TDPM consumiram praticamente as mesmas quantidades energéticas de carboidratos, proteínas e lipídios. Também atribuíram notas semelhantes para a sensação de fome e o desejo de beber. Porém, em relação ao álcool, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre as medianas dos dois grupos, aquelas sem TDPM fecharam o 3º. quartil com 134,86 kcal provenientes do álcool, enquanto as com TDPM terminaram o 3º. quartil com 62,21 Kcal de álcool, ou seja, consumiram menos, e estes resultados são diferentes dos que encontramos na literatura. Apesar de alguns autores afirmarem que o consumo de álcool e de drogas de abuso, como um todo, não é influenciado pelo ciclo menstrual, seus trabalhos não foram realizados com mulheres com TDPM (Tobin et al., 1994; Lammers et al., 1995, Turner e Wit, 2006). Já os autores que relacionaram o transtorno com o consumo de álcool verificaram um aumento de consumo durante a FLT, porém não trabalharam com mulheres alcoolistas (Wall, 1937; Jones e Jones, 1976; Tate e Charette, 1991; Allen, 1996). Acredita-se que o consumo diminuído de álcool na TPM das pacientes da amostra deste trabalho pode ser conferido ao fato de elas estarem em tratamento, ou, ainda, por saberem dos objetivos da pesquisa.

Outra hipótese para explicar estes achados diz respeito ao tempo de abstinência. Todas as escalas deste trabalho foram aplicadas com, no mínimo, 15 dias de abstinência. Talvez, no caso específico do QTDPM, fosse necessário maior tempo de abstinência, pelo menos um mês, para que a paciente pudesse estar sóbria durante o ciclo para perceber as mudanças na FLT. Assim, uma hipótese seria que o diagnóstico provisório gerado pela referida escala talvez possa ter apontado falsos negativos.

Se retirarmos do QTDPM alguns sintomas relacionados a consumo alimentar (aumento pronunciado de apetite e perda de controle) e dividirmos as pacientes entre aquelas que relatam o sintoma na FLT, em outra fase do ciclo e aquelas que não percebem estes sintomas em nenhuma fase, podemos notar que muitas se confundem com o que vem a ser este sintoma. No caso do **aumento pronunciado do apetite**, apesar da falta de significância estatística, aquelas que consumiram mais energia na FLT foram as que relataram o sintoma em outra fase do ciclo. Paradoxalmente, as que relataram o sintoma na FLT, foram as que consumiram menos. Se levarmos em consideração que estas últimas foram também as que menos consumiram álcool, este achado talvez seja um indício da inabilidade de auto-percepção destas pacientes, ou seja, elas responderam que não tinham aumento pronunciado de apetite porque costumam comer o que lhes dá vontade, saciando-se.

Já em relação a **perda de controle** na FLT, aquelas que negaram o sintoma foram as que mais consumiram energia, e que não consumiram nada de álcool. Este é um dado importante, pois pode indicar que, para pacientes alcoolistas em tratamento, a perda de controle pode significar somente beber

ou não beber, esquecendo-se que o sintoma tem um espectro muito maior, relacionando-se também a consumo alimentar, brigas familiares, sexo, compras, entre outras coisas.

Para separar a amostra em dois grupos (clusters) foram utilizadas como variáveis fixas a quantidade de energia e de álcool consumidas, bem como a sensação de fome e o desejo de beber. É interessante notar que os dois clusters apresentaram semelhanças em suas características sócio-demográficas, presença de comorbidades e uso de medicação que poderia elevar o peso e a compulsões alimentares, apontando que a amostra era realmente homogênea nestes aspectos.

Porém, em relação ao consumo alimentar, estes clusters são diferentes. Existe uma diferença significativa do consumo energético entre os clusters, tanto na FF como na FLT ($p < 0,001$ em ambas as fases). O Cluster I relata consumir mais energia do que o Cluster II em ambas as fases. O consumo de carboidratos na FLT no Cluster I também é maior do que no Cluster II, havendo diferença estatística ($p = 0,001$). O mesmo ocorre com a sensação de fome; em ambas as fases (FF e FLT), o cluster I relata maior sensação de fome.

Em relação ao desejo de beber e ao consumo alcoólico, a situação se inverte. Os clusters apresentam diferenças significativas no desejo de beber na FF ($p = 0,30$) e FLT ($p = 0,005$), sendo que no cluster II o desejo parece estar aumentado. Não houve diferença estatística em relação ao consumo de álcool, mas existe uma tendência do cluster II consumir mais álcool na FLT do que o cluster I ($p = 0,077$).

Talvez este consumo de álcool aumentado do cluster II leve a um menor consumo energético, realmente, em função do efeito sacietógeno do álcool, oriundo do seu alto valor energético (7,1 kcal). Porém, a quantidade energética do álcool deveria compensar a baixa quantidade energética proveniente de alimentos, o que não ocorreu. Uma hipótese seria o fato destas pacientes perderem a noção de quantidade de comida e álcool ingeridos quando começam a beber, relatando assim, um menor consumo do que de fato ocorreu. Sabe-se que o sub-relato pode ocorrer na forma de omissão voluntária ou involuntária. Na forma involuntária, ele ocorreria devido a lapsos de memória ou dificuldades em quantificar porções, o que é condizente com o consumo alcoólico (Tomoyasu et al., 1994; Scagliusi e Lancha-Jr, 2003). A omissão voluntária está mais relacionada a vergonha do consumo, desejo de ajuste social e evitação de julgamentos morais (Hebert et al., 1995; Krestch et al., 1999; Taren et al., 1999). Porém, até onde se sabe, não existem trabalhos que apontem sub-relato consciente do consumo alcoólico em mulheres dependentes em tratamento. A falta de percepção de quantidade de alimentos e álcool poderia justificar também a mediana do IMC do cluster II ($\text{IMC} = 25,9 \text{ kg/m}^2$), que, apesar de não ter diferença significativa estatisticamente em relação ao cluster I, segundo a WHO (1997), corresponde à pré-obesidade, enquanto a mediana do cluster I corresponde à eutrofia (mediana de $\text{IMC} = 23,5 \text{ kg/m}^2$). Faz-se importante salientar que o valor do 1º. quartil no cluster I é igual a 20 kg/m^2 , e o valor do 3º. quartil é igual a 26 kg/m^2 , ou seja, a maioria das pacientes deste cluster são

eutróficas, o que não acontece no cluster II, no qual o valor do 1º. quartil começa no IMC = 24,3 kg/ m² e chega, no 3º quartil, a 28,5 kg/ m².

Outra possibilidade seria que estas pacientes, por algum motivo, não reportaram adequadamente o consumo alcoólico e energético. Apesar de não haver evidências do por que estas pacientes agiram desta maneira, é importante notar que ambos os clusters possuem a mediana do tempo de tratamento igual a 0, e não existe diferença estatística entre eles ($p=0,672$). Porém, enquanto o 3º. quartil do cluster I é também igual a 0, o 3º. Quartil do cluster II é igual a 12. Isto significa que as pacientes do cluster II estão em tratamento há mais tempo, o que poderia indicar uma perda de motivação em relação ao tratamento ao longo do tempo, fato que não possui nenhuma evidência científica, mas que poderia ser estudado num próximo trabalho.

Outros resultados deste trabalho apontam algumas implicações clínicas importantes. Acreditava-se que as comorbidades das pacientes pudessem influenciar no consumo alimentar e alcoólico na FLT, visto que o período pré-menstrual apresenta-se como uma fase de risco para exacerbação de distúrbios psiquiátricos por ventura existentes, como, por exemplo, o consumo mais intenso de álcool em casos de alcoolismo (Limosin e Ades, 2001). Apesar das comorbidades não terem influenciado nos resultados de consumo alimentar e alcoólico, mostrando-se serem variáveis independentes, deve-se estar sempre atentos a elas. A amostra apresentou uma prevalência de 23,3% de outros transtornos do impulso, e sabe-se que durante a abstinência alcoólica esta impulsividade pode ser direcionada a outros elementos, como, por exemplo, o alimento (Brasiliano, 2005; Krahn et al., 2006;

Stewart et al, 2006). Apesar de menos prevalentes (10%), os transtornos alimentares apresentaram-se em taxas maiores do que na população em geral, nesta, estimada em 2 a 5% (Hay, 1998; Hay, 2002). Assim, pacientes com bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) ou mesmo transtornos alimentares não especificados (TANE) poderiam ter compulsões mais importantes na FLT.

Levando-se em consideração as afirmações anteriores, o maior consumo alimentar pode resultar num grande ganho de peso, o que poderia influenciar no aumento do risco de recaídas ou mesmo na recuperação da auto-estima. Este ganho de peso poderia aumentar também o risco de doenças crônicas como diabetes melitus, hipertensão, dislipidemias e cardiopatias em uma população já predisposta a complicações clínicas (WHO, 2004). Uma vez que se acredita que a FLT aumenta a suscetibilidade a compulsões alimentares, monitorar o controle alimentar neste período e, conseqüentemente, controlar as dietas e sua aderência é uma tarefa complexa (Swann e cols., 2004; Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), 2005).

Algumas importantes limitações deste estudo merecem atenção. A primeira delas diz respeito à amostra que, aparentemente pequena, é de tamanho habitual na literatura em trabalhos relacionados ao ciclo menstrual de mulheres alcoolistas. Em 2006, Epstein et al. avaliaram o consumo alcoólico e alimentar durante o ciclo menstrual em mulheres dependentes de álcool e utilizaram em sua amostra 12 indivíduos. Outros autores que estudaram o ciclo menstrual em mulheres alcoolistas também usaram uma amostra pequena. Augustynska et al (2007) avaliaram mudanças hormonais

em mulheres dependentes de álcool com uma amostra de 30 mulheres. Sutker et al. (1983) estudaram o uso de álcool e alterações de humor durante o ciclo menstrual feminino com uma amostra de 21 pacientes. Na amostra de Mello et al. (1990) para verificar o consumo de álcool ao longo do ciclo, participaram apenas 15 mulheres, enquanto Tobin et al. (1994), num trabalho semelhante, teve como amostra 21 pacientes e mais 16 controles.

Outra limitação do trabalho diz respeito a algumas das escalas utilizadas. Para o diagnóstico do TDPM, utilizou-se questionário elaborado por Teng et al. (2000), de avaliação retrospectiva, que gera um diagnóstico apenas provisório, em uma população não clínica (Vieira Filho et al., 2000). Sabe-se que relatos retrospectivos geralmente superestimam os sintomas pré-menstruais (Teng et al., 2000), o que pode justificar a observação de 36% (n=11) de pacientes da amostra com a síndrome, proporção bastante acima da média populacional, situada entre 3 e 8% (Endicott, 2000; Bendich, 2001). Outra justificativa para esta prevalência é o viés de Berkson, que demonstra que indivíduos com mais de uma condição patológica (seja ela física ou psíquica) procuram mais ajuda profissional que aqueles com uma única condição (Brasiliano, 2005; Lacks et al., 2006). Sendo assim, não somente a prevalência de TDPM estaria aumentada, como também a prevalência de comorbidades em geral, atribuída a 63,3% (n=19) da amostra. O Questionário de Controle dos Impulsos também não foi validado, mas, na verdade, nada mais é do que a estruturação dos critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 2002). Este instrumento foi utilizado por Brasiliano (2005) no PROMUD, indicando que este poderia ser um instrumento fidedigno.

Continuando com as limitações referentes a instrumentos de coleta de dados, deve-se atentar para a utilização do diário alimentar como ferramenta de avaliação do consumo alimentar. Existe sempre a possibilidade de erros quando se usam diários alimentares, uma vez que os programas para sua avaliação não contêm todos os alimentos e muitos dos alimentos consumidos precisam ser substituídos por similares para poderem ser inseridos nestes programas; preparações caseiras podem conter erros relativos a componentes de receitas e as porções podem ser muitas vezes distorcidas, o que discutiremos a seguir. Soma-se a isso o sentimento de vergonha e culpa que muitas sentem ao preenchê-los - as pacientes sabem que os diários serão verificados e que, muitas vezes, não alcançarão a expectativa do nutricionista e de toda a equipe de tratamento. Utilizando-se marcadores biológicos, constatou-se que a ingestão energética relatada nas avaliações de consumo alimentar era freqüentemente bem inferior à real (Scagliusi et al., 2003). Scagliusi e Lancha Jr (2003) afirmam ainda que os erros oriundos de avaliações de consumo alimentar costumam ser sistemáticos, ou seja, o sub-relato ocorre em maior freqüência do que a super estimação do consumo, produzindo um erro que independe do aumento da amostra. Apesar destas imprecisões, segundo Gayle (1998), o diário alimentar é a “única forma viável de se obter dados de ingestão calórica e identificação de compulsões em um ambiente natural”. Castro (1994) corrobora, afirmando que o auto-relato é o método mais utilizado em psicologia, apesar de ser suspeito por não poder ser objetivamente verificado. Assim, acredita-se que o diário alimentar produza resultados

confiáveis e válidos quando aplicado em indivíduos adultos não obesos, em especial quando os dados são utilizados na investigação das diferenças relativas de ingestões entre grupos de indivíduos (Feuz et al., 2005). Aparentemente, o alto nível educacional parece ser um protetor contra o sub-relato em diários alimentares (Scagliusi et al., 2003), o que favoreceria a fidedignidade de nossos dados, uma vez que nossa amostra apresentou uma escolaridade elevada.

É importante ressaltar que, para nutricionistas, a quantidade de dias de coleta parece ser, à primeira vista, pequena (4 dias de FF e 4 dias de FLT, durante dois meses). Mas, se levarmos em consideração que a FLT dura 4 dias (Sutker et al., 1983; Cross et al., 2001), então foram coletados diários alimentares de todos os dias da FLT durante dois meses. A escolha por avaliar 4 dias da FF se deve à facilidade de comparação entre as duas fases, e teve-se o cuidado de realizar a avaliação sete dias após o início da menstruação, para que se tivesse certeza de que qualquer resquício de sintoma da FLT já houvesse passado (Tobin et al., 1994; Bianchi-Demicheli et al., 2002).

Considerando todas as limitações acima, os resultados deste trabalho apontaram que não houve descontrole alimentar por parte das pacientes, o que indica que o atendimento nutricional semanal realizado no PROMUD talvez seja um adicional interessante no tratamento de mulheres alcoolistas.

10. Conclusões

- De uma forma geral, não parece existir uma diferença de consumo alimentar em mulheres alcoolistas entre a FF e FLT, apesar do relato de aumento da sensação de fome.
- Os dados não evidenciaram um aumento significativo do consumo alcoólico na fase lútea tardia das pacientes estudadas.
- As pacientes avaliadas neste trabalho relataram ter o desejo de beber aumentado na fase lútea tardia e, diferente do que acontece com a maioria das mulheres, demonstraram ter como alimento mais desejado na fase lútea tardia o álcool.
- A FLT não se mostrou uma fase de perigo para recaídas – mulheres abstinentes continuaram abstinentes nesta fase.
- As pacientes estudadas aparentemente tiveram o consumo energético abaixo das recomendações nutricionais, apesar da proporção de macronutrientes consumidos estar adequada e não apresentar diferença entre a FF e FLT. Segundo seus relatos, as pacientes não parecem estar substituindo o desejo de consumir álcool pelo consumo de alimentos.

- Ao avaliar a amostra como grupo único, poucas evidências puderam ser observadas em relação a diferenças da composição alimentar e alcoólica entre a fase folicular e a fase lútea tardia das pacientes. Porém, foi possível dividi-las em subgrupos (clusters), que apontaram à possibilidade de que mulheres eutróficas, em início de tratamento, consumam maior quantidade energética e de carboidratos na FLT, tenham maior sensação de fome nesta fase e indiquem o álcool como o alimento mais desejado na FLT.
- Por outro lado, pacientes pré-obesas, com maior tempo de tratamento, tendem a ter maior desejo de beber e efetivamente bebem mais na FLT. Todas as homossexuais se encaixaram neste grupo. Pacientes deste cluster tenderam a não relatar adequadamente seu consumo alimentar e alcoólico.

11. Considerações Finais

O PROMUD possui uma equipe de nutrição desde o início de seus atendimentos, em 1996. Levando-se em consideração os aspectos citados, sabe-se hoje que mulheres tratadas em programas específicos para o sexo feminino têm melhor adesão e evolução, uma vez que são abordadas questões particulares do gênero, tais como família, filhos, maridos, auto-estima, questões relacionadas ao corpo e à imagem corporal e outras (Hochgraf, 1995; Brasileiro, 2005). Ou seja, mulheres acompanhadas em programas específicos têm um prognóstico melhor, uma vez que estes enfatizam os problemas psico-sociais das pacientes, dando-lhes suporte, ao invés de fazerem uma abordagem confrontativa (Niv e Hser, 2007). Entre estas abordagens, encontra-se a nutricional, importante não só para proporcionar uma melhor qualidade de vida às pacientes, como também para melhorar sua auto-estima. Desta forma, os resultados encontrados nesta dissertação podem ser consequência do trabalho realizado no PROMUD, não se aplicando às mulheres alcoolistas tratadas em outros serviços.

Este trabalho objetivou comparar a composição alimentar e alcoólica entre a fase folicular e a fase lútea tardia de mulheres dependentes de álcool. Limitou-se a verificar o consumo energético total, consumo de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos), consumo alcoólico, sensação de fome e desejo de beber. Aspectos como tipo de carboidratos, micronutrientes (vitaminas e minerais) e quantidades de porções alimentares

de cada um dos grupos da pirâmide alimentar não foram avaliados, uma vez que não eram o escopo deste trabalho e poderão ser avaliados em trabalhos futuros.

Apesar de não ser objetivo do trabalho, foi detectada pré-obesidade na maioria das pacientes da amostra. Este dado é relevante e sugere-se a realização de mais estudos para identificar se o sobrepeso é uma característica presente nas pacientes que buscam o ambulatório ou se é uma decorrência do tratamento.

A relação entre a dependência química e o comportamento alimentar ainda é pouco estudada no Brasil. O presente estudo se constituiu em uma das possíveis aproximações ao tema. Um dos achados em mulheres alcoolistas que atingem a abstinência é a revalorização de diferentes aspectos de sua vida, incluindo a saúde e aparência física que se relacionam estreitamente com a alimentação. Dado o fato de que uma alimentação balanceada contribui para a melhora cognitiva, do humor e da saúde como um todo, o tratamento nutricional desta população merece ser melhor estudado. Destacamos também que seria interessante considerá-lo um componente essencial nos serviços para tratamento de dependência química em geral e principalmente naqueles especializados no sexo feminino.

12. Referências

- Abegão C. Sistema reprodutor feminino. *Descobrir o corpo humano*. [citado em novembro de 2007]. Disponível em: <http://descobrir-o-corpo-humano.blogs.sapo.pt/1848.html>
- Aguiar AS, da Silva VA, Boaventura GT. As calorias do etanol são aproveitadas pelo organismo? *Nutrição em Pauta*. 2007; 82:45-9.
- Algranti LM. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América portuguesa. In: Venâncio RP e Carneiro H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda Editorial, 2005. 71-92.
- Allen D. Are alcoholic women more likely to drink premenstrually? *Alcohol Alcohol*. 1996; 31:145-7.
- Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução a epidemiologia moderna*. 2ª. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 1992. p.79-115.
- Almeida-Muradian LB, Penteado MVC. Vitamina A. In: Penteado MVC. *Vitaminas: aspectos nutricionais, bioquímicos, clínicos e analíticos*. Barueri: Manole; 2003. p. 55-74.
- Althoff G. Comer compromete: refeições, banquetes e festas. In: Flandrin JL e Montanari M, *História da alimentação*. 4ª. ed. São Paulo: Estação Liberdade;1998. p. 300-10.
- Alvarenga M, Dunker KLL, Romano ECB & Philippi, ST. Terapia nutricional para transtornos alimentares. In: Philippi ST & Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole; 2004. p.209-26.
- Alvarenga M & Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24: 39-43.

- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists & North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27: 596-601.
- American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª. ed. São Paulo: Artmed; 2002.
- Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22:106-15.
- Andrade AG, Alvarenga PG, Silveira CM. Transtornos relacionados ao álcool. In: *Fundamentos em Psiquiatria*. Alvarenga PG e Andrade AG. São Paulo: Manole; 2008. p.245-266.
- Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:57-62.
- Aronne LJ, Segal KR. Weight Gain in the treatment of mood disorders. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:22-9.
- Assunção SSM, Ruschel SI, Rosa LCR, Campos JAO, Alves MJO, Bracco OL, Lima MS. Weight gains management in patients with schizophrenia during treatment with olanzapine in association with nizatidine. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28:270-6.
- Augusto ALP et al. *Terapia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995.
- Augustynska B, Ziolkowski M, Odrowaz-Sypniewska G, Kielpinski A, Gruszka M, Kosmowski W. Menstrual cycle in women addicted to

alcohol during the first week following drinking cessation- changes of sex hormones levels in relation to selected clinical features. *Alcohol & Alcoholism*. 2007; 31:80-3.

- Avesani CM, Santos NSJ, Cuppari L. Necessidades e recomendações de energia. In: Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole; 2002. p. 27-45.
- Babor TF, Brown J, Del Boca FK. Validity of self-reports in applied research os addictive behaviors:fact or fiction? *Behav Assess*. 1990;12:5-31.
- Baxter YC, Waitzberg DL, Peres G. Métodos não convencionais; estudo dietético e medida da qualidade de vida. In: Waitzberg DL, editor. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3a ed.São Paulo: O Atheneu; 2002. v.1, p.305-20.
- Bell C, Abrams J, Nutt D. Tryptophan depletion and its implications for psychiatry. *Brit J Psychiatry*. 2001; 178:399-405.
- Bendich A. Micronutrients in women's health and immune function. *Nutrition*. 2001; 17:858-67.
- Beulens JW, Bindels JG, de Graaf C, Alles MS, Wouters-Wesseling W. Alpha-lactalbumin combined with a regular diet increases plasma Trp-LNAA ratio. *Physiol Behav*. 2004; 81:585-93.
- Bianchi-Demicheli F, Ludicke F, Lucas H, Chardonens D. Premenstrual dysphoric disorder:current status of treatment. *Swiss Med Wkly*. 2002; 132:574-8.

- Biachini-Pontuschka R, Penteado MVC, Vitamina E. In: Penteado MVC. *Vitaminas: aspectos nutricionais, bioquímicos, clínicos e analíticos*. Barueri: Manole; 2003. p.123-64.
- Bíblia Sagrada e Hinário Novo Cântico. Tradução João Ferreira de Almeida. 2ª.ed. Barueri (SP): Sociedade Bíblica do Brasil; 1999. Gênesis 9: 9-10.
- Birch CD, Stewart SH, Brown CG. Exploring differential patterns of situational risk for binge eating and heavy drinking. *Addict Behav.* [citado em dezembro 2006] Disponível em: www.sciencedirect.com.
- Blinder BJ, Blinder MC, Sanathara VA. Eating disorders and substance use disorders. *Med Beh.*; 2000 [citado em março 2001]. Disponível em: www.medicineandbehavior.com/mb990418.html .
- Block G, Dresser CM, Hartman AM, Carroll MD. Nutrient sources in the American diet: quantitative data from the NHANES II survey. *Am J Epidemiol.* 1985; 122:27-40.
- Blume S. Women and alcohol. *JAMA.* 1986; 256:1467-70.
- Bottoni A, Oliveira GPC, Ferrini MT & Waitzberg DL. Avaliação nutricional: exames laboratoriais. In: Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3 ed. Vol 1. São Paulo: Atheneu; 2000, p.279-94.
- Brasiliano S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

- Breslin FC, Gnam W, Franche RL, Mustard C, Lin E. Depression and activity limitations: examining gender differences in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41:648-55.
- Brienza RS, Stein MD. Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *J Gen Intern Med*. 2002; 17:387-97.
- Bruinsma K, Taren DL. Chocolate: food or drug? *J Am Dietetic Assoc*. 1999; 99:1249-56.
- Brzezinski A. Serotonin and premenstrual dysphoric disorder. *Lancet*. 1996; 347:470-1.
- Bunout D. Nutritional and metabolic effects of alcoholism: their relationship with alcoholic liver disease. *Nutrition*. 1999; 15:583-9.
- Cade JE, Margetts BM. Nutrient sources in the English diet: quantitative data from three English towns. *Int J Epidemiol*. 1988; 17:844-8.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZM. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
- Carlson T. Dados laboratoriais na avaliação nutricional. In: Mahan LK & Stump SE. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10ed. São Paulo: Rocca; 2002, p.367-85.
- Cassin SE, Ranson KM. Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*. 2007;49: 689-690.

- Castel S, Formigoni MLOS, De Michelle D. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Projeto *SIDET*: Sistema de Informação sobre Dependentes de Drogas em Tratamento. Treinamento no uso de instrumentos e discussão sobre a implantação. In: XIV Congresso Brasileiro sobre Alcoolismo, Tabagismo e outras Dependências, Gramado, RS; 2001. Treinamento.
- Castro J. Methodology, correlational analysis and interpretation of diet diary records of the food and fluid intake of free-living humans. *Appetite*. 1994; 23:179-92.
- Cesar BAL. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55: 208-211.
- Charette L, Tate DL, Wilson A. Alcohol consuptios and menstrual distress in women at higher and lower risk of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*. 1990; 14:152-7.
- Center for Substance Abuse Teatment (CSTA). *Substance abuse treatment for persons with co-ocurring disorders – a treatment improved protocol – Tip 42*. Rockville: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Menthal Health Service Administration (SAMHASA): 2005 [cited 2005 Jun 5]. Disponível em:<http://www.samhsa.gov/store.health.org/productDetails>.
- Christensen AP, Oei DL, Wilson A. Alcohol consumption between premenstrual dysphoria and daily ratings dimensions. *J Affective Disord*. 1989; 16:127-132.
- Cintra IP, Heyde MED, Schmitz BAS, Franceschini SCC, Taddei JA & Sigulem DM. Métodos de inquéritos dietéticos. *Cadernos de Nutrição* 1997; 13: 11-23.

- Clevidence BA, Taylor PR, Campbell WS. Lean and heavy women may not use energy from alcohol with equal efficiency. *J Nutrition*. 1995; 125:2536-40.
- Cochran SD, Mays VM, Alegria M, Ortega NA, Takeuchi D. Mental health and substance use disorders among latino and asian american lesbian, gay and bisexual adults. *J Consulting and Clin Psychology*. 2007; 75:785-794.
- Copeland J, Hall W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Br J Addiction*. 1992; 87: 1293-1302.
- Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clín*. 2004; 31:154-7.
- Cordás TA, Salzano FT. Comorbidade em depressão. In: *Recuperação em depressão*. Moreno DH, Bernick M, Mattos P e Cordás TA. São Paulo: Editora Livre; 2003. p.73-88.
- Cortonesi A. Cultura de subsistência e mercado: a alimentação rural e urbana na baixa Idade Média. In: Flandrin JL e Montanari M, *História da alimentação*. 4ª. Ed. São Paulo: Estação Liberdade; 1998. p.409-21.
- Correa CL, Oga S. Effects of the menstrual cycle of white women on ethanol toxicokinetics. *J Stud Alcohol*. 2004; 65: 227-231.
- Cross GB, Marley J, Milles H, Willson K. Changes in nutrient intake during the menstrual cycle of overweight women with premenstrual syndrome. *Br J Nutrition*. 2001; 85:475-82.

-
- Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*. 2008; 50:33-42.
 - Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Receipt of nutrition and exercise counseling among medical outpatients with psychiatric and substance use disorders. *J Gen Intern Med*. 2002; 17: 556-60.
 - Dreher JC, Schmidt PJ, Kohn P, Furman D, Rubinow D, Berman KF. Menstrual cycle modulates reward-related neural function in women. *PNAS*. 2007; 104:2465-70.
 - Duckert F. Recruitment into treatment and effects of treatment for female problem drinkers. *Addict Behav*. 1987; 12:137-50.
 - Dye L, Blundell JE. Menstrual cycle and appetite control: implications for weight regulation. *Human Reproduction*. 1997; 12:1142-51.
 - Edens EL, Glowinski AL, Grazier KL, Bucholz KK. The 14-year course of alcoholism in a community sample: do men and women differ? *Drug Alcohol Depend*. 2008; 93: 1-11.
 - Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61:5-8.
 - Epstein EE, Rhines K, Cook S, Zdep-Mattocks B, Jensen NK, McCrady BS. Changes in alcohol craving and consumption by phase of menstrual cycle in alcohol dependent women. *J Subst Use*. 2006; 11:323-32.
 - Escribano JJA, Parra DG. Diferencias de género en La enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007; 19: 383-392.

- Evans SM, Foltin RW, Fishman MW. Food "cravings" and the acute effects of alprazolam on food intake in women with premenstrual dysphoric disorder. *Appetite*. 1999; 32:331-49.
- Fava M. Weight gain and antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61: 37-41.
- Feinstein AR. The pré-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Disease*. 1970; 23: 455-68.
- Feuz AS, Assis MAA, Passos MMCF. Métodos de inquéritos alimentares com abordagens do comportamento alimentar. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. *Inquéritos Alimentares*. São Paulo: Editora Manole; 2005, p.32-70.
- Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de inquéritos alimentares. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. *Inquéritos Alimentares*. São Paulo: Editora Manole; 2005, p.1-31.
- Fishler CA. "McDonaldização" dos costumes. In: Flandrin JL, Montanari M, *História da alimentação*. 4ª. Ed. São Paulo: Estação Liberdade; 1998. p.841-62.
- Flandrin JL. A alimentação camponesa na economia de subsistência. In: Flandrin JL, Montanari M, *História da alimentação*. 4ª. Ed. São Paulo: Estação Liberdade; 1998. p.580-610.
- Fortes JRA. *Alcoolismo*. São Paulo: Sarvier; 1975.
- Fox HC, Hong KA, Sinhá R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addict Behav*. 2008; 33:3888-94.

- Franco A. *De caçador a gourmet – uma história da gastronomia*. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Senac; 2001.
- Frankovich RJ, Lebrun CM. The athletic woman: menstrual cycle, contraception and performance. *Clin Sports Medic*. 2000; 19:251-71.
- Freeman EW, Stout AL, Endicott J, Spiers P. Treatment of premenstrual syndrome with a carbohydrate-rich beverage. *Int J Gynecol Obstet*. 2002; 77:253-4.
- Fundação Carlos Chagas. *Mulheres brasileiras, educação e trabalho*; 2002. Disponível em: http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicas/mbet.html . Acesso em: 4 de maio de 2008.
- Gadalla T, Piran N. Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eat Disord*. 2007a; 15: 189-203.
- Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Women Ment Health*. 2007b; 00: 1-8.
- Galduróz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev. Bras Psiquiatr*. 2004; 26:3-6.
- Gayle MT. Caloric intake patterns of nonpurge binge-eating women. *West J Nurs Res*. 1998; 20: 103-18.
- Geier AB, Rozin P, Doros G. Unit bias: a new heuristic that helps explain the effect of portion size on food intake. *Psychological Science*. 2006; 17: 521-5.

- Gorgulho M, Da Ros V. Alcohol and harm reduction in Brazil. *Internat J Drug Policy* . 2006; 17: 350-7.
- Grant LP, Haughton B, Sachan DS. Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104:604-10.
- Grilo CM, Sinha R, O'Malley SS. Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Res Health*. 2002; 26:151-160.
- Gurr M. *Alcohol, health issues related to alcohol consumpt*. 2a. ed. Bruxelas: International Life Sciences Institute (ILSE); 1996.
- Guthrie H. Selection and quantification of typical food portions by young adults. *J Am Diet Assoc*. 1984; 84:1440-4.
- Haddad L, Milke P, Zapata L, de la Fuente JR, Vargas-Vorackova F, Lorenzana-Jimenez M, Corte G, Tamayo J, Kaplan M, Marquez M, Kershenobich D. Effect of the menstrual cycle ethanol pharmacokinetics. *J Appl Toxicol*. 1998; 18: 15-18.
- Hammond KA. Avaliação dietética e clínica. In: Mahan LK & Stump SE *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10ed. São Paulo: Rocca; 2002. p.341-66.
- Harvey SM, Beckman LJ. Cyclic fluctuation in alcohol consumption among female social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 1985; 9:465-7.
- Hasse JM, Matarese LE. Terapia clínica nutricional para distúrbios de fígado, sistema biliar e pâncreas exócrino. In: Mahan LK e Escott-Stump S.. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10 ed. São Paulo: Roca; 2002. p.671-97.

- Hay PJ. The epidemiology of eating disorders behaviours: na Australian community-based survey. *Int J Eat Disord.* 1998; 23:371-82.
- Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimento futuros. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24:13-7.
- Himmerich H, Schuld A, Haack M, Kaufmann C, Pollmacher T. Early prediction of changes in weight during six weeks of treatment with antidepressants. *J Psychiatry Res.* 2004; 38: 485-9.
- Hochgraf PB. *Alcoolismo feminino: comparação das características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas.*[tese]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.
- Hochgraf PB, Brasiliano S. A compulsão alimentar e outras compulsões/ dependências. In: Philippi, ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional.* São Paulo: Editora Manole; 2004. p.83-101.
- Holdcraft LC, Iacono WG. Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 74: 147-58.
- Hser YI, Huang D, Teruya C, Douglas Anglin M. Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Depend.* 2003; 72:255-64.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2000 – Educação: resultados da amostra.* Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2000.

- Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. *Dietary reference intake: macronutrients*; 2002a. Disponível em: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/7/300/Webtablemacro.pdf> . Acesso em: 2 de abril de 2008.
- Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrates, fiber, fat, protein, and amino acids (macronutrients)*. Washington (DC): National Academy Press; 2002b.
- Jackson TD, Grilo CM. Weight and eating concerns in outpatient men and women being treated for substance abuse. *Eat Weight Disord*. 2002; 7:276-83.
- James LM, Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students. *Addict Behav*. 2007; 32:714-27.
- Jesus RP, Pereira CCA, Waitzberg DL. Doenças hepáticas. In: Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole; 2002. p.289-317.
- Jones BM, Jones MK. Womes and alcohol: intoxication, metabolism and menstrual cycle. IN: Greenblatt M, Schuckit M (ed). *Alcoholism problems in women and children*. Nova York, Grune and Stratton; 1976.
- Jones HA, Lejuez CW. Personality correlates of caffeine dependence: the role of sensation seeking, impulsivity, and risk taking. *Exp Clin Psychopharmacology*. 2005; 13: 259-66.
- Kachani AT, Brasiliano S & Hochgraf PB. Papel do nutricionista numa equipe multidisciplinar para tratamento de mulheres dependentes químicas. Pôster apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Curitiba, 2006.

- Kachani AT, Cardoso A, Furtado Y, Barbosa ALR, Brasiliano S, Hochgraf PB. Medida da circunferência da cintura em mulheres dependentes de álcool e outras drogas. Pôster apresentado no XXVIII Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). 28 a 30 de abril, São Paulo.
- Kachani AT, Brasiliano S, Hochgraf PB. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. *Rev Psiqu Clin*. 2008; 35:21-24.
- Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação nutricional. In: Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole; 2002. p. 71-109.
- Kartzman MA, Jacobs L, Marcus M, Vermani M, Logan AC. Weight gain and psychiatric treatment: is there a role for green tea and conjugated linoleic acid? *Lipids Health Disease*. 2007; 6:14.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:313-21.
- Knapp P & Bertolote JM. Prevenção de recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. 65p.
- Krahn D, Grossman J, Henk H, Mussey M, Crosby R, Gosnell B. Sweet intake, sweet-liking, urges to eat, and weight change: relationship to alcohol dependence and abstinence. *Addict Behav*. 2006; 31:622-31.

- Koga M, Nakayama K. Body weight gain induced by a newer antipsychotic agent reversed as negative symptoms improves. *Acta Psychiatrica Scand.* 2005; 112:75-77.
- Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1990; 147:685-84.
- Kushner MG, Thuras P, Abrams K, Brekke M, Stritar L. Anxiety mediates the association between anxiety sensitivity and coping-related drinking motives in alcoholism treatment patients. *Addict Behav.* 2001; 26:869-85.
- Lacks V. O acompanhamento clínico. In: Siveira DX, Gorgulho M (editores). *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.21-34.
- Lacks V, Moreira FG, Silveira DX. Comorbidades: considerações gerais e transtornos de humor. In: Silveira DX & Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 67-73.
- Lammers SMM, Mainzer DEH, Breteler MHM. Do the alcohol pharmacokinetics in women vary due to the menstrual cycle? *Addiction.* 1995; 90: 23-30.
- Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0. – DSM I;* 1999.

- Limosin F, Ades J. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. *Encephale*. 2001; 27:501-8.
- Ling FW. Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder in the obstetric, gynecologic and primary care practices. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61:5-8.
- Longo EM, Navarro ET. *Manual dietoterápico*. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- MacDiarmid J, Blundell JE. Dietary under-reporting: what people say about recording their food intake. *Eur J Clin Nutr*. 1997; 21:199-200.
- Mace AE. *Sample-size determination*. Hungtington: Robert R. Krieger Publishing Company; 1974.
- Macht M, Mueller J. Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states. *Appetite*. 2007; 49: 667-674.
- Maio R, Dichi JB, Burini RC. Implicações do alcoolismo e da doença hepática crônica sobre o metabolismo de micronutrientes. *Arq Gastroenterol*. 2000; 37:120-4.
- Malhi, GS, Mitchell, PB, Caterson, I. "Why getting fat, Doc?" Weight gain and psychotropic medications. *Australian New Zealand J Psychiatry*. 2001; 35:315-21.
- Martins C. Aconselhamento nutricional. In: Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole; 2002. p.111-27.
- Maughan RJ, Burke LM. *Nutrição esportiva*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

- McKim, WA. *Drugs and behavior*. 6a. ed. Nova Jersey: Prentice Hall; 2006.
- Mcleod DR, Foster GV, Hoehn-saric CR, Svikis DS, Hipsley PA. Family history of alcoholism in women with generalized anxiety disorder who have premenstrual syndrome: patient reports of premenstrual alcohol consumption and symptoms of anxiety. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994; 18:664-70.
- Melin P. Comorbidade dos transtornos alimentares. In: Nunes, MA et al. (ed). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 97-110.
- Mello NK, Mendelson JH, Lex BW. Alcohol use and premenstrual symptoms in social drinkers. *Psychopharmacology*. 1990; 101:448-55.
- Melo NR, Giribela AHG, Giribela CRG, Ricci MD. Síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Medicina*. 2001; 58:185-192.
- Melzer DL, Teng CT. Psicofarmacologia do transtorno afetivo bipolar. In: Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006. p.103-26.
- Michener W, Rozin P, Freeman E, Gale L. The role of low progesterone and tension as triggers of perimenstrual chocolate and sweets craving. *Physiology Behav*. 1999; 67:417-20.
- Midanik L. The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. *Br J Addict*. 1982; 77:357-82.
- Mingoli SA. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: UFMG; 2005.

- Mitchell MC, Herlong HF. Alcohol and nutrition: caloric value, bioenergetics and relationship to liver damage. *Ann Rev Nutr.* 1986; 6: 457-74.
- Mitchell JE, Pyle R, Eckert ED, Hatsukami D. The influence of prior alcohol and drug problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addict Behav.* 1990; 15:169-73.
- Montanari M. Estruturas de produção e sistemas alimentares. In: Flandrin JL, Montanari M, *História da alimentação*. 4ª. Ed. São Paulo: Estação Liberdade; 1998. p.282-91.
- Moreno RA, Moreno DH, Taveira ACA. Antidepressivos. IN: Cordás TA, Moreno RA (edit). *Condutas em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 91-143.
- Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24:18-23.
- Murray J. *O mundo do whisky*. São Paulo: Ática; 1997.
- Nasrallah H. A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. *Psychoneuroendocrinology.* 2003; 28:83-96.
- National Research Council. *Recommended dietary allowances*. 10e. Washington (DC): National Academy Press; 1989.
- Neovius M, Eberhard J, Lindstrom E, Levander S. Weight development in patients treated with risperidone: a 5-year naturalistic study. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 115:277-85.

- Niv N, Hser Y. Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: service needs, utilization and outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 87:194-201.
- Nóbrega MPSS, Oliveira EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 816-23.
- Noether GE. *Introdução à estatística.* 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois; 1983.
- Nogueira FC, Christianini AR, Rodriguez RA, Larrieux S, Cordás TA. Transtornos da alimentação e impulsividade. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p.155-179.
- Osman JL, Sobal J. Chocolate cravings in american and spanish individuals: biological and cultural influences. *Appetite.* 2006; 46:290-301.
- Pearlstein T, Steiner M. Non-antidepressant treatment of Premenstrual syndrome. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61:22-7.
- Peinado AP, Cervato AM, Martins IS. Álcool como elemento de consumo. *Livro de resumos do IV Congresso da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição.* 2 a 5 de dezembro, 1996. São Paulo, Brasil.
- Philippi ST, Szarfarc SC, Latterza AR. Virtual Nutri [software], versão 1.0, for Windows. Departamento de Nutrição/ Faculdade de Saúde Pública/ USP. São Paulo; 1996
- Philippi ST. *Nutrição e técnica dietética.* São Paulo: Manole; 2003. p. 213-25.

- Pinto EA, Penteado MVC. Vitamina D. In: Penteado MVC. *Vitaminas: aspectos nutricionais, bioquímicos, clínicos e analíticos*. Barueri: Manole; 2003. p. 78-120.
- Pirkola SP, Isometsa E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koshinen S, Aromaa A, Lonnqvist JK. DSM-IV mood, anxiety and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:1-10.
- Pietro M, Silveira DX. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Psychiatr Res* 2007. In press.
- Pires L. *Enciclopédia dos vinhos*. Rio de Janeiro: Record; 1993.
- Prioste RN, Casagrande CI, Húngaro CM, Nunes DA, Bueno EA, Bordin L, Marchiotto Jr O, Nicolau PFM, Lozano RI, Antunes VAC, Hida WT, Martinez TIR. Alterações no metabolismo de homocisteína induzida por aguardente de cana de açúcar em alcoólatras. *J Bras Patolog Med Lab*. 2003; 39:203-6.
- Pokhlióbkina WV. *Uma história da vodka*. São Paulo: Editora Ática; 1991.
- Polivy J, Herman CP. The effects of alcohol on eating behavior: disinhibition or sedation? *Addict Behav*. 1976; 1:121-5.
- Raminelli R. Da etiqueta cannibal: beber antes de comer. IN: Venâncio RP & Carneiro H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda Editorial; 2005. 29-46.

- Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Hormônios locais, inflamação e alergia. In: Rang HP, Dale MM, Riter JM. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 4a. ed. p. 164-204.
- Redgrave GW, Swartz KL, Romanoski AJ. Alcohol misuse by women. *Internat Review Psychiatry*. 2003; 15:256-8.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comordity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*. 1990; 264: 2511-8.
- Reis NT, Rodrigues CSC. *Nutrição clínica no alcoolismo*. Rio de Janeiro: Rubio; 2003.
- Roos R; Fortney J, Lancaster B, Booth BM. Age, ethnicity and comorbidity in a national sample of hospitalized alcohol dependence veterans. *Psychiatric Services*. 1998; 40:663-8.
- Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45:1023-31.
- Russel G. Bulimia nervosa. An omious variant of anorexia nervosa. In: *Psychological Med*. 1979; 9:429-48.
- Sampaio HAC. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. *Rev. Nutrição*. 2002; 15:309-17.
- Santos JI, Dinham R. *O essencial em cervejas e destilados*. São Paulo: SENAC; 2006.
- Sayegh R, Schiff I, Wurtman J, Spiers P, McDermott J, Wurtman R. The effect of a carbohydrate-rich beverage on mood, appetite and

- cognitive function in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol.* 1995; 86:520-8.
- Scagliusi FB, Lancha-Jr AH. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev Nutr Campinas.* 2003; 16:471-81.
 - Scagliusi FB, Polacow VO, Artioli GG, Benatti FB, Lancha-Jr AH. Selective underreporting of energy intake in women: magnitude, determinants, and effect of training. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103:1306-13.
 - Schwartz J, Byrd-Bredbenner C. Portion distortion: typical portion sizes selected by young adults. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106:1412-8.
 - Schwartz TL, Nihalani N, Jindal S, Virk S, Jones N. Psychiatric medication –induced obesity: a review. *Obesity Reviews.* 2004; 5:115-21.
 - Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59:22-33.
 - Sher L. Alcoholism, depression and obesity. *Medic Hypotheses* 2004, 63:916-20.
 - Silveira DX, Moreira FG. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 3-7.
 - Standage T. *História do mundo em 6 copos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2005.

- Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61: 17-21.
- Stewart SH, Brown CG, Devoulyte K, Theakston J, Larsen SE. Why do women with alcohol problems binge eat? *J Health Psychology*. 2006; 11: 409-25.
- Stout AL, Steege JF, Blazer DG, George LK. Comparison of lifetime psychiatric diagnosis in premenstrual syndrome clinic and community samples. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 517-22.
- Suter PM. The paradox of the alcohol-paradox- another step towards the resolution of the “alcohol energy wastage” controversy. *Europ J Clin Investigation*. 2000; 30:749-50.
- Suter PM, Hasler E, Vetter W. Effects of alcohol on energy metabolism and body weight regulation: is alcohol a risk factor for obesity? *Nutrition Reviews*. 1997; 55:157-71.
- Sutker PB, Libet JM; Allain NA, Randall C. Alcohol use, negative states and menstrual cycle phases. *Alcohol Clin Exp Res*. 1983; 7:327-31.
- Swann AC, Dogherly DM, Pazzaglia J, Pham M, Moeller FG. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord*. 2004; 6:204-12.
- Swift W, Copeland J, Hall W. Characteristics of women with alcohol and other drugs problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*. 1996; 91:1141-50.

- Tai MM, Castillo PF, Pi-Sunyer FX. Thermic effect of food during each phase of the menstrual cycle. *Am J Clin Nutr.* 1997; 66: 110-5.
- Tate DL, Charette L. Personality, alcohol consumption and menstrual distress in young women. *Alcohol Clin Exp Res.* 1991; 15:647-52.
- Tavares H. Transtorno do controle dos impulsos. In: Alvarenga PG, Andrade AG. *Fundamentos em psiquiatria* São Paulo: Manole; 2008. p. 283-311.
- Teixeira PJR, Rocha FL. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. *Rev Psiquiatr (RS).* 2006; 28: 186-98.
- Teng CT. Estudo retrospectivo do transtorno disfórico pré-menstrual em mulheres universitárias: diagnóstico, fatores de risco e análise fatorial dos sintomas perimenstruais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
- Teng CT, Demetrio FN, Andrade AG. Alcoolismo na mulher e a síndrome prémenstrual: existem associações? *Rev Psiq Clin.* 2000; 27:10-5.
- Turner JM, Wit H. Menstrual cycle phase and responses to drugs of abuse in humans. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 84:1-13.
- Terra MB; Barros HMT; Stein AT; Figueira I; Jorge MR; Palermo LH; Athayde LD; Gonçalves MS; Spanemberg L; Possa MA; Daruy Filho L, Da Silveira DX. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry.* 2006; 47:463-7.

- Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*. 2004, 1: 29-41.
- Tobin MB, Schmidt PJ, Rubinow DR. Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 1503-4.
- Toneatto A, Sobell LC, Sobell MB. Gender issues in the treatment of abusers of alcohol, nicotine and other drugs. *J Subst Abuse*. 1992; 4:209-18.
- Trindade AG. *Cachaça – um amor brasileiro*. São Paulo: Melhoramentos; 2006.
- Vadstrup ES, Petersen L, Sorensen TIA, Grombaek M. Waist circumference in relation to history of amount and type of alcohol: results from the Copenhagen City Heart Study. *Int J Obesity*. 2003; 27:238-46.
- Van de Wiel A. Diabetes mellitus and alcohol. *Diabetes Metab Res* 2004; 20(4): 263-7.
- Vannuchi H, Menezes EW, Campana AO, Lajolo FM. *Aplicações das recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira*. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN); 1990.
- Venâncio LS, Burini RC, Yoshida WB. Hiper homocisteína na doença arterial periférica. *J Vasc Br*. 2004; 3:31-7.
- Vieira Filho AHG, Teng TC, Artes R. Escalas de avaliação de transtorno pré-menstrual. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.105-8.

- Waitzberg DL & Ferrini MT Exame físico e antropometria In: Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3 ed. Vol1. São Paulo: Atheneu 2000; p.225-78.
- Wall JH. A study of alcoholism in women. *Am J Psychiat*. 1937; 93:943-52.
- Wallin MS, Rissanen AM. Food and mood: relationship between food, serotonin and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 377:36-40.
- Weiss RD, Martinez J, Griffin M, Greenfield FS, Hufford C. Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study. *Drug Alcohol Depend*. 1997; 44:35-40.
- Wise LA, Adams-Campbell LL, Palmer JR, Rosenberg L. Leisure time physical activity in relation to depressive symptoms in the Black Women's Health Study. *Ann Behav Med*. 2006; 32:68-76.
- World Health Organization (WHO). *Grupo de estudio sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Who, 1989.
- World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical report series, 854. WHO: Geneva, 1995.
- World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO, Consultation on Obesity*. Geneva: WHO; 1997.
- World Health Organization (WHO) *Global strategy on diet, physical activity and health*. 2004. Disponível em:

www.who.int/gb/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf . Acesso em: 17/ abril/ 2007.

- World Health Organization (WHO). *Gender, Health and Alcohol Use*. Geneva, Switzerland; 2005
- Wurtman RJ, Wurtman JJ, Regan MM, Mcdermott JM, Tsay RH, Breu JJ. Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77:128-32.
- Yeomans MR. Effects of alcohol on food and energy intake in human subjects: evidence for passive and active over-consumption of energy. *Br J Nutrition*. 2004; 92:S31-4.
- Zilberman ML. *Características clínicas da dependência de drogas em mulheres*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

13. Anexos

Anexo 1: Resumo descritivo do Programa de Atenção à Mulher Dependente**RESUMO DESCRITIVO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À MULHER DEPENDENTE QUÍMICA**

O Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi fundado em novembro de 1996, como um programa de tratamento para o atendimento exclusivo de mulheres com diagnóstico de Transtorno de Dependência de Substâncias Psicoativas. O PROMUD compõe um dos serviços especializados oferecidos pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, funcionando em seu Complexo Central situado no Bairro de Cerqueira César, Zona Central, São Paulo Capital. A abordagem do PROMUD é multidisciplinar, e sua equipe é composta pelos seguintes profissionais: psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional e advogada.

O PROMUD tem suas atividades estabelecidas sobre 3 pilares fundadores:

- ♣ Assistência
- ♣ Pesquisa
- ♣ Ensino

ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA**TRIAGEM**

A triagem é realizada semanalmente, por psiquiatras e psicólogos (conjuntamente), com duração de duas horas. São triadas até quatro pacientes por semana, que procuram o Programa espontaneamente ou são encaminhadas por outras unidades do Hospital das Clínicas ou através da triagem geral do Instituto de Psiquiatria. A triagem tem o objetivo de selecionar pacientes que obedecem aos seguintes critérios de inclusão:

1. Preencherem critérios para quadros de dependência de substâncias psicoativas segundo o DSM-IV (APA, 2002);
2. Idade maior ou igual a 18 anos;
3. Residentes na Grande São Paulo;
4. Não apresentarem quadros de oligofrenia ou demência pelo DSM-IV (APA, 2002).

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

a. Consultas individuais com o psiquiatra: de frequência variável (de semanal a mensal) têm como objetivo avaliar, diagnosticar e tratar, tanto os transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou drogas (abuso e dependência) como possíveis diagnósticos psiquiátricos associados. É proposta à paciente a meta de abstinência completa de substâncias psicoativas, associada à melhoria da qualidade de vida. A fase inicial do tratamento psiquiátrico inclui a extensa delimitação dos padrões de uso de drogas, fatores desencadeantes e situações de risco, bem como o desenvolvimento de estratégias de como evitar estas situações e lidar com eventos estressantes de vida. Isto se dá através da realização de diários que incluem o padrão e quantidade de uso, situação, horário, sentimentos e cognições associadas. Em uma etapa seguinte, são trabalhadas questões relacionadas à auto-estima, assertividade, relacionamento interpessoal, alternativas de lazer e estímulo para recuperação de trabalho/emprego. Conjuntamente, são utilizadas outras técnicas de prevenção de recaídas com referencial cognitivo-comportamental (Marlatt e Barrett, 1994). Comorbidades psiquiátricas, comuns tanto como consequência quanto como parte da causa da dependência, são diagnosticadas e tratadas devidamente ao longo do acompanhamento.

b. Grupo psicoterapêutico: com duração de uma hora e de frequência semanal, o grupo estende-se por 3 a 4 anos. Inicia-se com pelo menos 5 pacientes e funciona de forma aberta até que o número máximo de 10 participantes seja atingido, quando, então, é fechado. No período aberto, a entrada de novas pacientes é mensal, sempre na primeira sessão de cada mês. Se, no decorrer do tempo, um número maior que 6 pacientes abandonar a psicoterapia, o grupo pode novamente se abrir, por deliberação conjunta do terapeuta e das pacientes. Todas as pacientes são encaminhadas para o grupo logo após a primeira consulta psiquiátrica. Na primeira sessão da paciente no grupo é explicado o contrato terapêutico, que inclui os seguintes itens: data, horário e local da sessão; número mínimo e máximo de participantes - cada grupo terá no máximo dez participantes e a sessão só ocorrerá quando pelo menos duas pacientes estiverem presentes; férias do terapeuta; sigilo; faltas e abandono; tema livre - o tema das sessões é livre e o terapeuta não sugerirá nenhum assunto; e uso de drogas - é incentivada a abstinência no dia da sessão e é proibido trazer drogas ao hospital (Brasiliano, 1997).

O grupo é geralmente conduzido em co-terapia (dois psicólogos na coordenação). Os profissionais têm formação psicanalítica e são supervisionados semanalmente. Os objetivos da psicoterapia são:

- ♣ Entendimento das vivências individuais relacionadas ou não ao uso de drogas;

- ♣ Identificação, nomeação e compreensão de desencadeantes internos – sentimentos e afetos – para os comportamentos, com vistas à auto-regulação afetiva.
- ♣ Entendimento do alcance – o sujeito não é passivo – e das limitações – o sujeito não é culpado por tudo – das responsabilidades pessoais em relação à própria vida.
- ♣ Busca de respostas alternativas, que não o uso de drogas, para lidar com o estresse e os sentimentos de raiva, hostilidade e depressão.
- ♣ Separação do interno e do externo e do emocionalmente destrutivo do construtivo nas relações interpessoais.
- ♣ Ampliação dos recursos pessoais para lidar com a dor psíquica e o conflito.

c. Grupo de terapia ocupacional: através da realização de atividades expressivas e/ou estruturadas, com uma abordagem psicodinâmica, valoriza-se o processo de comunicação através da tríade: terapeuta, atividade e paciente. O objetivo é contribuir na construção da história de vida das mulheres dependentes de álcool e substâncias psicoativas, oferecendo a oportunidade de conscientizar as pacientes sobre suas dificuldades de realização através do confronto entre a idealização e a concretização, procurando a conciliação de ambos. O grupo ambulatorial de terapia ocupacional tem frequência semanal e duração de uma hora. As pacientes participantes destes grupos são determinadas pela equipe, de acordo com a demanda e indicação para tal atividade.

d. Atendimento médico de outras especialidades: as pacientes que apresentam no atendimento psiquiátrico qualquer indício de complicações médicas, comuns em população de mulheres dependentes, são encaminhadas às outras clínicas do Hospital, inclusive ao serviço de Ginecologia. Isto é essencial, uma vez que o atendimento das demandas diversas desta população aumenta a adesão ao tratamento e também a qualidade de vida e saúde.

e- Aconselhamento nutricional: realizado individualmente em sessões semanais para pacientes com transtornos alimentares ou algum outro comportamento alimentar inadequado. As consultas incluem avaliação antropométrica e de diários alimentares, estabelecimento de horários para as refeições, orientação alimentar e nutricional, bem como discussão de mitos e tabus alimentares. Para pacientes em risco nutricional ou que exijam dietoterapia específica, os atendimentos são quinzenais e incluem avaliação antropométrica e orientação alimentar e nutricional. Para as pacientes que não se incluem nos dois grupos anteriores, o atendimento é mensal, a fim de que haja um acompanhamento durante sua evolução, visando a prevenção de problemas alimentares decorrentes ou não do tratamento.

f. Aconselhamento legal: quinzenalmente um advogado presta assessoria jurídica às pacientes, voltada para a área de Direito de Família (separação, guarda de filhos, investigação de paternidade, divórcio entre outros), orientando-as sobre seus direitos e deveres, encaminhando-as para os serviços de assistência judiciária para buscar soluções dos conflitos, na maioria das vezes dentro da própria família.

g- Convocação: Quando as pacientes faltam a qualquer das atividades descritas sem nenhuma justificativa ou aviso, são convocadas por carta ou telefone por 3 semanas consecutivas. Caso não respondam a nenhuma das convocações é considerado abandono do tratamento. As convocações de pacientes são realizadas por psicólogo e/ou terapeuta ocupacional. Este sistema de convocação é utilizado, pois se mostrou eficiente em reduzir as taxas de abandono dos pacientes ao tratamento (Scivoletto et al., 1992).

Após o término das atividades ambulatoriais, os profissionais passam por supervisões específicas de área. Depois das supervisões, toda a equipe se reúne para discussão a respeito das pacientes, buscando construir uma abordagem multidisciplinar dos casos que integre as diversas atividades terapêuticas.

INTERNAÇÃO

O recurso da internação é usado como exceção para pacientes que não tenham respondido ao tratamento ambulatorial ou apresentem alguma complicação clínica e/ou psiquiátrica (quadro psiquiátrico grave associado, síndrome de abstinência grave, risco imediato de danos físicos ou morte, entre outros). A internação é feita na enfermaria psiquiátrica do IPq – HC - FMUSP. Os objetivos não são somente o tratamento das complicações clínicas e/ou psiquiátricas e conseguir uma abstinência mais prolongada, mas também propiciar uma reestruturação psicológica às pacientes que se encontram em um círculo vicioso sem perspectivas de saída. A internação é semi-estruturada e tem duração de 30 a 40 dias.

A equipe responsável pela enfermaria tem reuniões semanais, nas quais todo o processo das pacientes é supervisionado, discutido e decidido entre os diferentes profissionais. Além disso, os psicólogos e terapeutas ocupacionais têm uma supervisão semanal específica para os seus atendimentos. Após a alta, a paciente é novamente inserida no programa ambulatorial do PROMUD.

Na internação a paciente desenvolve as seguintes atividades:

a. Atendimento psiquiátrico (diário): a conduta médica segue as mesmas diretrizes que o atendimento ambulatorial, porém com maior intensidade, já que o acompanhamento, com maior proximidade, garante mais tempo para todos os tipos de enquadre.

b. Psicoterapia individual (2 vezes por semana): com propósitos comuns aos da psicoterapia em grupo, mas com foco na sensibilização da paciente para a sua problemática, a abordagem individual orienta-se principalmente pela relação entre paciente e terapeuta, focalizando as particularidades de cada sujeito, através da escuta de seu discurso.

c. Psicoterapia familiar (1 vez por semana): busca a escuta do espaço familiar, analisando os vínculos e as significações que se estabelecem entre os membros da família, interpretando para paciente e familiares as dinâmicas presentes. Espaço fundamental para o trabalho que entende a dependência química como afecção que se move por e atinge toda a dinâmica familiar.

d. Terapia ocupacional individual (2 vezes por semana): os propósitos são comuns aos da abordagem em grupo, mas por deter-se por mais tempo às demandas individuais, imprime-se mais intensidade às atividades.

e. Acompanhamento nutricional (1 vez por semana): acompanha a evolução alimentar e de peso durante a abstinência, aprofunda as questões relacionadas a imagem corporal das pacientes, além de transmitir as necessidades pessoais relacionadas a alimentação à equipe de nutrição do hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasiliano S. Grupos com drogadictos. In: Zimmerman DE, Osório LC, editores. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.229-39.
- Marlatt GA, Barret K. Relapse prevention. In: Galanter M, Kleber HD, editors. *Textbook of substance abuse treatment*. Washington DC: The American Psychiatric Press; 1994.
- Scivoletto S, Andrade AG, Castel S. The effect of the recall system in the treatment of alcoholic patients. *Br J Addict*. 1992; 87:1703-09.

Anexo 2: Dados de entrada

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ATENÇÃO À MULHER DEPENDENTE QUÍMICA**DADOS DE ENTRADA**

Cód. Paciente: _____

R.G.: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro/Cidade: _____ Cep: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Dem. de Tratamento. ____ (1-Própria, 2-Familiares, 3-Companheiro, 4-Amigos, 5-Trabalho, 6-Legal, 7-Outros/especificar)

Telefone: _____

Nome do Contato: _____

End. do Contato: _____

Cep: _____ Tel: _____

Grau de Instrução: _____ (1-Analfabeta 2-Primário incompleto 3- Primário completo 4-Ginásio incompleto 5-Ginásio completo 6- SegundoGrau incompleto 7- SegundoGrau completo 8-Superior incompleto 9-Superior completo)

Data de Nasc.: ____/____/____ Idade:____ Raça:____ (1-Branca, 2-Negra, 3-Parda, 4-Amarela)

Data de Triagem: ____/____/____ Início de Tratam.:____/____/____

Data de Alta/Abandono: ____/____/____

Projeto: _____

PROMUD

Anexo 3: Termo de consentimento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO**PACIENTE**.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M () F ()

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:..... Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M () F ()

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:..... Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Descrição da composição alimentar e do consumo alcoólico na fase lútea tardia de mulheres dependentes de álcool.

PESQUISADOR: **Adriana Trejger Kachani**

CARGO/FUNÇÃO: nutricionista

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 17184/P

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:☒ SEM RISCO

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. *justificativa e os objetivos da pesquisa;*

Nós queremos saber como é sua alimentação na TPM, e se neste período você costuma ter vontade de beber.

2. *procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;*

Queremos saber também se você tem desconfortos na TPM, que tipo de medicação utiliza, se usa anticoncepcionais, e se tem capacidade de controle.

3. *desconfortos e riscos esperados;*

Você só vai precisar responder algumas perguntas e fazer diários; não será realizado nenhum exame físico.

4. *benefícios que poderão ser obtidos;*

Com esses dados podemos melhorar seu tratamento.

5. *procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo;*

Se aparecer algum problema, vamos te tratar neste mesmo hospital.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. *acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.*

Sei que posso pedir informações e perguntar minhas dúvidas sempre que quiser ou precisar.

2. *liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.*

Sei que se não quiser participar desta pesquisa, não terei nenhum problema. Sei também que se deixar de participar em qualquer momento, não perderei o tratamento.

3. *salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.*

Sei que tudo o que falar vai ficar guardado em segredo.

4. *disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.*

Sei que se tiver algum problema de saúde por causa da pesquisa, o Hospital das Clínicas vai me tratar.

5. *viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.*

Sei que se tiver algum problema de saúde por causa da pesquisa, o Hospital das Clínicas vai me tratar.

e terei direito de pedir indenização, caso ache necessário.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Prof. Dra Patrícia Hochgraf- Endereço:PROMUD-IPQ-HC-FMUSP-Rua
Ovídio Pires de Campos s/n 05403-010-São Paulo-SP- tel:3064-4973

Adriana Trejger Kachani - Endereço:PROMUD-IPQ-HC-FMUSP-Rua Ovídio
Pires de Campos s/n 05403-010-São Paulo-SP- tel:3064-4973

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo 4: Protocolo comum**ENTREVISTA INICIAL - PROTOCOLO COMUM****Data da primeira consulta no serviço** ____/____/____

Serviço: 1. () UDED

2. () PROAD

3. () GREA

4. () PROMUD

5. () UNIAD

6. () SANTA CASA

7. () ABC

8. () OUTRO _____

ENTREVISTA

1. () Inicial

2. () Primeiro seguimento

3. () Segundo seguimento

A. IDENTIFICAÇÃO

Dia Mês Ano

Registro _____ Data da entrevista ____/____/____

Entrevistador _____

Nome _____ Idade _____

Natural _____ Procedência _____

Motivo da Demanda por Tratamento: |____|

1. Própria
2. Familiares
3. Companheiro (a)
4. Amigos
5. Trabalho
6. Legal
7. Outros (especificar)

04. TELEFONE:

05. NOME DE CONTATO:

06. ENDEREÇO DE CONTATO (CEP):

07. TELEFONE DE CONTATO:

13. SITUAÇÃO PROFISSIONAL: ()

- 1 – empregada com registro; 2 – empregada sem registro; 3 – “bicos”;
4 – desempregada; 5 – aposentada por álcool/drogas; 6 – aposentada por
doença; 7 – aposentada por tempo de serviço/idade; 10 - “caixa” por álcool;
11 – “caixa” por doença; 12 – autônomo; 13 – dona de casa

16. GRAU DE INSTRUÇÃO: ()

- 1 – analfabeta; 2 – primário incompleto; 3 – primário completo; 4 – ginásio
incompleto; 5 – ginásio completo; 6 – segundo grau incompleto; 7 – segundo
grau

B. USO DE DROGAS

0 = não usa/não tem

18/27 19/28 20/29 21/A – 30/A

Classe Drogas	Faça círculo tipo usado	Último uso	Meses uso últ. Ano	Dias de uso por mês (típico)	Dose por dia de uso (típico)	ISDC	Via usual Administ.	Fonte de aquisição	Uso já causou problema	Uso ainda Causa problema	An-os uso Re-gu-lar	Idade início ingest	Idade aumento ingest	Anos 1ª problema	Abst. meses	
															Total	Após Proble
		1. últimas 24hs 2. 24 - 48 hs 3. 48 hs e 7 dias 4. 8 a 29 dias 5. 1 a 3 meses 6. + 3 meses 7. nunca usou	Faixa 1 - 12 meses	Faixa 1 - 30 dias por mês	Ver tabela de consumo	0. Abstinente 1. Baixo 2. Intermed. 3. Alto 4. Muito alto (Ver tabela)	1. Oral 2. Aspirado 3. Inalação/fumado 4. Injeção 5. Outros 6. + que 1	1.Compra 2. Prescriç. 3. Ilegal 4. Ganho 5. Prod. Prop 6. Religião 7. + que 1	1. não 2. trabalho 3. família 4. amigos 5. saúde 6. legal 7. psicológico 8. + que 1	1. não 2. trabalho 3. família 4. amigos 5. saúde 6. legal 7. psicológico 8. + que 1						
Álcool 1	1. Cerveja 2. Vinho 3. Destilados 4. Outros 5. + que 1						1 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Canna-bis 2	1. Maconha 2. Hashish 3. Outros 4. + que 1						1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Alucinó-genos 3	1. LSD 2. Outros 3. + que 1						1 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Opiáce-os 4	1. Codeína 2. Heroína 3. Morfina 4. Meperidina 5. Propoxifeno 6. Outros 7. + que 1						1 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Sedati-vos/ Hipnóti-cos 5	1. Barbitúrico 2. Benzodiazep 3. Outros 4. + que 1						1 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						

Continua...

Conclusão do Anexo 4

Classe Drogas	Faça círculo tipo usado	Último uso	Meses uso últ. ano	Dias de uso por mês (típico)	Dose por dia de uso (típico)	ISDC	Via Usual Administ.	Fonte de aquisição	Uso já causou problema	Uso ainda causa problema	Anos uso Regular	Idade início ingesta	Idade aumento ingesta	Anos 1ª problema	Abst. meses	
															Total	Após Proble
		1. últimas 24hs 2. 24 - 48 hs 3. 48 hs e 7 dias 4. 8 a 29 dias 5. 1 a 3 meses 6. + 3 meses 7. nunca usou	Faixa 1 - 12 meses	Faixa 1 - 30 dias por mês	Ver tabela de consumo	0.Abstinente 1. Baixo 2. Intermed. 3. Alto 4. Muito alto (Ver tabela)	1. Oral 2. Aspirado 3. Inalação/fumado 4. Injeção 5. Outros 6. + que 1	1.Compra 2. Prescriç. 3..legal 4. Ganho 5. Prod. prop 6. Religião 7. + que 1	1. não 2. trabalho 3. família 4. amigos 5. saúde 6. legal 7. psicológico 8. + que 1	1. não 2. trabalho 3. família 4. amigos 5. saúde 6. legal 7. psicológico 8. + que 1						
Solvente 6	1. Cola 2. Lança/Éter 3. Outros 4. + que 1				XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX		3 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Cocaína 7	1. Pó 2. Coca 3. Crack 4. Outros 5. + que 1						1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Outros Estimulantes 8	1.Anfetamina 2.Mazindol 3.Outros 4. que 1						1 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Outras Drogas 9	1.Anticolin. 2.Antiemét. 3.Antihist. 4.+ que 1						1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						
Tabaco 10							1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 6 ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐						

0 = não usa/não tem

24. TRATAMENTO ANTERIOR PARA ALCOOLISMO ()

34. TRATAMENTO ANTERIOR PARA ABUSO/ DEPENDÊNCIA DE DROGAS ()

1 – Ambulatorial; 2 – Internação psiquiátrica; 4 – Internação clínica; 8 – A.A.; 16 – Psicoterapia; 32 – Antabuse; 64 – Religioso; 128 – Alternativos; 998 – Não houve

Obs: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, deve-se somá-los. Ex: ambulatorial * A.A. = 1 * 8 = 9

38. NÚMERO DE FILHOS:

39. <u>Gestação</u>	40. <u>Aborto</u> <u>Causa</u>	41. <u>Tipo de</u> <u>Parto</u>	42. <u>Peso ao</u> <u>nascer</u>	43. <u>Intercorrências</u>	44. <u>Uso de</u> <u>álcool</u>
45. <u>Uso de</u> <u>drogas (tipo)</u>	46. <u>Prematuridade</u>	47. <u>Outros</u>			

49. TENTATIVA DE SUICÍDIO ()

1 – não; 2 – sim, alcoolizada; 3 – sim; 4 – sim, intoxicada por outras drogas

ÍNDICE DE SEVERIDADE DO CONSUMO DE DROGAS (ISDC)

PONTOS	Álcool	Cannabis	Outras drogas
0-abstinência	Nenhum uso	Nenhum uso	Nenhum uso
1-baixo	20 doses ou menos sem causar problemas	Até 4 baseados por semana sendo no máximo 2 no mesmo dia, sem causar problemas	Até 1 uso/mês
2-intermediário	Até 10 doses por dia sendo no máximo 42 doses por semana	Até 10 baseados por semana	Mais de 1 uso/mês mas menos de 1 uso/semana
3-alto	>10 doses/dia ou >42 doses/semana	>10 baseados/semana	Mais de 1 uso/semana
4-muito alto	Nível bem alto de consumo, mesmo dentro destes parâmetros, a critério do avaliador	Nível bem alto de consumo, mesmo dentro destes parâmetros, a critério do avaliador	Nível bem alto de consumo, mesmo dentro destes parâmetros, a critério do avaliador

ISCD = somatória dos pontos X número de classes usadas
9 (número máximo de classes) NÃO CONSIDERAR TABACO

ANEXO 5 – Questionário de Sintomas do Transtorno Disfórico Pré Menstrual (TDPM)

Observe os sintomas abaixo e tente lembrar-se do último ano.

Relacione cada um deles às fases relacionadas ao seu ciclo menstrual.

1. Fase Menstrual : 1º dia de menstruação até o 5º. dia
2. Fase Folicular: 6º ao 10º. dia
3. Fase ovulatória: 11º. ao 15º. dia
4. Fase lútea: 16º. ao 20º. dia
5. Fase pré menstrual: 21º. até o dia da menstruação
6. Não ocorre

	SINTOMA	FASE DO CICLO					
		1	2	3	4	5	6
1	Humor <u>acentuadamente</u> deprimido, sentimento de desesperança ou pensamentos autodepreciativos	1	2	3	4	5	6
2	Ansiedade <u>pronunciada</u> , tensão, sensação de estar com “tensão nervosa” ou “no limite”	1	2	3	4	5	6
3	Mudanças afetivas <u>acentuadas</u> (ex: sentimentos repentinos de tristeza, vontade de chorar)	1	2	3	4	5	6
4	Raiva ou irritabilidade <u>pronunciada ou persistente</u>	1	2	3	4	5	6
5	Interesse diminuído por atividades habituais (trabalho, amigos, passatempos favoritos)	1	2	3	4	5	6
6	Sensação subjetiva de dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	6
7	Fadiga fácil ou <u>acentuada</u> falta de energia	1	2	3	4	5	6
8	Mudança <u>pronunciada</u> no apetite, aumento na ingestão ou desejo por alimentos específicos	1	2	3	4	5	6
9	Insônia ou aumento de sono	1	2	3	4	5	6
10	Inchaço	1	2	3	4	5	6
11	Dor nas mamas	1	2	3	4	5	6
12	Dores de cabeça	1	2	3	4	5	6

Continua...

Conclusão

	SINTOMA	FASE DO CICLO					
13	Dores musculares	1	2	3	4	5	6
14	Dores nas articulações	1	2	3	4	5	6
15	Sensação de inchaço	1	2	3	4	5	6
16	Ganho de peso	1	2	3	4	5	6
17	Esquiva <u>acentuada</u> de atividades sociais (ex: ficar em casa)	1	2	3	4	5	6
18	Decréscimo <u>acentuado</u> na produtividade e eficiência de estudo, trabalho e em casa	1	2	3	4	5	6
19	Aumento da sensibilidade à rejeição	1	2	3	4	5	6
20	Sensação subjetiva de estar incapaz de reagir	1	2	3	4	5	6
21	Sensação subjetiva de perda de controle	1	2	3	4	5	6
22	Aumento de conflitos interpessoais	1	2	3	4	5	6
23	Aumento das atividades sociais e de trabalho	1	2	3	4	5	6
24	Aumento do interesse sexual	1	2	3	4	5	6
25	Aumento da excitabilidade sexual	1	2	3	4	5	6
26	Aumento do rendimento escolar e/ ou trabalho	1	2	3	4	5	6
27	Outros _____	1	2	3	4	5	6

Anexo 6 - Questionário de consumo alimentar durante a fase pré-menstrual.

NOME: _____

IDADE: _____ PROFISSÃO: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

Registro HC: _____ DATA: _____

1) Seu ciclo menstrual é: () regular () irregular

2) Fez algum tratamento hormonal nos últimos 6 meses?

() sim. Qual? _____

() não.

3) Você usa algum método anticoncepcional?

() sim. Qual? _____

() não.

4) Você usa alguma medicação de forma regular?

() sim. Qual? _____

() não.

5) Você usou alguma medicação diferente nos últimos 6 meses?

() sim. Qual? _____

() não.

6) Nos dias que antecedem sua menstruação, sua fome:

() aumenta () diminui () não se altera

Se sua fome diminui ou não se altera, vá para a questão 15.

7) Nessas ocasiões de fome intensa, você consegue se controlar?

() não

() sim. Como? _____

8) Qual das frases abaixo se parece mais com sua fome destes dias

☐ em vários momentos ao longo do dia sinto uma fome/ vontade maior e procuro alimentos que me satisfaçam. Durante os outros dias do meu ciclo menstrual isto não acontece.

☐ em algum momento tenho uma fome/ vontade de comer muito grande e acabo comendo uma quantidade de alimentos muito grande, num curto espaço de tempo, de uma forma descontrolada, que não acontece em outros períodos do meu ciclo menstrual.

9) Você se aborrece por causa destes episódios de excessos alimentares?

☐ nem um pouco ☐ levemente ☐ moderadamente
☐ muito ☐ excessivamente

10) Você já fez ou faz alguma dieta?

☐ sim ☐ não

11) Alguma vez estes excessos ocorridos durante a fase pré menstrual prejudicaram sua tentativa de perder ou manter o peso?

☐ sim ☐ não

12) Nesses dias de excessos, sua fome é específica?

☐ sim ☐ não

Se sua fome não é específica, vá para a questão 15.

13) Dos alimentos abaixo, quais são os que você sente uma necessidade anormal durante os dias que antecedem sua menstruação:

☐ carnes	☐ arroz, batata, massas	☐ vegetais
☐ nozes	☐ feijões	☐ leite
☐ queijos	☐ iogurtes	☐ frituras
☐ salgadinhos	☐ chocolate	☐ bebidas alcoólicas
☐ frutas	☐ doces	☐ outros

14) Se você pudesse escolher só um dos alimentos abaixo para comer no seu período pré-menstrual, qual deles seria?

☐ carnes	☐ arroz, batata, massas	☐ vegetais
☐ nozes	☐ feijões	☐ leite
☐ queijos	☐ iogurtes	☐ frituras
☐ salgadinhos	☐ chocolate	☐ bebidas alcoólicas
☐ frutas	☐ doces	☐ outros

15) Durante sua tensão pré-menstrual, você sente seu peso alterar?

- ☐ sim ☐ não

Se sua resposta for negativa, vá para a questão nº 17.

16) A que você atribui essa alteração de peso?

- ☐ inchaço (onde? _____)
- ☐ muita fome
- ☐ vontade de comer alimentos não usuais em sua dieta
- ☐ não sei

17) Como você se sente em relação a essa alteração de peso?

- ☐ irritada ☐ deprimida ☐ chorosa
- ☐ ansiosa ☐ não atraente ☐ não ligo
- ☐ outros _____

18) Você toma alguma atitude relacionada a alimentação para amenizar seus sintomas de tensão pré-menstrual? ☐ sim ☐ não

Se sua resposta for afirmativa, qual é sua estratégia adotada?

Sintoma: _____

Estratégia: _____

() funciona normalmente () fica “preso”
() fica “solto”

() sim. Há quanto tempo? _____

() não

() sim () não

() sim. Como? _____

() não. O que acontece? _____

() sim () não

Anexo 7 - M.I.N.I.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

PERÍODO	CRITÉRIOS MÓDULOS	EXPLORADO	PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas) Recorrente	☐ ☐	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos) Passado	☐ ☐	300.4 300.4	F34.1 F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	☐	nenhum	nenhum
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual Passado	☐ ☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual Passado	☐ ☐	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) Vida inteira	☐ ☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F	AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) (Últimos 12 meses)	☐ ☐	303.9 305.00	F10.2x F10.1
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) (Últimos 12 meses)	☐ ☐	304.00-.90/305.20-.90 304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1 F11.0-F19.1
L	SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira Atual	☐ ☐		
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	☐	296.24	F32.3/F33.3
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses) Atual	☐ ☐	307.51 307.1	F50.2 F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	☐	301.7	F60.2(opcional)

ANEXO 8 – Questionário do Controle do Impulso

CHECK LIST

	SIM	NÃO	?
1. Cleptomania			
A. Fracasso recorrente em resistir ao impulso de furtar objetos que não são necessários para o uso pessoal ou por seu valor monetário.			
B. Sentimento aumentado de tensão imediatamente antes da realização do furto.			
C. Prazer, alívio ou satisfação no momento de cometer o furto.			
D. O furto cometido para expressar raiva ou vingança, nem ocorre em resposta a um delírio ou alucinação.			
2. Piromania			
A. Comportamento incendiário deliberado e proposital em mais de uma ocasião.			
B. Tensão ou excitação afetiva antes do ato.			
C. Fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seus contextos situacionais (por exemplo: parafernália, uso, conseqüências).			
D. Prazer, gratificação ou alívio ao provocar incêndios, ou quando testemunha ou participa de seus resultados.			
E. Comportamento incendiário não ocorre visando a obter ganhos monetários, expressar ideologia sócio-política, encobrir atividade criminosa, expressar raiva ou vingança, melhorar as próprias condições de vida, em resposta a delírio ou alucinação, ou prejuízo de julgamento (demência, retardo mental, intoxicação com substâncias).			
F. Comportamento incendiário não é melhor explicado por transtorno de conduta, episódio maníaco ou transtorno de personalidade anti-social.			
	SIM	NÃO	?
3. Jogo patológico			
A. Comportamento de jogo mal-adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco ou mais dos seguintes quesitos:			
A.1. Preocupação com o jogo (reviver experiências de jogos passados, avalia possibilidades ou planeja a próxima parada, pensa em modos de obter dinheiro para jogar).			

A.2. Necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada.			
A.3. Esforços repetidos e fracassados no sentido de controlar, reduzir ou cessar com o jogo.			
A.4. Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou cessar com o jogo.			
A.5. Joga como forma de fugir de problemas ou de aliviar um humor disfórico (sentimentos de impotência, culpa, ansiedade e depressão).			
A.6. Após perder dinheiro no jogo, freqüentemente volta outro dia para ficar quite (recuperar o prejuízo).			
A.7. Mente para familiares, para o terapeuta ou outras pessoas, para encobrir a extensão de seu envolvimento com o jogo.			
A.8. Cometeu atos ilegais, tais como falsificações, fraudes, furto ou estelionato para financiar jogo.			
A.9. Colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo.			
A.10. recorre a outras pessoas com o fim de obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo.			
B.O comportamento de jogo não é melhor explicado por um episódio maníaco.			
	SIM	NÃO	?
4. Tricotilomania			
A. Comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível.			
B.Sensação de tensão crescente, imediatamente antes de arrancar os cabelos ou quando o indivíduo tenta resistir ao comportamento.			
C. Prazer, satisfação ou alívio ao arrancar os cabelos.			
D. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, nem se deve a uma condição médica geral (condição dermatológica).			
E. O distúrbio causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.			

DIÁRIO ALIMENTAR

DATA:

Menstruada? _____

[illegible]

ANEXO 10 – Aprovação CAPPesq

RECEBIDO SPG

5, 5, 06

ASS.: **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 12.04.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **149/06** intitulado: "Descrição da composição alimentar e do consumo alcóolico na fase lútea tardia de mulheres dependentes de álcool" apresentado pela **ÁREA DE FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: Profa. Dra. Patrícia Brufentrinker Hochgraf

Pesquisador(a) Executante: Sra. Adriana Trejger Kachani

CAPPesq, 12 de Abril de 2006.

Encaminhe-se à CPG-FMUSP
para as devidas providências.
S.P., 05/05/06

PROF. DR. CLAUDIO LEONE

Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Prof.ª Dra. Elia Garcia Caldini
Vice Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Ciências
Fisiopatologia Experimental