



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

FRANCISCO MAURÍCIO RODRIGUES FILHO

HIGO PINTO SARMENTO

**Associação entre etilismo, outras drogas
psicoativas e comorbidades em uma
população de usuários de um programa de
tratamento do tabagismo em Campina
Grande-PB**

Campina Grande - PB

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**FRANCISCO MAURÍCIO RODRIGUES FILHO
HIGO PINTO SARMENTO**

**Associação entre etilismo, outras drogas
psicoativas e comorbidades em uma
população de usuários de um programa de
tratamento do tabagismo em Campina
Grande-PB**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Deborah Rose Galvão Dantas

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à Coordenação
do Curso de Medicina (CCBS-
UFCG) em atenção à resolução
CCBS nº 04/2010.

Campina Grande - PB

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC – UFCG

R696a

Rodrigues Filho, Francisco Maurício

Associação entre etilismo, outras drogas psicoativas e comorbidades em uma população de usuários de um Programa de Tratamento do Tabagismo em Campina Grande – PB / Francisco Maurício Rodrigues Filho, Higo Pinto Sarmento – Campina Grande, 2018.

46f.; il.; gráf; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientadora: Déborah Rose Galvão Dantas, Dra.

1.Tabagismo.2.Etanol.3.Associação.4.Comorbidades.I.Sarmento,HigoPinto.II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 613.84(043.3)

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG

Às 15 horas do dia 03/08/18, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: Associação entre etilismo e Tabagismo

nos municípios de um programa de
natamento do Tabagismo em Campina
de autoria dos discentes: Crannde - P/B

Francisco Maurício Rodrigues Filho e
Thiago Pinto Sarmento
sendo orientado(s) por:

Deborah Rose Galvão Dantas
e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Luígia Cristina Lopes de Farias
Deborah Rose Galvão Dantas

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

Francisco Maurício Rodrigues Filho
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 03/08/2018

Orientador

Deborah Rose Galvão Dantas

Titular 1

(assinatura)

Titular 2

Luígia Cristina Lopes de Farias

Suplente

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocongó - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-790

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito necessário para obtenção do título de Bacharel em Medicina. Qualquer orientação atenderá as normas da ética científica.

Francisco Maurício Rodrigues Filho

Higo Pinto Sarmiento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: ___/___/___

Orientadora Profa. Dra. Deborah Rose Galvão Dantas

Examinador Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Examinadora Profa. Esp. Lígia Cristina Lopes de Farias

Examinador Profa. Me. Cátia Sueli de Sousa Eufrazino

Dedicamos este Trabalho de Conclusão de Curso aos pacientes do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo, que nos ensinaram a ser mais humanos e a acreditar que somos capazes.

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos nossos familiares por acreditarem em nosso potencial e por não medirem esforços para chegarmos até essa etapa.

A professora Dra. Deborah Dantas pelas oportunidades oferecidas durante esses anos, pelo apoio e confiança, nosso eterno agradecimento. Sua orientação foi primordial para a conclusão deste trabalho.

Aos professores da Unidade Acadêmica de Medicina, que através dos ensinamentos transmitidos tanto contribuíram na nossa formação profissional e ética, em especial, a Prof. Edmundo Gaudêncio, Profa. Lígia Lopes e Profa. Cátia Eufrazino por aceitarem participar da banca.

Ao Laboratório de Estatística da UFCG em nome da Professora Amanda Gomes que contribuiu com a análise estatística, tornando possível toda a beleza dos nossos resultados.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho e que foram de extrema importância na nossa formação.

RESUMO

Objetivo: Observar uma provável associação entre etilismo e tabagismo nos usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT) em Campina Grande-PB. **Método:** Foi realizado um estudo de corte transversal através dos dados dos prontuários de usuários do PMTT no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel®*. A análise inferencial foi realizada em ambiente computacional R (versão 3.4.1) sendo adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para aceitação da hipótese de nulidade. **Resultados:** Predominou o percentual de *Ex-etilista* (43,0%) comparando-se *Etilista atual* (35,7%) e *Não etilista* (21,3%). Entre os etilistas predominou o percentual de *Etilista leve* (21,8%), seguido pelo o de *Moderado* (8,8%) e *Intenso* (5,1%). Em todos os grupos houve um predomínio do *sexo feminino*, cujo o percentual foi maior no grupo de *Não etilista* (89,0%) e de *Etilista atual leve* (66,7%). Entre os usuários do sexo masculino foi observado um maior percentual entre *Etilista atual Intenso* (63,9%). Em relação a idade de início do tabagismo, prevaleceram a faixa etária entre os 10 a 17 anos, com 64%, 59,9% e 54,9% para *Não etilistas*, *Ex-etilistas* e *Etilistas atuais*, respectivamente. A maior quantidade de cigarros fumados foi observado entre os *Etilistas atuais* (62,9%) quando comparado com os e *Ex-etilistas*(55,9%) e *Não etilistas* (45%);entre os *Etilistas atuais*, o maior consumo ocorreu no grupo dos intensos (72,3%). O maior percentual do uso de *outras drogas psicoativas*, foi observado no *Etilista atual* (12,2%), em contraposição ao *Ex-etilista* (9,9%) e *Não etilista* (3,3%); entre os *Etilista atuais*, o *Intenso* (25,1%) prevaleceu. A prevalência do *diagnóstico* autorreferido de Diabetes mellitus foi maior entre *Ex-etilista* (10%), seguido por *Etilista atual* (8,3%) e *Não etilista* (6,6%); entre os etilistas atuais, o *Intenso* (19,4%) obteve maior percentual. A prevalência do *diagnóstico autorreferido da Hipertensão Arterial Sistêmica*(HAS), foi maior entre *Ex-etilista* (30,1%), em contraste aos *Etilista atuais* (24%) e *Não etilista* (23,5%); entre os etilistas atuais, o *Intenso* (33,3%) obteve o maior percentual. **Conclusão:** Parece existir uma associação entre tabagismo e etilismo, tabagismo, etilismo e uso de outras drogas psicoativas; Diabetes mellitus, tabagismo e etilismo.

Palavras-chave: Tabagismo; Etanol; Associação; Comorbidades.

ABSTRACT

Objective: To observe a probable association between alcoholism and smoking in users of the Multidisciplinary Smoking Treatment Program (PMTT) in Campina Grande-PB **Methods:** A cross-sectional study was carried out using PMTT patient records data from January 2013 to December 2017. Data was tabulated in a spreadsheet in the Microsoft Office Excel® program. An inferential analysis was performed in a computational environment R (version 3.4.1) and the significance level of 5% ($p < 0.05$) was adopted for acceptance of the null hypothesis. **Results:** The percentage of ex-alcoholics (43.0%) prevailed, compared to current alcoholics (35.7%) and non-alcoholic (21.3%). Among the drinkers, the percentage of light drinkers predominated (21.8%), followed by moderate (8.8%) and heavy drinkers (5.1%). In all groups there was a predominance of females, whose percentage was higher in the non-alcoholic group (89.0%) and the current light alcoholic group (66.7%). Among male users, a higher percentage was observed among current heavy users (63, 9%). In relation to the age of onset of smoking, the range between 10 and 17 years prevailed, with 64%, 59.9% and 54.9% for current non-alcoholics, ex-alcoholics and alcoholics, respectively. The highest number of cigarettes smoked was observed among the current alcoholics (62.9%), when compared to ex-alcoholics (55.9%) and non-alcoholics (45%) group heavy drinkers (72.3%). The highest percentage of use of other psychoactive drugs was observed in the current alcoholics (12.2%), as opposed to the ex-alcoholics (9.9%) and non-alcoholic (3.3%); Current alcoholics the heavy (25.1%) prevailed. The prevalence of the self-reported diagnosis of Diabetes mellitus was higher among ex-alcoholics (10%), followed by current alcoholics (8.3%) and non-alcoholics (6.6%); among the current alcoholics, the heavy (19.4%) obtained a higher percentage. The prevalence of the self-reported diagnosis of Systemic Arterial Hypertension was higher among ex-alcoholics (30.1%) in contrast the Current alcoholics (24%) and non-Alcoholics (23.5%); among the current alcoholics, heavy (33.3%) had the highest percentage. **Conclusion:** There exist to be an association between alcoholism and smoking, alcoholism, smoking and use of other psychoactive drugs; Diabetes mellitus, smoking and alcoholism.

Keywords: Smoking; Ethanol; Association; Comorbidities;

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição em frequências para a variável consumo de álcool..... 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados comparativos entre variáveis relativas ao tabagismo e comorbidades mais frequentes entre etilistas, ex-etilistas e não etilistas do PMTT.....	28
Tabela 2: Dados comparativos entre etilistas do PMTT, relacionados ao nível de consumo de bebidas alcoólicas.....	30

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
JUSTIFICATIVA	14
REVISÃO DA LITERATURA	15
OBJETIVOS	22
Objetivo Geral	22
Objetivos Específicos	22
MÉTODO.....	22
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
ANÁLISE DOS DADOS	23
ASPECTOS ÉTICOS	24
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	43

INTRODUÇÃO

O tabagismo e o etilismo representam um sério problema na Saúde Pública e constituem-se nas primeira e segunda causas preveníveis de morte no mundo, respectivamente, logo seguidas pelo tabagismo passivo (WHO, 2017). Ainda assim, a maior parte dos usuários desconhece os agravos à saúde provocados pelo uso crônico dessas drogas (WHO, 2017).

O tabaco está relacionado com a gênese de mais de cinquenta doenças e, dentre as mais de 4.800 substâncias as quais compõem o cigarro, pelo menos 70 delas são cancerígenas (WHO, 2012). O aumento no consumo de bebidas alcoólicas é associado à cirrose, à hipertensão arterial sistêmica, ao acidente vascular encefálico e aos cânceres de esôfago e fígado (BARROS *et al.*, 2007). O etilismo parece apresentar efeito sinérgico com o fumo (MIRRA *et al.*, 2011).

O tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de tabaco, listado no grupo dos transtornos mentais e comportamentais ocasionados pelo uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde (CID-10, 1997) e é considerado atualmente uma pandemia mundial, responsável por cerca de sete milhões de mortes por ano no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em vinte anos, serão dez milhões de mortes anuais, se o consumo de cigarros e outros produtos derivados do tabaco continuarem aumentando (WHO, 2017).

Associado a mais de cinquenta agravos à saúde, é responsável por sete milhões de mortes ao ano em todo mundo, das quais, cerca de cinco milhões são atribuídas ao uso do tabaco e mais de 600 mil são resultantes do tabagismo passivo. No Brasil, estima-se 156.216 mortes anuais, ou seja, 428 mortes por dia são atribuídas ao tabagismo, o que corresponde a 12,6% das mortes que ocorrem no país. Deste total, 34.999 mortes são por infarto agudo do miocárdio, 23.762 por câncer de pulmão e 10.812 por acidente vascular cerebral (AVC). O tabagismo também é responsável por 59.509 casos de AVC, 73.500 novos diagnósticos de câncer e 378.594 pessoas adoecem devido às doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) anualmente (PINTO *et al.*, 2017).

A “*Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - 2016*” (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), atualizou as estimativas sobre a prevalência de tabagistas maiores de dezoito anos em amostras domiciliares do Brasil, havendo observado que a sua prevalência variou entre 5,1% em Salvador e 14,0% em Curitiba. As maiores taxas de fumantes foram encontradas, entre homens, em Curitiba (17,8%), Porto Alegre (17,4%), Campo Grande (15%) e, entre mulheres, em São Paulo (12,1%), Curitiba (10,7%) e Porto Alegre (10,5%). As menores frequências de fumantes no sexo masculino ocorreram em Salvador (6,8%), Manaus (7,9%) e Aracaju (8,2%) e, no sexo feminino, em São Luís (2,3%), Belém (3,0%) e Aracaju (3,2%); em João Pessoa – PB, 7,1%. No conjunto das 27 capitais avaliadas, a frequência de adultos fumantes foi de 10,2%, sendo maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8,0%).

Etilismo ou alcoolismo define-se como o consumo de álcool periódico, permanente, habitual ou condicionado por uma dependência psicofísica, podendo classificar-se em agudo ou crônico. O Etilismo Agudo é consequência da ingestão de bebidas alcoólicas acima dos limites de tolerância do organismo. Cada pessoa é afetada de uma forma diferente. Contudo, a sintomatologia apresentada poderá ser diversa, consoante o nível de intoxicação. O Etilismo Crônico uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada (WHO,1992). O Etilismo Crônico é bastante complexa e envolve diversos critérios, sendo os principais a compulsão pelo consumo, tolerância e síndrome de abstinência (WHO,1992).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), o consumo excessivo seria o de mais de 5 doses ou unidades por ocasião para o homem, e mais de 4 para a mulher. Atualmente, etilistas do sexo masculino perfazem 70% ao passo que os do sexo feminino, 30%.

Entre os malefícios provocados pelo Etilismo Crônico, encontram-se a cirrose hepática e hipertensão portal com suas complicações; a pancreatite aguda ou crônica; doenças cardiovasculares, como Hipertensão Arterial Sistêmica, coronariopatias, miocardiopatias e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);

esofagite aguda e crônica, gastrite aguda e crônica, Diabetes mellitus, Demência de Korsakoff, a polineuropatia alcoólica e cânceres em diversas topografias: boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, intestino, pâncreas, dentre outros. Além das patologias individuais, o etilismo também está envolvido na gênese de sérios problemas coletivos, como: acidentes de trânsito e violência doméstica (WHO, 2014; CAMPANA *et al.*, 2012).

Em 2017, a OMS verificou que um total de 3,3 milhões de pessoas morrem todos os anos em consequência do etilismo – 5,9% de todas as mortes no mundo. No grupo da população entre vinte e trinta e nove anos, 25% das mortes tem uma relação direta com a ingestão de álcool etílico (WHO, 2017).

Em 2014, uma pesquisa (WHO, 2014) indicou que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil seria maior do que a média mundial. Na época da pesquisa, o brasileiro ingeria 8,7 litros de álcool puro por pessoa a cada ano, contra a média global de 6,2 litros, sem considerar o total da população abstinentes (42,3%), o que elevava o valor médio de consumo para 15,1 L por ano. Dessa forma, quase 3% da população brasileira acima de 15 anos era etilista, percentual que representava à época, mais de quatro milhões de indivíduos.

De acordo com a *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em âmbito domiciliar em 2013, pelo menos 304.000 pessoas acima de dezoito anos faziam uso excessivo de álcool etílico na Paraíba nos trinta dias anteriores à pesquisa, sendo 237.000 (77,96%) homens e 67.000 (22,04%) mulheres.

A associação entre uso excessivo de álcool etílico e do cigarro e a relação entre abuso de álcool e desenvolvimento de tabagismo tem sido amplamente demonstrada na literatura (CUNHA & BIZARRO, 2011). Entre os múltiplos fatores que podem estar associados à combinação, estão às ações farmacológicas (LITTLE, 2000; PRENDERGAST, ROGERS, BARRON, BARDO, & LITTLETON, 2002), a impulsividade, o comportamento de busca por novidades, os mecanismos neurobiológicos de reforço semelhantes (LITTLE, 2000), influências genéticas e sociais (COLBY E COLS., 2004; MADDEN & HEATH, 2002).

No I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, observou-se que, em relação ao uso na vida, as drogas relatadas com maior frequência foram álcool (60,5%), tabaco

(21,6%), maconha (9,1%), anfetamínicos (8,7%), tranquilizantes (5,8%), inalantes (2,9%) e alucinógenos (2,8%) (BRASIL,2010).

Dessa forma, conhecer dados referentes a essa associação e sua relação com uso de outras drogas psicoativas e comorbidades associadas, em uma população de fumantes, justifica a realização deste estudo, uma vez que existem poucos trabalhos no Brasil e menos ainda na região Nordeste e no estado da Paraíba que abordem essa temática; da mesma forma, o conhecimento desses dados irá colaborar para a prevenção e redução de danos que poderão ser causados por esta combinação.

A população para este trabalho foi constituída por usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande-PB, cidade do Nordeste do Brasil.

O PMTT iniciou-se em 2007, como programa de extensão universitária da Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), oferecendo tratamento a cerca de 400 tabagistas provenientes da cidade de Campina Grande e regiões circunvizinhas por ano, através de uma assistência multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar, além de tratamento medicamentoso.

Os agentes são discentes dos vários cursos da área de saúde (Medicina, Psicologia, Odontologia, Farmácia, Educação Física e Nutrição) de duas Universidades Públicas, UFCG e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e uma Faculdade privada (Faculdades Maurício de Nassau). A terapia farmacológica é realizada com Bupropiona, medicamento de primeira linha para tratamento do tabagismo no Brasil e no mundo (DSM - V), que é fornecido aos usuários gratuitamente, em convênio com a Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande.

JUSTIFICATIVA

Existem poucos trabalhos no Brasil e menos ainda na região Nordeste e no estado da Paraíba que abordem essa temática. O presente trabalho pretende observar, através dos prontuários dos tabagistas usuários do Programa

Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT) realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande-PB, uma provável associação entre etilismo, tabagismo e seus desdobramentos.

REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo representa um sério problema de saúde pública e continua a sendo uma das principais causas evitáveis de morte no mundo. Anualmente, mais de sete milhões de pessoas morrem em consequência aos danos provocados pelo uso do cigarro, um valor muito elevado, em comparação aos quatro milhões de mortes que eram contabilizadas no início deste século. As projeções futuras alertam que o número de mortes causadas pelo fumo será de 7,5 milhões até 2020, com tendência de aumento para 8 milhões, a partir de 2030, sendo que a grande parte das mortes (80%) ocorrerão nos países de média e baixa renda (WHO, 2017)

No mundo, estima-se que 12% das mortes em pessoas acima de 30 anos estejam relacionadas ao tabaco. Destas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como câncer, doenças cardiovasculares, e doenças respiratórias, configuram 14% das mortes. No tocante as doenças transmissíveis (tais como tuberculoses e infecções do trato respiratório inferior) esse valor atinge a marca dos 5% (WHO, 2016). Em relação as neoplasias, em 2012, o câncer de pulmão, o mais fortemente correlacionado ao tabagismo, foi a principal causa de morte por câncer entre homens e a segunda entre mulheres. No Brasil, em 2011, dos 27 mil óbitos por câncer de pulmão, o tabagismo respondeu por quase 22 mil óbitos (PINTO *et al.*, 2015).

A literatura evidencia o uso de tabaco como um forte fator de risco para doenças cardiovasculares, estando associado com um aumento na variabilidade da pressão arterial e que hipertensos que fumam têm maior risco de desenvolverem hipertensão maligna, nefrosclerose (CHASE *et al.*,1991). Como também, é promotor da progressão da nefropatia diabética nos pacientes portadores de DM, seja na forma insulino-dependente, seja na forma não insulino-dependente (BIESENBACH *et al.*,1997), sendo recomendada a cessação do tabagismo como

medida prioritária na prevenção secundária das doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis (NIH, 2006).

Em um levantamento realizado com 95 pacientes, os quais 33 (21%) são tabagistas, foi possível identificar que nestes últimos, a hipertensão isoladamente, esteve presente em 54,6%, 12,1% apenas diabetes e, 33,3% de ambas as doenças (BARBOSA, 2016).

Foi possível demonstrar através do estudo (RODRIGUES *et al.*,2009) que prevalência do uso de drogas ilícitas entre escolares que fumavam foi de 24,2%, sendo maior entre os meninos (32,5%) do que entre as meninas (16,3%) além de estimar uma chance de 17 vezes maior dos escolares que fumavam de também usar drogas ilícitas em comparação aos que não fumavam

A *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em âmbito domiciliar em 2013, evidenciou que 21,9 milhões (15%) de brasileiros maiores de dezoito anos eram usuários de produtos derivados do tabaco, e particularmente na região Nordeste os dados atingiram o valor de 14,2% do total de tabagistas, sendo 19,1% do total de fumantes do sexo masculino e 9,9% do sexo feminino (IBGE,2014). Com relação ao estado da Paraíba, levantamentos de 2010, de acordo com *Pesquisa Especial de Tabagismo* (PETab) demonstra que o estado ocupa o terceiro lugar no país com maior número de consumidores, relativamente (PETab, 2011).

Em 2015, outra pesquisa, realizada com o mesmo público a nível nacional, demonstrou que esse valor caiu para 10,4%, o que equivale a um total de pouco mais de quinze milhões de fumantes. Além do mais, foi possível constatar que o uso de produtos de tabaco fumado era mais comum do que o de produtos não fumados, como o rapé, sendo mais expressivo o cigarro industrializado. (BRASIL, 2015).

Com relação aos custos em virtude do consumo do tabaco e seus derivados, mesmo que ainda subestimados, é de quase R\$ 57 bilhões anuais, dos quais 39,4 bilhões são por assistência médica e tratamento e 17,5 bilhões por perda de produtividade no Brasil. (PINTO *et al.*; 2017). No mundo, os dados referentes aos custos econômicos, também são enormes, totalizando mais de US\$ 1,4 trilhão em custos de saúde e perda de produtividade. (WHO, 2017).

O cigarro, caracterizado por uma complexa mistura química de mais 4800 constituintes químicos, entre eles alcanos, alcenos e hidrocarbonetos alicíclicos (COUNTS *et al*; 2005), é um dos grandes responsáveis pela poluição do ar em ambientes internos e externos, principalmente em países onde não existe legislação proibindo fumar em lugares coletivos. Com intuito de exemplificar a gravidade da situação, em estudos elaborados em 2011, revelaram que o tabagismo passivo respondeu por 16.920 mortes no Brasil (PNS, 2013). A VIGITEL (2016) demonstrou que o percentual de fumantes passivos no domicílio no conjunto da população adulta (maiores de 18 anos) foi de 7,3%, sendo semelhante entre os dois sexos, com nível máximo entre os mais jovens (18 a 34 anos).

Entre o final da década de 80 e o início dos anos 2000, houve uma significativa queda da prevalência de tabagistas no Brasil, de aproximadamente 35% para cerca de 22,4% (MONTEIRO *et al*, 2007). Contudo, de 2002 a 2011, a redução foi muito discreta. Permanecendo em torno dos 15% (BRASIL,2012), embora o número de adultos que vem deixando de fumar seja maior do que o de fumantes (BRASIL, 2011).

Isso pode apontar para o fato de que o número de crianças e jovens que se iniciam no fumo, não diminuiu, ou até aumentou, e que as medidas governamentais que estão sendo bem sucedidas quando se trata da população com idade mais avançada, não este sendo tão efetiva no que tange àqueles que começam a fumar.

Um estudo (DANTAS *et al.*,2017) mostrou que entre 2000 e 2012 não houve redução do tabagismo entre uma população de escolares do estudo secundário em cidade do Nordeste do Brasil. Outros estudos (STEWIEN; MARCONDES,1979), realizados no Centro-Oeste e Sudeste brasileiros, observaram prevalência entre jovens, semelhante ou superior ao que havia sido registrado pela literatura há dezenas de anos antes da realização dos mesmos.

Grande parte do declínio global na prevalência de tabagismo desde 2007 ocorreram em países desenvolvidos. A prevalência do tabagismo, nestes países, diminuiu de uma média global de 27,5% em 2007 para 23,1% em 2015, com mais de metade destes com tendências decrescentes, favorecendo 85% da população residente. Com relação aos países em desenvolvimento, onde há mais fumantes, as taxas de prevalência também estão em declínio, em média, com taxas globais abaixo de 23,2% em 2007 para 20,8% em 2015 (WHO, 2017).

Infelizmente, o declínio global na taxa de tabagismo não se traduziu em um número menor de pessoas que são fumantes. Isto devido em grande parte ao crescimento da população. Enquanto a proporção da população que fuma diminuiu, o número de fumantes não apresentou redução: em 2007, havia 1,1 bilhão de fumantes no mundo e esse número não mudou até 2015 (WHO, 2017).

No Dia Mundial sem Tabaco de 2017, a OMS propôs que os governos avançassem na inclusão formal da implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o principal tratado de saúde pública do mundo, atualmente, o qual foi aprovado durante a quinquagésima sexta Assembleia Mundial de Saúde em 2003, entrando em vigor em fevereiro de 2005, após a ratificação por quarenta países, dentre os quais, o Brasil.

Entre as estratégias vigentes no documento, encontram-se as manobras para a redução da demanda do tabaco, através das "*MPOWER*". Programa desenvolvido em 2008 com intuito de estimular ações governamentais em seis métodos de controle do tabaco: Monitoração política de uso e de prevenção a respeito do tabaco, proteção as pessoas contra a fumaça, oferecer ajuda para a cessação do tabagismo, avisar a população sobre os perigos da droga, reforçar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio e aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco (WHO,2017).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, o cenário não é distinto, pois é um sério problema de saúde pública que tem aumentado progressivamente. Dados do *PNS - 2013* indicam que 26,5% da população do país, maior de dezoito anos, consumiam bebida alcoólica pelo menos uma vez no último mês, independentemente da quantidade; no Nordeste, a proporção deste comportamento foi de 22,4% e na Paraíba essa taxa fica em 15,8%, sendo a frequência desse hábito mais de três vezes superior entre homens (25,1%) do que entre as mulheres (7,7%).

Ressalta-se que quanto maior o grau de riqueza econômica de um país, maior é o consumo *per capita* da substância. Para atentar a importância dos possíveis efeitos causados pelo abuso das bebidas alcoólicas, no ano de 2010, 4,1% da população mundial apresentava alguma desordem por uso de álcool, sendo que 1,8% utilizavam de forma perigosa e 2,3% eram dependentes. (WHO, 2014).

O álcool é uma droga licita, tal como o cigarro, com efeito psicoativo, que está implicado, direto ou indiretamente, no surgimento de mais de 200 doenças e lesões. As consequências do uso dessa substância são desencadeadas por três mecanismos: efeitos tóxicos aos órgãos e tecidos, intoxicação (alteração na cognição, comportamento, consciência, percepção) e a dependência. Além dos efeitos orgânicos, é importante destacar as questões psicológicas, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos da dependência do uso e abuso da droga pode acarretar. Prejuízos imensuráveis, com comprometimento da qualidade de vida do próprio usuário, bem como seus familiares (WHO,2014).

Medidas realizadas pelo *Disability Adjusted Life Years (DALYs)*, que reflete os anos perdidos devido à incapacidade gerada por uma doença, durante o ano de 2012, revelaram que o álcool foi responsável por cerca de 5,1% do número total de doenças no mundo. As estatísticas mensuram que cerca de 3,3 milhões de mortes a cada ano são atribuídas ao consumo de bebidas alcoólicas. As maiores causas são por doenças cardiovasculares, seguidas por lesões, doenças gastrointestinais (principalmente cirrose hepática) e cânceres. Outro importante dado é que o álcool está implicado em até 25% da carga de doenças devido a cânceres. (WHO,2014).

Os desfechos relacionados ao abuso de álcool, tais como as altas taxas de mortalidade e as limitações funcionais, acarretam altos custos ao sistema de saúde. Dados especulativos estimam que o Brasil gaste, anualmente, cerca de 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) com as implicações relacionadas ao álcool. Que vai desde o tratamento das condições médicas até a perda da produtividade decorrentes do seu uso. Tendo em vista o PIB brasileiro do ano de 2004 em R\$ 1,77 trilhão, avalia-se que o custo social referente a problemas devido ao abuso de bebidas alcoólicas atingiu a cifra de R\$ 130 bilhões naquele ano (SCHEINBERG, 1999).

De acordo com a “Diretriz Clínica em Saúde Suplementar para o Tratamento do Tabagismo” é necessário verificar o grau de interesse do paciente em cessar o fumo, de acordo com o modelo de DiClemente que classifica o paciente em fases motivacionais comportamentais; realizar anamnese direcionada ao tabagismo com questionamentos sobre tentativas anteriores, métodos utilizados, motivo de insucesso; avaliar clinicamente a existência de doenças relacionadas ao tabaco, como a depressão e a ansiedade, outras comorbidades ou contraindicações para

terapia farmacológica. Após esta avaliação global do paciente, pode-se estabelecer um planejamento terapêutico (MIRRA, A.P. *et al.*, 2011).

O sucesso da terapêutica cognitivo-comportamental é proporcional a intensidade da abordagem. Tanto a abordagem individualizada quanto a coletiva são eficazes, sendo o ideal um tempo de consulta de noventa minutos e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios (MIRRA, A.P. *et al.*, 2011).

A adição do tratamento farmacológico na abordagem do tabagismo está indicada para o indivíduo fumante acima de dezoito anos, consumo maior que dez cigarros/dia e interessado em cessar o fumo (MIRRA, A.P. *et al.*, 2011). Estudos de meta-análise demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva que a utilização de um dos dois isoladamente (MIRRA, A.P. *et al.*, 2011).

A abordagem diagnóstica e terapêutica do etilismo segue inicialmente os mesmos moldes aplicados ao tabagismo com: uma anamnese focada, curta e empática sobre o consumo de bebidas alcoólicas e problemas associados a esse hábito; análise da frequência e do volume consumido; sinais e sintomas de intoxicação ou de abstinência (CAMPANA, A.A.M. *et al.*, 2012).

A fim de auxiliar o profissional de saúde nessa abordagem direcionada foi criado o Questionário CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilty, Eye-opener) que contém quatro perguntas e respostas positivas para duas ou mais delas é um indicativo diagnóstico de dependência do etanol (CAMPANA, A.A.M. *et al.*, 2012). Na população brasileira, quando a resposta é afirmativa em duas das quatro questões do CAGE há sensibilidade e especificidade de 88% e 81%, respectivamente; quando a resposta é afirmativa em três das quatro questões, esses valores encontrados são de 81% e 94%, respectivamente (CAMPANA, A.A.M. *et al.*, 2012).

A intervenção terapêutica destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do etanol, contando com algumas intervenções psicoterápicas dentro das quais se encontram as terapias de grupo, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e as intervenções psicofarmacológicas (Dissulfiram, Naltrexona) (HECKMANN, W. SILVEIRA, CM., 2009).

“Para as pessoas sem transtornos psiquiátricos, mas dependentes de álcool, existem inúmeras opções de tratamento. No Brasil, porém, há escassez de oferta. Na realidade, na linha de frente, destacam-se os Alcoólicos Anônimos, grupo de

autoajuda que existe em mais de 50 países e há mais de 80 anos, com larga experiência no atendimento de dependentes de álcool. Eles oferecem um tratamento bom e barato alicerçado na generosidade de voluntários que se dispõem a ajudar o próximo a vencer um problema que de certa forma também é deles. É um trabalho maravilhoso, absolutamente fundamental na área do alcoolismo. Os AA são o sal da terra no sentido de facilitar o acesso e a adesão ao tratamento sem levar em conta cor, origem, sexo, nem condição socioeconômica. Quem se adapta aos grupos de autoajuda, deve procurar e permanecer nos grupos do AA.” (LARANJEIRA, 2014).

A associação entre uso excessivo de álcool etílico e do cigarro e a relação entre abuso de álcool e desenvolvimento de tabagismo tem sido amplamente demonstrada na literatura (CUNHA & BIZARRO, 2011). Entre os múltiplos fatores que podem estar associados à combinação, estão às ações farmacológicas (LITTLE, 2000; PRENDERGAST, ROGERS, BARRON, BARDO, & LITTLETON, 2002), a impulsividade, o comportamento de busca por novidades, os mecanismos neurobiológicos de reforço semelhantes (LITTLE, 2000), influências genéticas e sociais (COLBY E COLS., 2004; MADDEN & HEATH, 2002).

Entre as ações farmacológicas que podem influir no consumo associado destas duas substâncias foi descrito que a nicotina diminui os efeitos sedativos do álcool, podendo ser consumida com este intuito (PERKINS, 1997). Em relação ao ambiente social este poderá gerar influência no comportamento de uso concomitante destas duas substâncias através de condicionamentos (DROBES, 2002).

Experimentalmente sugeriu-se que quanto maior a dependência à nicotina tanto maior o consumo de álcool ou que o álcool exercesse um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, aumentando o consumo de cigarros. (BATEL; TONEATTO, 1995).

Em um estudo (WILLIAM M. et al., 2013), realizado entre roedores, observou-se que a nicotina diminuiria a transmissão de dopamina provocada pelo consumo de álcool através da inibição gabaérgica de neurônios dopaminérgicos. Logo, verificou-se nesse experimento que o consumo simultâneo de cigarro e álcool etílico, induziria a um consumo maior deste último, afim de alcançar a sensação de prazer gerado pela sua ingestão.

Uma revisão de literatura realizada no período de 1997 a 2007, com um público de estudantes universitários, revelou que a prática do consumo de bebidas alcoólicas e cigarro é de grande prevalência (WAGNER, *et al.*, 2008). Adicionalmente, no *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das Capitais Brasileiras*, constatou-se que as drogas mais utilizadas ao longo da vida foram: foram: álcool (86,2%) e tabaco (46,7%) (BRASIL, 2010).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Observar uma provável associação entre etilismo e tabagismo nos usuários do PMTT em Campina Grande-PB, no período de fevereiro de 2013 a dezembro de 2017.

Objetivos Específicos

Verificar aspectos epidemiológicos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas na população;

Observar uma provável associação com outras drogas psicoativas;

Analisar prováveis comorbidades decorrentes dessa associação.

MÉTODO

- **Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo.

- **Local do estudo**

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

- **População e amostra**

A população foi composta por 703 usuários que foram atendidos no PMTT, no período compreendido entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2017; A amostra foi composta pelos pacientes que tinham os dados necessários à esta pesquisa registrados em seus prontuários.

- **Instrumentos para coleta de dados**

Foram utilizados os prontuários dos pacientes atendidos no PMTT durante o período supracitado (Apêndice 1).

- **Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada a partir do acesso aos prontuários dos pacientes do PMTT.

- **Variáveis utilizadas na amostra:**

Dependentes: Etilismo e níveis de etilismo

Independentes: Sexo, Idade do início do tabagismo, Quantidade de cigarros fumados ao dia, Uso de outras drogas psicoativas causadoras de dependência, Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- **Inclusão**

Foram incluídas na pesquisa prontuários com todas as informações necessárias, legíveis e não rasuradas.

- **Exclusão**

Foram excluídos os prontuários que não estejam de acordo com os critérios de inclusão.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada em convênio com o Laboratório de Análises Estatísticas (LANEST) da UFCG. Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel®. Uma análise inferencial foi realizada em ambiente computacional R (version 3.4.1) sendo adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para aceitação da hipótese de nulidade.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo deriva do PMTT, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), segundo o protocolo **20082912-050**. A pesquisa foi submetida ao CEP e só foi iniciada após sua aprovação. A análise foi realizada através de dados de prontuários, para a qual houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que o PMTT também tem aval do CEP, além do que, todos os participantes assinam, inicialmente, TCLE em duas vias para ingressarem no tratamento.

RESULTADOS

Perfil Epidemiológico dos usuários do PMTT relativo ao consumo de bebidas alcoólicas

Diante da dificuldade de se categorizar em um padrão estabelecido na literatura, neste trabalho optamos por estratificar a variável *consumo de bebidas alcoólicas* nas seguintes categorias:

- *Não etilista*: nunca bebeu;
- *Ex-etilista*: consumiu no passado, mas não bebe no ano vigente;
- Etilista atual: Consome bebidas alcoólicas no ano vigente. Com relação à quantidade ingerida, classifica-se em:
- *Etilista leve*: consome até 05 doses padrão por mês;

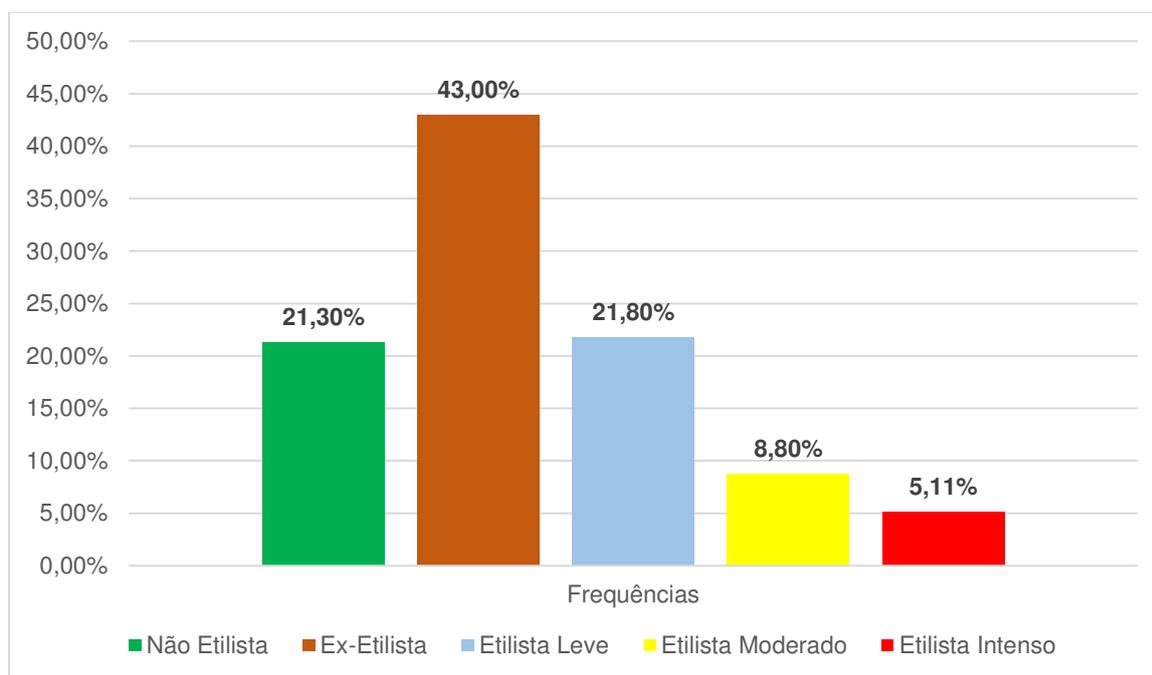
- *Etilista moderado*: consome de 05 a 15 doses padrão por mês;
- *Etilista intenso*: consome mais que 15 doses padrão por mês ou bebe diariamente.

Em conformidade a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), nesta pesquisa foi considerado dose padrão o equivalente a aproximadamente 10-12 gramas de etanol (correspondente a uma lata de cerveja de 330 ml, ou uma taça de vinho de 100ml, ou ainda uma dose de destilado de 30ml).

Observa-se no **Gráfico 1** que 43% dos pacientes são ex-etilistas, ou seja consumiram bebidas alcoólicas no passado, porém não bebem no ano vigente. Enquanto que, apenas 21,3% nunca beberam, ao passo que 35,7% consomem bebidas alcoólicas no ano em estudo.

Com relação aos valores numéricos, verifica-se que 150 usuários são *não etilistas*, 302 são *ex-etilistas*, 251 de *etilistas atuais*, entre os quais 153 são *etilistas leves* (21,8%), 62 *etilistas moderados* (8,8%) e 36 de *etilistas intensos* (5,1%).

Gráfico 1: Distribuição em frequências para a variável consumo de álcool.



Fonte: Dados da pesquisa.

Nas **Tabela 1 e 2** observa-se dados comparativos entre as variáveis: *sexo*, *idade de início do tabagismo*, *quantidade de cigarro consumida por dia*, *uso de*

outras drogas, diagnóstico do Diabetes mellitus e o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, correlacionadas quanto ao etilismo e seu grau de apresentação, com seus respectivos valores de p , obtidos por cálculo inferencial.

Para o cálculo inferencial foram utilizados o teste qui-quadrado de aderência e o teste de Fisher. O primeiro com intuito de tentar verificar se uma distribuição se ajusta bem ou não aos dados amostrais, através da comparação das frequências amostrais com as frequências teóricas esperadas pelo modelo probabilístico que se está julgando válido para descrever os dados observados (KARL, 1900). O último é um teste de significância estatística utilizado na análise de tabelas de contingência com o objetivo de se analisar a distribuição conjunta de duas variáveis qualitativas, e descrever a associação entre elas. Ou seja, de certo modo esperamos que haja uma certa dependência entre as variáveis (FISHER, 1922).

Quando o teste de Fisher apresentar um p -valor menor que 0,05, rejeita-se a hipótese nula de independência. Concluindo-se assim, ao nível de 5%, que as variáveis estão associadas. Quando o teste de Fisher apresentar um p -valor maior que 0,05, não rejeita-se a hipótese de independência. Conclui-se que ao nível de 5% as variáveis não estão associadas.

Na **Tabela 1** observa-se:

Nesta amostra o teste de qui-quadrado de aderência apresentou um p -valor menor que 0,0000, dessa forma rejeita-se a hipótese nula, ao nível de 5%. Conclui-se assim que, há diferença significativa entre as frequências observadas de *não etilistas, ex-etilistas e etilistas atuais*, ao nível de 5%.

Quanto à variável *sexo*, que as mulheres foram majoritárias entre os *não etilistas, ex-etilistas e etilistas atuais* (89%, 60,6% e 58,2% respectivamente). Observa-se uma diferença entre o grupo dos não etilistas e os outros dois: no primeiro grupo, o percentual de mulheres é maior do que nos dois últimos, com $p < (0,000\%)$.

Em relação a variável *idade do início do tabagismo*, verifica-se que em todos os grupos, prevaleceu a faixa dos 10 aos 17 anos, com 64%, 59,9% e 54,9%, respectivamente para não etilistas, ex-etilistas e etilistas atuais, com $p > 5\%$ (57,96%).

Quanto à quantidade de cigarros consumidos ao dia, nota-se que, entre os que responderam, 20 ou mais cigarros foi a de maior ocorrência nos três grupos: 45%, 55,9%, 62,9% respectivamente para não etilistas, ex-etilistas e etilistas atuais.

Em segundo lugar, para os não etilistas e etilistas atuais, prevaleceu a quantidade de menos de 20 cigarros por dia (28% e 25,5%, respectivamente), ao passo que para o grupo de ex-etilistas, a segunda posição foi ocupada pela variável *não especificado* (25,5%). A terceira posição foi ocupada pela variável *não especificado* entre os não etilistas (27%) e etilistas atuais (11,6%), ao passo que entre os ex-etilistas, a terceira posição foi a dos que fumavam *menos de 20 cigarros* ao dia (18,6%), $p > 5\%$ (33,33%).

Observa-se em relação a variável *uso de outras drogas psicoativas*, a maioria absoluta em todos os três grupos não as utilizou, sendo 94% entre não etilistas, 89,40% entre ex-etilistas e 82,86% entre etilistas atuais. Entre os que as utilizaram, observou-se um percentual de 3,3% entre os não etilistas, 9,9% entre os ex-etilistas e 12,2% entre os etilistas atuais. Pode-se entender dessa forma, que uma maior utilização de outras drogas psicoativas encontra-se entre os tabagistas que são etilistas atuais, seguida pelos ex-etilistas e menor entre os que nunca beberam. Estando o etilismo associado ao uso de outras drogas psicoativas em um teste inferencial $p < 5\%$ (0,005%).

No tocante às comorbidades, observa-se que a maioria absoluta dos inquiridos não referiu diagnóstico de Diabetes mellitus, sendo 92,7% entre não etilistas, 88,7% entre ex-etilistas e 91,5% entre etilistas atuais. Com relação aos portadores desse diagnóstico, foram 6,6%, 10% e 8,3% nos não etilistas, ex-etilistas e etilistas atuais, respectivamente. Dessa forma, constata-se um menor percentual da doença em quem nunca ingeriu bebidas alcoólicas, em contraposição a quem fez uso da mesma, com $p < 5\%$ (3,99%).

Quanto ao diagnóstico referido de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), um maior percentual não a apresentava: 76,5% entre não etilistas, 69,9% entre ex-etilistas e 76% entre etilistas atuais. Com relação aos portadores, observou-se um percentual de 23,5% entre não etilistas, 30,1% entre ex-etilistas e 24% entre etilistas atuais. Com $p > 5\%$ (19,02%).

Tabela 1: Dados comparativos entre variáveis relativas ao tabagismo e comorbidades mais frequentes entre etilistas, ex-etilistas e não etilistas do PMTT.

Variáveis	Estratificação			p-valor
	Não Etilistas	Ex-Etilistas	Etilistas Atuais	
% de usuários do PMTT	21,3%	43,0%	35,7%	< 0,0000
Sexo	Feminino: 89,0%	Feminino: 60,6%	Feminino: 58,2%	< 0,0000
	Masculino: 11,0%	Masculino: 39,4%	Masculino: 41,8%	
Idade de início do tabagismo (anos)	10-17 anos: 64,0%	10-17 anos: 59,9%	10-17 anos: 54,9%	0,5796
	Outra: 36,0%	Outra: 40,1%	Outra: 45,1%	
Qtde. cigarros/dia	≥ 20 cigarros: 45,0%	≥ 20 cigarros: 55,9%	≥ 20 cigarros: 62,9%	0,3333
	< 20 cigarros: 28,0%	< 20 cigarros: 18,6%	< 20 cigarros: 25,5%	
	Não especificado: 27,0%	Não especificado: 25,5%	Não especificado: 11,6%	
Uso de outras drogas psicoativas	Não: 94,0%	Não: 89,4%	Não: 82,7 %	0,00005
	Sim: 3,3%	Sim: 9,9%	Sim: 12,2 %	
	Sem informação: 2,7%	Sem informação: 0,7%	Não informou: 5,1%	
Diagnóstico de Diabetes Mellitus	Não: 92,7%	Não: 88,7%	Não: 91,5 %	0,0399
	Sim: 6,6%	Sim: 10,0%	Sim: 8,3%	
Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica	Não: 76,5%	Não: 69,9%	Não: 76,0%	0,1902
	Sim: 23,5%	Sim: 30,1%	Sim: 24,0 %	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na **Tabela 2**, observa-se a comparação entre essas três modalidades de etilistas, com relação às variáveis estudadas neste trabalho:

O sexo feminino predominou no grupo de etilistas leves (66,7% vs 33,3%), foi igual aos homens no de etilistas moderados (50%). Já no grupo de etilistas intensos, o sexo masculino foi superior ao feminino (63,9% vs 36,1%). Observa-se que o sexo masculino segue os indicadores mundiais e brasileiros para abuso do

álcool, nos quais os homens apresentam-se em maior percentual do que as mulheres, verificado nessa amostra pelo método de Fischer, o qual foi rejeitado a hipótese de independência $p < 5\%$ (0,12%)

Em relação a variável *idade de início do tabagismo*, a categoria entre 10 a 17 anos prevaleceu em todos os grupos (51,5%, 60% e 61%) entre os etilistas leves, moderados e intensos, respectivamente, com $p > 5\%$ (53,04%)

Quanto à quantidade de cigarros consumidas ao dia, constatou-se que a faixa de 20 ou mais cigarros foi a majoritária entre etilistas intensos (72,3%), como também entre moderados (64,6%) e leves (53,3%). Em segundo lugar, prevaleceu a variável *menos de 20 cigarros* entre os etilistas leves (24,2%) e moderados (33,3%), sendo que no grupo dos etilistas intensos, menos de 20 cigarros ocupou o segundo lugar (19,3%), com $p > 5\%$ (73,22%).

No tocante ao uso de outras drogas psicoativas, a maioria entre os três grupos referiu que não as utilizava, sendo 88,2% nos etilistas leves, 77,4% no de etilistas moderados e 69,4% no de etilistas intensos. Entre os que referiram o uso, os etilistas intensos apresentaram maior percentual (25,1%) quando comparados com moderados (22,6%) e leves (11,8%). Pode-se observar, dessa forma, que pode haver uma associação entre a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas e o uso de outras drogas psicoativas causadoras de dependência, ao fato que foi rejeitado a hipótese de independência através do cálculo de Fisher $p < 5\%$ (2,57%)

Em relação à comorbidade Diabetes Mellitus, o seu diagnóstico não foi referido pela maioria absoluta entre os grupos de etilistas leves (93,4%), moderados (92,2%) e intensos (80,6%). Entre os que referiram a doença, o maior percentual encontra-se entre os etilistas intensos (19,4%) seguidos pelos etilistas moderado (7,8%) e em menor percentual pelos etilistas leves (6,6%), com $p < 5\%$ (0,6%), desta forma pode existir uma relação entre a doença e o consumo de etanol.

A respeito da comorbidade HAS, também não foi referida pelo maior percentual dos grupos de etilistas leves (79%), moderados (74,2%) e intensos (66,7%). Entre os que a referiram, 21%, 25,8% e 33,3% entre os leves, moderados e intensos, respectivamente, com $p > 5\%$ (25,4%). Observa-se, que apesar do percentual progressivo, não existe uma associação entre um maior consumo de bebidas alcoólicas e o diagnóstico supracitado, verificado pelo método de Fisher.

Tabela 2: Dados comparativos entre etilistas do PMTT, relacionados ao nível de consumo de bebidas alcoólicas.

Variáveis	Estratificação			p-valor
	Etilista Leve	Etilista Moderado	Etilista Intenso	
Sexo	Feminino: 66,7% Masculino: 33,3%	Feminino: 50,0% Masculino: 50,0%	Feminino: 36,1% Masculino: 63,9	0,0012
Idade de início do tabagismo (anos)	10-17 anos: 51,5% Outra: 48,5%	10-17 anos: 60,0% Outra: 40,0%	10-17 anos: 61,0% Outra: 39,0%	0,5304
Qtde. cigarros/dia	≥ 20 cigarros: 53,3% < 20 cigarros: 24,2% Não especificado: 11,2%	≥ 20 cigarros: 64,6% < 20 cigarros: 33,3% Não especificado: 13,4%	≥ 20 cigarros: 72,3% < 20 cigarros: 19,3% Não especificado: 8,4%	0,7322
Uso de outras drogas psicoativas	Não: 88,2% Sim: 11,8% Sem informação: 0%	Não: 77,4% Sim: 22,6% Sem informação: 0%	Não: 69,4% Sim: 25,1% Sem informação: 5,5%	0,0257
Diagnóstico de Diabetes mellitus	Não: 93,4% Sim: 6,6%	Não: 92,2% Sim: 7,8%	Não: 80,6% Sim: 19,4%	0,0061
Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica	Não: 79,0% Sim: 21,0%	Não: 74,2% Sim: 25,8%	Não: 66,7% Sim: 33,3%	0,2543

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou 703 prontuários de pacientes tabagistas que ingressaram em um tratamento baseado em características comportamentais e farmacológicas, o que vai de acordo com a literatura, à medida que em 2016 foi realizado uma revisão sistemática (STEAD *et al.*, 2016), o qual foi possível identificar pelo menos 53 estudos envolvendo tratamento semelhante, entre os quais 31, utilizaram mais de 100 pacientes em sua amostragem.

Nesta pesquisa, foi possível estimar que cerca de 35,7%, entre todos os usuários, consumiram pelo menos uma dose de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias no ano em estudo, destes 58,2% foram mulheres. Os dados do IBGE de 2013 indicam que a prevalência do uso recente de álcool no país, ou seja, pelo menos uma dose no último mês, foi de 26,5%, sendo 39,2% no sexo masculino e 15,2% no feminino. No Nordeste, a proporção deste comportamento foi de 22,4% e na Paraíba essa taxa fica em 15,8%, sendo a frequência desse hábito mais de três vezes superiores entre homens (25,1%) do que entre as mulheres (7,7%) (PNS, 2013).

Diante disso, a presente amostra, apresentou uma prevalência de consumo etílico maior que a população total brasileira, como também superior a região Nordeste e o estado da Paraíba.

No que se refere a *idade de início do tabagismo*, observou-se que nos três grupos, a maioria iniciou o hábito tabagico entre os 10 a 17 anos, com 64% entre *não etilistas*, 59,9% entre *ex-etilistas* e 54,9% entre os *etilistas atuais*. Um estudo(GOLDFARB,1999) demonstrou que 90% dos fumantes adultos começam a fumar antes dos 19 anos (75% entre 14 e 17 anos).

Em concordância, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado em 2012 verificou que a média de idade para o primeiro contato com o cigarro foi 16,5 anos. Dessa forma, a presente amostra, seguiu o padrão relatado na literatura. Contudo, o valor de *p*, através do teste de Fisher, foi maior que 5% (57,96%) para esta variável, não rejeitando a hipótese de independência. Logo, esta variável e o consumo de álcool etílico não estiveram associadas neste trabalho.

Quanto à *quantidade de cigarros consumidos ao dia*, neste estudo, a maioria entres os grupos afirmaram utilizar 20 ou mais cigarros ao dia com 45% para *não etilistas* 55,9% *Ex-etilistas*, e 62,9% para *Etilistas atuais*. O valor de *p* encontrado para esta variável foi de 33,3%, portanto maior que 0,05(5%), também não rejeitando a hipótese de independência, portanto não houve correlação entre a carga tabagica e o etilismo na presente amostra.

Um dado curioso é em relação ao *consumo de outras drogas psicoativas* causadoras de dependência, no qual foi possível observar que, apesar de maioria nos três grupos referir não usar outras drogas, exceto o álcool e o tabaco, nota-se

entre aqueles que o referiram, houve um aumento percentual da drogadição, de acordo com etilismo: um percentual de 3,3% entre os *Não etilistas*, 9,9% entre os *Ex-etilistas* e 12,2% entre os *Etilistas atuais*. O valor de p encontrado para esta variável de 00,005%, portanto menor que 5%, o que demonstra haver correlação entre uso de outras drogas psicoativas e o etilismo.

Reforçando a importância dessa relação, (SCIVOLETTO,1993) demonstrou que o uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) tendem a preceder e aumentam o risco de consumo de drogas ilícitas. Entre os usuários de drogas ilícitas, foi possível estimar que 50% deles fazem uso do álcool e do tabaco, existindo uma tendência ao acréscimo e a coadunação ao uso de outras drogas psicoativas causadores de dependência, tais como a cocaína, anfetaminas, inalantes e medicamentos (CORRÊA, 2011).

No que diz a respeito as comorbidades, o diagnóstico referido do Diabetes mellitus foi de 6,6%, 10% e 8,3% entre os *não etilistas*, *ex-etilistas* e *etilistas atuais*, respectivamente. Dessa forma, constata-se um menor percentual da doença em quem nunca ingeriu bebidas alcoólicas, em contraposição a quem faz uso da mesma ou que já o fizeram. Para analisar essa associação, realizou-se o teste de Fisher, o valor de p para esta variável correspondeu a 3,99%, menor que 5%, rejeitando a hipótese de independência, demonstrando haver correlação entre o etilismo e esta comorbidade no presente estudo.

Um estudo (SOUZA, ABREU et al, 2009) demonstrou que o tabagismo e consumo de álcool estiveram relacionados com um maior percentual diabetes do que ambos isoladamente. Porém, o tabaco apresentou maior influência na hipertensão, ao passo que o consumo de álcool esteve relacionado ao diabetes.

Quanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), observou-se um percentual de 23,5% entre *não etilistas*, 30,1% entre *ex-etilistas* e 24% entre *etilistas atuais*. O valor de p para esta variável foi 0,1902(19,02%), demonstrando que são variáveis independentes, desta forma não houve relação entre HAS e o etilismo.

Entre os etilistas atuais, as mulheres predominaram no grupo de *etilistas leves* (66,7% vs 33,3%), foi igual ao masculino no de *etilistas moderados* (50%). Já no grupo de *etilistas intensos*, o sexo masculino foi superior ao feminino (63,9% vs 36,1%). Observa-se que o sexo masculino segue os indicadores mundiais e brasileiros para abuso do álcool, nos quais os homens apresentam-se em maior

percentual do que as mulheres, comprovado neste estudo através do teste de Fischer, o qual obteve um $p < 5\%$ (0,12%).

Em consonância, a análise da *VIGITEL 2016* verificou que o consumo de bebidas alcoólicas de forma abusiva (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) foi aproximadamente duas vezes maior em homens (27,3%) do que em mulheres (12,1%) (BRASIL, 2017).

Em relação à variável *Idade de início do tabagismo* entre os *etilistas atuais*, não houve associação $p > 5\%$ (53,04%) à respeito do início precoce do consumo de cigarro com a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas. Com 51,5% dos *etilistas leves*, 60% nos moderados e 61% nos intensos iniciando o hábito tabágico entre os 10 a 17 anos.

No tocante à variável *consumo de cigarros ao dia* entre os *etilistas atuais*, foi possível constatar, em termos percentuais, que o maior consumo de tabaco esteve relacionado com uma maior quantidade de doses de bebidas alcoólicas: 72,3% dos *etilistas intensos* fumam 20 ou mais cigarros por dia, em contrapartida dos 64,6% dos *etilistas moderados* e 53,3% dos *etilistas leves*. No entanto, na análise inferencial, verifica-se $p > 5\%$, portanto maior que 5%, configurando o consumo de cigarros ao dia e a quantidade de etanol consumida como variáveis independentes, e portanto sem associação.

Sobre o uso de outras drogas psicoativas, a maioria entre os três grupos referiu que não as utilizava, sendo 88,2% nos *etilistas leves*, 77,4% no de *etilistas moderados* e 69,4% no de *etilistas intensos*. Entre os que referiram o uso, os *etilistas intensos* apresentaram maior percentual (25,1%) quando comparados com moderados (22,6%) e leves (11,8%). Pode-se observar, dessa forma, que há uma associação entre a maior quantidade de bebidas alcoólicas consumidas e o uso de outras drogas psicoativas causadoras de dependência, confirmada através do teste de Fisher, com $p < 5\%$ (2,5%).

Para reforçar essa associação, um estudo desenvolvido com tabagistas consumidores de bebidas alcoólicas demonstrou que o uso de outras drogas psicoativas causadoras de dependência, foi de maior prevalência entre os que consumiam maior teor alcoólico (RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012).

Em relação ao Diabetes Mellitus, entre os que referiram a doença, o maior percentual encontra-se entre os *etilistas intensos* (19,4%) seguidos pelos *etilistas moderados* (7,8%) e em menor percentual pelos *etilistas leves* (6,6%). Pode-se afirmar que o menor índice observado do distúrbio supracitado foi encontrado entre etilistas leves, em comparação com os outros dois. O valor de p para esta variável foi de (0,61%) $p < 5\%$, o que demonstra existir uma associação entre tal doença e o grau de consumo do álcool etílico.

Na *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS, 2013), realizada em 2013, conduzida no intuito de avaliar a associação de diversos fatores ao diagnóstico autorreferido do Diabetes Mellitus, observou-se que os indivíduos que referiram diabetes, foram os que mais referiram consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco.

Entre os que referiram o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre os etilistas atuais, 21% foram do grupo dos *etilistas leves*, 25,8% dos moderados e 33,3% dos intensos. Apesar da associação percentual entre a HAS e consumo de bebidas alcoólicas, nessa pesquisa, a variável *Hipertensão* apresentou através do método de Fisher, $p > 5\%$ (25,4%), portanto demonstrando que não há associação entre esta comorbidade e o grau de etilismo do usuário.

CONCLUSÃO

A prevalência de etilistas no PMTT, foi maior do que na população geral. O sexo feminino predominou em todos os grupos. Quanto ao sexo masculino, apresentou maior percentual no grupo dos etilistas atuais intensos. Não foi observada associação entre o etilismo e as variáveis: *idade do início do tabagismo*, *quantidade de cigarros consumidos ao dia* e *diagnóstico referido de HAS*. Em relação ao consumo de outras drogas psicoativas, observou-se um maior percentual de consumo progressivo a partir dos não etilistas até os etilistas atuais intensos. A comorbidade Diabetes mellitus foi mais prevalente nos ex-etilistas e nos etilistas atuais intensos.

Outros estudos semelhantes são necessários para que se corroborem os resultados alcançados, uma vez que ainda são escassos, na literatura brasileira e mundial.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. P. P., **Tabagismo coexistindo com hipertensão arterial sistêmica e diabetes na comunidade do Paulo Bandeira em Maceió-AL: Projeto de Intervenção**. 2016. Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais.

BIESENBACH, G.; GRAFINGER, P.; JANKO, O.; ZAZGORNIK, J., **Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients**. *Clinical Nephrology*, 48(3):146-150, 1997.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em: 08/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informativo Vigilância do Câncer. N 5 Edição especial 2014**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/docs/atlas-on-line-de-mortalidade-usos-e-aplicacoes.pdf>. Acesso em: 22/02/2018.

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL 2015 Saúde Suplementar: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2014.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2013.** Brasília, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2010.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Pesquisa Especial do Tabagismo - PETab.** Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do MS para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. 2003.

CAMPANA, A.A.M *et al.*. **Abuso e Dependência de Álcool**. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012. Disponível em: <www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/02abuso_e_dependencia_de_alcool.pdf>. Acesso em: 22/02/2018.

CORRÊA, R G. **Introdução à reabilitação de dependentes Químicos**. Curitiba, PR: Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia, Educação à Distância, 2011.

CHASE, P.H.; GARG, S. K.; MARSHALL, G.; BERG, C.L.; HARRIS, S.; JACKSON, W. E. **Cigarette smoking increases the risk of albuminuria among subjects with type 1 diabetes**. *JAMA*. 265:614-617, 1991;

COUNTS, M. E.; MORTON, M. J.; LAFFOON, S. W.; COX, R. H.; LIPOWICZ, P. J., **Smoke composition and predicting relationships for international commercial cigarettes 98 Resultados e Discussão smoked with three machine-smoking conditions**. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 41, (3), 185-227, 2015.

COLBY, S.; ROHSENOW, D.; MONTI, P.; GWALTNEY, C.; GULLIVER, S.; ABRAMS, D.; NIAURA, R.; SIROTA, A. **Effects of tobacco deprivation on alcohol cue reactivity and drinking among young adults**. *Addictive Behaviors*, 29, 979-892, 2004.

CUNHA, M.S; BIZARRO, L. **Reatividade Cruzada a Pistas no Consumo de Álcool e Cigarro: Revisão Crítica da Literatura**. *Interação Psicol.*, 15(1), 121-128, 2011.

DANTAS, R.G. *et al.* **Prevalência e Risco de Tabagismo entre Estudantes do Ensino Médio em Cidade do Nordeste do Brasil.** *Port J Public Health* 2017;35:44–51,2017.

DROBES, D. (2002). **Cue reactivity in alcohol and tobacco dependence.** *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26,128-1929.

FIELD, M., MOGG, K., & BRADLEY, B. **Alcohol increases cognitive biases for smoking cues in smokers.** *Psychopharmacology*. 180, 63-72, 2005.

FISHER, R. A.. «**On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P**». *Journal of the Royal Statistical Society*. 85 (1): 87–94. JSTOR 2340521. doi:10.2307/2340521 1922.

GRIFFITHS, R.R. ET AL. **Facilitation of human tobacco self-administration by ethanol: a behavioral analysis.** *J. Exp. Anal. Behav.*, 25:279-92, 1976.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. **Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos.** In: Andrade AG, Anthony JC, *Silveira CM.* *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual.* Barueri (SP): Minha Editora; p. 67-87, 2009.

Karl P. «**On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling**» (PDF). *Philosophical Magazine Series 5*. 50 (302): 157-175. doi:10.1080/14786440009463897 1900.

KOZLOWSKI, L.T. *et al.* **Patterns of alcohol, cigarette, and caffeine and other drug use in two drug abusing populations.** *J. Subst. Abuse Treat.*, 10: 171-9, 1993.

LARANJEIRA R II **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012** (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LITTLE, H. **Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking.** *Alcohol Research & Health*. 24, 215-224, 2000.

MADDEN, P.; HEATH, A. **Shared genetic vulnerability in alcohol and cigarette use and dependence.** *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 26, 1919-1921, 2002.

MELLO, N.K. **Effect of alcohol and marihuana on tobacco smoking.** *Clin. Pharmacol. Ther.*, **27**: 202-9, 1980.

MIRRA, A.P. et al. **Tabagismo.** Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000400005
Acesso em: 22/02/2018.

MONTEIRO, C. A.; CAVALCANTE, T. M.; MOURA, E. C.; CLARO, R. M.; SZWARCOWALD, C. L. **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003).** *Bull World Health Organ.* 85(7):527-534, 2017.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH **State-of-The Science conference statement: tobacco use: prevention, cessation, and control.** *Ann Intern Med.*;145(11):839-44. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-11-200612050-00141>, 2006.

PERKINS, K. **Combined effects of nicotine and alcohol on subjective, behavioral and physiological response in humans.** *Addiction Biology.* 2, 155-167, 1997.

PRENDERGAST, M.; ROGERS, T.; BARON, S; BARDO, M.; LITTLETON, J. **Ethanol and nicotine: A pharmacologic balancing act?.** *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 26, 1917- 1918, 2002.

PINTO, T.M.; RIVIERE, A. P.; BARDACH, A. **Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(6):1283-1297, jun, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>>. Acesso em :22/02/2018

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A.; BIZ, A.N.; ALCARAZ, A.; RODRÍGUEZ, B. **Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos.** Documento técnico IECS 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. 2017. Disponível em: <<http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>>. Acesso em:22/02/2018

RODRIGUES, M.C.; VIEGAS, C.A. A.; GOMES, E.L.; MORAIS, P. M. G; ZAKIR, J. C. O. **Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal.** *J Bras Pneumol.*35(10):986-991, 2009.

SCHEINBERG, G. - **Alcoolismo afeta 15% da população brasileira.** O Estado de S. Paulo, São Paulo; Geral, Saúde, p. A12. 29 de setembro de 1999.

SOUSA, F.F.A; ABREU, R.N.D.C et al. **Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 1-14, ago. 2009.

STEWIEN, G.T. M.; MARCONDES, R. S. **Uso de cigarros entre adolescentes de uma escola de 1º grau da cidade de São Paulo, Brasil.** *Rev Saúde Pública* 13:245–253, 1979.

DOYON, WILLIAM M. *et. al*, **Nicotine Decreases Ethanol-Induced Dopamine Signaling and Increases Self-Administration via Stress Hormones.** *J. Neurosci.* , Volume 19 , Issue 3 , 530 – 540.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do Usuário de Crack.** 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

STEAD, L.F.; LANCASTER, T.; KOILLPILLAI, P.; FANSHAW, T.R. **Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev.*, v.24, n.3, 2016.

U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Economics of Tobacco and Tobacco Control.** National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD:

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016.

WAGNER, G. A.; ANDRADE, A. G. D. **Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros.** *Rev Psiq Clin.* 35: 48-54, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies.** Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/>. Acesso em: 22/02/2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global status report on alcohol and health 2014.** Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua>. Acesso em: 22/02/2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the Dangers of Tobacco.** Geneva, WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Chapter 1: **Burden: mortality, morbidity and risk factors (Internet); in: Global Status Report on Non - Communicable Diseases 2010.** Geneva, WHO, chapt 1, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Manual of international statistical classification of diseases, injuries, and causes of Death.** Vol 1, 10th revision. Geneva: WHO, 1992

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Manual of international statistical classification of diseases, injuries, and causes of Death.** Vol 1, 10th revision. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm.** Geneva, WHO, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FICHA DO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

Questionário de Avaliação Médica do Paciente

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
1.1. Identificação do entrevistador Nome: _____	
1.2. Data da Entrevista (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2. CONSENTIMENTO E IDENTIFICAÇÃO	
2.1. Nome (Letra de forma): _____	
2.2. Endereço atual: _____ Cidade: _____	
2.3. O consentimento foi assinado? (1) Sim (2) Não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.4. Local (A) e número de Telefone principal de contato (B)?	(1) Casa (2) Trabalho (3) Vizinho (4) Celular (5) Não tem
	A. <input style="float: right;" type="checkbox"/> B. (____) _____ - _____
2.5. CEP: _____ - _____	
2.6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.7. Religião: (0) Não Possui (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Outra _____ <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.7.1. Praticante da religião? (1) Sim (2) Não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.8. Data de nascimento (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2.9. Cidade onde nasceu: (Letra de forma): _____	
2.10. Cor (auto-referida): (1) Branca (2) Preta (3) Pardo-mulato (4) Amarela-Oriental (5) Indígena <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.11. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.12. Qual a sua Escolaridade? (1) Analfabeto (2) Até 3 anos (3) 3 a 5 anos (4) 6 a 8 anos (5) 9 a 12 anos (6) 13 a 15 anos (7) Mais de 16 anos de estudos regulares <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.13. Atividade Profissional Principal nos últimos 12 meses? (0) Não se aplica (1) Funcionário público (2) Trabalhador c/ carteira assinada (3) Autônomo (4) Dona de casa (5) Aposentado (6) Desempregado (7) Voluntário (8) Outros: _____ <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.14. Descrição da função dentro da Categoriaria profissional (Letra de forma): _____	
2.15. Qual a renda mensal da familiar, Em salários mínimos? (1) Menos de 500 reais (2) 501 a 750 (3) 751 a 1000 Renda Individual? (4) 1001 a 1500 (5) 1501 a 2500 (6) 2501 a 5000 reais (7) mais de 5001 (8) Recebe Benefício (9) Não sabe informar <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
2.16. Quantas pessoas vivem com a renda? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais <input style="float: right;" type="checkbox"/>	
3. TABAGISMO	
3.1. Após a palestra: (1) Parou de fumar (2) Diminuiu (3) Aumentou (4) Não houve alteração <input style="float: right;" type="checkbox"/>	

3.2. Idade do início do tabagismo: (0) Não Sabe	<input type="checkbox"/>
3.3. Qual cigarro fuma? _____ Quanto custa uma carteira (20 cigarros)? _____	
3.4. Quantos cigarros fuma por dia? _____	
3.5. Custo diário com cigarro (em reais): _____	
3.6. Em algum momento, algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
3.7. Gatilho para iniciar o fumo? (1) Cigarro (2) Café (3) Bebida Alcoólica (4) Estresse (5) Outros _____	<input type="checkbox"/>
3.8. Mora com algum fumante? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
3.9. Que fator influenciou mais na adesão? (0) Curiosidade (1) Exemplo do Pai (2) Exemplo da Mãe (3) Influencia de outros familiares (4) Influencia de amigos/colegas (5) Propaganda (6) Outros _____	<input type="checkbox"/>
3.10. Tempo de duração do Tabagismo (em anos): _____	
3.11. Tipo de cigarro Utilizado? (1) Cigarros artesanais (2) Cachimbo (3) Cigarros Industrializados (4) Charuto (5) Fumo de Mascar (6) Outros _____	<input type="checkbox"/>
4. HISTÓRIA PESSOAL	
4.1. Algum Médico lhe informou que você tem pressão alta (Hipertensão arterial)? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.2. Ano de diagnóstico da hipertensão? _____	
4.3. Consumo de bebidas alcoólicas? (0) Nunca bebeu (1) Consumiu ano passado, mas não consome atualmente (2) Até 5 doses por mês (3) De 5 a 10 por mês (4) 10 a 15 por mês (5) Mais de 15 doses por mês (6) Diariamente	<input type="checkbox"/>
4.4. Uso de drogas em que você se enquadra? (1) É usuário (2) Ex-usuário (3) Nunca usou drogas	<input type="checkbox"/>
4.5. Droga Utilizada: (0) Não se aplica (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Ecstasy (5) Outros	<input type="checkbox"/>
4.6. Pratica exercícios físicos? (1) Apenas do fim de semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 3 a 5 vezes por semana (4) +5 vezes na semana (5) Não	<input type="checkbox"/>
4.7. Foi diagnosticado com Diabetes? (1) Não (2) Sim, tipo I (3) Sim, tipo II	<input type="checkbox"/>
4.8. Ano de diagnóstico da Diabetes? _____	
4.9. Quanto ingere de café? (Xícaras por dia) (0) Se não bebe	_____
4.10. Usa anticoncepcional hormonal? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (Homem)	<input type="checkbox"/>
4.11. Número de gestações: _____	
4.11.1. Número de abortos: _____	
4.11.2. Número de abortos espontâneos: _____	
4.11.3. Termo da gestação: Pré-termo: _____ Atermo: _____ Pós-termo: _____	
4.12. Nº de RN de baixo peso (<2,500): _____	
4.12.1. Média do tempo de aleitamento materno, por filho (em meses): _____	
4.13. Causa da interrupção da amamentação: _____	

4.14. Problemas na amamentação:	(1) Pouco leite (2) Ingurgitamento mamário (peitos cheios e duros) (3) Mastite (inflamação da mama) (4) Ductos bloqueados (leite empedrado) (5) Outros: _____	<input type="checkbox"/>
4.15. Fumou durante a gestação?	(1) Sim (2) Não -> Se não, em que época da gestação parou: _____ e quando voltou: _____	<input type="checkbox"/>
4.16. Já entrou na menopausa?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.16.1. Menopausa com quantos anos?	_____	
4.16.2. Menopausa cirúrgica:	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.17. Com que frequência você faz exames dos dentes e da gengiva?	(0) Nunca fiz (1) 1 vez/ano (2) 2 vezes/ano (3) 1 vez/5 anos (4) Não sabe	<input type="checkbox"/>
4.18. É portador de artrite?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.19. Já foi diagnosticado com Gastrite?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.20. Possui alguma doença de Tireóide?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
5. HISTÓRIA FAMILIAR		
5.1. Diabetes Qual o grau de parentesco com o indivíduo? Quando for mais de que 1 parente de 1º grau marcar com um círculo em volta dos números e por o número 6 na casela.	(1) Pai (2) Mãe (3) Irmão/Irmã (4) Filho (5) Avós, Tios ou Primos (6) Mais de um parente de 1º grau (7) Parente de 1º ou 2º grau (8) Não há.	<input type="checkbox"/>
5.2. Obesidade	Idem.	<input type="checkbox"/>
5.3. Hipertensão arterial (pressão alta)	Idem.	<input type="checkbox"/>
5.4. Cardiopatia	Idem.	<input type="checkbox"/>
5.5. Asma	Idem.	<input type="checkbox"/>
6. AVALIAÇÃO DA DIETA		
6.1. Você já faz algum tipo de dieta? Se não faz, pular para o item 6.4.	(1) Sim (2) Não Qual? _____	<input type="checkbox"/>
6.2. Orientada por nutricionista?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
6.3. Quanto você acha que segue sua dieta?	(1) 100% (2) 80% (3) 50% (4) Menos de 50%	<input type="checkbox"/>
6.4. Consome produtos dietéticos?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
7. USO DE MEDICAÇÕES:		
7.1. Medicamento	Nome: _____ Dose: _____	
7.2. Medicamento	Nome: _____ Dose: _____	
7.3. Medicamento	Nome: _____ Dose: _____	
8. ANAMNESE		
8.1. Antecedentes Fisiológicos _____ _____ _____		
8.2. Antecedentes Pessoais Patológicos _____		

8.3. Antecedentes Familiais:		
8.4. Condições de vida e moradia:		
9. EXAME FÍSICO		
Peso:	Cintura:	Quadril:
Altura:	IMC:	
PA:	Sentado:	Em pé:
FC:	Sentado:	Em pé:
Cabeça e pescoço;		
Inspeção pele, ossos e músculos.		
Aparelho Cardiovascular		
Aparelho Respiratório		
Aparelho Digestório		
Aparelho Genito-Urinário.		

RETORNO	Abstinência do fumo em relação ao retorno anterior? (1-SIM, 2- NÃO)	Grau de dificuldade em parar (0 a 10)	Alteração do consumo	Acompanhamento de todas equipes? (fisio, odonto, farm, med, educ, Fisic, nutric, psicol.)	Sintomas**	Efeitos Colaterais*	Peso Kg	PA	Entrega do medicamento
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									

*EFEITOS COLATERAIS:

- | | | |
|----------------|------------------|---------------|
| 1- TREMORES | 5- CEFALÉIA | 9- TONTURA |
| 2- BOCA SECA | 6- INSÔNIA | 10- DISPNEIA |
| 3- ARTRALGIA | 7- BOCA AMARGA | 11- POLIFAGIA |
| 4- HIPERTENSÃO | 8- EPIGASTRALGIA | 12 - ANOREXIA |
| | | 13- TOSSE |

**SINTOMAS:

- | | | |
|----------------|--------------------|----------------------|
| 5- CANSAÇO | 5- HIPERTENSÃO | 9- PELE SECA |
| 6- CONSTIPAÇÃO | 6- DEPRESSÃO | 10- PERDA DE MEMÓRIA |
| 7- CEFALÉIA | 7- PALPITAÇÃO | 11- NERVOSISMO |
| 8- FRAQUEZA | 8- QUEDA DE CABELO | 12 -OUTRO: __ |