

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Carolina Barros Ferreira da Costa

Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo

Orientador: Prof. Dr Marcelo Santos Cruz

Co-Orientador: Prof. Dr Marco Antônio Alves Brasil

Rio de Janeiro
2015

Carolina Barros Ferreira da Costa

Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós – graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – PROPSAM – do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr Marcelo Santos Cruz

Co-Orientador: Prof. Dr Marco Antônio Alves
Brasil

Da Costa, Carolina Barros Ferreira
(Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo)/ Carolina Barros Ferreira da Costa. Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Psiquiatria, 2015.

(X páginas em romanos); (73 páginas em arábicos)

Dissertação (Mestrado em Psiquiatria)- Universidade Federal do Rio de Janeiro- IPUB, 2015

Orientador: Marcelo Santos Cruz

1. Tabagismo 2. Álcool 3. Comorbidade I. Título. II. Cruz, Marcelo Santos. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carolina Barros Ferreira da Costa

Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – PROPSAM – do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria.

Aprovada por:

Marcelo Santos Cruz

Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental da UFRJ- Presidente

Marco Antônio Alves Brasil

Professor Associado da UFRJ

Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Professor Adjunta da UERJ

Antonio Egidio Nardi

Professor Titular da UFRJ

31 de julho de 2015

Dedicatória

Aos meus pais, Dinalva e Gilberto, que sempre me apoiaram em meus projetos de vida;

A meu marido, João, pelo amor e dedicação;

Aos professores e colegas de profissão, que, de alguma forma, me apoiaram e me ensinaram que a vida acadêmica vale a pena.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Marcelo Cruz, pela paciência, incentivo, confiança e ensino dos princípios do tratamento da dependência química;

Ao Prof. Dr. Marco Antônio Brasil, pelo carinho acolhedor e estímulo ao estudo da psiquiatria em geral;

A meu marido, João, que investiu seu tempo e sua paciência para que esse projeto fosse concluído;

Aos meus pais, pelo suporte emocional;

À Sônia Dutra, minha psicoterapeuta, pelo exemplo de superação, força e humanidade;

Ao Dr. Alberto José Araújo, por me inspirar com seu grande conhecimento na área, ativismo e poesia;

Ao Dr. Nelson Caldas, influência fundamental, sem o qual não haveria o tema e início da pesquisa;

À técnica de enfermagem Janete Santos, pela simpatia e ajuda no contato com os pacientes;

À equipe do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo-HUCFF, pela disposição e exemplo;

À equipe do PROJAD-IPUB, pelo apoio e aprendizado;

À equipe do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica-HUCFF, pela agradável convivência e confiança;

Ao residente de psiquiatria, Wagner Gurgel, pelo brilhantismo e generosidade;

Ao Prof. Evandro Coutinho, pela grande didática e consultoria estatística;

À bibliotecária, Eliana Souza, pela prontidão em ajudar e pelo aprimoramento da revisão bibliográfica;

À estatística Tatiana Henriques, pela disponibilidade e boa vontade na revisão das tabelas.

Resumo

O uso de tabaco é o principal fator de risco de doenças crônicas não transmissíveis e a maior causa prevenível de morte no mundo. Ao longo dos anos, o Brasil conseguiu que a prevalência de tabagismo fosse reduzida de 23,9% em 1988 para 15% em 2013. A prevalência precisa diminuir ainda mais e, para isso, muito se estuda sobre os preditores de recaída no tratamento. Dentre esses, o uso de álcool é um grande desafio para a cessação tabágica. Mesmo em pacientes não dependentes de álcool, o risco de lapsos com o cigarro é cinco vezes maior nos dias em que há consumo pesado do álcool. Em vista disso, nesta dissertação, o principal objetivo foi estudar o padrão do uso de álcool nos pacientes que buscam tratamento de cessação tabágica e seu impacto no resultado. Realizamos um estudo de coorte, acompanhando uma amostra de 58 pacientes do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo no Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ. Descrevemos as características clínicas do grupo com uso problemático de álcool, definido como ter AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) maior ou igual a 8, e calculamos o risco relativo para o insucesso do tratamento. Concluímos que ter AUDIT maior ou igual a 8 aumenta cerca de 4 vezes o risco de insucesso no tratamento ao longo de um ano. Além disso, são pacientes que consomem mais cigarros, apresentam discretamente mais comorbidades psiquiátricas, maior frequência de acidente vascular encefálico e mais consciência do álcool como barreira para abstinência tabágica. Como parte do programa de pós-graduação, foram publicados dois artigos. No primeiro artigo, “**Cessação Tabágica em Paciente com Tremor Essencial**”, propomos o tremor essencial como quadro clínico importante de ser investigado em pacientes que querem parar de fumar. Tal condição tem implicações no manejo terapêutico da cessação tabágica, além de associação com distúrbios psiquiátricos que podem dificultar a abstinência. No segundo artigo, “**Possible Addiction Transference from Cocaine Insufflation to Oral Bupropion in Bipolar Patient**”, descrevemos um transtorno em grau moderado de abuso de bupropiona, medicamento amplamente utilizado nos serviços de saúde de cessação tabágica.

Palavras-Chave: tabaco; hábito de fumar; uso de álcool; abandono do uso de tabaco; comorbidade

Abstract

The use of tobacco is the main risk factor for chronic non-communicable diseases and the major cause of preventable death in the world. Throughout the years, Brazil accomplished to reduce its prevalence from 23.9% in 1988 to 15% in 2013. Our prevalence needs to be reduced even more and, for this purpose, there are a lot of studies about relapse predictors in treatment. Among these predictors, alcohol use is a great challenge for tobacco cessation. Even in non-dependent alcohol drinkers, the risk for tobacco lapse is 5 times higher in heavy drinking days. Therefore, our main objective in this dissertation is to study the pattern of use of alcohol in patients seeking treatment to quit smoking and its impact on treatment results. We did a cohort study, following 58 patients in treatment at *Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo* from Clementino Fraga Filho Hospital in UFRJ. We describe the clinical characteristics of the group presenting problematic alcohol use, defined as having AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) equal or higher than 8, and calculated the relative risk for failure. We conclude that presenting AUDIT higher or equal to score 8 is associated with about 4 times more risk of treatment failure in one year. Furthermore, these patients smoke more cigarettes, present slightly more psychiatric comorbidities, have higher frequency of cerebrovascular stroke and are more conscious about alcohol as a barrier to tobacco abstinence. As part of the post-graduation program, we published two articles. In the first article, ***“Smoking Cessation in a Patient with Essential Tremor”***, we propose essential tremor as an important feature to be investigated in patients that want to quit smoking. This feature brings implications on the therapeutic management of smoking cessation and also has association with psychiatric disorders that can challenge tobacco abstinence. In the second article, ***“Possible Addiction Transference from Cocaine Insufflation to Oral Bupropion in Bipolar Patient”***, we describe a moderate bupropion-related use disorder, which is a widely used medication in tobacco cessation services.

Keywords: tobacco; smoking; alcohol use; tobacco use cessation; comorbidity

Sumário

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Anexos	ix
Lista de Siglas	x
 1. Introdução	
1.1 História e Epidemiologia do Uso de Tabaco	1
1.2 O Tratamento de Cessação Tabágica no SUS	3
1.3 Associação entre Tabaco e Álcool	6
2. Desenvolvimento	
2.1 Artigos	9
2.2. A pesquisa:	
2.2.1 Justificativa	10
2.2.2 Objetivos	11
2.2.3 Pesquisa Bibliográfica	12
2.2.4 Método	16
2.2.4.1 Desenho	16
2.2.4.2 Aspectos Éticos	16
2.2.4.3 Procedimentos	17
2.2.4.4 Amostra	20
2.2.4.5 Instrumentos de Avaliação	24
2.2.4.6 Variáveis estudadas	25
2.2.4.7 Análises Estatísticas	26
2.2.4.8 Financiamento	26
2.2.5 Resultados	27
2.2.5.1 Análise Univariada	30
2.2.5.2 Análise Bivariada	32
2.2.5.3 Desfecho Clínico	33
2.2.6 Discussão	36
3. Conclusão	45
Referências	46
Anexos	58

Lista de Anexos

Anexo I- artigo “***Cessação Tabágica em Paciente com Tremor Essencial***”

Anexo II- artigo “***Possible Addiction Transference from Cocaine Insufflation to Oral Bupropion in Bipolar Patient***”

Anexo III- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo IV- Questionário Informativo

Lista de Siglas

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CONTAPP- Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção

Primária do Câncer

DP- Desvio-Padrão

FET- *Fisher's Exact Test*

HADS- *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HUCFF- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA- Instituto Nacional do Câncer

KWT- *Kruskall-Wallis Test*

MINI- *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MWU- *Mann-Whitney U-test*

NETT- Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RR- Risco Relativo

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFDN- Teste de *Fagerstrom* para Dependência à Nicotina

1. Introdução:

1.1 História e Epidemiologia do Uso de Tabaco

O tabaco é o principal fator de risco de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011a) e a maior causa prevenível de morte no mundo (WHO, 2011b).

Desde a Revolução Industrial, no século XVIII, houve a mecanização dos sistemas de produção e expansão dos negócios do tabaco. Houve maior ritmo de produção, menores preços e estímulo ao consumo. Por outro lado, em um paradoxo do progresso, aumentaram o desemprego, a exclusão social dos menos qualificados, o risco de adoecimento decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais, além dos efeitos da poluição industrial e ambiental (ARAÚJO, 2012b).

Na época, a oferta de produtos para reduzir o estresse e os sintomas depressivos, incorporou o tabaco, sob a forma de cigarro industrializado, ao álcool. Ambos se disseminaram rapidamente entre a classe operária como anestesia aos problemas cotidianos modernos (ARAÚJO, 2012b).

Na I Guerra Mundial (1914-1918), o cigarro industrializado se torna o primeiro produto comercial globalizado. A partir daí, a disseminação e massificação do uso o fizeram deixar de ser exclusivo do uso de homens, para atingir mulheres. Tal fato coincidiu com o ingresso das mulheres nas fábricas para substituir os homens que foram lutar na II Guerra Mundial, além da conquista do direito de voto no final dos anos 1920 (ARAÚJO, 2012b).

A indústria passa a investir em um *marketing* agressivo e elaboração de marcas direcionadas para público específicos, lucrando enormemente. No Brasil, por exemplo, ficaram entre as dez maiores empresas participantes do PIB entre 1970 a 1980 (ARAÚJO, 2012b).

O primeiro inquérito sobre a prevalência do tabagismo foi realizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 1972, em 8 cidades da América Latina. Na cidade de São Paulo, havia cerca de 54% de fumantes no sexo masculino e 20% no sexo feminino (JOLY, 1975). Em 1988, o Ministério da Saúde, através da Pesquisa Nacional Sobre Estilo de Vida, encontrou cerca

de 23,9% de fumantes maiores de 15 anos de idade, sendo 59,6% representados por homens e 40,4% por mulheres (ARAÚJO, 2012b).

Ao longo dos anos, o Brasil conseguiu vários marcos históricos para o controle de tabaco como a lei dos ambientes livre de fumo, restrições à propaganda na mídia em geral e elevação dos impostos (ARAÚJO, 2012b). Em 1985, o Ministério da Saúde assume oficialmente o protagonismo no controle do tabagismo e cria o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” a partir de 1986. Em 1991, as ações do Ministério da Saúde são transferidas para o Instituto do Câncer (INCA) que cria a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP). Do CONTAPP surgiram todas as diretrizes para o programa de alcance nacional (ARAÚJO, 2012b).

A partir de 2003, com a aprovação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo desenvolve atividades desde capacitação de profissionais para tratar fumantes que querem parar, até programas de prevenção da iniciação em escolas e promoção de ambientes livres de tabaco (ARAÚJO, 2012b).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) levantou que aproximadamente 15% dos indivíduos maiores de 18 anos são usuários atuais de tabaco, seja fumado ou não, diário ou ocasional. O cigarro industrializado é o produto do tabaco mais consumido. Há maior prevalência em áreas rurais (17,4%) que urbanas (14,6%), assim como em pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (20,2%). Em 2013, os homens representaram 19,2%, enquanto as mulheres 11,2% da prevalência. Além disso, por faixa etária, a maior proporção ficou entre 40 e 59 anos e pessoas declaradas da cor ou raça negra (17,8%) registraram proporção maior que as pessoas brancas. Tais características relacionadas a sexo, escolaridade e faixa etária se repetiram em todas as Grandes Regiões (IBGE, 2014).

Apesar da grande redução da prevalência ao longo dos anos, ainda existem desafios como a concentração de fumantes nas populações de menor renda e escolaridade, a menor redução do tabagismo entre as mulheres comparada com a dos homens e o elevado índice de experimentação de cigarros e de tabagismo regular entre adolescentes (CAVALCANTE, 2012).

No mundo, o cigarro industrializado também é a forma de tabaco mais consumida, estimando-se que mais de 1 bilhão de fumantes consumam mais de 6 trilhões de cigarros anualmente. Estima-se ainda que 1,3 bilhão de pessoas consumam algum tipo de produto de tabaco, sendo que 900 milhões estão localizados em países em desenvolvimento (WHO, 2011b).

Do ponto de vista de mortalidade mundial, o tabaco matou cerca de 100 milhões de pessoas no século 20, muito mais do que a I e II Guerras Mundiais juntas. As mortes relacionadas ao tabaco podem chegar a 1 bilhão no século 21, caso o padrão atual de consumo continue (ERIKSEN et al., 2015).

1.2 O Tratamento de Cessação Tabágica no Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 2002, o Ministério da Saúde permitiu um grande avanço para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, após a Portaria GM/ MS 1575/02, que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante na Rede SUS. Assim, o Brasil foi um dos primeiros países a incluir o tratamento gratuito do fumante no sistema público de saúde (OLIVEIRA; MEIRELLES, 2012).

Atualmente, as unidades de saúde devem estar credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) no Serviço Especializado-Controle de Tabagismo (código 119), para receberem tanto medicamentos como os materiais de apoio utilizados nas sessões estruturadas. Além disso, devem cumprir alguns critérios como ser um ambiente livre de fumo e possuir, pelo menos, um profissional de nível superior com capacitação segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (OLIVEIRA; MEIRELLES, 2012).

A base do tratamento para o tabagismo é a abordagem cognitivo-comportamental, que combina orientação e reestruturação cognitiva a intervenções que facilitem a mudança de comportamento. Esta abordagem pode ser realizada em sessões de grupo ou em sessões individuais em alguns casos especiais. Tais sessões tem a frequência de uma vez por semana no primeiro mês, quinzenais no segundo e mensais a partir do terceiro mês até um ano de abstinência (CARVALHO; OLIVEIRA, 2012).

Os pacientes recebem *O Manual do Paciente*, composto de 4 fascículos que são entregues nas respectivas sessões estruturadas que compõem a primeira etapa de tratamento. Os fascículos abordam os seguintes temas: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; os primeiros dias sem fumar; como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; benefícios obtidos após parar de fumar (BRASIL, 2005).

O coordenador também recebe *O Manual do Coordenador* que pode guiar a condução do tratamento, tanto individual como em grupo. Possui sugestões sobre a forma de abordá-los e temas semelhantes aos do *Manual do Paciente* (CARVALHO; OLIVEIRA, 2012).

Dentro da grade de medicamentos fornecidos gratuitamente, encontram-se o cloridrato de bupropiona e a terapia de reposição de nicotina por meio de adesivos transdérmicos e goma de mascar. Os critérios para tratamento medicamentoso são: participar das sessões de abordagem cognitivo-comportamental, não possuir contraindicação clínica e apresentar pelo menos um dos critérios para grau elevado de dependência à nicotina. Fazem parte desses critérios: fumantes de mais de 20 cigarros por dia (fumantes pesados); pacientes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; pacientes com escore do teste de Fagerstrom maior ou igual a 5, ou avaliação individual a critério do profissional; pacientes que já tentaram parar de fumar apenas com abordagem cognitivo-comportamental, mas não conseguiram devido aos sintomas de síndrome de abstinência (BRASIL, 2001).

Em revisão de 2010 para avaliar a eficácia das intervenções para cessação tabágica, as taxas de sucesso após um ano foram de aproximadamente 3,5% para tentar sozinho; 7 a 16% para terapia comportamental e 24% para a combinação de terapia comportamental e farmacoterapia (incluindo terapia de reposição de nicotina, bupropiona e vareniclina) (LANIADO-LABORIN, 2010). Cinciprini et al. (1997) já haviam publicado que 80% dos fumantes gostariam de parar de fumar, porém apenas 3% deles o conseguem sem ajuda terapêutica a cada ano. Assim, a abordagem rotineira do fumante possui grande impacto para reduzir a prevalência do tabagismo.

Em levantamento da cobertura e eficácia dos programas de cessação do tabagismo em 10 centros de tratamento no Brasil, 90% dos gestores aferiram o

percentual de pacientes em abstinência contínua após 12 meses, sendo a média de $37,7 \pm 10,4$ (19-51) e mediana igual a 37. Os gestores que não tinham esta informação calculada estimaram a eficácia do programa em torno de 30%. Tal estimativa é semelhante ao encontrado na literatura internacional (ARAÚJO, 2012a).

O Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT) no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) estrutura, desde 1999, o atendimento da rede SUS para intervenção e interrupção do tabagismo de pacientes moradores da área programática 3.1. O programa consiste em avaliação individual inicial (entrevista de sensibilização do fumante) e terapia em grupo semanal com coordenação de um profissional de saúde treinado. Por semana, acontecem em média 3 grupos paralelamente, com cerca de 12 pacientes cada. No primeiro mês, são realizadas sessões estruturadas segundo as cartilhas do Ministério da Saúde de forma semanal para cada grupo, totalizando quatro sessões no primeiro mês. Espera-se que o paciente pare de fumar durante estas sessões estruturadas. No segundo mês, as sessões são consideradas de manutenção e passam a ser quinzenais. A partir do terceiro mês, o acompanhamento é mensal até completar um ano sem fumar, podendo ser contato por telefone ou avaliação presencial. Ao completarem um ano de abstinência, os pacientes são considerados ex-fumantes e tem alta com sucesso do programa. Para a verificação de abstinência, contamos com os depoimentos dos próprios pacientes e a monoximetria, realizada na entrevista inicial e periodicamente ao longo do acompanhamento. O ponto de corte da espirometria de monóxido de carbono é 6ppm.

Para fins de pesquisa e triagem de fatores de risco de recaída, são aplicados questionários que possibilitem a identificação de comorbidades clínicas e psiquiátricas, com intensificação do tratamento em pacientes que necessitem. Dessa forma, antes do encaminhamento aos grupos de tratamento, são preenchidos um questionário com dados sociodemográficos e clínicos, além de escalas como o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Teste de *Fagerstrom* para Dependência à Nicotina (TFDN) e o CAGE. A partir de agosto/2012, foi adicionado a esta rotina o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Esta entrevista inicial é aplicada por profissionais de saúde

(psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros) treinados e capacitados para abordagem de sensibilização do fumante, sendo o AUDIT e HADS autopreenchidos pelos pacientes.

1.3 Associação entre Tabaco e Álcool

A dependência de nicotina é muito frequente entre dependentes de drogas e álcool. Pessoas que fumam, em geral, são mais propensas a ingerir bebidas alcoólicas e pessoas que bebem são mais sujeitas a fumar (BOBO; HUSTEN, 2000). Os números que comprovam essa relação são alarmantes: até 90% dos alcoolistas fumam (FERTIG, 2002) e o alcoolismo é cerca de dez vezes mais provável em fumantes do que em não fumantes (DIFRANZA; GUERRERA, 1990). Mesmo em pacientes não dependentes de álcool, o risco de lapsos com o cigarro é cinco vezes maior nos dias em que há consumo pesado do álcool (KAHLER; SPILLANE; METRIK, 2010).

A associação entre tabaco e álcool teve seu primeiro registro na literatura em 1972 (WALTON, 1972) e, desde então, vem sendo estudada e reconhecida em diversos países, ultrapassando barreiras culturais (BATEL et al., 1995; DEGENHARDT; HALL, 2003; JACKSON et al., 2003; JOHN et al., 2003; YU; ABLER, 2010).

Em território brasileiro, Chaieb e Castellarin (1998) investigaram uma amostra comunitária e encontraram maior prevalência de tabagismo entre alcoolistas (67%) do que entre os não alcoolistas (44%). Spiandorello et al. (2003) aplicando o AUDIT e TFDN em amostra de pacientes internados, também encontrou associação entre os hábitos, sendo 52,6% de fumantes no grupo de AUDIT positivo (maior que 8) e 22% de fumantes no grupo de AUDIT negativo (menor que 8).

Através de estudos experimentais e clínicos, a literatura demonstra evidências da interação álcool-tabaco em diversos níveis como: farmacodinâmico, farmacocinético, genético, funcional, por exposição ambiental e condicionamento (LITTLETON; LITTLE, 2002). Portanto, esta associação é um fenômeno complexo e de múltiplas causalidades.

A princípio, ambas as substâncias aumentam a liberação de dopamina no núcleo *accumbens*, tendo um efeito somatório nesse sítio (TIZABI et al., 2002).

Além disso, existem evidências experimentais de ambos atuarem em receptores nicotínicos. Por exemplo, há redução da liberação de dopamina no sistema mesolímbico e, conseqüentemente, da propriedade reforçadora do álcool após administração de mecamilamina, um antagonista de receptor de acetilcolina nicotínico. Este resultado sugere que os receptores nicotínicos estejam envolvidos na recompensa do uso de álcool (BLOMQVIST et al., 1993; BLOMQVIST et al., 1997; LITTLE, 2000; NADAL; CHAPPELL; SAMSON, 1998). A variância genética e alterações na farmacocinética do álcool pela mecamilamina também parecem influir para isso (BLOMQVIST et al., 2002).

Em experiências entre nicotina e álcool, existem evidências de que injeções de nicotina diminuiriam a auto-administração de álcool (NADAL et al., 1998; NADAL; SAMSON, 1999). Porém, a infusão crônica de determinadas doses de nicotina, aumentam a auto-administração operante de álcool (CLARK ; WATSON ; LITTLE 1998).

Em termos farmacocinéticos, há potencial de interação entre o álcool e a nicotina desde os estágios de absorção e distribuição já que ambos alteram o fluxo sanguíneo local (LITTLETON; LITTLE, 2002). No metabolismo hepático idem, pois os dois podem promover a indução de enzimas citocrômicas durante uma exposição crônica (LITTLETON; LITTLE, 2002).

As interações farmacocinéticas são amplamente desconhecidas e imprevisíveis (SEATON; VESELL, 1993). Além disso, o usuário concomitante de álcool e nicotina autotitula as doses de cada para a obtenção do efeito desejado. Por isso, há recomendação para que estudos em animais tentem aferir a concentração das drogas no sítio de interesse (ex. cérebro), assim como, estudem variadas doses e concentrações (LITTLETON; LITTLE, 2002).

A dependência ao cigarro poderia ser, não apenas pela nicotina, mas por outros vários ingredientes, como o acetaldeído que também é metabólito do álcool e poderia ser um dos responsáveis pelo estímulo reforçador de ambos (FODDAI et al., 2004; MELIS et al., 2007; ROSE et al., 2010; SAMAHA; ROBINSON, 2005; TALHOUT; OPPERHUIZEN; VAN AMSTERDAM, 2007).

Com relação às alterações funcionais dessa combinação, Perkins (1997) demonstrou que a nicotina diminui o efeito sedativo do álcool, aumentando o potencial de uso conjunto. Onaivi, Todd e Martin (1989) também propuseram

que, quando ambas são usadas, suas propriedades ansiolíticas são maiores do que quando usadas separadamente.

A vulnerabilidade genética para a dependência a ambos também existe, havendo uma correlação genética de 0,68 (TRUE et al., 1999; VOLK et al., 2007). Como parte de um grande estudo genético sobre alcoolismo (*The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*), Bierut et al. (2004) encontraram que uma região do cromossomo 2 pode ser responsável por essa vulnerabilidade.

A exposição ambiental e o condicionamento exercem influências importantes na associação e as indústrias investem neles para perpetuarem os lucros. Tanto que a capilarização dos pontos de distribuição dos produtos do tabaco segue uma lógica dos pontos de venda de álcool e das proximidades a lugares com alta densidade de jovens, como academia, escolas, clubes, universidades (NASCIMENTO; CHONG-SILVA, 2012). Corroborando isso, em estudo com adolescentes escolares em Salvador, o uso de álcool foi o fator de risco de maior impacto em análise multivariada para experimentação e iniciação de cigarro (MACHADO NETO et al., 2010).

A associação entre o álcool e o tabaco tem importantes implicações na saúde clínica do paciente. O uso concomitante aumenta em níveis exponenciais o risco de cânceres como o de esôfago (CASTELLSAGUE et al., 1999), boca e faringe (ZHENG et al., 2004). Mais da metade dos pacientes em tratamento por dependência de álcool morrem por doenças relacionadas ao tabagismo no lugar de complicações por álcool (HURT et al., 1996).

Em um estudo caso-controle comparando fumantes alcoolistas e não alcoolistas, os primeiros apresentaram prevalência maior de dependência grave em nicotina, maior intensidade na fissura e maior frequência de descrição da mesma como “depressão”. Tal achado pode indicar um efeito reforçador negativo da abstinência de nicotina para os pacientes que possuem dependência comórbida ao álcool e, conseqüentemente, aumentar as taxas de insucesso à cessação tabágica (HEFFNER et al., 2011).

2. Desenvolvimento

2.1 Artigos

Dentre as atividades de pesquisa realizadas pelo NETT e do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, a autora do presente estudo publicou dois artigos (incluídos nos anexos) que enfocam o uso do tabaco e o seu tratamento.

No 1º artigo “Cessação Tabágica em Paciente com Tremor Essencial”, publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria em fevereiro de 2013, propomos o tremor essencial como uma característica clínica a ser investigada antes do tratamento de cessação tabágica. Tal sintoma traz implicações tanto para o manejo terapêutico do paciente que quer parar de fumar, como pela sua associação com outros distúrbios psiquiátricos que também podem dificultar a abstinência (COSTA et al., 2013).

No 2º artigo “*Possible Addiction Transference from Cocaine Insufflation to Oral Bupropion in Bipolar Patient*”, publicado no Journal of Addiction Medicine em março de 2015, é descrito, segundo o DSM-5, um quadro de transtorno em grau moderado pelo uso da substância bupropiona, cujo uso é frequente na prática clínica dos programas de cessação tabágica. A bupropiona é considerada com baixo risco de abuso, porém relatos desse tipo tem crescido na literatura. Há a necessidade de cuidado para sua prescrição em determinados pacientes, como presidiários, institucionalizados, usuários de múltiplas drogas, além de um esquema de dispensação racional desta medicação pelo sistema de saúde (COSTA et al., 2015).

2.2 A Pesquisa

2.2.1 Justificativa

O álcool é um fator de risco para lapsos durante a abstinência do cigarro e para o insucesso do tratamento de cessação tabágica (HYMOWITZ et al., 1997; KAHLER et al., 2010).

Sendo assim, estudar o padrão e a influência do uso problemático do álcool na cessação tabágica permite reconhecer fatores prognósticos e melhor detalhar essa população heterogênea. Com isso, é possível refletir na elaboração de abordagens mais específicas e que tenham maior eficácia para essa população no Brasil.

A longo prazo, melhores resultados na cessação tabágica também refletirão na prevalência de consequências clínicas que se potencializam pela ação sinérgica do álcool e tabaco, como o câncer de orofaringe, de trato respiratório superior e de esôfago.

Existem muitos estudos que avaliam a intervenção integrada do tratamento para álcool e tabaco em pacientes que objetivam principalmente abstinência alcoólica, internados em clínicas especializadas para dependência clínica. Porém, poucos estudaram uma amostra de pacientes dispostos primariamente a interromper a dependência de nicotina e com diversos graus de problema com álcool.

Além disso, os instrumentos utilizados variam enormemente, com preferência para o autorrelato da quantidade consumida ou com o autorrelato do diagnóstico psiquiátrico. Somente um estudo (WILSON et al., 2012) aplicou o AUDIT para avaliar o padrão de uso de álcool entre os pacientes de um programa de cessação tabágica, porém sem cálculo do risco relativo em relação ao desfecho.

Outro aspecto relevante do estudo é chamar atenção para detecção precoce do uso de álcool em quem quer parar de fumar.

Nesta pesquisa, usamos o AUDIT, HAD-S, TFDN e o MINI para estudar suas possíveis correlações com o prognóstico do tratamento de cessação tabágica.

O uso de instrumentos padronizados e de fácil aplicação pode ter implicações importantes para a saúde pública, devido ao maior reconhecimento da dupla comorbidade, assim como chamar atenção para a necessidade de uma maior capacitação de profissionais para lidar com o tema.

2.2.2 Objetivos

Objetivo Geral

Descrever o uso problemático de álcool e determinar seu impacto no sucesso do tratamento de cessação tabágica.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico.
- Descrever o padrão do uso do álcool, tabaco e de outras drogas.
- Descrever a existência de comorbidades clínicas.
- Descrever características do tratamento de cessação tabágica como frequência às sessões e uso de medicamentos.
- Descrever a distribuição dos diagnósticos psiquiátricos pelo MINI.
- Avaliar a gravidade de dependência de nicotina pelo TFDN
- Identificar a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão pelo HADS aplicado na entrevista inicial.
- Identificar as diferenças entre o grupo com uso problemático de álcool (AUDIT ≥ 8) e aqueles sem uso problemático de álcool (AUDIT < 8) quanto às variáveis estudadas.
- Identificar a diferença de desfecho (sucesso ou insucesso) entre pacientes que apresentam uso problemático de álcool (AUDIT ≥ 8) e aqueles sem uso problemático de álcool (AUDIT < 8).

2.2.3 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados internacionais Medline/PubMed (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science (Thompson Reuther). Inicialmente, foram identificados os descritores de assunto e Mesh terms, seus sinônimos em português e inglês. Destacamos as estratégias de buscas realizadas nas bases de dados a seguir:

Pubmed

((("tobacco use cessation"[MeSH Terms] OR "smoking"[MeSH Terms]) AND "treatment failure"[MeSH Terms]) AND (((("alcoholism"[MeSH Terms] OR "alcohol abstinence"[MeSH Terms] OR "alcoholics"[MeSH Terms]) OR "alcohol drinking"[MeSH Terms]) OR ("harmful/addictive"[Title/Abstract] OR "harmful/alcohol"[Title/Abstract] OR "harmful/hazardous"[Title/Abstract] OR "harmful/hazardous/dependent"[Title/Abstract] OR "harmful/hazardous alcohol use"[Title/Abstract])))

Total: 9 artigos

Search (((("Cessation Tobacco Use"[Title/Abstract] OR "Tobacco Cessation"[Title/Abstract] OR "Smokeless Tobacco Cessation"[Title/Abstract])) AND ("cigarette smoking"[Title/Abstract] OR "tobacco smoking"[Title/Abstract])) AND (alcoholism[Title/Abstract] OR "alcohol abstinence"[Title/Abstract] OR "alcoholics"[Title/Abstract] OR "alcohol drinking"[Title/Abstract]))

Total: 2 artigos

((relapse[Title/Abstract] OR lapse[Title/Abstract] OR sucess[Title/Abstract] OR "treatment failure"[Title/Abstract]) AND ("alcoholism"[Title/Abstract] OR "alcohol abstinence"[Title/Abstract] OR "alcoholics"[Title/Abstract] OR "alcohol drinking"[Title/Abstract] OR "harmful use"[Title/Abstract])) AND "smoking"[Title/Abstract] AND "smoking cessation"[All Fields]

Total: 24 artigos

LILACS

"ABANDONO DO USO de tabaco" OR "Habito de fumar" [Descritor de assunto] and (((("alcoholismo") or "ABSTINENCIA alcoolica" or "ABSTINENCIA de alcool") or "ALCOOLICos") or "CONSUMO DE BEbidas alcoolicas") or "transtornos relacionados ao uso de alcool" [Descritor de assunto] and uso AND problemat\$ [Palavras]

Total: 3 artigos

cessação AND tabagi\$ [Palavras] or (("ABANDONO DO USO de fumo" or "ABANDONO DO USO de tabaco") or "HABITO DE FUMAR") AND ("ALCOOLicos" or "ALCOOLismo") [Descritor de assunto] and (uso AND problematico) [Palavras]

Total: 1 artigo

("ABANDONO DO USO de tabaco" OR "Habito de fumar") [Descritor de assunto] and (terapia OR tratamento) [Palavras do resumo] and (alcoholismo OR "abstinência de alcool" OR alcoolicos) [Descritor de assunto]

Total: 1 artigo

cessação AND tabagi\$ [Palavras] or (("ABANDONO DO USO de fumo" or "ABANDONO DO USO de tabaco") or "HABITO DE FUMAR") AND

("ALCOOLicos" or "ALCOOLismo") [Descritor de assunto] and (uso AND alcool AND tratamento AND insucesso) [Palavras]

Total: 18 artigos

cessação AND tabagi\$ [Palavras] or (("ABANDONO DO USO de fumo" or "ABANDONO DO USO de tabaco") or "HABITO DE FUMAR") AND ("ALCOOLicos" or "ALCOOLismo") [Descritor de assunto] and (insucesso OR sucesso OR recaída OR desistência) [Palavras]

Total: 28 artigos

SCOPUS

(TITLE-ABS-KEY ("tobacco use cessation" OR "treatment failure") AND TITLE-ABS-KEY ("alcoholism" OR "alcohol abstinence" OR "alcoholics" OR "alcohol drinking" OR "harmful use") AND TITLE-ABS-KEY ("smoking")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Human") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Humans") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Smoking") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Male") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Female") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Adult") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Alcoholism") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Smoking cessation") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Middle Aged") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Treatment failure") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Alcohol Drinking") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Risk Factors") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Tobacco dependence") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Aged") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Controlled study") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Smoking Cessation") OR LIMIT-

TO (EXACTKEYWORD , "Alcohol consumption") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Risk factor") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Adolescent") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Nicotine") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Alcohol") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Cigarette smoking") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Drinking behavior") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Follow up") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Comorbidity") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Tobacco Use Cessation") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Treatment Outcome") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Substance-Related Disorders") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Tobacco Use Disorder") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Treatment Failure") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Tobacco Use Cessation Products") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Treatment outcome") OR LIMIT-
 TO (EXACTKEYWORD , "Alcohol abstinence"))

Total: 116 artigos

Web of Science

Tópico:("alcoholism" OR "alcohol abstinence" OR "alcoholics" OR "alcohol drinking" OR "harmful use") AND **Tópico:**("smoking") AND **Tópico:** ((relapse OR lapse OR sucess OR insucess OR "treatment failure"))

Tempo estipulado: Todos os anos. **Índices:** SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH.

Total: 152 artigos

Foram encontrados, em 14/5/15, 355 artigos através das pesquisas nas bases acima, sendo 44 documentos duplicados. Foram selecionados e constam na fundamentação teórica da tese 122 artigos, além de artigos encontrados através de busca nas referências bibliográficas destes artigos, capítulos de

livros, artigos encontrados em revistas científicas de assinatura após essa data, além de publicações de sites de instituições oficiais.

2.2.4 Método

2.2.4.1 Desenho

Trata-se de um estudo observacional analítico de coorte quantitativo e retrospectivo, para avaliação do impacto do uso problemático do álcool no resultado do tratamento de cessação tabágica.

Apresentar AUDIT maior ou igual a 8 na primeira avaliação do serviço foi considerado uso problemático de álcool, enquanto que, AUDIT menor que 8 foi considerado uso não problemático de álcool.

O sucesso do tratamento foi definido por conseguir parar de fumar e manter a abstinência até um ano. O insucesso foi considerado como a desistência, o abandono ou a recaída ao longo de um ano de acompanhamento.

Entende-se por desistência, ir na primeira entrevista e não retornar. Entende-se por abandono, ir na entrevista inicial e primeira sessão de grupo e abandonar o tratamento em qualquer momento a partir daí.

2.2.4.2 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ através de submissão à Plataforma Brasil (número da CAAE: 21058513.3.0000.5263). Somente após a aprovação, o estudo foi iniciado.

Todos os pacientes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias no qual declararam estar de acordo em participar do mesmo. A primeira via ficou sob posse da pesquisadora e a segunda via sob posse do paciente (vide anexo III).

O TCLE foi lido presencialmente com a pesquisadora que esclareceu possíveis dúvidas dos pacientes recrutados. Os pacientes foram explicados do caráter

voluntário, dos possíveis riscos e sobre poder abandonar o estudo no momento em que desejassem, sem qualquer prejuízo ao tratamento decorrente de tal fato.

No caso de pacientes que já haviam iniciado o tratamento, completado ou abandonado antes de darmos início à pesquisa, os mesmos foram convidados a participar e somente com sua concordância manifestada pela assinatura do TCLE que seus dados foram utilizados.

Foram excluídos os pacientes clínicos graves para não causar-lhes qualquer risco de piora do quadro de base já que o quadro clínico teria prioridade de tratamento. Tal exclusão foi feita através de dados da entrevista inicial (vide questionário informativo, anexo IV).

Nos casos de diagnóstico de dependência de álcool, o paciente foi referenciado para o serviço especializado mais próximo de sua residência ou para o PROJAD-IPUB/UFRJ, serviço coordenado por Dr. Marcelo Cruz.

2.2.4.3 Procedimentos

Os pacientes foram convidados consecutivamente e por conveniência para participar da pesquisa independente de suas características clínicas e de seu estágio no tratamento. Aqueles que aceitaram marcaram uma entrevista com a pesquisadora para assinar o TCLE e responder ao MINI. Todos os pacientes respondem ao TFDN, questionário informativo, AUDIT e HADS na entrevista inicial para inscrição no programa independente da pesquisa, os quais foram recuperados através de análise do prontuário a posteriori.

Os convites foram feitos pessoalmente ou por telefone pela técnica de enfermagem do serviço. Caso a pesquisadora estivesse presente quando do convite pessoal e o participante apresentasse disponibilidade, a entrevista era realizada no mesmo momento. Caso o participante fosse convidado em algum outro momento que a pesquisadora não estivesse, era agendado um outro horário dentro da grade de tratamento do participante.

Sendo assim, aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram o TCLE, permitindo que os dados de seu prontuário fossem utilizados (questionário informativo, TFDN, AUDIT e HAD-S), assim como, responderam à aplicação do MINI pela pesquisadora.

A pesquisadora era a única profissional treinada na aplicação do MINI, enquanto o questionário informativo, TFDN, AUDIT e o HADS foram sempre aplicados na entrada do paciente no programa com auxílio de profissional capacitado na sensibilização do fumante (psicólogos, assistente sociais, enfermeiros ou médicos). O AUDIT e o HADS foram autopreenchidos pelos pacientes.

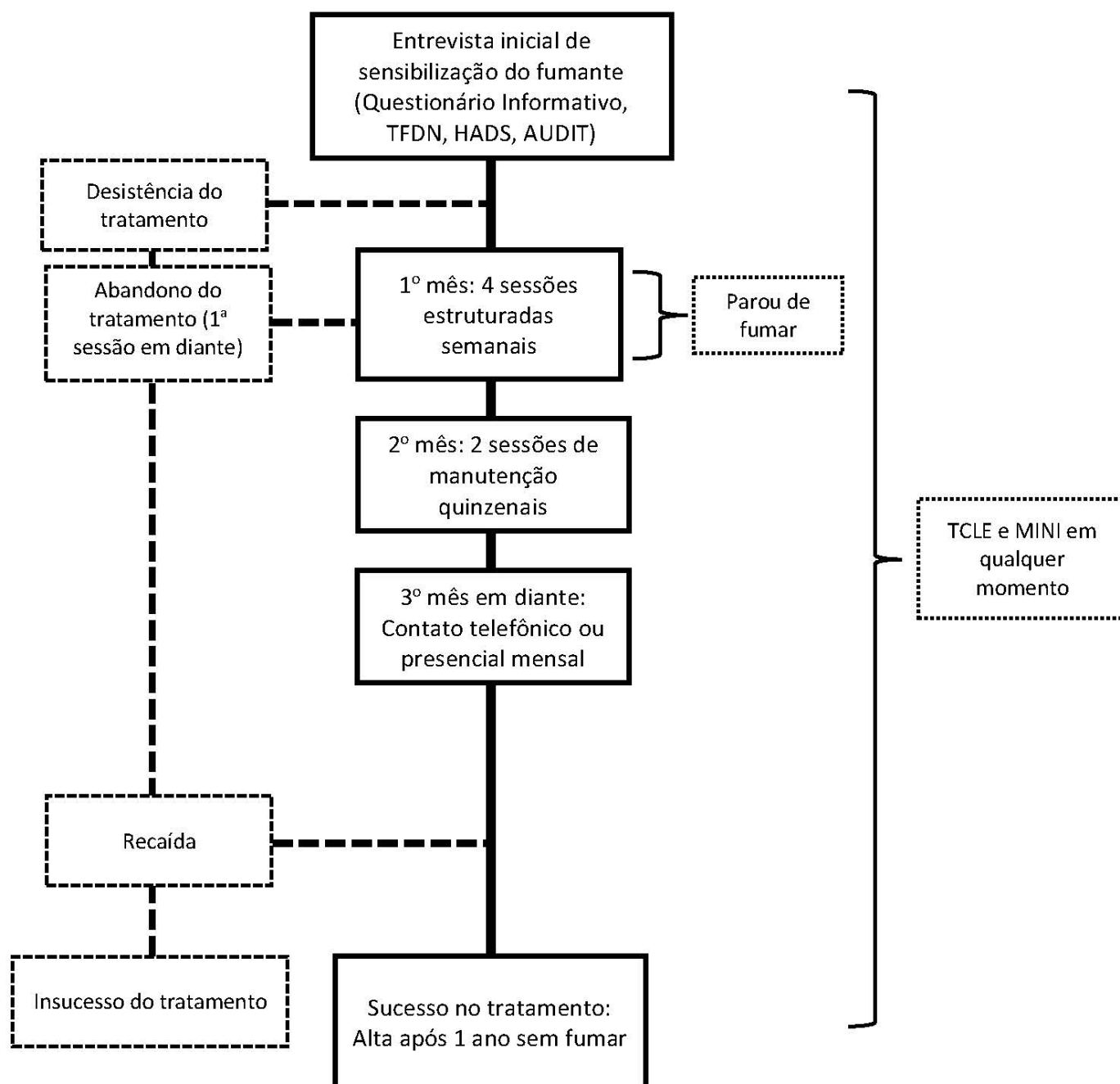
O MINI foi aplicado para confirmar os diagnósticos psiquiátricos por entrevista estruturada e por permitir diagnósticos ao longo da vida inteira, já que foi realizado em diferentes fases do tratamento (início, abstinência, manutenção, etc), quando os sintomas psiquiátricos podem flutuar. Para uma comparação transversal na mesma fase de tratamento, utilizamos o HADS, questionário autopreenchido na entrevista inicial do programa para todos os participantes.

Os pacientes, que ainda não possuíam dados do desfecho por terem sido convidados na fase inicial de seu tratamento, tiveram seus prontuários recuperados a fim de completar seu desfecho no banco de dados.

Os dados sobre as escalas e características clínicas dos pacientes foram recuperados do prontuário. A pesquisadora avaliou o paciente apenas uma vez para aplicação do MINI e assinatura do TCLE.

O fluxograma de seguimento dos pacientes está representado na Figura 1.

Figura 1 Fluxograma seguimento dos pacientes do estudo.



2.2.4.4 Amostra

Cálculo Amostral

Baseando-se no banco de dados, já existente, de pacientes do NETT que responderam ao CAGE como rotina de primeira avaliação dos anos de 2010 a 2012, seguem os parâmetros utilizados para o cálculo do tamanho amostral, considerando que um paciente com CAGE positivo tem maior probabilidade de ter AUDIT maior ou igual a 8:

- Supondo que o AUDIT é maior ou igual a 8 em 20% dos pacientes
- Supondo que o desfecho (abandono em menos de três meses) é 50%, aumento do risco de abandono em duas vezes
- Supondo que a falha em três meses para AUDIT menor que 8 seja 30%
- Supondo nível de significância de 5%
- Supondo o Poder= 80%

Tamanho da amostra= 150 pacientes no total

Recrutamento dos pacientes

Trata-se de uma amostra de conveniência, em que oitenta e oito pacientes inscritos de agosto de 2012 até agosto de 2014 ao serviço Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (NETT-HUCFF) foram convidados a participar através de contato telefônico ou pessoal, independente do desfecho clínico ou características clínicas. O contato telefônico faz parte do tratamento dos pacientes em manutenção e alguns pacientes ligavam para solicitar inscrição no programa. Outros compareciam para consulta, terapia de grupo ou também para se inscrever. Dentre os pacientes recrutados, sessenta e três aceitaram e foram avaliados individualmente pela pesquisadora, assinando o TCLE, além de responderem ao MINI, único instrumento que não faz parte da avaliação inicial do serviço.

Não houve restrições ao recrutamento de pacientes em diferentes estágios de tratamento, já que a maioria das informações (exceto o MINI e o desfecho para aqueles em fase inicial) faziam parte da rotina do serviço como requisito de entrada do paciente no programa. Tais informações foram colhidas do prontuário do paciente.

Critérios de inclusão

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados:

- pacientes de 18 a 70 anos;
- alfabetizados;
- usuários de tabaco fumado;
- pacientes inscritos no programa de tratamento do NETT do Hospital Clementino Fraga Filho durante o período de agosto/2012 a agosto/2014;
- pacientes que, pelo menos, compareceram à primeira entrevista de sensibilização (mesmo desistindo logo após);
- AUDIT, HAD-S e TFDN preenchidos na primeira entrevista de sensibilização;

Critérios de exclusão

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados:

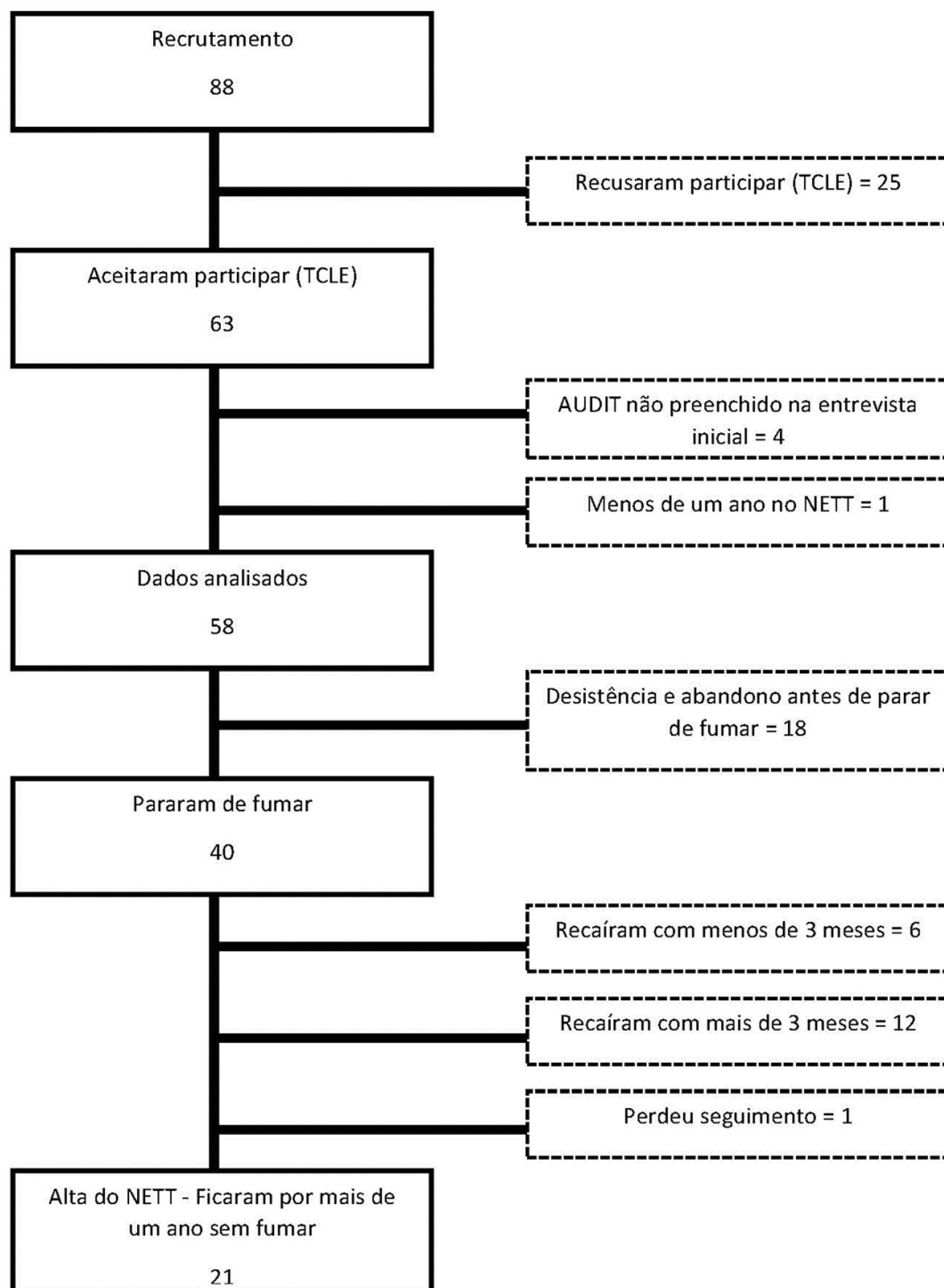
- pacientes analfabetos;
- pacientes em fase aguda de quadro psicótico (p.ex; transtorno bipolar, esquizofrenia);
- pacientes com dificuldades cognitivas como retardo mental, demência; ou problemas na linguagem como afasia;
- pacientes com problemas clínicos agudos ou graves como insuficiência cardíaca descompensada, lúpus em atividade, doença pulmonar obstrutiva grave;
- caso o AUDIT, HAD-S ou TFDN não tivessem sido preenchidos **na primeira avaliação** por falha humana ou outra razão maior;
- grávidas, lactantes ou mulheres que pretendiam engravidar.

Amostra estudada

Não foi conseguido o número previamente calculado de pacientes (150) e sessenta e três pacientes aceitaram participar da pesquisa e assinar o TCLE. Cinco pacientes foram excluídos, sendo quatro por não terem AUDIT preenchido na avaliação inicial do serviço, e outro por ter entrado após agosto/14, por isso, com um *follow-up* deficiente. No entanto, a proporção

encontrada de pacientes com $\text{Audit} \geq 8$ (37,9%) foi maior do que o estimado (20%) no cálculo da amostra. Com isso, várias análises foram possíveis com amostra menor. A amostra total estudada foi de 58 pacientes.

O fluxograma de composição da amostra está representando na Figura 2.

Figura 2 Fluxograma de composição da amostra

2.2.4.5 Instrumentos de Avaliação

- Questionário Informativo: Constitui-se em um questionário elaborado pelo programa NETT que inclui as seguintes variáveis: nome, idade, gênero, grau de escolaridade, estado conjugal, data de início do uso de álcool, data do início do uso de tabaco, uso de outras drogas, doenças clínicas prévias e atuais, tratamento psicológico anterior, tratamento psiquiátrico atual e anterior, uso de medicamentos atual.
- MINI (AMORIM, 2000; SHEEHAN et al., 1998): Entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria.
- TFDN (CARMO; PUEYO, 2002; HEATHERTON et al., 1991): Questionário aplicado para avaliação da gravidade de dependência de nicotina composto de seis perguntas.
- HAD-S (ZIGMOND; SNAITH, 1983): questionário que tem como objetivo avaliar de forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes clínicos e em acompanhamento ambulatorial. Possui 14 itens, sendo 7 orientados a avaliar ansiedade e 7 para avaliar depressão. O ponto de corte é de 8 para ambas, sendo de 0 a 7 sem sintomas, 8 a 11 sintomas sugestivos e 12 a 21 sintomas evidentes. Foi validada para o português brasileiro por Botega et al. (1995).
- AUDIT (SAUNDERS et al., 1993): Foi o primeiro questionário desenvolvido para avaliação de riscos e problemas ligados ao álcool para a rede de atenção básica. Apresenta alta sensibilidade para detectar indivíduos em risco e alta especificidade para detectar casos falsos. São 10 perguntas e um total maior que 8 pontos indica necessidade de avaliação mais detalhada. Sua diferença com relação ao CAGE consiste em detectar riscos para consumidores menos graves, mulheres e adolescentes. No Brasil, o AUDIT foi validado por Méndez (1999).

2.2.4.6 Variáveis estudadas

Investigamos o uso problemático de álcool como variável independente definindo-o como AUDIT maior ou igual ao score 8.

Como variável dependente, o desfecho no tratamento de cessação tabágica foi dicotomizado em duas categorias: sucesso e insucesso. Sucesso foi definido como parar de fumar por um ano, recebendo alta clínica do programa. Enquanto o insucesso foi considerado como desistência, abandono antes de parar de fumar, abandono após parar de fumar e recaída após parar de fumar (em 3 meses ou mais). A dicotomização foi necessária para otimizar a significância estatística e facilitar as análises.

Além disso, avaliamos para fins descritivos da amostra:

- Sexo
- Idade
- Idade em que começou a fumar
- Anos de estudo
- Estado civil
- Ocupação
- Renda familiar
- Número de comorbidades clínicas
- Número de diagnósticos psiquiátricos pelo MINI
- Número de cigarros/dia na semana
- Número de cigarros/dia no fim de semana
- Número de sessões estruturadas
- Uso de medicação
- Uso de antidepressivo
- Número de tentativas anteriores de parar de fumar
- Número de fumantes na família
- TFDN
- AUDIT
- HAD-S Ansiedade
- HAD-S Depressão
- Consideravam o álcool como barreira para parar de fumar

2.2.4.7 Análises Estatísticas

A análise estatística foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago IL).

A comparação entre os grupos (AUDIT $\geq$ 8 e AUDIT $<$ 8) foi realizada da seguinte maneira: Testes não-paramétricos foram utilizados para variáveis categóricas (Teste de *Kruskal-Wallis* quando comparando três ou mais grupos e o teste Exato de Fisher para o demais casos). Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste U de *Mann-Whitney*. O risco relativo bruto e ajustado (regressão logística) com os respectivos intervalos de confiança também foram calculados para a relação entre AUDIT e desfecho clínico. Realizou-se análise por regressão logística para determinação do risco ajustado depois do controle dos fatores potencialmente confundidores (idade, sexo, escolaridade, HADS). A significância estatística foi definida em 0,05.

2.2.4.8 Financiamento

Não houve financiamento da pesquisa. A autora foi responsável pelas despesas descritas no orçamento do projeto (material de papelaria).

2.2.5 Resultados

As tabelas 1 e 2 mostram as variáveis sociodemográficas, características clínicas, de consumo de álcool, diagnósticos no MINI e comorbidades clínicas descritas abaixo na análise univariada e bivariada.

Tabela 1 Variáveis sociodemográficas, características clínicas e de consumo de álcool nos grupos com AUDIT < 8 e AUDIT ≥ 8.

Variáveis Sociodemográficas	AUDIT < 8 (N=36)	AUDIT ≥ 8 (N=22)	Total (N=58)	Teste Estatístico	p
Sexo				FET	0,17
Masculino; n (%)	11 (30,6)	11 (50,0)	22 (38,9)		
Feminino; n (%)	25 (69,4)	11 (50,0)	36 (62,1)		
Idade; média (±DP)	53,5 (8,5)	50,1 (12,3)	52,2 (10,1)	MWU	0,43
Idade em que começou a fumar; média (±DP)	16,2 (5,2)	16,2 (4,8)	16,2 (5,0)	MWU	0,95
Anos de estudo; média (±DP)	10,1 (±3,3)	9,8 (±4,5)	10,0 (3,8)	MWU	0,92
Estado civil				KWT	0,34
Solteiro; n (%)	9 (25,0)	9 (40,9)	18 (31,0)		
Casado ou União estável; n (%)	17 (47,2)	8 (36,4)	25 (43,1)		
Separado ou divorciado; n (%)	7 (19,4)	5 (22,7)	12 (20,7)		
Viúvo; n (%)	3 (8,3)	0 (0,0)	3 (5,2)		
Ocupação				FET	0,17
Desempregado, do lar, licenciado ou aposentado; n (%)	15 (41,7)	5 (22,7)	20 (34,5)		
Trabalhando; n (%)	21 (58,3)	17 (77,3)	38 (65,5)		
Renda familiar; média em R\$ (±DP)	2246 (±1550)	2758 (±2460)	2438 (±1936)	MWU	0,45
Características clínicas	AUDIT < 8 (N=36)	AUDIT ≥ 8 (N=22)	Total (N=58)	Teste Estatístico	p
Número de comorbidades clínicas; média (±DP)	3,2 (2,7)	2,8 (2,1)	3,0 (2,5)	MWU	0,73
Número de diagnóstico no MINI; média (±DP)	2 (1,5)	3 (1,8)	2 (1,7)	MWU	0,01*
Número de cigarros/dia na semana; média (±DP)	19,6 (11,2)	30,2 (19,5)	20,3 (10,9)	MWU	0,37
Número de cigarros/dia no fim de semana; média (±DP)	19,4 (11,4)	21,7 (10,2)	23,6 (15,6)	MWU	0,02*
Número de sessões estruturadas; média (±DP)	2,9 (1,4)	3,3 (1,4)	3,1 (1,4)	MWU	0,11
Uso de medicação; n (%)	28 (77,8)	17 (77,3)	45 (77,6)	FET	0,96
Uso de antidepressivo; n (%)	15 (41,7)	8 (36,4)	23 (39,7)	FET	0,78
Número de tentativas de parar de fumar; média (±DP)	2 (1,6)	2 (1,5)	2 (1,7)	MWU	0,93
Número de fumantes na família; média (±DP)	1,8 (1,1)	1,9 (1,2)	1,8 (1,1)	MWU	0,96
Tem fumante em casa; n (%)	12 (33,3)	6 (27,3)	18 (31,0)	FET	0,77
Tem fumante na família; n (%)	33 (91,7)	20 (90,9)	53 (91,4)	FET	0,92
TFDN; média (±DP)	5,1 (2,2)	6,2 (2,2)	6,2 (2,2)	MWU	0,06**
TFDN ≥ 5; n (%)	22 (61,1)	18 (81,8)	40 (69,0)	FET	0,14
HAD-A; média (±DP)	7,8 (4,7)	7,3 (3,5)	7,6 (4,2)	MWU	0,82
HAD-A				KWT	0,81
Escore de 0 – 7; n (%)	18 (50,0)	11 (50,0)	29 (50,0)		
Escore de 8 – 11; n (%)	11 (30,6)	8 (36,4)	19 (32,8)		
Escore de 12 – 21; n (%)	7 (19,4)	3 (13,6)	10 (17,2)		
HAD-D; média (±DP)	7,3 (4,6)	6,0 (4,2)	6,8 (4,5)	MWU	0,21
HAD-D				KWT	0,11
Escore de 0 – 7; n (%)	22 (61,2)	19 (86,4)	41 (70,7)		
Escore de 8 – 11; n (%)	7 (19,4)	1 (4,5)	8 (13,8)		
Escore de 12 – 21; n (%)	7 (19,4)	2 (9,1)	9 (15,5)		
Consideravam o álcool como barreira para parar de fumar; n (%)	6 (16,7)	13 (59,1)	19 (32,8)	FET	<0,01*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,10$

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test; MINI= Mini International Neuropsychiatric Interview; TFDN= Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina; HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression; KWT= Kruskal-Wallis Test; FET= Fisher's Exact Test; MWU= Mann-Whitney U-test.

Tabela 2 Diagnósticos do MINI e comorbidades clínicas nos grupos com AUDIT < 8 e AUDIT ≥ 8.

Diagnóstico MINI	AUDIT < 8 (N=36)	AUDIT ≥ 8 (N=22)	Total (n=58)	Teste Exato de Fisher; <i>p</i> -valor
Transtorno de Ajustamento Total; n (%)	15 (41,7)	10 (45,5)	25 (43,1)	0,79
Fobia Específica; n (%)	13 (36,1)	6 (27,3)	19 (32,8)	0,57
Dependência de Álcool ao longo da vida; n (%)	5 (13,9)	10 (45,5)	15 (25,9)	0,01*
Depressão Maior atual e passado; n (%)	5 (13,9)	7 (31,8)	12 (20,7)	0,10
Abuso de Álcool atual; n (%)	2 (5,6)	9 (40,9)	11 (19,0)	< 0,001*
Fobia Social; n (%)	8 (22,2)	3 (13,6)	11 (19,0)	0,51
TDAH atual e passado; n (%)	4 (11,1)	5 (22,7)	9 (15,5)	0,28
Transtorno de Ansiedade Generalizada; n (%)	3 (8,3)	5 (22,7)	8 (13,8)	0,24
Distímia; n (%)	3 (8,3)	3 (13,6)	6 (10,3)	0,66
Transtorno de Somatização; n (%)	3 (8,3)	2 (9,1)	5 (8,6)	1,00
Transtorno de Estresse Pós-Traumático; n (%)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,7)	1,00
Comorbidade Clínica	AUDIT < 8 (N=36)	AUDIT ≥ 8 (N=22)	Total (n=58)	Teste Exato de Fisher; <i>p</i> -valor
Hipertensão Arterial Sistêmica; n (%)	15 (41,7)	14 (63,6)	29 (50,0)	0,17
Gastrite ou Úlcera Péptica; n (%)	11 (30,6)	3 (13,6)	14 (24,1)	0,20
Bronquite Crônica; n (%)	5 (13,9)	3 (13,6)	8 (13,8)	1,00
Obesidade; n (%)	5 (13,9)	3 (13,6)	8 (13,8)	1,00
Diabetes Mellitus; n (%)	4 (11,1)	3 (13,6)	7 (12,1)	1,00
Cardiopatia Isquêmica; n (%)	5 (13,9)	2 (9,1)	7 (12,1)	0,69
IAM recente ou antigo; n (%)	3 (8,3)	3 (13,6)	6 (10,3)	0,66
AVE recente ou antigo; n (%)	1 (2,8)	5 (22,7)	6 (10,3)	0,02*
Doenças Reumatólogicas; n (%)	4 (11,1)	1 (4,5)	5 (8,6)	0,64
Asma Brônquica; n (%)	4 (11,1)	1 (4,5)	5 (8,6)	0,64
Câncer; n (%)	3 (8,3)	2 (9,1)	5 (8,6)	1,00
Hepatite Crônica; n (%)	2 (5,6)	2 (9,1)	4 (6,9)	0,63
Doença Renal Crônica; n (%)	4 (11,1)	0 (0,0)	4 (6,9)	0,28
Trombose Venosa; n (%)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,52
AIDS; n (%)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,52
Tireoidopatia; n (%)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,52
Osteoporose; n (%)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,7)	1,00

* $p \leq 0,05$

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

TDAH= Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

IAM= Infarto Agudo do Miocárdio

AVE= Acidente Vascular Encefálico

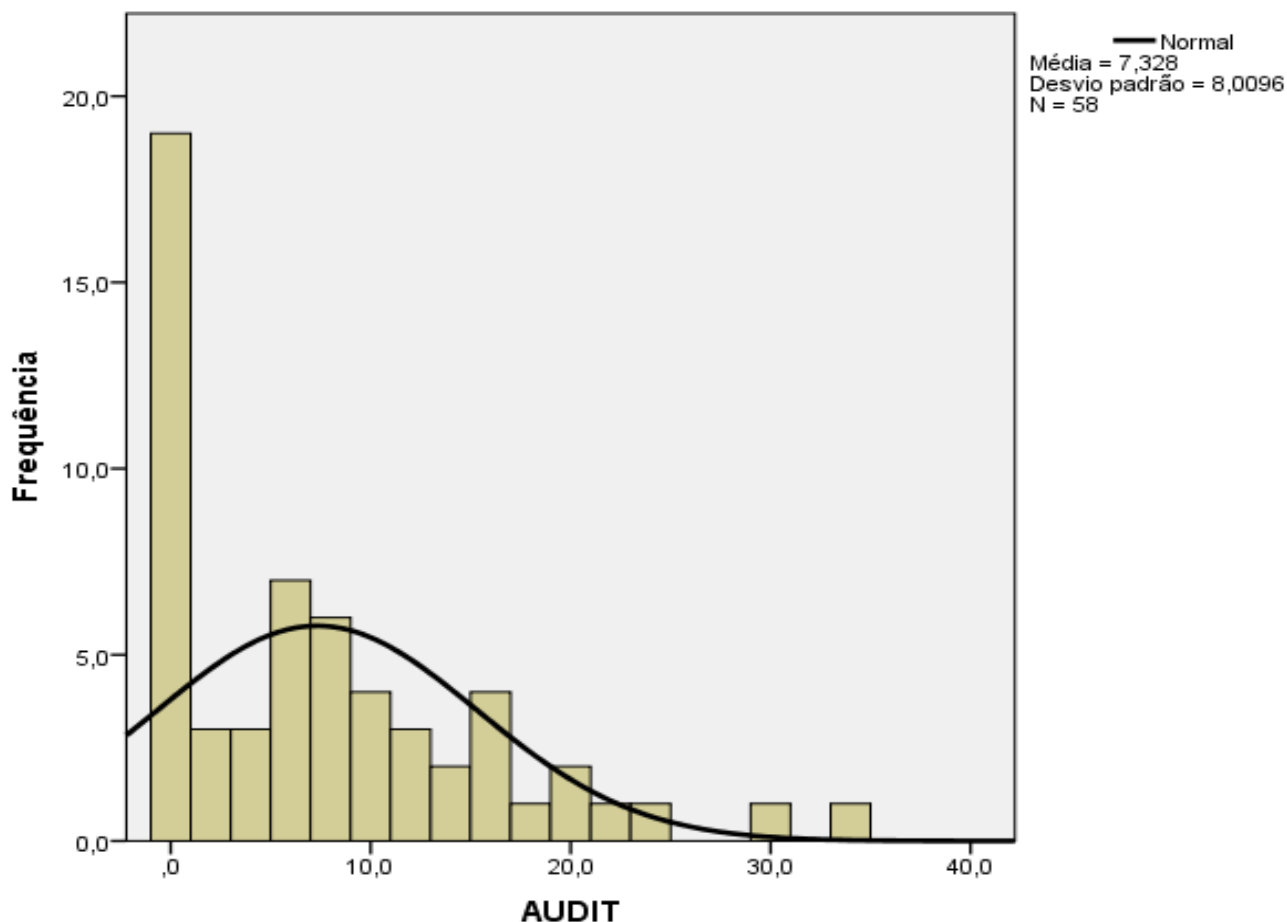
2.2.5.1 *Análise Univariada*

A amostra (n=58) constituiu-se em pacientes com média de idade de 52,2 ($\pm 10,1$) anos, início de uso regular do tabaco na adolescência (16,2 anos ± 5) e sendo, em sua maioria, mulheres (62,1%). As médias de escolaridade e renda familiar foram 10 ($\pm 3,8$) anos de estudo e 2438 (± 1936) reais, respectivamente. Havia predomínio de casados (43,1%) e a maioria trabalhava (65,5%) (vide tabela 1).

Os diagnósticos mais comuns pelo MINI foram transtorno de ajustamento (43,1%) e fobia específica (32,8%), seguidos de dependência de álcool ao longo da vida (25,9%). Não houve o diagnóstico atual ou ao longo da vida de dependência ou abuso de outras substâncias. Dentre as comorbidades clínicas, 50% da amostra possuía hipertensão arterial e 24,1% alegou ter gastrite ou úlcera péptica. Outras doenças relacionadas ao tabaco como bronquite crônica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico apresentaram menor frequência (13,8%; 10,3% e 10,3%, respectivamente) (vide tabela 2).

Cada paciente possuía, em média, 3 ($\pm 2,5$) comorbidades clínicas e 2 ($\pm 1,7$) diagnósticos psiquiátricos pelo MINI. A maioria tinha dependência de nicotina de moderada a grave (TFDN ≥ 5 =69%), AUDIT < 8 (62,1%) e mais sintomas ansiosos do que depressivos na linha de base (HADS-A 8-11+ HADS-A > 12 = 50%; HADS-D 8-11 + HADS-D > 12 = 29,3%). A média do AUDIT foi de 7,3 (± 8) e o amplo desvio padrão foi atribuído ao grande número de pontuação 0 na amostra (vide Figura 3).

Figura 3 Histograma de distribuição dos escores do AUDIT na amostra (N= 58).



Com relação às características do tabagismo, os pacientes tinham uma média de consumo aproximado de 1 maço por dia ($20,3 \pm 10,9$), aumentando ligeiramente em fins de semana ($23,6 \pm 15,6$). Já haviam tentado, em média, duas vezes a parar de fumar ($\pm 1,7$) e dezenove pacientes (32,8%) informavam que o seu consumo de álcool poderia ser uma barreira para a abstinência tabágica. A maioria (91,4%) tinha pelo menos um familiar fumante e dezoito pacientes (31%) dividiam sua casa com pelo menos um fumante.

A maior parte (77,6%) usou algum tipo de medicação para parar de fumar, sendo que 39,7% usou algum tipo de antidepressivo (sertralina, bupropiona ou nortriptilina), seja para parar de fumar, para o tratamento de sintomas depressivos comórbidos ou para ambos os fins. Ainda com relação ao tratamento, compareceram em média a 3 ($\pm 1,4$) sessões estruturadas.

2.2.5.2 Análise Bivariada

Quando separamos a amostra em grupos segundo o uso problemático de álcool (AUDIT<8 n=36 e AUDIT ≥8 n=22), podemos observar as seguintes características sociodemográficas (vide tabela 1):

- Maior prevalência do sexo feminino no grupo sem uso problemático de álcool (69,4%)
- Menor prevalência de casamento ou união estável no grupo com uso problemático (AUDIT ≥8 36,4% vs AUDIT<8 47,2%)
- Maior prevalência de pacientes trabalhando no grupo com uso problemático (AUDIT ≥8 77,3% vs AUDIT<8 58,3%).

Ambos os grupos foram equilibrados com relação a idade média no tratamento, idade de início do tabagismo, anos de escolaridade e renda familiar média.

Com relação aos diagnósticos psiquiátricos do MINI, os grupos apresentaram os seguintes resultados (vide tabela 2):

- O grupo AUDIT ≥8 apresentou maior prevalência de dependência de álcool ao longo da vida (45,5% vs 13,9%; p 0,01) e de abuso de álcool atual (40,9% vs 5,6%; p valor <0,001).
- O grupo AUDIT ≥8 mostrou uma tendência a apresentar mais depressão maior atual e no passado (31,8% vs 13,9%; p valor 0,1), TDAH atual e no passado (22,7% vs 11,1%; p valor 0,28), transtorno de ansiedade generalizada (22,7% vs 8,3%; p valor 0,24) e distímia (13,6% vs 8,3%; p valor 0,66).
- O grupo AUDIT<8 tendeu a apresentar mais pacientes com fobia específica (36,1% vs 27,3%; p valor 0,48) e fobia social (22,2% vs 13,6%; p valor 0,51).

Comparamos os grupos do ponto de vista de doenças clínicas, já que o NETT funciona em um hospital geral terciário, com muitos pacientes dos ambulatórios sendo referenciados para o tratamento:

- O grupo AUDIT≥8 apresentou uma diferença estatisticamente significativa na prevalência de acidente vascular encefálico recente ou antigo (22,7% vs 2,8%; p valor 0,02). Além disso, houve uma maior

tendência em termos relativos em relatar hipertensão arterial sistêmica (63,6% vs 41,7%; p valor 0,1).

- O grupo AUDIT<8 apresentou maior predomínio de gastrite ou úlcera péptica (30,6% vs 13,6%; p valor 0,2), doenças reumatológicas (11,1% vs 4,5%; p valor 0,64), asma brônquica (11,1% vs 4,5%; p valor 0,64) e doença renal crônica (11,1% vs 0%; p valor 0,28), mas as diferenças encontradas para estas doenças não foram estatisticamente significativas.

Existem diferenças estatisticamente significativas quando descrevemos os grupos segundo suas características clínicas:

- A média de diagnósticos pelo MINI por paciente foi discretamente maior no grupo AUDIT ≥ 8 ($3 \pm 1,8$ vs $2 \pm 1,5$; p valor 0,01)
- Os pacientes do grupo AUDIT ≥ 8 fumam mais cigarros por dia durante o fim de semana ($21,7 \pm 10,2$ vs $19,4 \pm 11,4$; p valor 0,02).
- Os pacientes com AUDIT ≥ 8 consideraram mais o álcool como barreira para parar de fumar (59,1% vs 16,7%; p valor <0,001).

Quando consideramos as tendências em valores absolutos e relativos:

- A média do TFDN foi maior no grupo AUDIT ≥ 8 ($6,2 \pm 2,2$ vs $5,1 \pm 2,2$; p valor 0,06)
- Houve maior predomínio de TFDN ≥ 5 no grupo AUDIT ≥ 8 (81,8% vs 61,1%; p valor 0,14)
- O grupo com AUDIT ≥ 8 fuma uma maior média de cigarros durante a semana ($30,2 \pm 19,5$ vs $19,6 \pm 11,2$; p valor 0,37)
- No grupo AUDIT<8, houve maior frequência de HADS-D 8-11 (19,4% vs 4,8%; p valor 0,09) e HADS-D >12 (19,4% vs 9,1%; p valor 0,25).

2.2.5.3 Desfecho Clínico

Menos da metade (36,2%) completou o tratamento, o que significa permanecer um ano sem fumar e receber alta do programa. Entre os que não completaram, 31% conseguiu parar de fumar mas recaiu, se desligando do programa ainda fumando (vide tabela 3). Uma exceção às altas por desistência, abandono ou recaída foi um paciente (AUDIT zero) que conseguiu parar de fumar, porém

mudou de contato telefônico, perdendo seguimento com 4 meses de abstinência.

Comparando os grupos segundo o uso problemático de álcool, obtivemos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (vide Tabela 3):

- O grupo AUDIT<8 completou um ano sem fumar com maior frequência, ganhando mais alta do tratamento (47,2% vs 18,2%; p valor 0,047).
- O grupo AUDIT ≥ 8 apresentou mais recaída (16,7% vs 54,5%; p valor 0,004).

Tabela 3 Variáveis de desfecho clínico nos grupos com AUDIT < 8 e AUDIT ≥ 8 .

Desfecho Clínico	AUDIT < 8 (N=36)	AUDIT ≥ 8 (N=22)	Total (N=58)	Teste Exato de Fisher; p -valor
Completo um ano sem fumar; n (%)	17 (47,2)	4 (18,2)	21 (36,2)	0,047*
Desistiu, Abandonou, Recaiu ou Perdeu seguimento; n (%)	19 (52,8)	18 (81,8)	37 (63,8)	
Desistência; n (%)	3 (8,3)	3 (13,6)	6 (10,3)	0,66
Abandonou; n (%)	9 (25,0)	3 (13,6)	12 (20,7)	0,34
Recaída; n (%)	6 (16,7)	12 (54,5)	18 (31,0)	0,004*
Recaída nos primeiros 3 meses; n	2	4	6	
Recaída após 3 meses; n	4	8	12	
Perdeu seguimento; n (%)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,7)	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,10$

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

Dessa forma, ter AUDIT ≥ 8 tem risco relativo bruto de 4,03 (IC 95% 1,1-14,3) de ter insucesso no tratamento, ou seja, desistir, abandonar ou recair. Após o controle dos fatores potencialmente confundidores (idade, sexo, escolaridade e escore no HADS), o risco relativo ajustado ainda aumenta para 5,16 (IC 95% 1,23-21,74), reforçando a relevância prognóstica do AUDIT no início do tratamento (vide Tabela 4 e Figura 4).

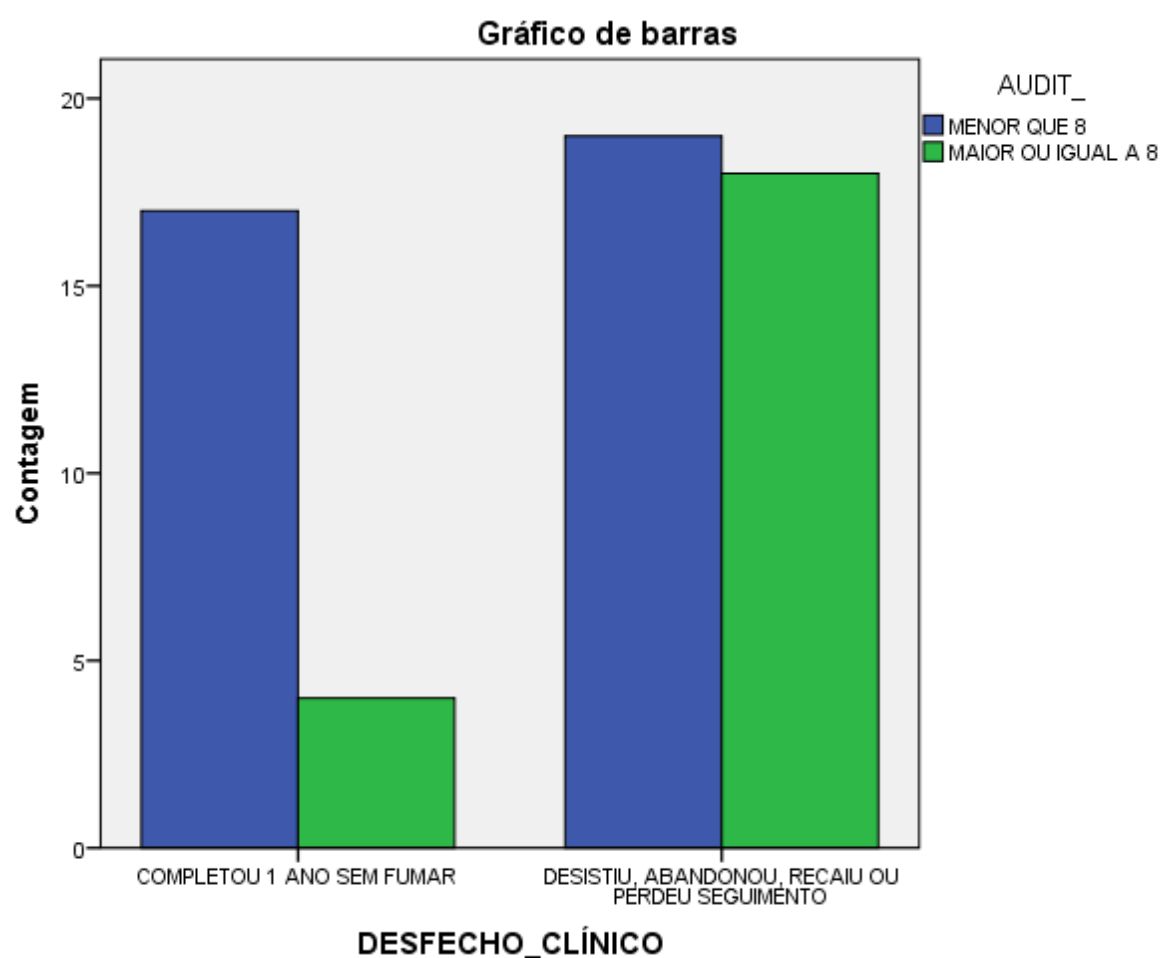
Tabela 4 - Correlação entre os grupos AUDIT < 8 e AUDIT ≥ 8 e o desfecho clínico calculado o risco relativo bruto e ajustado.

	COMPLETOU UM ANO SEM FUMAR	DESISTIU, ABANDONOU, RECAIU OU PERDEU SEGUIMENTO	Total	Risco Relativo Bruto (IC 95%)	Risco Relativo Ajustado (IC 95%)
AUDIT < 8; n(%)	17 (81,0)	19 (51,4)	36	4,03* (1,13-14,27)	5,16* (1,23 -21,74)
AUDIT ≥ 8; n(%)	4 (19,0)	18 (48,6)	22		
Total	21 (100,0)	37 (100,0)	58		

* $p \leq 0,05$

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

Figura 4 Gráfico de barras da entre os grupos AUDIT < 8 e AUDIT ≥ 8 e o desfecho clínico.



2.2.6 Discussão

Este estudo demonstra o valor prognóstico da aplicação do AUDIT no início do tratamento em programas de cessação tabágica.

Na amostra estudada, ter AUDIT ≥ 8 aumenta em cerca de 4 vezes a chance de insucesso no tratamento, aqui definido como desistência, abandono ou recaída (RR 4,03 IC 95% 1,13-14,27). Quando ajustado para sexo, idade, escolaridade e HADS, o risco relativo aumenta ainda mais para 5,16 (IC 95% 1,23-21,74). Apresentar AUDIT ≥ 8 também está associado ao maior uso de cigarros durante a semana e fim de semana; a discretamente mais comorbidades psiquiátricas por paciente; à maior frequência de acidente vascular cerebral; e à maior consciência da bebida como barreira para parar de fumar.

Alguns autores já haviam apontado o álcool como preditor de lapsos e recaídas para cessação tabágica (AUGUSTSON et al., 2008; DOLLAR et al., 2009; GARVEY et al., 1992; HUMFLEET et al., 1999; HYMOWITZ et al., 1997; KAHLER et al., 2009; KAHLER et al., 2010; LEEMAN; HUFFMAN; O'MALLEY, 2007; OSLER et al., 1999). O maior consumo de cigarros e dependência de nicotina no grupo com AUDIT ≥ 8 da amostra estudada também são dados que se repetem na literatura (FERTIG, 2002; GRANT et al., 2004; HUGHES, 2002; HUGHES, 1996; KEENAN et al., 1990).

Como definição de sucesso no tratamento, era importante que fosse estipulado um critério clinicamente significativo. Alguns estudos já haviam considerado duas semanas de abstinência tabágica como desfecho ou, simplesmente, parar de fumar (CASTALDELLI-MAIA et al., 2013; HAYS et al., 2011; RODRIGUES et al., 2015) mas consideramos este intervalo muito curto. Sendo assim, definimos como sucesso conseguir a abstinência do cigarro por um ano, completando o tratamento preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (GODOY, 2012). Desistência, abandono e recaída foram agrupados em uma mesma categoria de insucesso terapêutico por considerarmos que o uso problemático de álcool poderia influenciar não só na volta a fumar como na adesão e organização do paciente no tratamento.

Dentre os resultados encontrados, o perfil sociodemográfico da amostra é diferente dos dados relatados no último levantamento epidemiológico de base populacional da VIGITEL (BRASIL, 2014). Neste, a prevalência de tabagismo

era maior entre os homens do que nas mulheres (15% vs 9%) na capital do Rio de Janeiro, sendo encontrado a proporção oposta na amostra clínica do nosso estudo. Além disso, dados da PNS de 2013 revelam que, dentre os homens entrevistados, 47,9% fizeram alguma tentativa e, dentre as mulheres, uma parcela maior tentou parar (55,9%). Dentre o total de entrevistados, 73,1% procurou ajuda de profissional da saúde (IBGE, 2014). Assim, uma possível explicação para a maior prevalência feminina na amostra seria elas tentarem mais e buscarem mais tratamento profissional.

Com relação à influência da idade e escolaridade sobre o consumo do tabaco sabemos que, no Brasil, o tabagismo tem maior prevalência entre 25 a 65 anos e entre aqueles com até oito anos de estudo. Nessa faixa de escolaridade, a dependência do tabaco excede em até duas vezes a prevalência encontrada entre aqueles com 12 ou mais anos de escolaridade (BRASIL, 2014). Segundo a PNS 2013, os percentuais mais elevados de usuários atuais de tabaco eram apresentados pelas pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (20,2%) (IBGE, 2014). Por sua vez, ao focar a prevalência por faixa etária, segundo o estudo da PNS, aqueles com idade entre 40 e 59 anos apresentaram o maior percentual de fumantes atuais (19,4%). Tais dados são parcialmente congruentes com a população da amostra do presente estudo, na qual a média de idade foi de cerca de 50 anos mas com 10 anos de escolaridade em média.

Rodrigues et al. (2015) estudaram retrospectivamente o prontuário de 246 pacientes ambulatoriais em tratamento para cessação tabágica em que, como na nossa amostra, a maioria eram mulheres (71%). No estudo, o sucesso aferido foi conseguir parar de fumar, independente da duração da abstinência, e 125 desses conseguiram. Quarenta e seis pacientes apresentaram CAGE positivo e, dentre esses, 27 (58,7%) pararam de fumar. Tal subgrupo não teve suas características aprofundadas por não ser o enfoque do estudo. Na amostra do presente estudo, 16 pacientes do grupo AUDIT ≥ 8 conseguiram parar de fumar, sendo que 4 completaram o tratamento e 12 recaíram em menos de 1 ano. Tal proporção representa 72,7% do grupo com uso problemático de álcool, sendo maior que a do estudo de Rodrigues e cols. Entretanto, houve diferença metodológica no instrumento utilizado para detectar os grupos (CAGE vs AUDIT).

Ainda no estudo de Rodrigues e cols, a média de idade foi 49,38 ($\pm 11,86$), semelhante a da amostra (52,2 $\pm 10,1$). A renda familiar e a escolaridade foram mensuradas de forma diferente e foram inferiores a desta amostra. Tais medidas foram dois salários mínimos (cerca de 1600 reais na época) e nível primário (até 5 anos de estudo), enquanto nesta amostra foram 2438 (± 1936) reais e 10 ($\pm 3,8$) anos de escolaridade.

Outros três estudos brasileiros sobre o perfil de fumantes encontraram uma média parecida de idade da amostra (5^a a 6^a década de vida) e também predominância do sexo feminino (AZEVEDO; FERNANDES, 2011; AZEVEDO et al., 2009; SANTOS et al., 2008). Nestes, os sintomas psiquiátricos estiveram entre os principais preditores de insucesso no tratamento. O consumo de álcool não foi aferido.

Na amostra estudada no presente estudo, não observamos diferença no que se refere à distribuição por gênero entre o grupo AUDIT ≥ 8 e grupo AUDIT < 8 , o que diverge de achados de estudos sobre o perfil de pacientes com associação tabaco-álcool (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998; MENDOZA-SASSI; BERIA, 2003; MOREIRA et al., 1995; POMERLEAU; AUBIN; POMERLEAU, 1997; SCHMIDT; SMOLKA, 2007; WILSON et al., 2012) ou daqueles que estudaram o uso de álcool isolado (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014; KERR-CORRÊA et al., 2005; REISDORFER et al., 2012; VARGAS; OLIVEIRA; ARAUJO, 2009). É possível que tal divergência fosse melhor esclarecida com um número maior de pacientes na amostra.

Ainda sobre o perfil sociodemográfico, pacientes trabalhando e solteiros tiveram maior representação no grupo com uso problemático de álcool. Tal achado pode denotar que uma maior vida social pode ser um fator determinante e dados do estudo GENACIS são, em parte, consistentes com isso (KERR-CORRÊA et al., 2005). Neste estudo, donas de casa tiveram maior taxa de abstinência total de álcool, enquanto mulheres que trabalhavam tinham mais chance de usar álcool. Por outro lado, o desemprego se associou ao uso problemático de álcool para ambos os gêneros. Cardoso, Mel e Cesar (2015), em estudo transversal, encontraram maior uso de álcool entre os que trabalhavam, assim como maior prevalência de tabagismo. Jomar, Abreu e Griep (2014) também identificaram o uso problemático de álcool mais entre

homens e não casados, além de outras características como negros, fumantes, sem afiliação religiosa e sem doença crônica.

No Brasil, o início do consumo do tabaco é precoce, como demonstram os dados do levantamento do PNAD (IBGE, 2009), pois cerca de 80% dos fumantes começaram antes dos 19 anos de idade, sendo 20% destes antes de 15 anos de idade. Dessa forma, a média de 16 anos de início do tabagismo para ambos os grupos do presente estudo é compatível com o panorama nacional. Este início precoce tem importância epidemiológica, pois a dependência de álcool é mais provável em indivíduos que iniciam o tabagismo antes dos 17 anos (JOHN et al., 2003). O inverso também é verdadeiro já que outros estudos encontraram o abuso de álcool como fator de risco para uso regular de cigarro (HORTA et al., 2001; JACKSON et al., 2002; MENEZES et al., 2014).

Além das características sociodemográficas, o presente estudo permitiu conhecer aspectos da saúde física e mental de pessoas que procuram tratamento para o tabagismo e descrever a distribuição de comorbidades clínicas e psiquiátricas entre os grupos.

Entre os pacientes entrevistados, a comorbidade clínica mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica. Passos, Assis e Barreto (2006) estimaram uma prevalência nacional de 20%. A amostra do estudo apresentou um predomínio cerca de duas vezes maior (50%), consistente com o fato da nicotina ser fator de risco para tal doença (SOUSA; MACHADO, 2012).

Comparando as comorbidades clínicas entre os grupos, o único achado estatisticamente significativo foi a maior frequência do acidente vascular encefálico (AVE) no grupo com uso problemático de álcool ($p=0,02$). Além do uso do álcool (CHAVES, 2000), outros fatores associados a maior risco de AVE encontrados no grupo com AUDIT ≥ 8 , e que podem ajudar a elucidar este achado, são o maior consumo de cigarros e, conseqüentemente, maior média de pontuação no TFDN ($p 0,06$) e maior prevalência de TFDN ≥ 5 ($p 0,14$).

A comorbidade psiquiátrica mais diagnosticada foi o transtorno de ajustamento. Hughes et al (1986), em estudo sobre a prevalência do tabagismo em serviço ambulatorial psiquiátrico, também encontrou este transtorno como o mais frequente em números absolutos e com 45% de fumantes neste grupo. Nenhum estudo encontrado apresentou o transtorno de ajustamento como o

mais prevalente entre fumantes de um serviço de cessação tabágica em hospital geral. Porém, justamente por ser dentro de um hospital geral, tal achado é congruente com o dado de que até 50% das pessoas com problemas médicos ou estressores já foram diagnosticadas com transtorno de ajustamento. Além disso, é um diagnóstico frequente, com prevalência de 10-30% em pacientes em ambulatório de psiquiatria (SADOCK; KAPLAN; SADOCK, 2007).

Alguns autores (AZEVEDO; FERNANDES, 2011; AZEVEDO et al., 2009; MORISSETTE et al., 2008; RODRIGUES et al., 2015; SANTOS et al., 2008) mencionam o alto grau de sintomas ansiosos e depressivos entre tabagistas que buscam tratamento. Quando analisamos o álcool isoladamente, os sintomas depressivos e ansiosos apresentam uma relação não linear ou em forma de U, em que pacientes abstinentes ou com uso de risco apresentam mais alterações de ansiedade e depressão do que aqueles com uso moderado de álcool (CALDWELL et al., 2002; DEGENHARDT; HALL, 2001; POWER; RODGERS; HOPE, 1998; RODGERS et al., 2000). Corroborando com esses achados, em um levantamento populacional nos Estados Unidos da América (COUGLE et al., 2015) o uso de tabaco foi fator preditivo para o desenvolvimento de transtornos ansiosos, depressivos e transtorno bipolar. Por outro lado, o uso regular de álcool foi associado a menor risco desses transtornos ao longo do tempo.

Quando se trata de sintomas psiquiátricos na associação álcool-tabaco, até um terço dos alcoolistas abstinentes e tratados para cessação tabágica relatam episódio de depressão maior independente do uso de álcool (COVEY et al., 1993; PATTEN et al., 2000). Estes com história de depressão também relatam mais sintomas depressivos na linha de base do tratamento (PATTEN et al., 2000).

Ainda a respeito da associação com sintomas psiquiátricos, Hertling et al. (2005) encontraram mais sintomas depressivos e distúrbios do sono em fumantes dependentes de álcool do que no grupo sem dependência. Hearld, Budhwani e Chavez-Yenter (2015) relataram que uso de álcool e tabaco são ambos preditores de ataque de pânico em minorias americanas que sofrem discriminação. Além disso, tanto sintomas de ansiedade (KELLY et al., 2013) como depressivos (PATTEN, 2002) podem piorar o desfecho do tratamento de

fumantes com dependência atual ou passada de álcool e, por isso, devem ser identificados.

Nesta pesquisa, o grupo com AUDIT ≥ 8 apresentou um discreto maior número de comorbidades psiquiátricas por paciente ($p = 0,01$) além de maior frequência de diagnósticos de TDAH, depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia, apesar de não atingirem significância estatística.

Encontrou-se uma maior tendência ($p = 0,09$) no grupo com AUDIT < 8 de apresentar sintomas sugestivos e evidentes de depressão na linha de base (HADS-D > 8). Contudo, como já mencionado acima, o grupo com AUDIT ≥ 8 apresentou maior frequência de depressão ao longo da vida pelo MINI ($p = 0,10$). Tais dados divergem tanto entre si como com os achados da literatura (HERTLING et al., 2005; PATTEN et al., 2000). Heffner et al. (2011) encontraram mais sintomas depressivos na abstinência de fumantes com problemas com álcool. Possíveis explicações para essa divergência com a literatura seriam a amostra pequena e o HADS ser um instrumento de triagem e não de diagnóstico formal. Além disso, sendo o HADS um questionário autopreenchido, o grupo com AUDIT ≥ 8 pode apresentar maior padrão de enfrentamento evitativo típico dos comportamentos compulsivos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008) e alexitimia (MACIEL; YOSHIDA, 2006; ROCHA; GUERRA; MACIEL, 2010). Tais dados precisam ser examinados em maior detalhe em outras pesquisas.

Como esperado, o abuso atual e dependência ao longo da vida de álcool foram mais frequentes no grupo com AUDIT ≥ 8 ($p < 0,001$ e $p 0,01$, respectivamente). Tais achados são importantes para a consistência interna do estudo. Esse mesmo grupo relatou mais vezes a percepção de que o álcool poderia ser uma barreira para parar de fumar ($p < 0,001$), o que pode ajudar na motivação para mudança do comportamento.

Dividir a casa com fumante que já foi considerado fator de risco para recaída (DOLLAR et al., 2009; GARVEY et al., 1992) apresentou frequência baixa na amostra estudada.

Conhecer o perfil de pacientes fumantes com uso problemático de álcool tem implicações para a melhora dos resultados no tratamento desse subgrupo. Na literatura, as recomendações de tratamento são controversas. Enquanto existem evidências de que parar ambas as substâncias concomitantemente

não alteraria as chances de recaída no álcool (COONEY et al., 2007; COONEY et al., 2015; KALMAN et al., 2010; STUYT, 2015; VEST et al., 2014), outros autores sugerem que a cessação tabágica pode ter mais sucesso se realizada em momento diferente e que quanto mais tempo abstinente de álcool, maiores as chances de sucesso em parar de fumar (JOSEPH et al., 2004; PALFAI et al., 2000; PROCHASKA; DELUCCHI; HALL, 2004; ROHSENOW et al., 1997; SCHMIDT; SMOLKA, 2007). Hughes (1996) relata que cerca de 20% dos alcoolistas podem apresentar recaída no álcool quando tentarem parar de fumar, denotando ser um subgrupo de fumantes com resposta heterogênea.

Sobell, Sobell e Kozlowski (1995) em estudo com pacientes que se recuperaram por conta própria, encontraram maior frequência de cessação tabágica entre os que bebiam moderadamente do que os abstinentes. Porém, os primeiros apresentaram maior incidência de recaída ao longo de 5 anos do que aqueles que se mantiveram abstinentes de álcool desde o início.

Na prática, muitos estão dispostos a parar ambos (ELLINGSTAD et al., 1999; KOZLOWSKI; JELINEK; POPE, 1986; SOBELL, L. C.; SOBELL; AGRAWAL, 2002), mas a maioria deseja parar primeiro o álcool (ELLINGSTAD et al., 1999). O grupo que considerou parar ambos concomitantemente apresentou maior frequência de características como: planejar parar nos próximos 30 dias; alta confiança de que teriam sucesso; mais fissura pelo álcool quando fumavam; consideravam que a cessação tabágica poderia ajudar a resolver seu problema com álcool (ELLINGSTAD et al., 1999; SOBELL et al., 2002). De qualquer forma, Hughes (2002) recomenda que o profissional de saúde deva deixar por conta dos pacientes decidirem, e não orientar o uso do fumo para lidar com a fissura de beber, como era comum no passado. Tal fato pode ter influenciado o menor número de tentativas nesses pacientes (HUGHES, 2002). Logo, descobrir elementos que ajudem a melhorar a auto-eficácia desses pacientes pode contribuir para maior sucesso na cessação tabágica (COHN et al., 2015; HEFFNER; BARRETT; ANTHENELLI, 2007; HOLT; LITT; COONEY, 2012).

O uso problemático de álcool entre os fumantes ainda possui várias perguntas a serem elucidadas. Muito do conhecimento sobre o tema vem de estudos em populações clínicas que buscam o tratamento primário da dependência de

álcool (LEMBKE; HUMPHREYS, 2015; MURRAY et al., 2002). Existe a estimativa de cerca de 80% daqueles que apresentam algum transtorno por uso de álcool serem apenas usuários problemáticos em vez de dependentes graves (SOBELL, 2002). A maioria das pessoas que se recuperam de problemas com álcool o fazem sem precisar procurar tratamento (SOBELL; CUNNINGHAM; SOBELL, 1996). Por sua vez, quem procura serviços especializados tem maior prevalência de comorbidades psiquiátricas (KESSLER et al., 1996). A necessidade de estudar pacientes menos graves com uso comórbido de álcool e tabaco já havia sido salientada em conferência do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (SOBELL, 2002).

Soma-se a isso, o fato de ser uma questão negligenciada entre a equipe de saúde. Boniatti et al. (2009) fizeram um levantamento com AUDIT em pacientes internados em uma emergência em Porto Alegre. Apenas 20% dos casos positivos foram registrados no prontuário médico. Os casos com uso problemático de álcool eram mais prováveis de serem homens, iletrados e fumantes. Da mesma forma, Hearne, Connolly e Sheehan (2002) detectaram 255 casos em 1133 pacientes admitidos em um hospital geral em Dublin. Apenas 46 foram reconhecidos pela equipe e 17 referidos para um seguimento apropriado.

Existem múltiplas formas de detalhar o consumo de álcool entre pacientes fumantes, o que pode ser um entrave para metanálises e conclusões mais impactantes para esse subgrupo. A aplicação do AUDIT de forma sistemática em nível ambulatorial e naqueles cujo principal foco é parar de fumar permite estudar uma maior parte daqueles com problema com álcool, ampliando as fronteiras para o manejo clínico (SOBELL et al., 2002; SOBELL, 2002; SPARKS et al., 1990). Leeman et al. (2007) já haviam sugerido que seu uso fosse mais disseminado nessa população.

Por fim, este estudo não só confirma achados da literatura, como propõe o uso do AUDIT para avaliação prognóstica dos pacientes fumantes. O uso problemático de álcool dificulta a cessação tabágica e pacientes com essa característica apresentam maior dependência à nicotina e maior número de cigarros fumados. A disseminação de um instrumento como o AUDIT pode auxiliar na identificação desse subgrupo, além de sistematizar avanços na área.

Limitações

O tamanho da amostra foi um limitador para uma diferença estatisticamente significativa da maior parte das características entre os grupos. Porém, algumas diferenças importantes puderam ser evidenciadas, mesmo não atingindo o cálculo amostral inicial.

Além disso, apesar do NETT atender à livre demanda da área programática 3.1, independente do acompanhamento no hospital ou não, muitos dos pacientes são referenciados dos ambulatórios. Trata-se de uma mistura de amostra comunitária com amostra hospitalar terciária, podendo ter ocorrido viés de seleção.

O estudo utilizou, em parte, coleta de dados de prontuário, o que interfere na qualidade das informações, havendo coleta de dados por diferentes entrevistadores na linha de base e, em alguns casos, falta de registro completo de alguns itens.

Outro fato que pode ter dificultado a análise dos resultados foi a aplicação do MINI em diferentes fases do tratamento. Caso fosse possível aplicá-lo no início para todos, talvez pudéssemos fazer uma análise mais homogênea e com menos viés de memória nos autorrelatos. Tentamos compensar tal limitação analisando as comorbidades psiquiátricas agrupadas e ao longo da vida, além de coletar os dados do HADS que é usado em todas as primeiras entrevistas, antes de encaminhar o paciente ao tratamento.

3. Conclusão

O padrão de uso de álcool entre os fumantes influencia de forma importante o hábito de fumar, o que se confirma nesta pesquisa. Quanto maior o uso de álcool, maior o uso de tabaco e menor a chance de abstinência sustentada.

O AUDIT é um instrumento de triagem, de fácil aplicação e se demonstrou uma boa ferramenta prognóstica. Além disso, ele consegue detectar uma maior parcela de usuários de álcool, desde aqueles com uso de risco até os dependentes mais graves.

Na atenção primária, o AUDIT tem implicações terapêuticas, podendo ser usado como *feedback* em intervenções breves para alcoolistas. Mais pesquisas podem ser feitas para avaliar sua eficácia também no tratamento para esse grupo de fumantes. Estudos caso-controle utilizando essa estratégia podem elucidar seu uso para este fim.

Segundo a OMS (WHO, Fact Sheet nº 339), o número de fumantes já foi reduzido, devendo ser ainda mais até 2030 para a diminuição do impacto na saúde pública. Dessa forma, aprimorar o desfecho do tratamento e considerar políticas públicas que envolvam o controle do álcool podem acelerar a chegada a esse objetivo, sendo fundamental mais estudos dessa população.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social determinants and patterns of alcohol consumption in Bahia, Brazil. . Revista de Saúde Pública., v. 38, p. 1-13, 2004.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p. 106-115, 2000.
- ARAÚJO, A. J. Estudo de caso: avaliação da cobertura e eficácia dos programas de cessação do tabagismo no Brasil- Parte I. In: _____. (Ed.). Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. . São Paulo: AC Farmacêutica, 2012a. p.449.
- _____. Tabagismo como Epidemia: O contexto histórico do tabagismo no Brasil e no mundo. In: _____. (Ed.). Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012b. p.3-12.
- AUGUSTSON, E. M. et al. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study. Am J Public Health, v. 98, n. 3, p. 549-55, Mar 2008.
- AZEVEDO, R. C.; FERNANDES, R. F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. Sao Paulo Med J, v. 129, n. 6, p. 380-6, Dec 2011.
- AZEVEDO, R. C. et al. [Therapeutic group for smokers: results after two-year follow-up]. Rev Assoc Med Bras, v. 55, n. 5, p. 593-6, Sep-Oct 2009.
- BATEL, P. et al. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. Addiction, v. 90, n. 7, p. 977-80, Jul 1995.
- BIERUT, L. J. et al. A genomic scan for habitual smoking in families of alcoholics: common and specific genetic factors in substance dependence. Am J Med Genet A, v. 124A, n. 1, p. 19-27, Jan 1 2004.
- BLOMQVIST, O. et al. The mesolimbic dopamine-activating properties of ethanol are antagonized by mecamylamine. Eur J Pharmacol, v. 249, n. 2, p. 207-13, Nov 9 1993.
- BLOMQVIST, O. et al. Accumbal dopamine overflow after ethanol: localization of the antagonizing effect of mecamylamine. Eur J Pharmacol, v. 334, n. 2-3, p. 149-156, Sep 10 1997.
- BLOMQVIST, O. et al. Mecamylamine modifies the pharmacokinetics and reinforcing effects of alcohol. Alcohol Clin Exp Res, v. 26, n. 3, p. 326-331, Mar 2002.

BOBO, J. K.; HUSTEN, C. Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res Health*, v. 24, n. 4, p. 225-32, 2000.

BONIATTI, M. M. et al. Prevalence and record of alcoholism among emergency department patients. *Clinics (Sao Paulo)*, v. 64, n. 1, p. 29-34, 2009.

BOTEGA, N. J. et al. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*, v. 29, n. 5, p. 355-63, Oct 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Métodos eficazes para cessação de fumar. In: INCA (Ed.). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. 1. Rio de Janeiro: INCA, 2001. p.13-20. ISBN 8573180714.

_____. Estrutura das sessões. In: INCA (Ed.). *Deixando de fumar sem mistérios – Manual do Coordenador*. 2a. Rio de Janeiro: INCA, 2005. p.7-16. ISBN 9788573180947.

CALDWELL, T. M. et al. Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, v. 97, n. 5, p. 583-94, May 2002.

CARDOSO, L. G.; MELO, A. P.; CESAR, C. C. [Prevalence of moderate and excessive alcohol consumption and associated factors among residents of Quilombo Communities (hinterland settlements founded by people of African origin) of Vitoria da Conquista, Bahia, Brazil]. *Cien Saude Colet*, v. 20, n. 3, p. 809-20, Mar 2015.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev. Bras. Med.*, v. 59, n. 1/2, p. 73-80, 2002.

CARVALHO, A. M.; OLIVEIRA, V. C. Quais são os insumos do programa de controle do tabagismo e como é feita a distribuição dos manuais e medicamentos? In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). *Manual de condutas e práticas em tabagismo*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. . São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.442.

CASTALDELLI-MAIA, J. M. et al. Outcome predictors of smoking cessation treatment provided by an addiction care unit between 2007 and 2010. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 35, n. 4, p. 338-46, Oct-Dec 2013.

CASTELLSAGUE, X. et al. Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of esophageal cancer in men and women. *Int J Cancer*, v. 82, n. 5, p. 657-64, Aug 27 1999.

CAVALCANTE, T. Quais sao os indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil e no mundo? In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.12-15.

CHAIEB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. Revista de Saúde Pública, v. 32, p. 246-254, 1998.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. Rev. bras. hipertens, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000.

CINCIRIPINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. J Natl Cancer Inst, v. 89, n. 24, p. 1852-67, Dec 17 1997.

CLARK, A.; WATSON, W. P.; LITTLE, H. J. Effects of nicotine infusion on operant self-administration of ethanol. British Journal of Pharmacology, v. 125, p. 1P, 1998.

COHN, A. et al. Real-time patterns of smoking and alcohol use: an observational study protocol of risky-drinking smokers. BMJ Open, v. 5, n. 1, p. e007046, 2015.

COONEY, N. L. et al. Alcohol and tobacco cessation in alcohol-dependent smokers: analysis of real-time reports. Psychol Addict Behav, v. 21, n. 3, p. 277-86, Sep 2007.

COONEY, N. L. et al. Concurrent alcohol and tobacco treatment: Effect on daily process measures of alcohol relapse risk. J Consult Clin Psychol, v. 83, n. 2, p. 346-58, Apr 2015.

COSTA, C. et al. Possible addiction transference from cocaine insufflation to oral bupropion in bipolar patient. J Addict Med, v. 9, n. 2, p. 155-6, Mar-Apr 2015.

COSTA, C. F. et al. Cessação tabágica em paciente com tremor essencial. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 62, p. 85-88, 2013.

COUGLE, J. R. et al. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Psychiatr Res, v. 66-67, p. 135-41, Jul-Aug 2015.

COVEY, L. S. et al. Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. Am J Psychiatry, v. 150, n. 10, p. 1546-7, Oct 1993.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. Nicotine Tob Res, v. 3, n. 3, p. 225-34, Aug 2001.

_____. Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug Alcohol Rev*, v. 22, n. 1, p. 7-13, Mar 2003.

DIFRANZA, J. R.; GUERRERA, M. P. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol*, v. 51, n. 2, p. 130-5, Mar 1990.

DOLLAR, K. M. et al. Spousal and alcohol-related predictors of smoking cessation: a longitudinal study in a community sample of married couples. *Am J Public Health*, v. 99, n. 2, p. 231-3, Feb 2009.

ELLINGSTAD, T. P. et al. Alcohol abusers who want to quit smoking: implications for clinical treatment. *Drug Alcohol Depend*, v. 54, n. 3, p. 259-65, May 3 1999.

ERIKSEN, M. P. et al. Harm - Deaths. In: _____. (Ed.). *The tobacco atlas*. Fifth edition. Atlanta: American Cancer Society, 2015. cap. 1, p.14. ISBN 9781604432350.

FERTIG, J. B. Alcohol and Tobacco: Mechanisms and Treatment. Proceedings of a workshop. Bethesda, Maryland, USA. May 6-7, 2002. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1909-55, Dec 2002.

FODDAI, M. et al. Acetaldehyde increases dopaminergic neuronal activity in the VTA. *Neuropsychopharmacology*, v. 29, n. 3, p. 530-6, Mar 2004.

GARVEY, A. J. et al. Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the Normative Aging Study. *Addict Behav*, v. 17, n. 4, p. 367-77, 1992.

GODOY, I. Qual é o tempo ideal para o tratamento do tabagismo? In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.237-238.

GRANT, B. F. et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, v. 61, n. 11, p. 1107-15, Nov 2004.

HAYS, J. T. et al. Varenicline for tobacco dependence treatment in recovering alcohol-dependent smokers: an open-label pilot study. *J Subst Abuse Treat*, v. 40, n. 1, p. 102-7, Jan 2011.

HEARLD, K. R.; BUDHWANI, H.; CHAVEZ-YENTER, D. Panic attacks in minority Americans: the effects of alcohol abuse, tobacco smoking, and discrimination. *J Affect Disord*, v. 174, p. 106-12, Mar 15 2015.

HEARNE, R.; CONNOLLY, A.; SHEEHAN, J. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *J R Soc Med*, v. 95, n. 2, p. 84-7, Feb 2002.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, v. 86, n. 9, p. 1119-27, Sep 1991.

HEFFNER, J. L.; BARRETT, S. W.; ANTHENELLI, R. M. Predicting alcohol misusers' readiness and ability to quit smoking: a critical review. *Alcohol Alcohol*, v. 42, n. 3, p. 186-95, May-Jun 2007.

HEFFNER, J. L. et al. Smoking history, nicotine dependence, and changes in craving and mood during short-term smoking abstinence in alcohol dependent vs. control smokers. *Addict Behav*, v. 36, n. 3, p. 244-7, Mar 2011.

HERTLING, I. et al. Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *Eur Psychiatry*, v. 20, n. 5-6, p. 442-50, Aug 2005.

HOLT, L. J.; LITT, M. D.; COONEY, N. L. Prospective analysis of early lapse to drinking and smoking among individuals in concurrent alcohol and tobacco treatment. *Psychol Addict Behav*, v. 26, n. 3, p. 561-72, Sep 2012.

HORTA, B. L. et al. [Smoking among teenagers in an urban area in Southern Brazil]. *Rev Saude Publica*, v. 35, n. 2, p. 159-64, Apr 2001.

HUGHES, J. Do smokers with current or past alcoholism need different or more intensive treatment? *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1934-5, Dec 2002.

HUGHES, J. R. Treating smokers with current or past alcohol dependence. *American Journal of Health Behavior*, v. 20, n. 5, p. 286-290, 1996.

HUGHES, J. R. et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, v. 143, n. 8, p. 993-997, Aug 1986.

HUMFLEET, G. et al. History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana, and success in quitting smoking. *Addict Behav*, v. 24, n. 1, p. 149-54, Jan-Feb 1999.

HURT, R. D. et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*, v. 275, n. 14, p. 1097-103, Apr 10 1996.

HYMOWITZ, N. et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*, v. 6 Suppl 2, p. S57-62, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 31-33 ISBN 9788524043345.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008. Brasília: IBGE, 2009.

JACKSON, K. M. et al. Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*, v. 97, n. 5, p. 517-31, May 2002.

JACKSON, K. M. et al. Alcohol and tobacco use disorders in a general population: short-term and long-term associations from the St. Louis epidemiological catchment area study. *Drug Alcohol Depend*, v. 71, n. 3, p. 239-53, Sep 10 2003.

JOHN, U. et al. Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample. *Alcohol Alcohol*, v. 38, n. 6, p. 606-12, Nov-Dec 2003.

JOLY, D. J. [The cigarette smoking habit in Latin America. A survey in 8 cities]. *Bol Oficina Sanit Panam*, v. 79, n. 2, p. 93-111, Aug 1975.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M.; GRIEP, R. H. [Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil]. *Cien Saude Colet*, v. 19, n. 1, p. 27-37, Jan 2014.

JOSEPH, A. M. et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol*, v. 65, n. 6, p. 681-91, Nov 2004.

KAHLER, C. W. et al. Alcohol consumption and quitting smoking in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend*, v. 100, n. 3, p. 214-20, Mar 1 2009.

KAHLER, C. W.; SPILLANE, N. S.; METRIK, J. Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res*, v. 12, n. 7, p. 781-5, Jul 2010.

KALMAN, D. et al. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clin Psychol Rev*, v. 30, n. 1, p. 12-24, Feb 2010.

KEENAN, R. M. et al. The relationship between chronic ethanol exposure and cigarette smoking in the laboratory and the natural environment. *Psychopharmacology (Berl)*, v. 100, n. 1, p. 77-83, 1990.

KELLY, M. M. et al. Anxiety and smoking cessation outcomes in alcohol-dependent smokers. *Nicotine Tob Res*, v. 15, n. 2, p. 364-75, Feb 2013.

KERR-CORRÊA, F. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: OBOT, I. S. e ROOM, R. (Ed.). *Alcohol, gender and drinking problems : perspectives from low and middle income countries*. GENACIS. Geneva: WHO, 2005. cap. 3, p.49-68. ISBN 9241563028.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*, v. 66, n. 1, p. 17-31, Jan 1996.

KOZLOWSKI, L. T.; JELINEK, L. C.; POPE, M. A. Cigarette smoking among alcohol abusers: a continuing and neglected problem. *Can J Public Health*, v. 77, n. 3, p. 205-7, May-Jun 1986.

LANIADO-LABORIN, R. Smoking cessation intervention: an evidence-based approach. *Postgrad Med*, v. 122, n. 2, p. 74-82, Mar 2010.

LEEMAN, R. F.; HUFFMAN, C. J.; O'MALLEY, S. S. Alcohol history and smoking cessation in nicotine replacement therapy, bupropion sustained release and varenicline trials: a review. *Alcohol Alcohol*, v. 42, n. 3, p. 196-206, May-Jun 2007.

LEMBKE, A.; HUMPHREYS, K. A call to include people with mental illness and substance use disorders alongside 'regular' smokers in smoking cessation research. *Tob Control*, Apr 16 2015.

LITTLE, H. J. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Res Health*, v. 24, n. 4, p. 215-24, 2000.

LITTLETON, J.; LITTLE, H. Interactions between alcohol and nicotine dependence: a summary of potential mechanisms and implications for treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1922-1924, Dec 2002.

MACHADO NETO, A. S. et al. Determinants of smoking experimentation and initiation among adolescent students in the city of Salvador, Brazil. *J Bras Pneumol*, v. 36, n. 6, p. 674-82, Nov-Dec 2010.

MACIEL, M. J. N.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, v. 5, p. 43-54, 2006.

MELIS, M. et al. Acetaldehyde mediates alcohol activation of the mesolimbic dopamine system. *Eur J Neurosci*, v. 26, n. 10, p. 2824-33, Nov 2007.

MÉNDEZ, E. B. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). 1999. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BERIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, v. 98, n. 6, p. 799-804, Jun 2003.

MENEZES, A. H. et al. [Factors associated with regular cigarette smoking by adolescents from public schools in Londrina, Parana, Brazil]. *Cad Saude Publica*, v. 30, n. 4, p. 774-84, Apr 2014.

MOREIRA, L. B. et al. [Prevalence of smoking and associated factors in a metropolitan area in the southern region of Brazil]. *Rev Saude Publica*, v. 29, n. 1, p. 46-51, Feb 1995.

MORISSETTE, S. B. et al. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav*, v. 33, n. 11, p. 1425-31, Nov 2008.

MURRAY, R. P. et al. Longitudinal analysis of the relationship between changes in smoking and changes in drinking in a community sample: the Winnipeg Health and Drinking Survey. *Health Psychol*, v. 21, n. 3, p. 237-43, May 2002.

NADAL, R.; CHAPPELL, A. M.; SAMSON, H. H. Effects of nicotine and mecamylamine microinjections into the nucleus accumbens on ethanol and sucrose self-administration. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 22, n. 6, p. 1190-8, Sep 1998.

NADAL, R.; SAMSON, H. H. Operant ethanol self-administration after nicotine treatment and withdrawal. *Alcohol*, v. 17, n. 2, p. 139-47, Feb 1999.

NASCIMENTO, M. H. S.; CHONG-SILVA, D. C. Quais são as situações de maior vulnerabilidade e de risco para o jovem se tornar fumante? . In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). *Manual de condutas e práticas em tabagismo*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. . São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

OLIVEIRA, V. C.; MEIRELLES, R. H. S. Como funciona o programa nacional de controle do tabagismo? In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). *Manual de condutas e práticas em tabagismo*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. . São Paulo, 2012. p.440-441.

ONAIWI, E. S.; TODD, S.; MARTIN, B. R. Behavioral effects in the mouse during and following withdrawal from ethanol ingestion and/or nicotine administration. *Drug Alcohol Depend*, v. 24, n. 3, p. 205-11, Dec 1989.

OSLER, M. et al. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med*, v. 29, n. 1, p. 57-62, Jul 1999.

PALFAI, T. P. et al. Effects of nicotine deprivation on alcohol-related information processing and drinking behavior. *J Abnorm Psychol*, v. 109, n. 1, p. 96-105, Feb 2000.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, p. 35-45, 2006.

PATTEN, C. A. Treating alcoholic smokers who have a history of depression. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1947-9, Dec 2002.

PATTEN, C. A. et al. Effect of three smoking cessation treatments on nicotine withdrawal in 141 abstinent alcoholic smokers. *Addict Behav*, v. 25, n. 2, p. 301-6, Mar-Apr 2000.

PERKINS, K. A. Combined effects of nicotine and alcohol on subjective, behavioral and physiological responses in humans. *Addiction Biology*, v. 2, n. 3, p. 255-268, 1997.

POMERLEAU, C. S.; AUBIN, H. J.; POMERLEAU, O. F. Self-reported alcohol use patterns in a sample of male and female heavy smokers. *J Addict Dis*, v. 16, n. 3, p. 19-24, 1997.

POWER, C.; RODGERS, B.; HOPE, S. U-shaped relation for alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality. *Lancet*, v. 352, n. 9131, p. 877, Sep 12 1998.

PROCHASKA, J. J.; DELUCCHI, K.; HALL, S. M. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol*, v. 72, n. 6, p. 1144-56, Dec 2004.

REISDORFER, E. et al. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, v. 15, n. 3, p. 582-94, Sep 2012.

ROCHA, V.; GUERRA, M. P.; MACIEL, M. J. Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, v. 20, p. 155-164, 2010.

RODGERS, B. et al. Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychol Med*, v. 30, n. 2, p. 421-32, Mar 2000.

RODRIGUES, N. C. et al. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 37, n. 2, p. 150-4, Apr-Jun 2015.

ROHSENOW, D. J. et al. Effects of alcohol cues on smoking urges and topography among alcoholic men. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 21, n. 1, p. 101-7, Feb 1997.

ROSE, J. E. et al. Reinforcing effects of nicotine and non-nicotine components of cigarette smoke. *Psychopharmacology (Berl)*, v. 210, n. 1, p. 1-12, May 2010.

SADOCK, B. J.; KAPLAN, H. I.; SADOCK, V. A. Adjustment Disorders. In: _____. (Ed.). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2007. cap. 26, p.786-790. ISBN 9780781773270.

SAMAHA, A. N.; ROBINSON, T. E. Why does the rapid delivery of drugs to the brain promote addiction? *Trends Pharmacol Sci*, v. 26, n. 2, p. 82-7, Feb 2005.

SANTOS, S. R. et al. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol*, v. 34, n. 9, p. 695-701, Sep 2008.

SAUNDERS, J. B. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, v. 88, n. 6, p. 791-804, Jun 1993.

SCHMIDT, L. G.; SMOLKA, M. N. Results from two pharmacotherapy trials show alcoholic smokers were more severely alcohol dependent but less prone to relapse than alcoholic non-smokers. *Alcohol Alcohol*, v. 42, n. 3, p. 241-6, May-Jun 2007.

SEATON, M. J.; VESELL, E. S. Variables affecting nicotine metabolism. *Pharmacol Ther*, v. 60, n. 3, p. 461-500, Dec 1993.

SHEEHAN, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, v. 59 Suppl 20, p. 22-33;quiz 34-57, 1998.

SOBELL, L. C.; CUNNINGHAM, J. A.; SOBELL, M. B. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*, v. 86, n. 7, p. 966-72, Jul 1996.

SOBELL, L. C.; SOBELL, M. B.; AGRAWAL, S. Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1936-8, Dec 2002.

SOBELL, M. B. Alcohol and tobacco: clinical and treatment issues. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 12, p. 1954-1955, Dec 2002.

SOBELL, M. B.; SOBELL, L. C.; KOZLOWSKI, L. T. Dual recoveries from alcohol and smoking problems. In: FERTIG, J. B. e ALLEN, J. A. (Ed.). *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism., 1995. p.2007-224.

SOUZA, M. G.; MACHADO, C. A. Qual a fisiopatologia das doenças cardiovasculares relacionadas com o tabaco? . In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). *Manual de condutas e práticas em tabagismo*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.50-53.

SPARKS, R. D. et al. Chapter 10 - Assessment. In: _____. (Ed.). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990. p.242-278. ISBN 0309040388.

SPIANDORELLO, W. P. et al. Prevalência de Tabagismo e de distúrbios relacionados ao álcool e sua associação entre pacientes hospitalizados. *Revista AMRIGS*, v. 47, n. 3, p. 187-192, 2003.

STUYT, E. B. Enforced abstinence from tobacco during in-patient dual-diagnosis treatment improves substance abuse treatment outcomes in smokers. *Am J Addict*, v. 24, n. 3, p. 252-7, Apr 2015.

TALHOUT, R.; OPPERHUIZEN, A.; VAN AMSTERDAM, J. G. Role of acetaldehyde in tobacco smoke addiction. *Eur Neuropsychopharmacol*, v. 17, n. 10, p. 627-36, Oct 2007.

TIZABI, Y. et al. Effects of combined systemic alcohol and central nicotine administration into ventral tegmental area on dopamine release in the nucleus accumbens. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 26, n. 3, p. 394-9, Mar 2002.

TRUE, W. R. et al. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry*, v. 56, n. 7, p. 655-61, Jul 1999.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A.; ARAUJO, E. C. [Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, Sao Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 8, p. 1711-20, Aug 2009.

VEST, B. H. et al. Outcomes following treatment of veterans for substance and tobacco addiction. *Arch Psychiatr Nurs*, v. 28, n. 5, p. 333-8, Oct 2014.

VOLK, H. E. et al. Evidence for specificity of transmission of alcohol and nicotine dependence in an offspring of twins design. *Drug Alcohol Depend*, v. 87, n. 2-3, p. 225-32, Mar 16 2007.

WALTON, R. G. Smoking and alcoholism: a brief report. *Am J Psychiatry*, v. 128, n. 11, p. 1455-6, May 1972.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011a. ISBN 9789240686458.

_____. Report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization, 2011b.

_____. Fact Sheet nº 339. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (acessado em 19/6/15)

WILSON, N. et al. Hazardous patterns of alcohol use are relatively common in smokers: ITC Project (New Zealand). *N Z Med J*, v. 125, n. 1348, p. 34-41, Jan 20 2012.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. Terapia do esquema: modelo conceitual. In: _____. (Ed.). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.17-69.

YU, X.; ABLER, D. Interactions between cigarette and alcohol consumption in rural China. *Eur J Health Econ*, v. 11, n. 2, p. 151-60, Apr 2010.

ZHENG, T. et al. Tobacco use and risk of oral cancer. . In: BOYLE, P.;GRAY, N., *et al* (Ed.). Tobacco, science, policy and public health. Oxford: Oxford University Press, 2004. p.399-432.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, v. 67, n. 6, p. 361-70, Jun 1983.

Anexo I

RELATO DE CASO

Cessação tabágica em paciente com tremor essencial

Smoking cessation in a patient with essential tremor

Carolina Ferreira da Costa¹, Ervin Cotrik¹, Alberto Ara jo², Marco Antônio Brasil¹

RESUMO

Existem pacientes que, apesar dos esforços da equipe do programa de cessat o tabágica, mostram-se refratários   redu o do tabagismo. Entre os motivos mais citados para isso, estão abuso de álcool, ansiedade e depressão. Além desses, o tremor essencial, frequentemente negligenciado pelos pacientes e médicos, tem implica es clínicas diretas e indiretas para aqueles que desejam parar de fumar. Antes entendida como uma doença benigna, o tremor essencial tem fortes associa es com transtornos psiquiátricos, além de piorar com a abstinência de nicotina e com o uso de determinados medicamentos para a cessat o. Descrevemos um caso de tremor essencial e comorbidades psiquiátricas no seu percurso para a abstinência tabágica. Com rela o   associa o entre nicotina e o curso do tremor essencial, maiores estudos s o necessários. Mas diagnosticar sua presença apresenta relevância clínica, podendo ser um marcador de pior prognóstico para a cessat o.

Palavras-chave

Cessa o tabágica, tremor essencial, depressão, ansiedade.

ABSTRACT

There are patients that are resistant to reducing tobacco use, despite the effort of the professionals helping them to quit. Among the most cited motives, there are alcohol abuse, anxiety and depression. Furthermore, frequently neglected by patients and doctors, essential tremor has direct and indirect clinical implications for those who want to stop smoking. Once known as a benign condition, essential tremor has strong association with psychiatric disorders and can get worse because of nicotine abstinence and certain medications used in smoking cessation. We report a case of essential tremor and psychiatric comorbidities on the path towards tobacco abstinence. Regarding the link between nicotine and the course of essential tremor, further studies are necessary. However, diagnosing its presence is clinically relevant and should be considered a marker of worse prognosis in smoking cessation.

Keywords

Smoking cessation, essential tremor, depression, anxiety

Recebido em
18/10/2012
Aprovado em
18/2/2013

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Clementino Fraga Filho (UFRJ-HCFF), Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

² UFRJ-HCFF, Instituto de Doenças do Tórax (IDT), Núcleo de Estudos e Tratamento em Tabagismo (NETT), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Endereço de correspondência: Carolina Ferreira da Costa
Av. das Américas, 4801, sala 304, Barra da Tijuca
22631-000 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: carolbfcosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo e mobiliza grandes gastos em saúde pública em virtude de suas consequências clínicas¹. Além disso, por muitas vezes, mascara e atrasa o diagnóstico e o tratamento adequados de quadros psíquicos, que prejudicam por vários anos a capacidade funcional e a qualidade de vida do paciente².

Existem pacientes que, apesar dos esforços da equipe do programa de cessação tabágica, mostram-se refratários à redução do tabagismo. Alguns dos motivos que aumentam a chance de insucesso são abuso de álcool, ansiedade e depressão³. Outro motivo pouco difundido é o paciente tabagista com tremor essencial, cujo tratamento pode gerar aumento do tremor de várias maneiras, desde a escolha da terapia (por exemplo, bupropiona) até a síndrome de abstinência⁴. O prejuízo da rotina diária, às vezes, é o suficiente para o paciente desistir de seu objetivo.

Além desses obstáculos, o tratamento pode ser dificultado por comorbidades psiquiátricas associadas ao tremor essencial. Atualmente, sua dimensão clínica inclui também componentes não motores e sua clássica característica de benignidade é questionada^{5,6}.

O caso descrito a seguir relata o percurso de um paciente para alcançar a abstinência tabágica na vigência de tremor essencial, depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada.

RELATO DO CASO

DSP, masculino, 50 anos, separado, bibliotecário, em sua quarta tentativa de cessação. Iniciou o uso aos 12 anos ocasionalmente e, aos 20 anos, passou a usar uma média de dois maços por dia. Obteve escore 9 no Teste de Fagerström⁷.

Apresentava hipertensão arterial, dislipidemia e nefrolitíase como comorbidades clínicas. Tomava losartana 50 mg/d, sinvastatina 10 mg/d, citrato de potássio 540 mg/d e cloxazolan 1 mg sob demanda, prescritos por seu clínico.

Há três anos, terminou um relacionamento amoroso de longa data. A partir daí, passou a se isolar socialmente, mantendo-se mais em seu quarto, apresentando humor deprimido, anedonia e agorafobia e aumentou o consumo de cerveja (cerca de 4 a 10 latas/dia). É ansioso desde a infância, cumprindo critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Antes de procurar atendimento, já havia parado de usar álcool há um mês por recomendação médica. Na avaliação inicial, apresentava AUDIT⁸ = 12 e HADS⁹ 12/12.

Na primeira sessão, foi iniciada terapia de reposição com adesivo de nicotina 14 mg e bupropiona 150 mg/d com aumento em uma semana para 300 mg/d, para ajudar na redução em 25% do número de cigarros até o próximo encontro.

Na segunda sessão, havia conseguido diminuir o uso para 15 cigarros/dia. Parou totalmente cerca de quatro dias depois, por iniciativa própria, sendo necessário aumento da dose do adesivo de nicotina para 21 mg.

No primeiro dia de abstinência, passou a apresentar tremor de repouso postural e de ação grosseiros, que o impediam de realizar movimentos finos no dia a dia. Nesse momento, apresentou piora da autoestima, pensamentos de desesperança, insônia e aumento da fissura tabágica.

Apresentava o tremor desde 12 anos de idade, inicialmente de pequena intensidade, passando a ficar mais visível e a incomodá-lo a partir de 20 anos de idade, quando começou também a fumar mais. Não possuía história familiar e não sabia informar se, ao começar a fumar aos 12 anos, sentia alívio ou piora do tremor.

Na sua última tentativa de parar de fumar há cinco anos, não usou medicação e não apresentou sintomas de abstinência ou tremor tão perceptíveis como atualmente. A última recordação de o tremor tê-lo incomodado foi após a parada do uso de tramadol em sua última crise renal há dois anos. Mesmo assim, lembra-se do tremor ter ficado menos intenso que atualmente.

Foi introduzido clonazepam 0,5 mg/manhã e 1,0 mg/noite para redução do tremor e melhora dos sintomas de ansiedade. Obteve alguma melhora, mas ainda tinha episódios de intenso tremor cinético (por exemplo, ao levantar uma chaleira).

O paciente foi referido para avaliação de um neurologista, que confirmou o diagnóstico de tremor essencial e manteve a conduta.

Optamos por reduzir gradualmente a bupropiona, manter o clonazepam e iniciar sertralina 50 mg/d. Houve melhora progressiva dos sintomas motores de volta ao nível basal e melhora parcial dos sintomas do humor ao longo de um mês. O paciente mantém-se em abstinência do tabaco e álcool há dois meses e três meses, respectivamente.

DISCUSSÃO

O caso descreve um paciente com as seguintes características: elevado grau de dependência tabágica, alta pontuação no HADS⁹ para ansiedade e depressão e AUDIT⁸ compatível com uso problemático de álcool. Ou seja, um quadro com múltiplas comorbidades (depressão, ansiedade e abuso de álcool) que já apresentariam, sozinhas, um prognóstico reservado para cessação.

Além disso, possuía comorbidade com tremor essencial que piorou dramaticamente após a abstinência. A piora do tremor pode ter sido influenciada por vários fatores: abstinência de nicotina, piora dos sintomas depressivos e ansiosos, e introdução do inibidor de recaptação de noradrenalina

e dopamina (bupropiona). Em sua última tentativa de parar, não notou tamanha piora clínica, o que nos levou a entender o uso da bupropiona como fator principal.

O quadro de tremor essencial pode iniciar em qualquer idade, apesar de a incidência aumentar acentuadamente ao longo dos anos. Em mais de 90% dos casos, não exige cuidados médicos¹⁰. Tal fato pode explicar o motivo de não ter sido dada a devida importância pelo próprio durante as perguntas de rotina, já que os pacientes costumam aprender a conviver com o quadro.

Na segunda semana de tratamento, ao pedir atendimento fora de seu horário, com tremor grosseiro em membros superiores, o paciente possuía a firme crença de que apenas a abstinência do cigarro havia produzido aquele sintoma. Porém, o tremor não era algo novo e sim um tremor pior do que já existia e que não havia sido informado. Não havia feito também uso de álcool ou drogas ilícitas. A partir de então, passamos a acompanhá-lo semanalmente no ambulatório, além da terapia de grupo, para observar a evolução do sintoma que poderia gerar interrupção do tratamento.

Na literatura, sobre a relação existente entre uso de nicotina e tremores em geral, existem estudos^{11,12} que apontam para melhora imediata do tremor parkinsoniano, enquanto a nicotina pioraria outros tipos de tremores como o fisiológico, o induzido ou o tremor essencial. Porém, em um estudo de coorte prospectivo¹¹, no qual foi observada a incidência de novos casos de tremor essencial entre fumantes e não fumantes, houve associação entre os casos de fumantes “pesados” na linha de base e baixo risco de desenvolvimento da doença. Tal característica é semelhante à vista na doença de Parkinson, que apresenta algumas ligações clínicas com o tremor essencial, já que alguns casos evoluem para sintomas parkinsonianos em longo prazo. Já em um estudo caso-controle, os fumantes que desenvolviam tremor essencial tinham idade mais jovem de início do tremor¹³. Portanto, mais estudos precisam ser feitos para elucidar a relação biológica entre tabagismo e desenvolvimento de tremor essencial, já que não está claro se o cigarro seria um fator protetor ou agravante. Em relação ao álcool, o uso crônico está associado a aumento do risco de desenvolver o quadro pela hipótese de neurotoxicidade cerebelar¹⁴, o que poderia se aplicar ao caso do paciente.

Reforçando a importância clínica do tremor essencial, estudos atuais expandiram sua dimensão, incluindo manifestações não motoras como: alterações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, traços de personalidade, parkinsonismo, sinais cerebelares, distúrbios do sono, fadiga, evolução para demência) e déficits sensoriais (olfatório e auditivo). Além disso, enquanto alguns estudos de neuroimagem e neuropatológicos alegam que o tremor essencial é uma doença progressiva neurodegenerativa, outros afirmam ser apenas um distúrbio não degenerativo funcional dos cir-

cuitos e receptores⁵. Assim, tal condição deixa de ser vista como uma doença puramente motora e passa a ser uma família heterogênea de doenças, unidas pelo fato de apresentarem tremor cinético, podendo ter caráter progressivo e degenerativo^{5,6}.

Pacientes que apresentam tremor essencial possuem duas vezes mais associação com sintomas depressivos e três vezes mais associação com uso de antidepressivos, que não são utilizados apenas para o tratamento de depressão maior, mas para fadiga crônica e ansiedade, por exemplo⁴. Além disso, a comorbidade entre depressão e tremor essencial piora de forma significativa a qualidade de vida⁶, merecendo atenção do profissional de saúde e aumentando o desafio para o paciente que quer parar de fumar.

CONCLUSÃO

O relato de caso levanta duas questões importantes relacionadas ao tremor essencial: sua relação com o uso de nicotina e sua importância clínica na cessação tabágica.

A respeito da primeira questão, mais estudos precisam ser feitos para elucidar a natureza da associação.

Já clinicamente, existem nuances sutis que surgem por causa da presença do tremor essencial e que precisam ser consideradas para a cessação tabágica. Elas determinam a escolha da terapia medicamentosa e a orientação dada ao paciente sobre o que esperar dos sintomas de abstinência. Além disso, é um alerta para a presença de comorbidades psiquiátricas que dificultam a cessação, necessitando de tratamento mais intensivo e individualizado.

Assim, esse transtorno motor não deve mais ser visto como uma entidade meramente benigna e monossintomática. Sua presença pode ser um marcador de pior prognóstico e propomos que sua busca seja ativa pelos médicos que almejam a cessação tabágica de seus pacientes.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores participaram ativa e criticamente em todas as fases da elaboração do manuscrito e aprovaram sua versão final. A autora Carolina Ferreira da Costa foi responsável pela revisão bibliográfica, descrição do caso clínico, discussão e revisão do manuscrito; o autor Ervin Cotrik foi responsável pela revisão bibliográfica, elaboração da introdução, elaboração do resumo e revisão do manuscrito; o autor Alberto Araújo contribuiu com a descrição do caso clínico, elaboração da discussão e conclusão, além da revisão do artigo e referências bibliográficas segundo modelo Vancouver; o autor Marco Antônio Brasil contribuiu com a elaboração da introdução, discussão e conclusão, além da revisão do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Drs. Carolina Ferreira da Costa, Ervin Cotrik, Alberto Araújo e Marco Antônio Brasil não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Roemer R. Recent developments in legislation to combat the world smoking epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.
2. Gigliotti AP, Lemos T. Qual a relação entre o tabagismo e as comorbidades psiquiátricas. In: Araújo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: GenBooks; 2012. p. 271-3.
3. Cruz E. Como orientar o paciente a desenvolver habilidades para prevenir a recaída. In: Araújo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: GenBooks; 2012. p. 356-60.
4. Louis ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group Self-reported depression and anti-depressant medication use in essential tremor: cross-sectional and prospective analyses in a population-based study. *Eur J Neurol*. 2007;14:1138-46.
5. Benito-León J, Louis ED. Update on essential tremor. *Minerva Med*. 2011;102(6):417-40.
6. Chandran V, Pal PK, Reddy JY, Thennarasu K, Yadav R, Shivashankar N. Non-motor features in essential tremor. *Acta Neurol Scand*. 2012;125(5):332-7.
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
8. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Dela Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
10. Louis ED, Greene PE. Tremor essencial. In: Rowland LP, editor. *MERRIT Tratado de Neurologia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 588-9.
11. Louis ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Population-based prospective study of cigarette smoking and risk of incident essential tremor. *Neurology*. 2008;70(19):1682-7.
12. Marshall J, Schnieden H. Effect of adrenaline, noradrenaline, atropine, and nicotine on some types of human tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1966;29(3):214-8.
13. Benito-León J, Louis ED, Bermejo-Pareja F. Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group. Population-based case-control study of cigarette smoking and essential tremor. *Mov Disord*. 2008;23(2):246-52.
14. Louis ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Population-based study of baseline ethanol consumption and risk of incident essential tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(5):494-7.

Anexo II

CASE REPORT

OPEN

Possible Addiction Transference From Cocaine Insufflation to Oral Bupropion in Bipolar Patient

Carolina Costa, MD, Alberto Araujo, MD, PhD, Marco Brasil, MD, PhD, and Marcelo Cruz, MD, PhD

Objective: Alert for the risk of oral bupropion addiction in patients with cocaine dependence.

Methods: Single-case study.

Results: After a period of cocaine and alcohol abstinence, a 42-year-old patient started taking oral bupropion to relieve the symptoms of cocaine craving. He increased the bupropion dose up to 2250 mg/d without seizures.

Conclusion: This case highlights the possibility of oral bupropion addiction after cocaine dependence. To our knowledge, it is the first case in the literature and emphasizes the risk of bupropion's misuse. Therefore, physicians should carefully examine the patient's profile before prescribing it, as well as follow appropriate measures.

Key Words: addiction, bipolar disorder, bupropion, cocaine, prescription drug abuse

(*J Addict Med* 2015;9: 155–156)

CASE

A 42-year-old male patient with a severe case of alcohol and cocaine use disorder was being treated in a day hospital facility. He was diagnosed with bipolar disorder after psychiatric hospitalizations for manic episodes. After 3 years of follow-up, he managed to stop using cocaine and alcohol. His medications included valproic acid 1500 mg/d, risperidone 2 mg/d, bupropion (immediate release) 300 mg/d, and clonazepam 4 mg/d. For his cocaine cravings, he increased the clonazepam to 20 mg/d but discovered that bupropion would manage it much better. He took approximately 2250 mg/d of bupropion for 3 months together with clonazepam 20 mg/d, still having anxiety as a collateral effect but no cocaine craving. He did not crush the bupropion pills because they

were very difficult to break. As soon as he disclosed these facts, the pharmacist of the facility began to supply his medication on a daily basis. On 3 separate occasions, he relapsed and asked for more medication with the excuse he had been robbed or lost the pills. The patient and relatives revealed that he also went to primary care services, with the allegation he had stopped smoking. With the patient's awareness, contacts with these services were made to warn about the situation. When his doctor tried to lower the dose, he said his depressive symptoms reappeared and was afraid to relapse in cocaine. He kept using bupropion 450 mg/d in a harm-reduction rationale. He had no manic features during this period.

DISCUSSION

Bupropion has a cathinone (beta-keto-amphetamine) structure and inhibits the dopamine and norepinephrine transporter very similar to psychostimulants such as methylphenidate or the newly abused cathinone 3,4-methylenedioxymethamphetamine (Simmler et al., 2013). Norepinephrine mostly mediates the psychostimulant and dopamine the reinforcing properties of drugs of abuse (Rothman et al., 2001). Thus, based on its chemical structure and pharmacological properties, bupropion could be expected to exert stimulant-type psychotropic effects and to carry a risk of abuse.

The substance is a relatively weak dopamine and norepinephrine transporter inhibitor in vitro compared with other psychostimulants (Simmler et al., 2013) and typically has no psychostimulant or rewarding effects when used orally and at therapeutic doses in humans. However, this may change when bupropion is administered intranasally (Yoon and Westermeyer, 2013) or in high doses as reported in this case study. In addition, bupropion has been reported to increase subjective self-confidence and activation similar to other psychostimulants such as cocaine in previous cocaine users (Vento et al., 2013). Thus, bupropion may act as a psychostimulant at higher doses or in vulnerable populations.

To our knowledge, this is the first report on the oral use of bupropion that fulfills diagnostic for "Other (or Unknown) substance-related disorders" moderate severity, correlating to 4 criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* as specified in Table 1. Seizures may not have occurred because of the use of clonazepam and valproic acid. These 2 substances could have allowed the patient to get higher and maybe addictive doses that have not been studied yet because of ethical issues.

This case alerts the need for caution while prescribing bupropion. Special attention is needed with the patient's

From the Institute of Psychiatry (CC, MC), the Federal University of Rio de Janeiro, RJ, Brazil; and Clementino Fraga Filho Hospital (AA, MB), Federal University of Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Received for publication January 30, 2014; accepted November 4, 2014. The authors declare no conflicts of interest.

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License, where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially.

Send correspondence and reprint requests to Carolina Costa, MD, Av. Venceslau Bras 71, Fundos, Botafogo, PROJAD, Zip Code 22290140, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: carolbfcosta@gmail.com.

Copyright © 2014 American Society of Addiction Medicine. ISSN: 1932-0620/15/0902-0155

DOI: 10.1097/ADM.0000000000000098

TABLE 1. DSM-5 Criteria for “Other (or Unknown) Substance-Related Disorders” in This Case

The substance is frequently used in higher quantities than intended
A large amount of time is spent in activities necessary to obtain the substance and its use
Craving for the substance
Substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance (anxiety and risk of seizures)

DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*.

profile (stimulant dependence, history of incarceration, or institutionalization) (Mariani and Levin, 2012, Hilliard et al., 2013). Other measures that may help are explaining the risk of seizures, documenting the amount of pills provided, and prescribing pills exactly until return (Mariani and Levin, 2012).

REFERENCES

Hilliard WT, Barloon L, Farley P, et al. Bupropion diversion and misuse in the correctional facility. *J Correct Health Care* 2013;19(3):211–217.

Mariani JJ, Levin FR. Psychostimulant treatment of cocaine dependence. *Psychiatr Clin N Am* 2012;35:425–439.

Rothman RB, Baumann MH, Dersch CM, et al. Amphetamine-type central nervous system stimulants release norepinephrine more potently than they release dopamine and serotonin. *Synapse* 2001;39:32–41.

Simmler LD, Wandeler R, Liechti ME, et al. Bupropion, methylphenidate, and 3,4-methylenedioxypyrovalerone antagonize methamphetamine-induced efflux of dopamine according to their potencies as dopamine uptake inhibitors: implications for the treatment of methamphetamine dependence. *BMC Res Notes* 2013;6:220.

Vento A, Schifano F, Gentili F, et al. Bupropion perceived as a stimulant by two patients with a previous history of cocaine misuse. *Ann Ist Super Sanità* 2013;49(4):402–405.

Yoon G, Westermeyer J. Intranasal bupropion abuse. *Am J Addict* 2013;22:180.

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo

A justificativa de realizarmos esse estudo é saber se há influência do uso do álcool no resultado do tratamento do tabagismo.

Para participar, você responderá a cerca de 100 perguntas feitas pela pesquisadora sobre dados pessoais, hábitos e circunstâncias da vida relacionadas ao álcool e ao cigarro. Caso você esteja começando o tratamento, essa entrevista será feita no início e um ano depois, ao término dele. Caso você tenha dado início ao tratamento há algum tempo, serão realizadas as perguntas que faltarem para a avaliação completa. Caso não tenha conseguido ou não consiga completar um ano sem o cigarro, será importante sabermos a data aproximada da recaída ao hábito de fumar.

Além disso, poderemos precisar usar dados de seu prontuário sobre seu quadro clínico, principalmente, se você começou o tratamento antes de decidir assinar este termo.

Dentre os possíveis riscos está a demanda de um tempo maior durante a consulta e, dependendo de cada um, algum possível constrangimento pela solicitação de informações particulares.

Dentre os benefícios, você estará ajudando a conhecermos melhor as pessoas que buscam ajuda neste serviço e, através disso, poderemos aprimorar o atendimento e tratamento.

Sua participação não trará nenhum benefício pessoal nem sua recusa trará nenhum prejuízo ao seu tratamento.

Nos casos de pacientes que já não estão sob acompanhamento do serviço, seja por terem completado (após um ano de abstinência), seja por abandono do tratamento, estes serão ressarcidos em sua passagem de transporte ao comparecerem para a pesquisa.

Serão tomados todos os cuidados para que as informações fornecidas por você, durante a entrevista ou contidas no seu prontuário, permaneçam em sigilo. Seu nome não será mencionado em nenhum lugar e os resultados da pesquisa só serão divulgados em publicações científicas e congressos de

forma agrupada, incluindo os resultados de outros pacientes de modo que não permita a sua identificação.

Eu, _____, declaro que fui plenamente informado pela Dra. Carolina Costa (tel. 021- 995553263) sobre a minha participação como voluntário no projeto:

“Padrão do uso de álcool e seu impacto no tratamento de cessação do tabagismo”,

no qual responderei a perguntas ligadas, principalmente, ao uso de álcool e cigarro em dois momentos do tratamento: quando aceitar fazer parte e ao final de um ano, caso continue sem fumar. Além disso, autorizo o uso de dados escritos em meu prontuário para uso apenas para fins desta pesquisa.

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Os dados individuais em relação ao resultado obtido não serão divulgados. Também declaro estar ciente de que a minha participação ou recusa não influenciará nos cuidados médicos a mim dispensados. O consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem prejuízos para o tratamento. O projeto é de responsabilidade da Dra. Carolina Costa, médica psiquiatra do Hospital Clementino Fraga Filho, sob supervisão do coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas do Instituto de Psiquiatria, Dr. Marcelo Santos Cruz e do Prof. Adjunto do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Prof. Dr. Marco Antônio Brasil.

data: ____/____/____

Paciente

data: ____/____/____

Pesquisador que aplicou o consentimento

data: ____/____/____

Representante legal

Anexo IV
NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO – NETT-
IDT/UFRJ
PROGRAMA DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO
HISTÓRIA CLÍNICA

I. Identificação

Data: ____/____/____.

Regº.

HU: _____

1. Nome: _____

2. Sexo: Feminino [] Masculino [] 3. Data Nascimento: ____/____/____ 3.1. Idade: ____ anos.
3. Naturalidade: _____ 4.1 Nacionalidade: _____
4. Estado Civil: ☐ Casada(o) ☐ Solteira(o) ☐ Separada(o) ☐ Divorciada(o) ☐ Viúva(o)
5. Endereço completo: _____
6. Bairro: _____ Município: _____ CEP: |__|_|_|_|_|_| - |__|_|_|_|
7. Telefone: [Res.] _____ [Cel.] _____
Recado: _____
8. Escolaridade: _____ 8.1 Profissão: _____
9. 10. Situação de trabalho: ☐ do lar ☐ aposentado (a) ☐ encostado (a) ☐ trabalhando
10. Renda familiar: R\$ _____ 11.1 No. Pessoas dependem desta renda familiar? |__|_|
11. Como chegou ao NETT?

12. Já se tratou antes? ☐ Sim ☐ Não Em caso positivo, quando (ano(s))?

II. ANAMNESE:

Histórico Atual de Saúde

1. Como você percebe o seu estado atual de saúde?

2. Você faz algum tratamento de saúde (com clínico, psicólogo ou psiquiatra)? ☐ Não ☐ Sim

Não ☐ Sim

→ Caso (+), qual?

→ Onde se trata?

3. Você faz uso de algum medicamento? ☐ Não ☐ Sim → Caso (+), qual (is)?

4. Você está grávida ou está amamentando? ☐ Não ☐ Sim

História de Comorbidades Clínicas

5. Você já teve ou tem algum dos seguintes problemas de saúde? ☐ Não ☐ Sim

☐ Diabetes	☐ Pressão Alta	☐ Colesterol Alto	☐
Obesidade	☐ Doenças da Tireoide		
☐ Infarto [recente] [antigo]	☐ Cardiopatia Isquêmica	☐ Arritmia cardíaca	☐ Derrame cerebral
☐ Doenças Reumáticas	☐ Trombose venosa	☐ SIDA/AIDS	☐ Hepatite
☐ Enfisema/Bronquite Crônica	☐ Asma brônquica	☐ Câncer	☐
Gastrite/Úlcera			
☐ Epilepsia/Crise convulsiva	☐ TCE/Cirurgia cerebral	☐ Insônia	☐ Doença Renal
☐ Doenças orogengivais	☐ Prótese dentária móvel	☐ Alergia de pele	☐
Outra _____			

História de Comorbidades Psiquiátricas

6. Você sofre/trata atualmente de algum problema de saúde mental? ☐ Não ☐ Sim

☐ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Transtorno do Pânico ☐ Distúrbio Bipolar ☐

Esquizofrenia

☐ Outro

(s): _____

6.1 Em caso positivo, quais são os remédios que toma?

6.2. Há quanto tempo toma estes medicamentos?

6.3 **Aplicação da Escala HAD (Anexar o formulário): No. de Pontos Apurado (escore).**

→ Sintomas de Ansiedade:	[0-7] Ausente	[8-11] Provável	[12-21]
Presente			
→ Sintomas de Depressão:	[0-7] Ausente	[8-11] Provável	[12-21]
Presente			

7. Você teve ou sofre atualmente de algum dos seguintes distúrbios? ☐ Não
☐ Sim ☐ Bulimia ☐ Anorexia nervosa ☐
☐ Compulsão alimentar ☐ Compulsão por compras ☐ Jogo patológico
 7.1 Em caso positivo, faz algum tipo de tratamento?

História de Uso de Outras Substâncias Psicoativas

8. Você utiliza ou já fez uso de alguma droga (substância psicoativa)? ☐ NÃO ☐ SIM
 8.1 Em caso positivo: Qual (is) desta (s) droga(s) consome (ou consumia)?
☐ Anfetamina ☐ Maconha ☐ Cocaína ☐ Crack ☐ Outra:

 8.2 Com qual **frequência** consome (ou consumia, caso tenha parado de usar a droga)?
☐ Diariamente ☐ 2 a 3 vezes/semana ☐ Finais de Semana ☐
 Raramente/Ocasional
 8.3 Você já **parou de consumir**? ☐ NÃO ☐ SIM → CASO POSITIVO, EM QUAL ANO? _____

História de Uso de Bebidas Alcoólicas

9. Você consome ou já fez uso de algum tipo de bebida alcoólica? ☐ NÃO
☐ SIM
 9.1 Em caso positivo: Qual (is) bebida(s) costuma (costumava) tomar?
☐ Cerveja ☐ Cachaça ☐ Uísque ☐ Vinho ☐ Vodka ☐ Rum/Vermute ☐ Outra:

 9.2 Com qual idade começou a beber? _____ anos
 9.3 O que mais o influenciou a beber?

 9.4 Qual é (era) o no. doses/dia (copo, taça, lata, latão, garrafa) mais habitual da(s) bebidas que toma(va)?
☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Quatro ☐ >= Cinco ☐ Perco a conta ☐ Não me recordo
 9.5 Com qual **frequência** costuma (costumava) beber?
☐ Diariamente ☐ 2 a 3 vezes/semana ☐ Finais de Semana ☐
 Raramente/Ocasional
→ Caso ainda tenha ingerido bebida alcoólica nos últimos 12 meses, responda a pergunta 9.5 e 9.6.
9.6 TESTE DE CAGE
 1ª *Alguma vez sentiu que deveria reduzir a quantidade de bebida ou parar de beber?*
☐ Não ☐ Sim
 2ª *As pessoas lhe aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica?*
☐ Não ☐ Sim
 3ª *Se sente chateado consigo mesmo pela forma como toma bebida alcoólica?*
☐ Não ☐ Sim
 4ª *Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?*

☐ Não ☐ Sim

9.7 Aplicação do Teste de AUDIT (Anexar o formulário): No. de Pontos Apurado (escore).

[0-7] Uso de Baixo Risco **[8-15]** Uso de Risco **[16-19]** Uso Nocivo **[20-40]** Provável dependência

Assinatura do Médico Entrevistador:

Data: /

/

Avaliação da Dependência Tabágica

ESCALA DE FAGERSTRÖM

1. Durante quanto tempo, logo após acordar, você fuma o 1º cigarro?
Pontos

③ Dentro de 5 min. ② Entre 6-30 min. ① Entre 31-60 min. ④ Após 60 min. →

2. Para você é difícil não fumar em lugares proibidos?

① Sim ④ Não →

3. Qual dos cigarros que fuma durante o dia lhe dá mais satisfação?

① O 1º da manhã ④ Os outros →

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

④ Menos de 10 ① De 11 a 20 ② De 21 a 30 ③ Mais de 31
→

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

① Sim ④ Não →

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

① Sim ④ Não →

→ **Total de Pontos:** **[0-2]** Muito baixa **[3-4]** Baixa **[5]** Média **[6-7]** Elevada **[8-10]** Muito elevada

HISTÓRIA DO TABAGISMO

1. O que mais influenciou você a fumar?

2. Idade em que começou a fumar regularmente? |__|__| anos.

3. Há quantos anos você fuma? |__|__| anos.

4. Quantos cigarros, em média/dia, você fumou na maior parte de sua vida? |__|__|
cigarros

5. Tipo de tabaco que usa? ☐ Cigarros Industrializados ☐ Cigarros de palha ☐
Bali/Cravo

☐ Cachimbo ☐ Charuto ☐ Mascado ☐ Narguilé ☐ Cigarro eletrônico

6. Qual a marca que costuma compra? _____

7. Quanto gasta em média, por mês? R\$ _____

8. Quanto você fuma atualmente, em média, por dia? DIAS ÚTEIS: _____ FINAL DE SEMANA: _____

9. Comparando com o ano passado, você agora fuma: ☐ Mais ☐ Igual ☐ Menos ☐ Não sabe

10. Nos últimos 12 meses, ficou sem fumar por 1 ou mais dias porque tentava parar? ☐ Não ☐ Sim

→ **Carga Tabágica:** _____ anos.maços (será calculada pelo médico, não preencher).

Condicionamentos & Consumo de Tabaco

1. Quais dessas atividades cotidianas levam você a associar com o hábito de fumar? (Marcar com X)



Fumantes próximos a você (familiares, amigos, colegas de trabalho)

2. Alguém da sua família fuma(va)? ☐ Não ☐ Sim → **QUEM?** ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Outros

3. Em sua casa, além de você, outras pessoas fumam? ☐ Não ☐ Sim → **QUEM?**

4. Você fuma dentro de casa? ☐ Não ☐ Sim

5. Você fuma onde trabalha? ☐ Não ☐ Sim

6. Em seu local de trabalho, outras pessoas fumam? ☐ Não ☐ Sim

7. Em seu local de trabalho, há proibição de fumar? ☐ Não ☐ Sim

BALANÇA DE DECISÃO: MOTIVOS PARA FUMAR VS. MOTIVOS PARA DEIXAR DE FUMAR

1. QUAL É O motivo mais forte para você fumar?

2. CITE UMA razão muito forte para você

parar? _____

3. Fazendo um balanço das razões para fumar e dos motivos para deixar, você hoje acredita que:

- ☐ Os motivos para fumar ainda são mais fortes.
- ☐ Os motivos para fumar e as razões para parar são fortes e se equivalem.
- ☐ As razões para deixar de fumar são mais fortes

TENTATIVAS ANTERIORES PARA DEIXAR DE FUMAR:

1. Quantas vezes você já tentou parar de fumar? ☐ Nenhuma ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou +

2. Conseguiu ficar algum tempo sem fumar, em alguma tentativa? ☐ Não ☐ Sim
_____ (tempo)

3. Usou algum remédio nas tentativas anteriores? ☐ Não ☐ Sim, Qual?

4. POR Quanto tempo usou os remédios? ☐ Só nos 1º Dias ☐ Nas 1ªs Sem. ☐ 3
meses ☐ > 3 meses.

5. Caso tenha parado o uso dos remédios,
qual foi o motivo? _____

TENTATIVA ATUAL: ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO

1. Qual das frases abaixo melhor se encaixa em seu momento atual? (Classifique abaixo)

- ☐ Eu ainda não estou certo (a) se este é o momento para que eu parar de fumar.
- ☐ Eu penso em parar algum dia na vida, porém ainda não penso marcar uma data antes de 6 meses.
- ☐ Estou pensando em marcar uma data de parada entre 3 e 6 meses.
- ☐ Eu estou realmente decidido (a) e, quero marcar uma data nos próximos 90 dias.
- ☐ Eu estou realmente decidido (a) e desejo marcar uma data para parar nos próximos 30 dias.
- ☐ Eu já parei de fumar e pretendo me manter abstinente.

Estágio de mudança: ☐ PRÉ-CONTEMPLATIVO ☐ CONTEMPLATIVO ☐ DETERMINAÇÃO ☐
AÇÃO

AUTO-EFICÁCIA *(sugira ao paciente que dê uma nota de 0 a 5 para cada uma das perguntas).*

(0) Nenhum (1) Algum (2) Pouco (3) Médio (4) Bastante (5)

Máximo (total)

1. O quanto você se sente **PREPARADO (A) OU PRONTO** (a) para deixar de fumar nesta tentativa? _____

2. Qual o **GRAU DE IMPORTÂNCIA** que você dá a esta tentativa? _____

3. Você se sente **CONFIANTE** que irá conseguir parar de fumar nesta tentativa? _____

BARREIRAS

1. Identifique quais as condições que se constituem em obstáculos para você ficar sem fumar?

- ☐ Ganho de peso ☐ Estresse ☐ Depressão ☐ Cônjuge/familiar fumar ☐ Beber
- ☐ Telefonar ☐ Tomar café ☐ Sair com amigos ☐ Outra:

REDE DE APOIO

1. Você informou a seus amigos e/ou familiares sobre a sua decisão de parar de fumar?

☐ Não ☐ Sim

2. Com quem você pode contar em uma situação que coloque em risco de fumar?

RECAÍDAS: (só preencher em caso de recaídas desde o último tratamento)

1. Identifique as situações que contribuíram para sua recaída?

- ☐ Por ter aumentado o peso ☐ Por ter enfrentado estresse ☐ Por ter ficado deprimida(o)
- ☐ Por ter bebido ☐ Por conviver/trabalhar com fumante ☐
- ☐ Por doença/perda na família ☐ Outra: _____

III. Avaliação Clínica Inicial

QP:

HDA:

EXAME FÍSICO:

→ SINAIS VITAIS: PA: _____ x _____ mm Hg. FC: _____ bpm FR: _____ irm

Peso: _____ kg

Altura: _____ m

IMC:

Monóxido de carbono: _____ ppm. Sat.O2: ____Peak

Flow: _____

→ EXAME FÍSICO DIRIGIDO:

EXAMES LABORATORIAIS: solicitados e resultados.

☐ RX Tórax:

☐ Função Pulmonar: _____

☐ Hemograma:

☐ Lipidograma:

☐ Bioquímica:

☐ Hepatograma:

□ ECG:

□ Outros exames:

RESUMO DA AVALIAÇÃO:

→ **Grau de Dependência:** _____ **Estágio Motivacional:**

→ **Escala HAD: Ansiedade** _____ pontos. **Depressão:** _____ pontos.

→ **AUDIT:** _____ pontos.

PROGRAMA TERAPÊUTICO INICIAL: Plano e Metas

Encaminhamentos:

Obs.:

Médico Avaliador: _____

Data: ____/____/____.