



UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA
CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO
CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA

LUCAS FLORENCIA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES EM UMA POPULAÇÃO DE
ALCOOLISTAS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD) NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA – PIAUÍ.**

PARNAÍBA

2022

LUCAS FLORENCIA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES EM UMA POPULAÇÃO DE
ALCOOLISTAS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD) NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PIAUÍ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Bacharel em Biomedicina, pela
Universidade Federal do Delta do Parnaíba,
campus Ministro Reis Velloso.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Renata Canalle

PARNAÍBA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Biblioteca Central Prof. Cândido Athayde
Serviço de Processamento Técnico

S586p Silva, Lucas Florencia da Silva.

Prevalência de comorbidades em uma população de alcoolistas atendidos pelo centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-AD) no município de Parnaíba-Piauí. [recurso eletrônico] / Lucas Florencia da Silva. – 2022.

1 Arquivo em PDF.

TCC (Bacharelado em Biomedicina) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2022.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Renata Canalle

1. Epidemiologia. 2. Patologia. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDD: 363

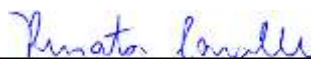
LUCAS FLORENCIA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES EM UMA POPULAÇÃO DE
ALCOOLISTAS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD) NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PIAUÍ.**

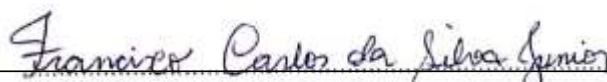
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Bacharel em Biomedicina, pela
Universidade Federal do Delta do Parnaíba,
campus Ministro Reis Velloso.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Renata Canalle

Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Renata Canalle - Orientadora
Universidade Federal do Delta do Parnaíba



M.Sc. Francisco Carlos da Silva Júnior - Membro 1
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



M.Sc. Thiago Nobre Gomes - Membro 2
Universidade Federal do Ceará

Aprovado em 29/04/2022

RESUMO

Substâncias intoxicantes são disseminadas na sociedade contemporânea de forma englobante. O álcool é a mais antiga e conhecida além de ser amplamente utilizada pelos seres humanos. Estimativas apontam que a ingestão demasiada dessa substância contribui para 3 milhões de óbitos a cada ano por todo o planeta, bem como para o desenvolvimento de deficiências e problemas de saúde de milhões de pessoas. Em vista desse panorama, pesquisas epidemiológicas fornecem suporte confiável para avaliar o status perante a saúde de uma população, estabelecer fatores de risco social, implicações no sistema de saúde, bem como suas futuras necessidades de cuidados. O estudo objetiva averiguar a prevalência de comorbidades em uma população de alcoolistas atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do município de Parnaíba - Piauí. A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal de caráter qualiquantitativo com aplicação de formulário, averiguações de informações de caráter médico e análises estatísticas realizado entre setembro de 2020 a novembro de 2021. Nesse contexto, os pacientes alcoolistas (n= 154) relataram uma gama de doenças, condições que possuíam além da dependência, cerca de 49,4% (n=76) dos entrevistados afirmaram ter ao menos uma patologia presente eximindo as condições psiquiátricas existentes. Destacadamente as condições patológicas mais prevalentes foram gastrite (n=33), doenças no fígado (n=19), sendo as mais diagnosticadas a cirrose em 89,5% e esteatose em 10,5% das enfermidades hepáticas relatadas. Em segundo plano, estão os diagnósticos de hipertensão (n=10), osteoporose (n=9) e diabetes (n=6). Substâncias psicoativas que, potencialmente, se concretizam como vias de dependência são extremamente relevantes para estudos, análises e necessitam de uma viabilização estratégica para elaboração de medidas públicas eficazes. Nesse contexto, observou-se uma população de alcoolistas diversa, com características sociodemográficas acentuadas e constatação de uma taxa considerável de pacientes comórbidos. A partir das observações, do contato direto com os pacientes em tratamento e análise de prontuários tornou-se visível que as consequências do abuso de álcool ao longo dos anos afetam diretamente o progresso socioeconômico, relações interpessoais e debilitação da saúde. Mesmo com limitações, evidenciou-se nos cinco grupos comórbidos padrões de ingestão alarmantes e precocidade no consumo de bebidas alcoólicas.

Palavras-chave: Epidemiologia. Patologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

Intoxicating substances are disseminated in contemporary society in an encompassing way. Alcohol is the oldest and most known in addition to being widely used by human beings. Estimates indicate that excessive intake of this substance contributes to 3 million deaths each year across the planet, as well as to the development of disabilities and health problems for millions of people. In view of this situation, epidemiological research such as the one carried out in this study provides reliable support to assess the health status of a population, establish social risk factors, implications for the health system, as well as its future care needs. This study aims to investigate the prevalence of comorbidities in a population of alcoholics treated at the Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) in the city of Parnaíba - Piauí. The present research is a cross-sectional study of a qualitative and quantitative nature with the application of a form, investigations of medical information and statistical analyzes carried out between September 2020 and November 2021. In this context, the alcoholic patients who participated in the present study (n=154) reported a range of diseases, conditions that they had beyond to dependence, about 49.4% (n=76) of the interviewees claimed to have at least one pathology, exempting existing psychiatric conditions. The most prevalent pathological conditions were gastritis (n=33), liver diseases (n=19). The most diagnosed were cirrhosis in 89.5% and steatosis in 10.5% of the reported liver diseases. In the background are the diagnoses of hypertension (n=10), osteoporosis (n=9) and diabetes (n=6). Psychoactive substances that potentially constitute pathways of dependence are extremely relevant for studies, analyzes and need strategic viability for the elaboration of effective public measures. Thus, a diverse population of alcoholics was observed, with notable sociodemographic characteristics and a considerable rate of patients with comorbidity. From the observations, direct contact with patients undergoing treatment, and analysis of medical records, it became evident that the consequences of abusive alcohol use over the years directly affect socioeconomic progress, interpersonal relationships and health impairment. Even with limitations, alarming patterns of intake were evidenced, and an early consumption of alcoholic beverages in the five groups prevalent.

Keywords: Epidemiology. Pathology. Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Geral.....	8
2.2 Específicos.....	8
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3.1 Alcoolismo.....	9
3.2 Estudos epidemiológicos.....	12
3.3 Comorbidades	14
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Local de estudo.....	17
4.3 Período do estudo.....	17
4.4 Coleta de dados	17
4.5 Análise dos dados	18
4.6 Aspectos éticos.....	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A - FORMULÁRIO APLICADO PARA A POPULAÇÃO DE ALCOOLISTAS	43
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	45
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFPI)	47

1 INTRODUÇÃO

Substâncias intoxicantes são disseminadas na sociedade contemporânea de forma englobante, o álcool é a mais antiga e conhecida além de ser amplamente utilizada pelos seres humanos. Evidências arqueológicas revelam que a ingestão de bebidas alcoólicas remonta aos primeiros estágios do desenvolvimento do *Homo sapiens*. A maioria dos problemas de saúde associados ao álcool está ligada ao seu abuso. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define o abuso de álcool como todas as formas de risco e mau funcionamento associados ao consumo perigoso dessa substância (CLAPP; WACKERNAH; MINNICK, 2014; BRISIBE *et al.*, 2011).

Notadamente, o álcool se caracteriza como uma substância tóxica e psicoativa com propriedades produtoras de dependência. Em muitas populações, as bebidas alcoólicas são uma parte rotineira da paisagem cotidiana, de tal modo que em diversos ambientes as bebidas alcoólicas têm grande visibilidade e frequentemente acompanha a socialização. Nesse contexto, é fácil ignorar ou descontar os danos sociais e à saúde causados ou contribuídos pelo consumo desse produto. Estimativas apontam que a ingestão demasiada dessa substância contribui para 3 milhões de óbitos a cada ano por todo o planeta, bem como para o desenvolvimento de deficiências e problemas de saúde de milhões de pessoas. No geral, o uso prejudicial de álcool é responsável por 5,1% da carga global de doenças (WHO, 2020; BURK *et al.*, 2012).

Nessa conjuntura, o uso excessivo de álcool se destaca como um problema de saúde pública, responsável por cerca de 6,0% da mortalidade em todo o planeta e perda média de 5,0% dos anos de vida de indivíduos alcoolistas. Em nível nacional cerca de um quinto da população adulta abusam na ingestão de bebida alcoólica segundo dados do Ministério da Saúde. Em relação aos domínios geográficos a região nordeste possui a segunda maior prevalência do alcoolismo (ANDRADE, 2020; BASTOS, 2017; THOMPSON *et al.*, 2017; FRANCIS *et al.*, 2015).

Dessa forma, o transtorno por uso de álcool é relatado como um dos principais contribuintes para a carga de morbidade em inúmeros países, o consumo exacerbado dessa substância se configura como um fator de risco para uma gama de doenças a exhibir impacto prejudicial à qualidade de vida da população. Frequentemente coexiste com outros transtornos psiquiátricos, ao passo que, esses transtornos são altamente incapacitantes, associados a muitas comorbidades físicas e psiquiátricas sendo responsáveis por 10,0% da carga de doenças relacionadas ao uso de substâncias e transtornos mentais (CASTILLO-CARNIGLIA *et al.*, 2019; GRANT *et al.*, 2015).

Interessantemente, o álcool é amplamente considerado a única substância psicoativa com potencial aditivo, isto é, que não é controlada em nível internacional por estruturas regulamentares legalmente vinculantes, apesar de suas profundas implicações para as populações e a saúde pública. Os efeitos adversos do álcool na saúde têm sido o assunto de um número crescente de estudos nos últimos anos, com tais pesquisas afirmando que mesmo o uso modesto de álcool contribui para mais de 60 condições de saúde agudas e crônicas (GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; REHM *et al.* 2011).

Em vista desse panorama, pesquisas epidemiológicas como a realizada neste estudo fornecem suporte confiável para avaliar o status perante a saúde de uma população, estabelecer fatores de risco social, implicações no sistema de saúde, bem como suas futuras necessidades de cuidados. Ademais, a análise da prevalência de patologias na parcela populacional em questão refletirá tendências e resultados com desdobramentos para ações de cunho público, fomento para investimentos na prevenção e tratamento do alcoolismo e suas implicações, além do enriquecimento da literatura que exorta poucos trabalhos em relação à relevância da temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Averiguar a prevalência de comorbidades em uma população de alcoolistas atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do município de Parnaíba-Piauí.

2.2 Específicos

- Identificar as principais doenças apresentadas nesses indivíduos;
- Levantar dados estatísticos inerentes às indagações do formulário;
- Delimitar as relações entre as principais comorbidades e o estado de dependência alcóolica e contrastar perante a literatura existente;
- Averiguar se há um controle medicamentoso ou acompanhamento médico frente a(s) comorbidade(s) diagnosticadas nos pacientes.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Alcoolismo

Terminologicamente, uma “substância” é definida como qualquer composto psicoativo com potencial para causar problemas de saúde e sociais, incluindo dependência. Essas substâncias podem ser legais, como por exemplo o álcool e tabaco; ilegais, tais como a heroína e a cocaína ou controlado para uso por prescritores licenciados para fins médicos (MCLELLAN, 2017). O álcool se destaca, pois seu consumo faz parte de muitas práticas de teor religioso e social a proporcionar perceptível prazer a diversos usuários. Historicamente seu uso tornou-se um hábito anoso em muitas comunidades e raramente imposto como um ato ilícito, apócrifo ou punível, a implicar assim em um cenário histórico do consumo de tal substância a galgar um status rotineiro, socialmente ordinário e necessário para uma parcela considerável de indivíduos (SSEBUNNYA *et al.*, 2020; MYADZE *et al.*, 2014).

As ciências da saúde categorizam o alcoolismo como uma síndrome multifacetada, a dependência do álcool se manifesta a partir da exposição crônica e repetida a tal substância, o que resulta em um conjunto de adaptações comportamentais, neurológicas e fisiológicas corroborando com a definição estabelecida pela CID-10 da Organização Mundial da Saúde (OMS), reforçando o cunho multifatorial dessa patologia abrangendo ainda a interação entre fatores genéticos, psicossociais e ambientais (WANG *et al.*, 2020; SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

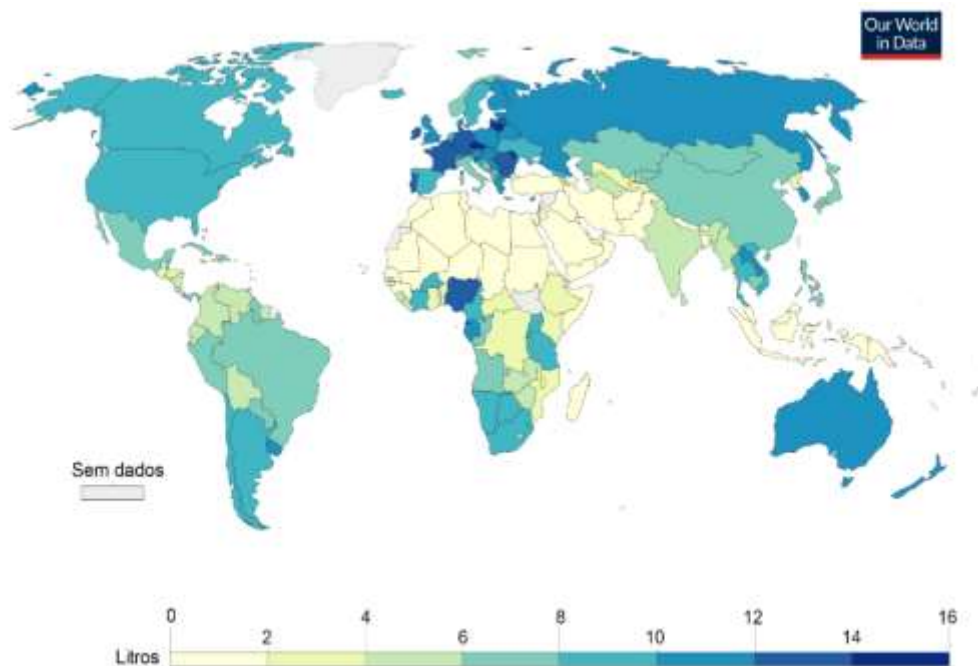
De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association, APA*), os transtornos relacionados ao uso de álcool são definidos como a repetição de problemas decorrentes do seu consumo que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, tendo em vista que a gravidade varia de acordo com o número de sintomas apresentados que são previamente estabelecidos pelo manual (FUSTER *et al.*, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Globalmente, o transtorno por uso de álcool afeta 240 milhões de pessoas, principalmente na Europa e nas Américas. O consumo excessivo desta substância é um expressivo fator de risco para muitos dos problemas de saúde e, portanto, é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças. Veridicamente, o álcool é uma causa subjacente necessária para mais de 30 patologias e um fator que coopera para muitas outras. As categorias de doenças mais comuns que são totais ou parcialmente causadas pelo seu consumo incluem

doenças infecciosas, alguns cânceres, diabetes, doenças neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado e pâncreas, além das lesões não intencionais e intencionais. O conhecimento desses riscos de doenças favoreceu positivamente no desenvolvimento de diretrizes de consumo de baixo risco. Além desses riscos de doenças que afetam o bebedor, o consumo de álcool também pode afetar a saúde de outras pessoas e causar danos sociais a terceiros. Esses achados ressaltam a necessidade de desenvolver esforços eficazes de prevenção para reduzir a dor e o sofrimento, e os custos associados resultantes do uso excessivo de álcool (NEHRING; FREEMAN, 2020; CARVALHO *et al.*, 2019; WITKIEWITZ *et al.*, 2018; REHM, 2011).

Estatisticamente, o uso prejudicial de álcool é responsável por 7,1% e 2,2% da carga global de doenças para homens e mulheres, respectivamente. O álcool é o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre aqueles com idade entre 15 a 49 anos, sendo responsável por 10,0% de todas as mortes nessa faixa etária. Populações desfavorecidas e especialmente vulneráveis apresentam taxas mais altas de morte e hospitalização relacionadas ao álcool. A figura 1 destaca um mapa-múndi apresentando o consumo médio *per capita* de álcool e sua ampla variação. O consumo dessa substância é uma grande preocupação de saúde pública em todo o globo em virtude de ser um dos principais fatores de risco para mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade (WHO, 2020; RUBIN, 2017).

Figura 1: Consumo de álcool *per capita* de indivíduos com 15 anos ou mais em 2016.



Fonte: Adaptado de Ritchie e Roser (2020).

Nesse contexto, o eixo das desordens psiquiátricas, destacadamente a ansiedade e transtornos do humor, costumeiramente ocorrem de maneira simultânea com o transtorno do uso de álcool. O transtorno depressivo é a desordem psiquiátrica mais comuns entre as pessoas afetadas por essa patologia. A coocorrência desses distúrbios está associada a maior gravidade e pior prognóstico do que qualquer um dos distúrbios isoladamente, incluindo um risco elevado de comportamento suicida. Reconhecer e tratar as manifestações neurológicas comuns da ingestão excessiva de álcool são essenciais para os profissionais que cuidam e monitoram pacientes hospitalizados (CHERNYAVSKY *et al.*, 2020; MCHUGH, 2019; CONNER *et al.*, 2014).

Distúrbios no fígado, no pâncreas e no sistema nervoso com engendramento via ingestão de álcool são consequências patológicas comuns. A interrupção do consumo de álcool pode ser um ato para cessar agravos nos sistemas orgânicos até certo ponto e pode reduzir a ocorrência de complicações. Todavia, a síndrome de abstinência alcoólica está entre as sequelas mais comuns e perigosas associadas ao transtorno por uso de álcool. Os sintomas de abstinência do álcool ocorrem quando os pacientes param de beber ou diminuem significativamente a ingestão após uma dependência de longo prazo. Nesse âmbito, a abstinência apresenta uma ampla gama de sintomas, desde tremores leves até uma condição clínica chamada *delirium tremens*, que eventualmente pode resultar em convulsões e com curso de agravação evoluir para a morte se não for reconhecida e tratada prontamente. As taxas de mortalidade relatadas para pacientes que apresentam *delirium tremens* é de 1,0 a 5,0% (CHERNYAVSKY *et al.*, 2020; EGHOLM *et al.*, 2018).

Problemas referentes à ingestão excessiva podem ser tratados com sucesso com uma breve intervenção de médicos de atenção primária. Todavia, o vício do álcool é uma doença vitalícia com um curso recorrente e remitante. Por causa das implicações potencialmente graves do diagnóstico, a avaliação do alcoolismo deve ser detalhada. O alcoolismo é tratado por uma variedade de métodos psicossociais com ou sem farmacoterapias recentemente desenvolvidas que melhoram as taxas de recaída. Assim, a triagem para problemas com o álcool e o alcoolismo precisa se tornar parte integrante do formulário de rotina de exames de saúde para adolescentes e todos os adultos, especialmente mulheres em idade fértil, devido ao risco de síndrome do álcool fetal (MANNES *et al.*, 2018; ENOCH; GOLDMAN, 2002).

Em um ambiente de busca inalcançável, o ideal de saúde na modernidade se encontra. Tendo em vista que ela exige do sujeito a certeza concreta de estar sempre em constante equilíbrio. Dessa forma, a instauração da medicina moderna tem cumprido o papel de controlar a sociedade num processo de crescente medicalização de todas as categorias da vida. Percebe-

se que a saúde é um fator determinante de integração na sociedade, concomitante com um predigo de que doença é considerada como agente de exclusão, deste modo, o corpo enquanto detentor tanto da saúde quanto da doença possui implicações sociais para além das ameaças biológicas (ZALFA; ESPIRITO-SANTO; ASSIS, 2020; CLARK, 2014; SFEZ, 1996).

3.2 Estudos epidemiológicos

Conceitualmente, o estudo da distribuição e determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações especificadas com a aplicação deste estudo à prevenção e controle de problemas de saúde é a definição para estudo epidemiológico. Ao passo que, a epidemiologia se ilustra como o estudo da distribuição dos estados ou eventos relacionados à saúde de uma determinada população. O objetivo desta ciência é entender quais fatores de risco estão associados a uma doença específica e como a doença pode ser prevenida em grupos de indivíduos. Devido à natureza observacional dessa área de estudo, ela não pode fornecer respostas para o que causou uma doença a um indivíduo específico. Os estudos epidemiológicos podem ser usados por várias razões, geralmente para estimar a frequência de uma patologia e encontrar associações sugerindo possíveis causas de uma doença (MUNNANGI; BOKTOR, 2020; GULIS; FUJINO, 2015; HAJAT, 2010).

Métodos de aumento da expectativa de vida são um interesse primário da pesquisa médica e socioeconômica. Em muitas partes do mundo, a expectativa de vida tem aumentado continuamente nas últimas décadas, devido a fatores como o avanço da tecnologia, maior disponibilidade de medicamentos e apoio internacional, cenário perceptível, já que as pessoas estão mais saudáveis, mais ricas e vivem mais hoje do que há três décadas. Assim, os preditores demográficos e socioeconômicos se ilustram como uma via inescusável para avaliação do desenvolvimento de grupos populacionais mesmo com variações quantitativas. Juntamente, a análise desses dados se concretiza como rota eficaz para ações de cunho público a impactar na redução de taxas, como a mortalidade e aumento da expectativa de vida. De tal forma, que vários estudos produziram e produzem evidências sólidas dos efeitos de eventos demográficos, instabilidade socioeconômica e disponibilidade de cuidados de saúde (LIN *et al.*, 2012; SEUBSMAN *et al.*, 2010; ROBINE, 2003).

De maneira intrigante segundo Vigl *et al.* (2010), os fatores sociodemográficos e a integração de pacientes com doenças crônicas na sociedade podem ser afetados por inferioridade percebida, imagem corporal prejudicada, baixa autoestima, relacionamento pais/colegas afetados, bem como por atitudes negativas da sociedade em relação aos pacientes

afetados por alguma patologia de cunho crônico. Desta maneira, a análise dos fatores sociodemográficos pode ser ainda mais importante em pacientes afetados por uma doença crônica do que em indivíduos saudáveis.

Destacadamente, um dos conceitos mais difusos nos estudos epidemiológicos é a prevalência que, em síntese, pode ser definida como uma medida da carga da doença em uma população em um determinado local e em um determinado momento, conforme representado em uma contagem do número de pessoas afetadas. Estudos de prevalência são base de informação para os pesquisadores, desenvolvedores de diretrizes e formuladores de políticas. Concomitante, são uma via informativa para avaliação das intervenções, inescusável para um planejamento adequado das necessidades de saúde, uma vez que fornecem dados sobre o risco de base para uma determinada doença em um grupo de pacientes ou população que, por sua vez, influencia as medidas de efeito (HARDER, 2014; WARD, 2013; SPENCER *et al.*, 2012).

Interessantemente, as características sociodemográficas, como idade, sexo, renda, educação, etnia, entre outros fatores se estabelecem como variáveis não relacionadas diretamente à doenças, mas que por vezes estão associadas à compreensão do resultado de enfermidades, susceptibilidades sociais ou biológicas envolvidas no progresso ou simples estabelecimento de um estado de doença e outras inúmeras implicações (REINERS *et al.*, 2019; BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Embora a ingestão de álcool seja um ato costumeiro por muitas sociedades, existem diferenças consideráveis na proporção e nas características da população que consome álcool, a quantidade e a frequência com que o consome e até que ponto os potenciais danos do álcool podem ser reduzidos pela existência e implementação de uma série de programas e políticas baseadas em evidências (MCKEE *et al.*, 2014; ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009).

Pesquisas epidemiológicas tendo como eixo central populações de alcoolistas e usuários de álcool revelam correlações em inúmeras variáveis sociodemográficas resultando em ferramentas de acompanhamento e produção de ações visando estabelecer medidas de controle e prevenção. O consumo de álcool se torna um problema quando o indivíduo se envolve em um padrão problemático de bebida que o coloca no risco de desenvolver eventos adversos à saúde. Nesse âmbito, o alcoolismo por vezes está situado dentro de comorbidades, sejam elas psíquicas ou de ordem física. Logo, os estudos epidemiológicos auxiliam constantemente na identificação de grupos de risco e desenvolvimento de ações frente a esses indivíduos (EASHWAR; UMADEVI; GOPALAKRISHNAN, 2020; EROL; KARPYAK, 2015).

A amplitude de resultados disponíveis pela análise de fatores sociodemográficos é nitidamente explorada na literatura, a expor uma variedade de resultados em populações

homogêneas e heterogêneas. Por exemplo, estudos nos países escandinavos constataram que pessoas hospitalizadas com transtorno de uso de álcool têm uma expectativa de vida média de 47-53 anos (homens) e 50-58 anos (mulheres) e morrem 24-28 anos mais cedo do que as pessoas na população em geral. Ao passo que, regiões como a Europa Oriental e África Subsaariana apresentam as maiores taxas de mortalidade atribuíveis ao álcool (PARK; KIM, 2020; PROBST *et al.*, 2018; WESTMAN *et al.*, 2014).

Notadamente, a apresentação dos resultados oriundos da análise epidemiológica e suas discrepâncias reflete a conspícua associação da condição patológica com diversos fatores, como: contexto comunitário, influências familiares, predisposição biológica, efeitos da exposição pré-natal ao álcool, fatores psicológicos e características sociodemográfica, que por sua vez se correlacionam em vários sistemas e níveis, interagem e atuam no decorrer dos anos para determinar os resultados relacionados a essa substância, como padrões de consumo e consequências negativas relacionadas ao álcool (WOOD *et al.*, 2018; GRUENEWALD *et al.*, 2014; CEYLAN-ISIK; MCBRIDE; REN, 2010).

Assim, os estudos epidemiológicos se estabelecem como ferramentas de confiabilidade para avaliar as causas e os efeitos do consumo de álcool, bem como os efeitos dos esforços para impedir o consumo dessa substância e seus desdobramentos clínicos. Análises sociodemográficas têm contribuído significativamente para a pesquisa de uso do álcool em relação à saúde pública e sobre as políticas públicas relacionadas a tal condição. Desta maneira, pesquisas epidemiológicas nas ciências das dependências auxiliam na avaliação da necessidade de serviços de saúde, esclarecem a gênese dos casos, além da consolidação como base para estratégias ativas e preventivas (RATHOD *et al.*, 2015; ROSSOW; NORSTRÖM, 2012).

3.3 Comorbidades

Variabilidade de significados se sobrepõe sobre o termo “comorbidade”, Alvan Feinstein cunhou o termo comorbidade em 1970, definindo-o como a presença de "uma entidade clínica adicional distinta". Por sua vez, Ording e Sørensen (2013) sugere que a “doença índice” descreve a condição principal em estudo, enquanto “comorbidade” descreve as condições médicas que existem no momento do diagnóstico da doença índice ou posteriormente, mas que não são uma consequência da doença índice. Um outro ponto é o índice de Charlson que objetiva medir o impacto na saúde de várias comorbidades. Continuamente exortam-se trabalhos que sublinham as dificuldades que as comorbidades apresentam para a produção e implementação de diretrizes clínicas, para a prestação de cuidados de uma pessoa

integral e para a avaliação da qualidade do atendimento (DAWES, 2010; JONES, 2010; FEINSTEIN, 1970).

Nessa esfera, o consumo de bebidas alcoólicas como uma característica comum das reuniões sociais articula um papel significativo, tendo em vista que o consumo de etanol está relacionado a cerca de 60 tipos diferentes de doenças. Perante esses dados, evidências de efeitos protetores ou prejudiciais são relatados em diferentes funções fisiológicas: baixos níveis de consumo de álcool, especialmente vinho, podem proteger contra algumas doenças cardiovasculares e cânceres. Entretanto o consumo frequente e a dependência estão associadas a um aumento nas comorbidades físicas (SCHOEPF; HEUN, 2015; TEUNISSEN *et al.*, 2014; OVERVAD *et al.*, 2013).

Outro aspecto pertinente são as comorbidades psiquiátricas, isto é, a presença, simultaneamente ou em sequência, de mais de um transtorno dentro de um indivíduo em um determinado período. A prevalência da maioria dos transtornos de humor, ansiedade, abuso de substâncias e "transtornos do pensamento" é maior em pessoas com transtorno do uso de álcool do que na população em geral, embora a magnitude da correlação varie entre essas desordens. A comorbidade do transtorno por uso de álcool pode surgir de vários mecanismos potenciais, incluindo um efeito causal direto ou indireto do transtorno em outros transtornos psiquiátricos, ou vice-versa, causas genéticas e ambientais são fatores relevantes e em estudo (CASTILLO-CARNIGLIA *et al.*, 2019; PREUSS *et al.*, 2017; SØRENSEN *et al.*, 2017).

Alterações no metabolismo são previsíveis frente ao alto consumo e a excessiva ingestão de álcool a culminar na elevação para o risco de diabetes tipo II. Inúmeras pesquisas constataram que o consumo abusivo de álcool acentuou negativamente o controle do açúcar no sangue em pacientes do Tipo I e do Tipo II, independentemente da dieta. Consequências graves como a cetoacidose ou hipertrigliceridemia a culminar em pancreatite ou endurecimento das artérias são evoluções corriqueiras (POLSKY; AKTURK, 2017; CULLMANN; HILDING; ÖSTENSON, 2012).

Indivíduos que ingerem álcool de forma exacerbada e crônica têm um risco aumentado de contrair e espalhar doenças sexualmente transmissíveis como o HIV, que está associado a quesitos como comportamento sexual de risco. O abuso de álcool também afeta negativamente a eficácia da detecção e tratamento de HIV/AIDS de várias maneiras, incluindo a degradação a nível hepático que pode ser via para uma disseminação mais abrupta da infecção pelo vírus, além de implicações sociais de convivência tornando mais difícil para os pacientes seguir o regime de tratamento complexo e rigoroso necessário para o tratamento do HIV/AIDS (WILLIAMS *et al.*, 2016; BAUM *et al.*, 2010).

A nível de sistema cardiovascular, o consumo excessivo de álcool tem efeitos complexos e pode piorar as condições cardiovasculares existentes. As condições que podem ser causadas ou influenciadas pelo uso de álcool incluem doença cardíaca coronária, cardiomiopatia, acidente vascular cerebral, hipertensão além de doença arterial periférica (PIANO, 2017). Em outro eixo, bem evidenciado, estudos expõe que o consumo abusivo de álcool é um fator contribuinte para a gastrite hemorrágica que se apresenta erosiva e aguda, a cronicidade do consumo de álcool por sua vez, se estabelece como causa aparente para distúrbios estomacais e gastrite atrófica crônica. Em síntese, a gastrite se deve principalmente ao desequilíbrio entre os fatores agressivos e defensivos da mucosa gástrica, assim, a dependência alcóolica fulgura como um ponto de estudo e relação direta (LI *et al.*, 2018; JEON *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2015; YANG *et al.*, 2005).

Dessa forma, os cuidados de saúde precisam cada vez mais abordar o tratamento de indivíduos com múltiplas doenças coexistentes, que hodiernamente são a norma, e não a exceção. Diversas populações são afetadas por essa tendência, nos Estados Unidos, cerca de 80,0% dos gastos do “*medicare*” são voltados para pacientes com 4 ou mais doenças crônicas, com custos aumentando exponencialmente à medida que aumenta o número de doenças crônicas. Essa constatação é responsável por um interesse crescente por parte de profissionais e pesquisadores no impacto da comorbidade em uma série de resultados, como mortalidade, qualidade de vida relacionada à saúde, funcionamento e qualidade dos cuidados de saúde (VALDERAS *et al.*, 2009; RITCHIE, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal de caráter quali-quantitativo com aplicação de formulário, presente no apêndice A, averiguações de informações de caráter médico e análises estatísticas.

4.2 Local de estudo

O estudo teve seu local de desenvolvimento sediado no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) sediado no município de Parnaíba-PI (Latitude: 02° 54' 14" S, Longitude: 41° 46' 35" W).

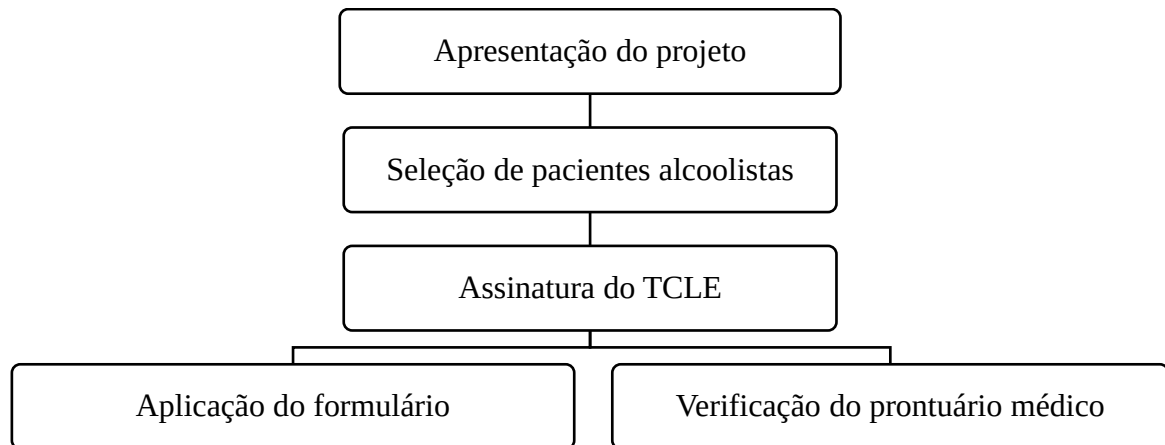
4.3 Período do estudo

A realização das atividades em função da realização desse projeto ocorreu entre setembro de 2020 a novembro de 2021.

4.4 Coleta de dados

As entrevistas com respectivas coletas de dados via formulário e análise de prontuários ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) sediado no município de Parnaíba-PI (Latitude: 02° 54' 14" S, Longitude: 41° 46' 35" W). A seleção criteriosa dos participantes de forma primária se dava após a apresentação do projeto e objetivos do mesmo para a comunidade usuária do centro. Dessa forma, em ciência da condição abusiva de consumo de álcool relatada pelo paciente, o processo seguia somente com o consentimento do indivíduo para com a aplicação do formulário, este antecedido da submissão de cada participante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presente no apêndice B, a fim do resguardo ético aos entrevistados e pesquisadores. O fluxograma 1 ilustra o processo de coleta de dados.

Fluxograma 1: Esquema de coleta de dados adotados na população alcoolista.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados teve sua gênese a partir dos dados obtidos pelo preenchimento do formulário aplicado. Dessa forma, todos os dados seguem processo padrão de catalogação e tabulação por meio do programa *Microsoft® Office Excel Professional 2019* para organização, seleção e análise dos resultados. Ao passo que, para as variáveis quantitativas foram avaliadas a média e a amplitude, e nas variáveis qualitativas, as frequências absolutas e relativas. O intervalo de confiança (IC) de 95% foi usado como estimativa de risco relativo e grau de associação. A análise dos dados segue o fluxo de realização por meio dos programas *IBM SPSS Statistics 20 (SPSS Inc, EUA)* e *BioEstat 5.0 software*.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 0234.0.045 – 00010), em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as diretrizes estabelecidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”; no item VII.1, “Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP” (anexo A). Define-se pesquisa envolvendo seres humanos (item II.14), como “pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos”.

O centro de saúde especializado envolvido no arcabouço do trabalho, recebeu devidamente as informações referentes aos objetivos da pesquisa, bem como das etapas abrangentes, da confidencialidade e da privacidade dos dados da pesquisa e da identidade dos participantes selecionados, garantindo a não utilização das informações em prejuízo e malefícios de qualquer natureza frente a estes. Os pesquisadores comprometeram-se a tratar as informações dos prontuários com dignidade e respeitar a plena autonomia da instituição, obedecendo rigorosamente à metodologia proposta.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Notadamente, a ingestão de álcool se constitui como um fator de risco para uma vasta lista de doenças crônicas e condições patológicas. Interessantemente, o volume médio de álcool consumido, padrões de consumo e qualidade das bebidas alcoólicas ingeridas presumivelmente têm um impacto causal na mortalidade e morbidade relacionada a doenças e condições crônicas. De tal modo, vinte e cinco códigos de doenças e condições crônicas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) são inteiramente atribuíveis ao álcool, sendo que, essa substância desempenha um papel de componente de risco em alguns tipos de cânceres, condições neuropsiquiátricas e uma gama de doenças cardiovasculares e digestivas (SHIELD *et al.*, 2014). Hodiernamente, dados de 2019 do Ministério da Saúde apontam que 17,9% da população adulta no Brasil fazem uso abusivo de bebida alcoólica.

Vale frisar que, o álcool consumido em pequenas quantidades não é perigoso para a saúde, porém a partir de uma ingestão de grandes quantidades tem um efeito negativo na saúde somática e psíquica. A carga global de doenças causadas por seu uso prejudicial é vultuosa. Perturbadoramente, excede aqueles causados por muitos outros fatores de risco e doenças prioritárias na agenda de saúde global. Mais de 200 problemas de saúde estão relacionados ao uso prejudicial de álcool, que vão desde doenças hepáticas, lesões nas estradas e violência, suicídios, tuberculose e HIV/AIDS (WHO, 2021; YANG *et al.*, 2018; THOMPSON *et al.*, 2017; SALOM *et al.*, 2014).

Nesse contexto, os pacientes alcoolistas que participaram do presente estudo (n= 154) relataram uma gama de doenças, condições que possuíam além da dependência, cerca de 49,4% (n=76) dos entrevistados afirmaram ter ao menos uma patologia presente excluindo as condições psiquiátricas existentes. Dessa forma, esse grupo é o contingente populacional foco da pesquisa, sendo que, destacadamente as condições patológicas mais prevalentes foram gastrite (n=33), doenças no fígado (n=19), sendo as mais diagnosticadas a cirrose em 89,5% e esteatose em 10,5% das enfermidades hepáticas relatadas. Em segundo plano, estão os diagnósticos de hipertensão (n=10), osteoporose (n=9) e diabetes (n=6), na tabela 1 encontra-se os dados relativos e absolutos de condições patológicas presentes na população em foco. Outro ponto atribuível, aos pacientes com comorbidades refere-se à apresentação de uma média de $12,7 \pm 3,3$ anos de consumo pesado por estes é destacável quando comparados a média de $6,8 \pm 2,6$ anos daqueles que não apresentavam quaisquer doenças.

A expressiva porcentagem de indivíduos apresentando gastrite, queixas de queimação estomacal, úlceras e problemas hepáticos sugere interrelação com a cronicidade de maus

hábitos. O consumo de álcool, é conhecidamente, um fator de risco para um grande espectro de doenças agudas gastrointestinais, tal qual pancreatite e gastrite. Notavelmente, cerca de 70,0% do álcool ingerido é absorvido no estômago e 30,0% no intestino delgado, da mesma forma, 10,0% é metabolizado pela enzima álcool desidrogenase (ADH), enquanto os 90,0% restantes são pelo fígado. Nesse cômputo, o estômago e o fígado são os órgãos mais expostos e afetados pelo consumo excessivo de álcool. A nível estomacal, ocorrera a ação corrosiva do álcool na mucosa, denominada hipergastrinemia induzida pelo álcool, resultando em elevação da secreção de ácido gástrico e comprometimento da motilidade muscular gástrica, resultante a contribuir para a gênese de gastrite alcoólica (ADEJUMO *et al.*, 2019; RAJAGOPAL *et al.*, 2015; VONGHIA *et al.*, 2008; BUJANDA, 2000).

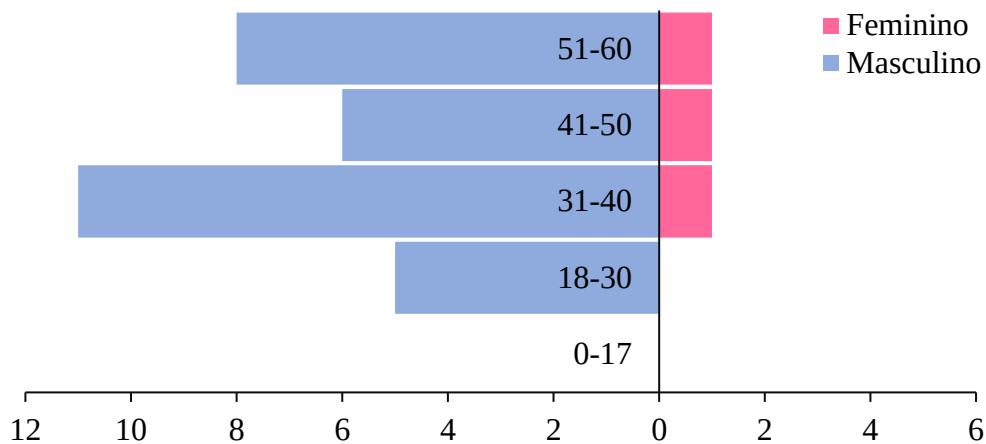
Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa das principais patologias diagnosticadas na população de alcoolistas atendidos pelo CAPS-ad no município de Parnaíba-PI.

Comorbidade	Número de casos diagnosticados	Porcentagem
Gastrite	33	43,4%
Doenças hepáticas	19	25,0%
Hipertensão	10	13,2%
Osteoporose	8	10,5%
Diabetes	6	7,9%
Enfisema pulmonar	3	3,9%
Cálculo renal	3	3,9%
Artrose	2	2,6%
Úlcera gástrica	1	1,3%
Pancreatite	1	1,3%
Bronquite	1	1,3%
AIDS	1	1,3%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O panorama prevalente dentre a população em foco fulgura o destaque para a gastrite, àqueles indivíduos que apresentara alguma doença no prontuário médico uma parcela de 43,4% (n=33) constava a inflamação gástrica, sendo que 90,9% são do sexo masculino e 9,1% do sexo feminino a apresentar a idade média de $40,9 \pm 10,7$ anos, no gráfico 1 são expostos esses dados etários.

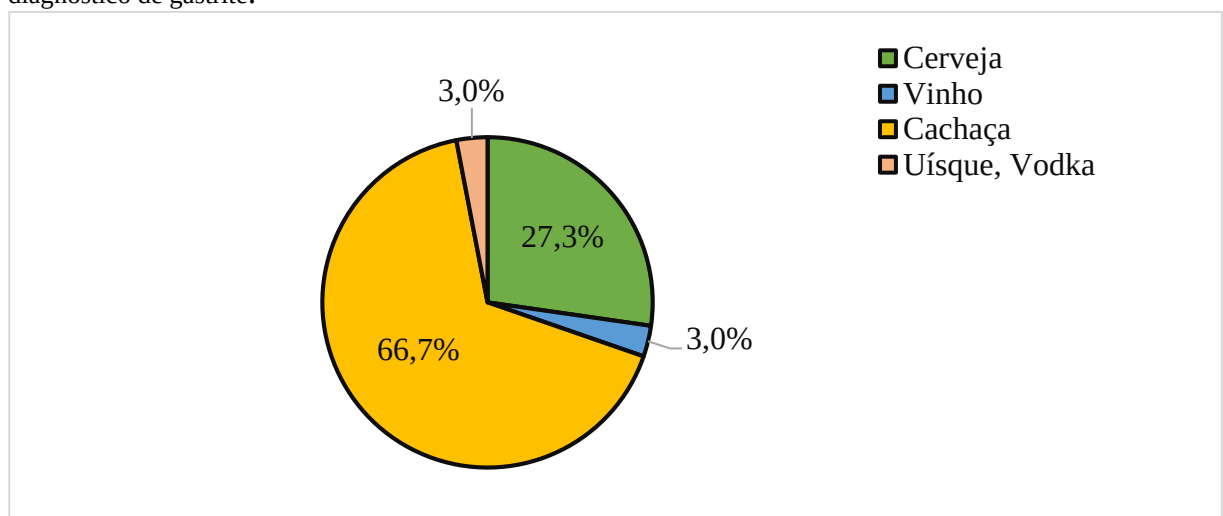
Gráfico 1: Distribuição por faixa etária e gênero da população alcoolista que apresentara diagnóstico para gastrite.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Frente ao quesito primeiro contato com alguma bebida alcóolica do grupo populacional, averiguou-se uma idade média precoce de $13,2 \pm 3,6$ anos, a cachaça a ser a bebida mais frequentemente consumida por 66,7% (n=22) dos indivíduos alcoolistas com gastrite como ilustrado no gráfico 2, ao passo que, o consumo diário de bebidas alcóolicas foi relatado por 63,7% (n=21) dos entrevistados, sendo que a média diária de ingestão alcóolica exposta foi de $1,7 \pm 0,8$ litros *per capita*. Constatou-se que 24,2% (n=8) dos pacientes não tinham quaisquer histórico de posologia perante o tratamento da gastrite. Dentre os pacientes com gastrite, apenas um apresentou diagnóstico para úlcera gástrica o equivalente a 1,3% do total de comórbidos.

Gráfico 2: Distribuição relativa das bebidas alcóolicas frequentemente ingeridas pela população alcoolista com diagnóstico de gastrite.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Vale ressaltar que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como dose padrão 10g de etanol puro, e recomenda que homens e mulheres não excedam duas doses por dia, e abstenham-se de beber pelo menos dois dias por semana. Todavia, a renomada *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) impõe como dose padrão 14g de etanol puro e orienta a população feminina a limitarem seu consumo a uma dose por dia e, os homens, a até duas doses por dia. Hodiernamente, não existem definições oficiais para dose padrão e consumo moderado no Brasil. A partir de referências científicas e consultas a sites especializados em diferentes tipos de bebida e levando em conta os volumes e teores alcoólicos mais praticados no Brasil, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) considera que uma dose padrão corresponde a 14g de álcool puro no contexto brasileiro, o que corresponde a 350 mL de cerveja (5,0% de álcool), 150 mL de vinho (12,0% de álcool) ou 45 mL de destilado (vodca, uísque, cachaça, gin, tequila com 40,0% de álcool). Tendo em vista que, a presente população estudada é residente e natural do Brasil a adoção desses parâmetros é viável.

Não obstante, vale salientar que os estudos sobre o consumo de álcool são difíceis de comparar quando se restringem à quantidade de álcool ingerida, uma vez que o teor alcoólico varia entre as bebidas do mesmo tipo. O volume varia com a embalagem e a quantidade ingerida depende do que é relatado pelo participante, entre outras incertezas, o que é uma das limitações para estudos como este. Todavia, mesmo que o padrão de consumo de álcool não seja universal, conhecer as características da população que mais consome é importante para o planejamento da saúde (ANDRADE, 2020; MOURA; MALTA, 2011). Contudo, nas tabelas 2 e 3 são disponibilizados os dados da população com gastrite por aspecto de consumo alcoólico.

Tabela 2: Perfil da população alcoolista masculina com gastrite por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingesta.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	8	2 ± 0,9	5,7	79,8	285
Vinho	1	1 ± 0	6,6	92,4	330
Destilados	21	1,7 ± 0,9	37,8	529,2	1890

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 3: Perfil da população alcoolistas feminina com gastrite por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingerida.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	1	0,8 ± 0	2,3	32,06	229
Destilados	2	1,5 ± 0,1	33,3	466.2	3187

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

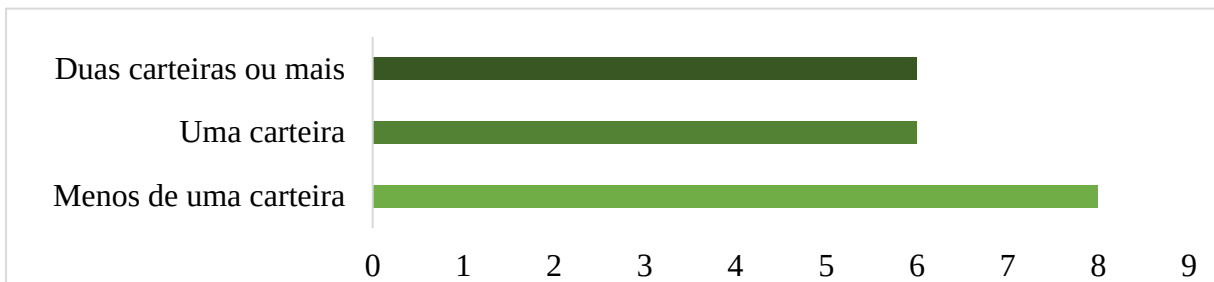
A partir dessas constatações, evidencia-se um padrão excessivo de consumo de álcool pela população, a exibir taxas elevadas em mais de 200% chegando até 3187% em comparação aos limites máximos recomendados por órgãos de saúde e de referência no campo em questão. Nacionalmente, a ingestão de álcool é difusa, o consumo médio diário entre 2010 a 2016 pelos brasileiros apresentou-se 27% maior quando comparado com os habitantes das Américas e a taxa mundial. De tal modo que a expectativa é de crescimento do consumo dessa substância nos próximos anos (ANDRADE 2020; FUSTER *et al.*, 2018; GARDNER; MOUTON, 2015).

A classificação atual da gastrite é baseada no curso de tempo (aguda ou crônica), características histológicas, distribuição anatômica e mecanismos patológicos subjacentes. A bactéria *Helicobacter pylori* é a causa mais comum de gastrite globalmente. Inúmeros estudos reverberam o papel do álcool como um fator de risco para a gênese da gastrite assim como sua relação com o progresso da doença a resultar em neoplasias (AZER; AKONDI, 2022; KOIVISTO; VOUTILAINEN; FÄRKILÄ, 2008).

Mesmo não havendo casos de cânceres gástricos diagnosticados nos pacientes, vale ressaltar que, uma possível relação entre o consumo de álcool e o risco de câncer gástrico tem sido levantada há anos, entretanto as evidências epidemiológicas são inconclusivas. Nesse âmbito, no estudo de coorte retrospectivo realizado por Song *et al.*, (2017), um total de 10.185 indivíduos submetidos à endoscopia digestiva alta entre 2003 e 2004 e acompanhadas em um intervalo de 10 anos demonstrou que a ingestão de álcool resultou em um risco aumentado para agravamento da atrofia gástrica e para neoplasia gástrica (HR, 1.003; 95% IC, 1.001 para 1.004; $p < 0.001$). Tal estudo exibe uma grande notoriedade, tendo em vista que inclui um grande número de indivíduos e dados de acompanhamento de longo prazo.

Dentre os pacientes com diagnóstico para gastrite, cerca de 60,6% (n=20) afirmaram serem fumantes ativos com frequência diária, no gráfico 3 é ilustrado a distribuição dessa subpopulação.

Gráfico 3: Frequência da quantidade de cigarros tragados diariamente pela população alcoólica e tabagista com diagnóstico para gastrite.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Albergando essa esfera, estudos retrospectivos indicam que o tabagismo é um fator-chave na indução de doenças ulcerosas, e não um comportamento relacionado. De acordo com Ko e Cho (2000), os efeitos prejudiciais gerais do tabagismo na mucosa gástrica incluem a redução do fator de crescimento epidérmico circulante, aumento da produção de radicais livres nos tecidos e a presença de radicais livres na fumaça, juntamente com a redução da atividade da enzima óxido nítrico sintase constitutiva da mucosa. Ademais, a alteração do fluxo sanguíneo normal da mucosa gástrica e a angiogênese e a supressão da proliferação celular contribuem em grande parte para o atraso na cicatrização da úlcera em fumantes de cigarro. O consumo concomitante de álcool e tabagismo aumenta significativamente o risco de úlceras gástricas. Em experimentos com animais, o tabagismo potencializou a lesão da mucosa gástrica induzida pelo etanol. A redução da secreção de muco, aumento do nível de leucotrieno B4, aumento das atividades da enzima óxido nítrico sintase induzível, xantina oxidase e mieloperoxidase, e a expressão de moléculas de adesão na mucosa gástrica acompanharam esses efeitos potencializadores. Compreender os efeitos do tabagismo frente a doenças gástricas implica em uma melhor compreensão das causas dessas doenças e a abordagem terapêutica adequada a ser utilizada (BERKOWITZ *et al.*, 2018).

Perante a apuração estatística dos dados, as doenças hepáticas se apresentam em segundo patamar de prevalência. O primeiro estágio da doença hepática alcoólica é a esteatose hepática, que envolve o acúmulo de pequenas gotículas de gordura sob as células do fígado que se aproximam dos tratos portais. A doença mais avançada é caracterizada por esteatose acentuada, necrose hepatocelular e inflamação aguda, conhecida como hepatite alcoólica. Vale frisar que, diferentes fatores, como metabólicos, genéticos, ambientais e imunológicos, desempenham coletivamente um papel na doença hepática alcoólica (PATEL; MULLER, 2022).

Notadamente, o fígado tolera o consumo moderado de álcool, mas à medida que o consumo aumenta isso resulta a distúrbios do funcionamento metabólico do fígado. O estágio inicial envolve o acúmulo de gordura nas células do fígado, comumente conhecido como fígado gorduroso ou esteatose. Se o consumo de álcool não parar nesta fase há uma propensão à hepatite alcoólica. Com o consumo contínuo de álcool, a doença hepática alcoólica progride para danos graves às células do fígado, conhecido como "cirrose alcoólica", nesse estágio são visualizados comumente nódulos e processo fibrótico a caracterizar a fibrose hepática progressiva (HUSSEN *et al.*, 2018; WEISKIRCHEN; WEISKIRCHEN; TACKE, 2018).

Nesse cenário, a população de alcoolistas que apresentara diagnóstico para doenças hepáticas foi inteiramente masculina, a cirrose (n=17) e esteatose hepática (n=2) foram as únicas anormalidades constatadas nesse grupo. Ao passo que, a idade média de $44,8 \pm 11,9$ anos foi apurada e a cachaça a ser a bebida mais frequentemente consumida por 84,2% (n=22) dos indivíduos alcoolistas com doenças hepáticas, o primeiro contato com bebidas alcoólicas teve a média de $13,5 \pm 2,0$ anos. Interessantemente, o consumo diário de bebidas alcoólicas foi relatado por 68,4% (n=13) dos entrevistados, sendo que a média diária de ingestão alcoólica exposta foi de $1,5 \pm 0,7$ litros *per capita*. Na tabela 4 são expostos os dados da população em foco por aspecto de consumo alcoólico.

Tabela 4: Perfil da população alcoolista masculina com problemas hepáticos por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingerida.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	3	$1,0 \pm 0$	2,9	40,6	145
Destilados	16	$1,6 \pm 0,8$	35,6	498,4	1780

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O consumo de cerveja ultrapassou 145% a dosagem diária de 28g de álcool por dia, assim como ocorrera uma notória sobejidão no consumo de destilados ao ponto de apresentar uma taxa de 1780% de consumo excessivo. Segundo Patel e Muller (2022), a prevalência de doença hepática alcoólica é maior nos países europeus. O consumo diário de 30 a 50 gramas de álcool por mais de cinco anos pode causar doença hepática alcoólica. A esteatose pode ocorrer em 90% dos pacientes que bebem mais de 60 g/dia, e a cirrose ocorre em 30% dos indivíduos com consumo prolongado de mais de 40 g/dia.

Estudos epidemiológicos, pré-clínicos e clínicos estabeleceram a associação entre o alto consumo de álcool e a hipertensão. No entanto, o mecanismo pelo qual o álcool aumenta a pressão arterial permanece indefinido. Vários mecanismos possíveis têm sido propostos, como desequilíbrio do sistema nervoso central, comprometimento dos barorreceptores, aumento da atividade simpática, estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento dos níveis de cortisol, aumento da reatividade vascular devido ao aumento dos níveis de cálcio intracelular, estimulação do endotélio para liberar vasoconstritores e perda de relaxamento devido à inflamação e lesão oxidativa do endotélio levando à inibição da produção de óxido nítrico dependente do endotélio (HUSAIN *et al.*, 2014; BOS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, em terceiro plano averiguou-se a taxa de 13,2% de indivíduos alcoolistas hipertensos (n=10), todos com acompanhamento medicamentoso anti-hipertensivo, esta por sua vez sendo composta por 90% de indivíduos do sexo masculino (n=9) e 10% do sexo feminino (n=1). A idade média dos hipertensos gira em torno de $44,5 \pm 9,3$ anos, a bebida mais frequentemente ingesta a ser a cachaça por 80% (n=8) dos alcoolistas. Por fim, a média de ingestão de bebida alcoólica por dia foi de $2,1 \pm 1,2$ litros *per capita*. Na tabela 5 são expostos os dados da população hipertensa por aspecto de consumo alcoólico com dose padrão estabelecida em 28g/dia.

Tabela 5: Perfil da população alcoolista masculina hipertensa por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingerida.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	1	$1,5 \pm 0$	4,3	60,2	215
Destilados	8	$2,1 \pm 1,3$	46,7	653,8	2335

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se uma taxa de consumo excessivo bastante proeminente de 2335% no que tange os indivíduos que consomem destilados, especialmente a cachaça. Na população hipertensa do presente estudo foi indagado acerca da frequência do consumo alcoólico, sendo que, 30% (n=3) afirmaram consumir todos os dias, 30% (n=3) três a quatro dias na semana e 40% (n=4) afirmaram que consomem de um a dois dias por semana. Entretanto, estudos reverberam que o declínio do consumo de álcool é eficaz na redução da pressão arterial tanto em hipertensos como em normotensos e pode ajudar a prevenir a desenvolvimento de hipertensão. Bebedores pesados que reduzem o consumo de álcool podem levar a uma

diminuição da pressão arterial sistólica em 2 a 4 mm de mercúrio (mmHg) e sua pressão arterial diastólica em 1 a 2 mmHg. Os bebedores com consumo pesado que querem baixar a pressão arterial devem lentamente reduzir o quanto eles bebem ao longo de uma a duas semanas (SKLIROS *et al.*, 2012; SESSO *et al.*, 2008).

No estudo de Santana *et al.*, (2018) foi observada a relação dose-resposta para o consumo de álcool (g/semana) na pressão arterial sistólica e diastólica. O consumo de álcool foi associado à hipertensão arterial em homens que relataram consumo moderado (OR = 1,69; IC 95% 1,35–2,11) e excessivo (OR = 2,70; IC 95% 2,04–3,59). À medida que, as mulheres apresentaram quase três vezes mais chance de apresentar pressão arterial elevada quando apresentam consumo excessivo (OR = 2,86, IC 95% 1,77–4,63), e bebedores compulsivos que bebem mais de 2 a 3 vezes por mês têm aproximadamente 70% mais chance de apresentar pressão arterial elevada, após ajuste para consumo de bebidas com as refeições, o estudo corrobora que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta as chances de pressão arterial elevada, especialmente entre os bebedores excessivos.

Seguindo o eixo das comorbidades, o consumo pesado de álcool é prejudicial para muitos órgãos e tecidos, incluindo os ossos. Por conseguinte, a osteoporose é regularmente mencionada como uma consequência secundária do alcoolismo, e o abuso crônico de álcool se estabelece como um fator de risco independente para a osteoporose. O álcool exibe vários efeitos diretos sobre a atividade das células ósseas. Sob a influência dessa substância, o crescimento de células-tronco mesenquimais na medula óssea e a transformação em osteoblastos são inibidos. O álcool desencadeia a transformação de células-tronco mesenquimais predominantemente em adipócitos. Além disso, o crescimento de osteoblastos é inibido de forma dose-dependente pelo álcool em culturas de células (MIKOSCH, 2014; ABUKHADIR; MOHAMED; MOHAMED, 2013; SUH *et al.*, 2005).

Ao longo de anos, estudos evidenciaram em humanos que o etanol inibe a função dos osteoblastos e que o consumo crônico de etanol induz a perda óssea sistêmica e aumenta o risco de fratura. Ao contrário, alguns resultados de estudos não conseguiram encontrar uma correlação do álcool com a perda de massa óssea ou um aumento risco de osteoporose. O problema é que as interpretações são complicadas por outros cofatores, como tabagismo, desnutrição, falta de luz solar associada à vitamina D, deficiência e falta de exercício, que são frequentemente presentes em pessoas com problemas de bebida (NELSON *et al.*, 2012; DUGGAN *et al.*, 2012; MALIK *et al.*, 2009).

No presente estudo, a população alcoolista com comorbidade apresentara taxa de 10,5% (n=8) de indivíduos com diagnóstico de osteoporose, composta de 25,0% (n=2) de indivíduos

do sexo feminino e 75,0% (n=6) do sexo masculino. A faixa etária prevalente nesse grupo são indivíduos acima dos 50 anos a apresentar média de $56,8 \pm 3,7$ anos de idade. Frente ao primeiro consumo a média de idade foi de $13,5 \pm 2,5$ anos, o consumo diário de bebida alcoólicas estabeleceu-se em $2,1 \pm 1,0$ litros *per capita*, enquanto as bebidas mais frequentemente consumidas foram cerveja e cachaça com distribuições de 37,5% (n=3) e 62,5% (n=5) respectivamente entre os pacientes, frente ao uso de medicação na atenuação da osteoporose e uso de suplementos foi averiguado uma taxa de 75,0% (n=6). Nesse âmbito, as tabelas 6 e 7 exortam dados referentes as populações masculina e feminina com osteoporose perante o padrão de consumo alcoólico reportado.

Tabela 6: Perfil da população alcoolista masculina com osteoporose por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingesta.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	2	$3,0 \pm 0$	8,6	120,4	430
Destilados	4	$1,8 \pm 0,9$	40	560,0	2000

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 7: Perfil da população alcoolista feminina com osteoporose por padrão de consumo alcoólico estratificado pela bebida mais frequentemente ingerida.

Tipo de bebida	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Cerveja	1	$1,0 \pm 0$	2,9	39,9	285
Destilados	1	$3,0 \pm 0$	66,7	933,8	6670

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A revisão sistemática elaborada por Cheraghi *et al.* (2019), selecionou três casos-controle, dois coortes e um estudo transversal e constatou que em comparação com abstêmios de álcool, pessoas que consomem 0,5-1 bebida por dia tiveram 1,38 vezes o risco de desenvolver osteoporose (RR ajustado = 1,38, IC 95%: 0,90-2,12), pessoas que consomem 1-2 bebidas por dia tiveram 1,34 vezes o risco de desenvolver osteoporose (RR ajustado = 1,34, IC 95%: 1,11-1,62), e as pessoas que consumiam duas bebidas ou mais por dia tinham 1,63 vezes o risco de desenvolver osteoporose (RR ajustado = 1,63, IC 95%: 1,01-2,65). Ademais, foi exposta uma associação positiva entre o consumo de álcool e osteoporose nos estudos de caso-controle (OR ajustado = 2,95, IC 95%: 1,78-4,90).

O uso crônico de álcool é considerado um potencial fator de risco para a incidência de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), que causa resistência à insulina e disfunção das células β pancreáticas, pré-requisito para o desenvolvimento do diabetes. No entanto, o consumo de álcool no diabetes tem sido controverso e informações mais detalhadas sobre o impacto diabetogênico do álcool parecem ser necessárias. Diabetes, especialmente DM2, causa desregulação de vários processos metabólicos, que inclui um defeito na função da glicose mediada pela insulina dos adipócitos e uma ação prejudicada da insulina no fígado. Além disso, os perfis neurobiológicos do alcoolismo estão ligados aos efeitos de uma ruptura da homeostase da glicose e da resistência à insulina, que são afetados pela alteração do apetite que regula os peptídeos e fatores neurotróficos. Uma vez que as condições que precedem o aparecimento do diabetes que estão associadas ao alcoolismo são um dos problemas públicos cruciais, pesquisas visando prevenir e tratar o diabetes com dependência de álcool recebem especial interesse clínico (KNOTT; BELL; BRITTON, 2015; KIM; KIM, 2012; PIETRASZEK; GREGERSEN; HERMANSEN, 2010; WIEL, 2004).

Desse modo, a fechar as comorbidades mais prevalentes que obtiveram taxa superior a 5% de prevalência na população de alcoolistas, verificou-se a taxa de 7,9% (n=6) de indivíduos com diagnóstico para DM2 a faixa etária gira em torno de 26 a 61 anos com idade média de $38,3 \pm 12,4$, ao passo que todos têm controle medicamentoso sobre a doença. Em face do primeiro contato com bebidas alcoólicas a precocidade assim como nas outras comorbidades foi presente, se estabelecendo em $12,5 \pm 3,1$ anos, a menor em comparação as quatro taxas anteriores, mesmo assim, a análise dos resultados permite observar um primeiro contato logo no período de puberdade que é comum segundo Skala e Walter (2013) não apenas o uso de álcool, mas também o abuso e o vício, se concretizam como fenômenos entre adolescentes do ocidente. Mais de dois terços consomem álcool e mais da metade de todos os adolescentes sofre intoxicação em algum momento nesse estágio da vida.

A literatura evidencia um fato, a precocidade do consumo das primeiras bebidas alcoólicas está associada a um aumento da prevalência de subsequente dependência de álcool. Quanto mais precoce o início do beber, mais cedo a pessoa poderá ter problemas com o álcool. Estudos apontam que a experimentação antes dos 15 anos aumenta em 4 vezes o risco de desenvolver dependência. A adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo está mais susceptível ao desenvolvimento de comportamento de beber de risco devido às grandes mudanças fisiológicas e psicológicas desta fase associadas ao contexto social em que se vive (NIAAA, 2017; GORWOOD, 2012; ANDERSEN *et al.*, 2003).

Interessantemente, a população reportou em sua totalidade que a cachaça é a bebida mais frequentemente consumida, à medida que, 83,3% (n=5) afirmaram beberem diariamente, a média de consumo diário foi de $2,0 \pm 0,6$ litros. Na tabela 8 são esmiuçados dados acerca da população em evidência.

Tabela 8: Padrão de consumo de bebidas destiladas pela população alcoolista e diabética estratificada por gênero.

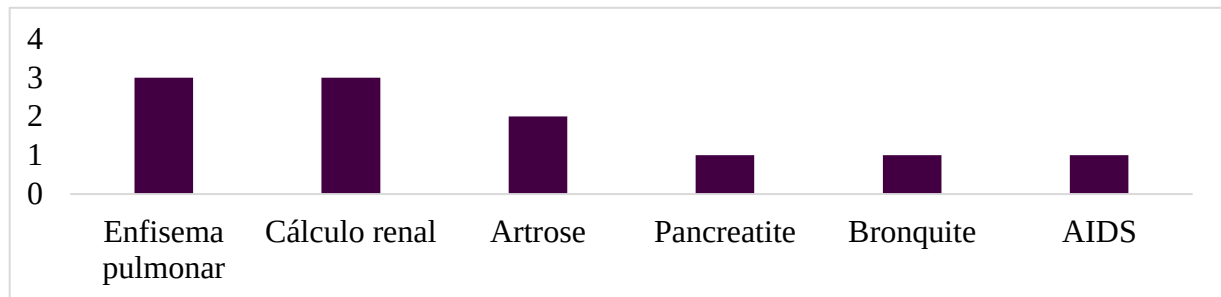
Sexo	Total de Indivíduos	Consumo médio diário (l)	Doses diárias	Consumo de álcool (g/dia)	Consumo excessivo (%)
Masculino	5	$2,0 \pm 0,7$	44,4	621,6	2220
Feminino	1	$2,0 \pm 0$	44,4	621,6	4440

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

HEIANZA *et al.*, 2013 demonstrou em seu estudo que a quantidade habitual por ocasião de consumo foi um determinante mais importante do que a frequência semanal de consumo na associação entre consumo de álcool e risco de diabetes em homens japoneses. O estudo contou com a participação de 1.650 homens japoneses sem diabetes (diabetes: glicemia de jejum $\geq 7,0$ mmol/L, hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$, ou diabetes autorrelatado diagnosticado pelo médico). O consumo médio de álcool e 12 combinações de frequência e quantidade habitual por ocasião de consumo foram avaliados no exame inicial. Calculou-se o risco absoluto e a FC para o desenvolvimento de diabetes. Durante um período médio de acompanhamento de 10,2 anos, 216 indivíduos desenvolveram diabetes. Os abstêmios ao longo da vida (n = 153) tiveram uma incidência relativamente baixa de diabetes (9,1/1.000 pessoas-ano), semelhante aos consumidores moderados (99-160 g etanol/semana; 9,0/1.000 pessoas-ano). Segundo o autor, quantidades cada vez maiores de álcool geralmente consumidas por ocasião aumentaram o risco de diabetes, independentemente da frequência de consumo. A menor taxa de incidência de diabetes (8,5/1.000 pessoas-ano) foi associada ao consumo de <1 bebida (<23 g etanol) por ocasião acima de ≥ 6 vezes/semana. O consumo excessivo de álcool (≥ 3 bebidas por ocasião) aumentou significativamente o risco de diabetes futuro, independentemente da frequência (HR: 1,79; IC 95%: 1,17, 2,74) em comparação com <1 bebida por ocasião.

Outras seis condições patológicas foram relatadas por uma parcela diminuta da população estuda a ser apresentadas no gráfico 4, sendo que todas não obtiveram um valor mínimo de 5,0% de prevalência no grupo comórbido, conseqüentemente obstando do objetivo do presente estudo.

Gráfico 4: Frequência absoluta das comorbidades diagnosticadas que não obtiveram 5,0% de prevalência na população.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Todavia, é de extrema importância a compreensão da comorbidade a se tornar essencial no desenvolvimento de esforços eficazes de tratamento e prevenção. Por vezes, os distúrbios comórbidos causados pelo alcoolismo são negligenciados em demérito da situação de dependência por parte do atendimento médico realizado e consequente despreparo (DESHPANDE *et al.*, 2016; FEIN, 2015; HASIN; GRANT, 2015).

Em virtude do cenário de pandemia presente, os entrevistados no período de fevereiro a junho de 2021 afirmaram em 21,8% (n=12) dos casos terem testado positivo para a COVID-19. Não há até o momento estudos que relacionem uma vulnerabilidade à infecção pelo SARS-CoV-2 ligada diretamente ao alcoolismo, todavia, a inclusão do enfrentamento ao álcool como parcela da resposta à COVID-19, justifica-se mediante a constatação de que se trata de um fator de risco para a própria infecção, seja por um mecanismo biológico, seja pela capacidade de potencializar a aglomeração de pessoas em eventos de lazer e aumentar a demanda hospitalar devido aos traumas decorrentes da intoxicação alcoólica ocasionalmente (REYNOLDS; WILKINSON, 2020; TESTINO, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Substâncias psicoativas que, potencialmente, se concretizam como vias de dependência são extremamente relevantes para estudos, análises e necessitam de uma viabilização estratégica com destino a elaboração de medidas públicas eficazes. Nesse contexto, observou-se uma população de alcoolistas diversa, com características sociodemográficas acentuadas e constatação de uma taxa considerável de pacientes comórbidos.

A partir das observações, do contato direto com os pacientes em tratamento e análise de prontuários tornou-se visível que as consequências do uso abusivo de álcool ao longo dos anos afetam diretamente o progresso socioeconômico, as relações interpessoais e ocasionam debilitação da saúde. Mesmo com limitações, evidenciou-se nos cinco grupos comórbidos nítidos padrões de ingestão alarmantes e precocidade no consumo de bebidas alcoólicas. Dados estes viáveis para implementação de medidas públicas com foco para a população em questão e um reforço para a adoção de equipes multidisciplinares na saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções que visem reduzir o nível de consumo e, consequentemente, os riscos a que estão expostos. Ressalta-se, portanto, a imprescindibilidade da realização de outros estudos com maior número amostral e monitoramento da população para que se possa engendrar um perfil em esfera macrorregional/estadual.

REFERÊNCIAS

- ABUKHADIR, Seham; MOHAMED, Norazlina; MOHAMED, Norliza. Pathogenesis of Alcohol-Induced Osteoporosis and its Treatment: a review. **Current Drug Targets**, [S.L.], v. 14, n. 13, p. 1601-1610, nov. 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 ®)*; American Psychiatric Pub, Washington, DC, USA, 2013. 991 p.
- ANDERSEN, Anette *et al.* Tracking drinking behaviour from age 15-19 years. **Addiction**, [S.L.], v. 98, n. 11, p. 1505-1511, 23 out. 2003.
- ANDERSON, Peter; CHISHOLM, Dan; FUHR, Daniela C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **The Lancet**, [S.L.], v. 373, n. 9682, p. 2234-2246, jun. 2009.
- ANDRADE, Arthur Guerra de (org.). **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020**. São Paulo: Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool- Cisa: [S.L.], 2020. 152 p.
- AZER, Samy A.; AKHONDI, Hossein. **Gastritis**. Treasure Island: Statpearls Publishing, 2022.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
- BAUM, Marianna K. *et al.* Alcohol Use Accelerates HIV Disease Progression. **Aids Research And Human Retroviruses**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 511-518, maio 2010.
- BERKOWITZ, Loni *et al.* Impact of Cigarette Smoking on the Gastrointestinal Tract Inflammation: opposing effects in crohn's disease and ulcerative colitis. **Frontiers In Immunology**, [S.L.], v. 9, p. 1-10, 30 jan. 2018.
- BHALERAO, Supriya; KADAM, Prashant. Sample size calculation. **International Journal Of Ayurveda Research**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 55-58, 2010.
- BÖELL, Julia Estela Willrich; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathleen Mary. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.1-9, 2016.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres**. 2019. Por Alexandre Penido, da Agência Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- BRISIBE, Seiyefa *et al.* Socio-demographic characteristics of alcohol abusers in a rural Ijaw community in Bayelsa State, South-South Nigeria. **Annals Of African Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 97-104, 2011.

BURK, William J.; *et al.* Alcohol Use and Friendship Dynamics: selection and socialization in early-, middle-, and late-adolescent peer networks. **Journal Of Studies On Alcohol And Drugs**, [S.L.], v. 73, n. 1, p. 89-98, jan. 2012.

CARVALHO, Andre F *et al.* Alcohol use disorders. **The Lancet**, [S.L.], v. 394, n. 10200, p. 781-792, ago. 2019.

CASTILLO-CARNIGLIA, Alvaro *et al.* Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 6, n. 12, p. 1068-1080, dez. 2019.

CEYLAN-ISIK, Asli F.; MCBRIDE, Shawna M.; REN, Jun. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication?. **Life Sciences**, [S.L.], v. 87, n. 5-6, p. 133-138, jul. 2010.

CHERAGHI, Zahra *et al.* The effect of alcohol on osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. **Drug And Alcohol Dependence**, [S.L.], v. 197, p. 197-202, abr. 2019.

CHERNYAVSKY, Svetlana *et al.* Alcohol and the Hospitalized Patient. **Medical Clinics Of North America**, [S.L.], v. 104, n. 4, p. 681-694, jul. 2020.

CLAPP, P.; WACKERNAH, R.; MINNICK, M. Alcohol use disorder: pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment. **Substance abuse and rehabilitation**, p. 1, 2014.

CLARK, Jocalyn. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? **Global Health Action**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-6, 16 maio 2014.

CONNER, Kenneth R *et al.* Substance-Induced Depression and Independent Depression in Proximal Risk for Suicidal Behavior. **Journal Of Studies On Alcohol And Drugs**, [S.L.], v. 75, n. 4, p. 567-572, jul. 2014.

CULLMANN, M.; HILDING, A.; ÖSTENSON, C.-G.. Alcohol consumption and risk of pre-diabetes and type 2 diabetes development in a Swedish population. **Diabetic Medicine**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 441-452, 12 mar. 2012.

DAWES, M.. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. **Family Practice**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-2, 16 jan. 2010.

DESHPANDE, Smitan *et al.* Psychiatric comorbidity and physical correlates in alcohol-dependent patients. **Indian Journal Of Psychological Medicine**, [s.l.], v. 38, n. 5, p.414-422, 2016.

DUGGAN, Sinead N. *et al.* Patients With Chronic Pancreatitis Are at Increased Risk for Osteoporosis. **Pancreas**, [S.L.], v. 41, n. 7, p. 1119-1124, out. 2012.

EASHWAR, Vm Anantha; UMADEVI, Ris; GOPALAKRISHNAN, Soneht. Alcohol consumption in India– An epidemiological review. **Journal Of Family Medicine And Primary Care**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.49-55, 2020.

EGHOLM, Julie Wm *et al.* Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-47, 8 nov. 2018.

ENOCH, Mary-Anne; GOLDMAN, David. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. **American Family Physician**, [S.L.], v. 3, p. 441-448, fev. 2002.

EROL, Almila; KARPYAK, Victor. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. **Drug And Alcohol Dependence**, [s.l.], v. 156, p.1-13, nov. 2015.

FEIN, George. Psychiatric Comorbidity in Alcohol Dependence. **Neuropsychology Review**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.456-475, 21 nov. 2015.

FEINSTEIN, Alvan R.. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. **Journal Of Chronic Diseases**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 455-468, dez. 1970.

FRANCIS, Joel M. *et al.* The Epidemiology of Alcohol Use and Alcohol Use Disorders among Young People in Northern Tanzania. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 10, p.1-17, 7 out. 2015.

FUSTER, Daniel *et al.* Alcohol Use in Patients with Chronic Liver Disease. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 379, n. 13, p.1251-1261, 27 set. 2018.

GARDNER, Jason D.; MOUTON, Alan J.. Alcohol Effects on Cardiac Function. **Comprehensive Physiology**, [s.l.], p.791-802, 16 mar. 2015

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 2018.

GORWOOD, P.. Le premier contact des Français avec l'alcool s'effectue-t-il vraiment de plus en plus précocement ? Une récente conférence de consensus fait le tri entre vérités et approximations. **L'Encéphale**, [S.L.], v. 38, n. 4, p. 277-279, set. 2012.

GRANT, Bridget F. *et al.* Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 72, n. 8, p. 757-766, 1 ago. 2015.

GRUENEWALD, Paul J. *et al.* Testing a social ecological model of alcohol use: the california 50-city study. **Addiction**, [S.L.], v. 109, n. 5, p. 736-745, 19 jan. 2014.

GULIS, Gabriel; FUJINO, Yoshihisa. Epidemiology, Population Health, and Health Impact Assessment. **Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 179-180, 2015.

HAJAT, Cothier. An Introduction to Epidemiology. **Methods In Molecular Biology**, [s.l.], p.27-39, 20 nov. 2010.

HARDER, Thomas. Some notes on critical appraisal of prevalence studies Comment on: the development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. **International Journal Of Health Policy And Management**, [S.L.], v. 3, n. 5, p. 289-290, 11 out. 2014.

HASIN, Deborah S.; GRANT, Bridget F.. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, [s.l.], v. 50, n. 11, p.1609-1640, 26 jul. 2015.

HUSAIN, Kazim *et al.* Alcohol-induced hypertension: mechanism and prevention. **World Journal Of Cardiology**, [S.L.], v. 6, n. 5, p. 245, 2014.

HUSSEN, Nebat *et al.* Hepatoptosis in a Patient with Alcoholic Hepatitis. **American Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 113, n. 11, p. 1581, nov. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1038/s41395-018-0182-9>.

JEON, Woo-Young *et al.* Curcuma aromatica Water Extract Attenuates Ethanol-Induced Gastritis via Enhancement of Antioxidant Status. **Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine**, [S.L.], v. 2015, p. 1-7, 2015.

JONES, Roger. Chronic Disease and Comorbidity. **British Journal Of General Practice**, [S.L.], v. 60, n. 575, p. 394-394, 1 jun. 2010.

KIM, Soo-Jeong; KIM, Dai-Jin. Alcoholism and Diabetes Mellitus. **Diabetes & Metabolism Journal**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 108, 2012.

KO, J. K.; CHO, C. H.. Alcohol drinking and cigarette smoking: a "partner" for gastric ulceration. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi = Chinese Medical Journal; Free China**, S.L., v. 63, n. 12, p. 845-854, dez. 2000.

KOIVISTO, Tarmo T.; VOUTILAINEN, Markku E.; FÄRKKILÄ, Martti A.. Effect of smoking on gastric histology in *Helicobacter pylori*-positive gastritis. **Scandinavian Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 43, n. 10, p. 1177-1183, jan. 2008.

KNOTT, Craig; BELL, Steven; BRITTON, Annie. Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 1804-1812, 10 ago. 2015.

LI, Gang *et al.* A New Participant in the Pathogenesis of Alcoholic Gastritis: pyroptosis. **Cellular Physiology And Biochemistry**, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 406-418, 2018.

LIN, Ro-Ting *et al.* Political and social determinants of life expectancy in less developed countries: a longitudinal study. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-8, 27 jan. 2012.

MALIK, Peter *et al.* Low Bone Mineral Density and Impaired Bone Metabolism in Young Alcoholic Patients Without Liver Cirrhosis: a cross-sectional study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 375-381, fev. 2009.

MANNES, Zachary L. *et al.* The association between symptoms of generalized anxiety disorder and appointment adherence, overnight hospitalization, and emergency department/urgent care visits among adults living with HIV enrolled in care. **Journal Of Behavioral Medicine**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 330-341, 1 nov. 2018.

MCHUGH, R. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. **Alcohol Research: Current Reviews**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 1-8, 2019.

MCKEE, Martin *et al.* Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. **Globalization And Health**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-7, 28 out. 2014.

MCLELLAN, T. A. Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare? **The American Clinical And Climatological Association**, Sarasota, Fl, v. 128, n. 1, p. 112-130, ago. 2017.

MOURA, Erly Catarina; MALTA, Deborah Carvalho. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 61-70, set. 2011.

MUNNANGI, Swapna; BOKTOR, Sameh. **Epidemiology Of Study Design**. S.l: Statpearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470342/>. Acesso em: 22 maio. 2021

MYADZE, T. I. *et al.* Alcoholism in Africa during the Late Twentieth Century: A Socio-Cultural Perspective. **International Journal Of Business And Social Science**, S.L, v. 5, n. 2, p. 1-9, fev. 2014.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL AND ALCOHOLISM (NIAAA). **Underage Drinking**. 2017. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/UnderageDrinking/UnderageFact.htm>. Acesso em: 14 jan. 2022.

NEHRING, Sara Mary; FREEMAN, Andrew Mason. **Alcohol Use Disorder**. Treasure Island: Statpearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436003/>. Acesso em: 3 maio. 2021.

NELSON, Richard E. *et al.* Factors associated with screening or treatment initiation among male United States veterans at risk for osteoporosis fracture. **Bone**, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 983-988, abr. 2012.

ORDING, Anne; SØRENSEN, Henrik Henrik Toft. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. **Clinical Epidemiology**, [S.L.], p. 199-203, jul. 2013.

OVERVAD, Thure Filskov *et al.* Alcohol intake and prognosis of atrial fibrillation. **Heart**, [S.L.], v. 99, n. 15, p. 1093-1099, 13 jun. 2013.

PARK, Jae-Heung *et al.* Ganoderma Lucidum Pharmacopuncture for Teating Ethanol-induced Chronic Gastric Ulcers in Rats. **Journal Of Pharmacopuncture**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 72-78, mar. 2015.

PARK, Seung Ha; KIM, Dong Joon. Global and regional impacts of alcohol use on public health: emphasis on alcohol policies. **Clinical And Molecular Hepatology**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 652-661, 1 out. 2020.

PATEL, Roshan; MUELLER, Matthew. **Alcoholic Liver Disease**. Treasure Island: Statpearls Publishing, 2022.

PIANO, Mariann R.. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. **Alcohol Research**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 219-241, jul. 2017.

PIETRASZEK, A.; GREGERSEN, S.; HERMANSEN, K.. Alcohol and type 2 diabetes. A review. **Nutrition, Metabolism And Cardiovascular Diseases**, [S.L.], v. 20, n. 5, p. 366-375, jun. 2010.

POLSKY, Sarit; AKTURK, Halis K.. Alcohol Consumption, Diabetes Risk, and Cardiovascular Disease Within Diabetes. **Current Diabetes Reports**, [S.L.], v. 17, n. 12, p. 1-12, 4 nov. 2017.

PREUSS, U. W. *et al.* Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the german s3 guidelines. **European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience**, [S.L.], v. 268, n. 3, p. 219-229, 24 abr. 2017.

PROBST, Charlotte *et al.* The socioeconomic profile of alcohol-attributable mortality in South Africa: a modelling study. **Bmc Medicine**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-11, 25 jun. 2018.

RATHOD, Sujit D *et al.* Epidemiological features of alcohol use in rural India: a population-based cross-sectional study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 5, n. 12, p.1-8, dez. 2015.

REHM, J.. The risks associated with alcohol use and alcoholism. **Alcohol Research & Health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism**, [S.L.], v. 5, p. 135-43, abr. 2011.

REINERS, Fabienne *et al.* Sociodemographic Factors Influencing the Use of eHealth in People with Chronic Diseases. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.1-12, 21 fev. 2019.

RITCHIE, Christine. Health Care Quality and Multimorbidity. **Medical Care**, [S.L.], v. 45, n. 6, p. 477-479, jun. 2007.

RITCHIE, Hannah; ROSER, Max. **Alcohol consumption**. 2020. Publicação online em OurWorldInData.org. Disponível em: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>. Acesso em: 11 maio 2021.

ROBINE, J-M. The relevance of population health indicators. **Journal Of Epidemiology & Community Health**, [S.L.], v. 57, n. 5, p. 318-320, 1 maio 2003.

ROSSOW, Ingeborg; NORSTRÖM, Thor. The use of epidemiology in alcohol research. **Addiction**, [s.l.], v. 108, n. 1, p.20-25, 7 nov. 2012.

RUBIN, Rita. Profile: institute for health metrics and evaluation, wa, usa. **The Lancet**, [S.L.], v. 389, n. 10068, p. 493-499, fev. 2017.

SALOM, Caroline L. *et al.* Does early socio-economic disadvantage predict comorbid alcohol and mental health disorders? **Drug And Alcohol Dependence**, [S.L.], v. 142, p. 146-153, set. 2014.

SANTANA, Nathália Miguel Teixeira *et al.* Consumption of alcohol and blood pressure: results of the elsa-brasil study. **Plos One**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-13, 8 jan. 2018.

SCHOEPP, D.; HEUN, R.. Alcohol dependence and physical comorbidity: increased prevalence but reduced relevance of individual comorbidities for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions in urban north-west england. **European Psychiatry**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 459-468, jun. 2015.

SESSO, Howard D. *et al.* Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. **Hypertension**, [S.L.], v. 51, n. 4, p. 1080-1087, abr. 2008.

SEUBSMAN, Sam-Ang *et al.* Gender, Socioeconomic Status, and Self-Rated Health in a Transitional Middle-Income Setting. **Asia Pacific Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 754-765, 10 maio 2010.

SFEZ, Lucien. **A Saúde Perfeita - Crítica de uma Nova Utopia**. Paris: Loyola, 1996. 357 p.

SHIELD, Kevin D. *et al.* Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use. **Alcohol Research**, S.L, v. 35, n. 2, p. 155-171, jan. 2014.

SKALA, Katrin; WALTER, Henriette. Adolescence and Alcohol: a review of the literature. **Neuropsychiatrie**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 202-211, 10 jul. 2013.

SKLIROS, Efstathios *et al.* Relationship between alcohol consumption and control of hypertension among elderly Greeks. The Nemea primary care study. **Hellenic Journal Of Cardiology**, [s. l], v. 53, n. 1, p. 26-32, fev. 2012.

SØRENSEN, Tina *et al.* Substance use among Danish psychiatric patients: a cross-sectional study. **Nordic Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 130-136, 9 nov. 2017.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1335-1360, dez. 2015.

SPENCER, F. A. *et al.* Uncertainties in baseline risk estimates and confidence in treatment effects. **Bmj**, [S.L.], v. 345, n. 141, p. 7401-7402, 14 nov. 2012.

SSEBUNNYA, Joshua *et al.* Social acceptance of alcohol use in Uganda. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-7, 7 fev. 2020.

SUH, Kuen Tak *et al.* Decreased Osteogenic Differentiation of Mesenchymal Stem Cells in Alcohol-induced Osteonecrosis. **Clinical Orthopaedics & Related Research**, [S.L.], v. 431, p. 220-225, fev. 2005.

TEUNISSEN, Hanneke A. *et al.* An experimental study on the effects of peer drinking norms on adolescents' drinker prototypes. **Addictive Behaviors**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 85-93, jan. 2014.

TESTINO, Gianni. Are Patients With Alcohol Use Disorders at Increased Risk for Covid-19 Infection? **Alcohol And Alcoholism**, [S.L.], v. 55, n. 4, p. 344-346, 13 maio 2020.

THOMPSON, Andrew *et al.* Epidemiology of alcohol dependence in UK primary care: Results from a large observational study using the Clinical Practice Research Datalink. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.2-9, 31 mar. 2017.

VALDERAS, J. M. *et al.* Defining Comorbidity: implications for understanding health and health services. **The Annals Of Family Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 357-363, 1 jul. 2009.

VIGL, Matthäus *et al.* The importance of socio-demographic factors for the quality of life of adults with congenital heart disease. **Quality Of Life Research**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 169-177, 2 nov. 2010.

WANG, Shao-Cheng *et al.* Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: a review. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.L.], v. 21, n. 17, p. 6413-6424, 3 set. 2020.

WARD, Michael M.. Estimating Disease Prevalence and Incidence Using Administrative Data: some assembly required. **The Journal Of Rheumatology**, [S.L.], v. 40, n. 8, p. 1241-1243, ago. 2013.

WEISKIRCHEN, Ralf; WEISKIRCHEN, Sabine; TACKE, Frank. Recent advances in understanding liver fibrosis: bridging basic science and individualized treatment concepts. **F1000Research**, [S.L.], v. 7, p. 921, 27 jun. 2018.

WESTMAN, J. *et al.* Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 131, n. 4, p. 297-306, 20 set. 2014.

WHO. **Alcohol: Global status**. Genebra, 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1. Acesso em: 27 abr. 2021.

WIEL, Albert van de. Diabetes mellitus and alcohol. **Diabetes/Metabolism Research And Reviews**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 263-267, jul. 2004.

WILLIAMS, Emily C. *et al.* Alcohol Use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: current knowledge, implications, and future directions. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [S.L.], v. 40, n. 10, p. 2056-2072, 22 set. 2016.

WITKIEWITZ, Katie *et al.* Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life among Individuals with Alcohol Use Disorder. **Alcoholism: Clinical And Experimental Research**, [s. l.], v. 42, n. 12, p. 2453-2465, dez. 2018.

WOOD, Angela M *et al.* Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 :912 current drinkers in 83 prospective studies. **The Lancet**, [S.L.], v. 391, n. 10129, p. 1513-1523, abr. 2018.

YANG, Chun-Xia *et al.* Phase I/II enzyme gene polymorphisms and esophageal cancer risk: a meta-analysis of the literature. **World Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 11, n. 17, p. 2531-2538, 2005.

YANG, Ping *et al.* The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders —Through Review of Its Comorbidities. **Frontiers In Neuroscience**, [s.l.], v. 12, p.1-7, 11 maio 2018.

ZALFA, Laila Maria Cardoso; ESPIRITO-SANTO, Giannina do; ASSIS, Monique Ribeiro de. Representação social sobre saúde em uma escola no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 611-621, 22 dez. 2020.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO APLICADO PARA A POPULAÇÃO DE ALCOOLISTAS

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PACIENTES (CASOS E CONTROLES)

1- Dados de Identificação

Nº do prontuário no hospital _____ Unidade de Saúde _____

Nome do Paciente _____

Paciente () Internado () Ambulatorial () CAPS-AD () Controle

2- Informações Gerais

Data da entrevista / /

Coleta de sangue () Sim () Não

De início quero agradecer o(a) senhor(a) por participar deste estudo. Nós estamos conduzindo um estudo com finalidade de esclarecer se determinadas características e hábitos de homens e mulheres podem ter relação com algumas doenças decorrentes do alcoolismo e tabagismo. Eu farei várias perguntas cujas respostas serão registradas neste caderno. Devo dizer que tudo o que o (a) senhor (a) responder na entrevista será estritamente confidencial e as informações colhidas das inúmeras pessoas que irão participar do estudo serão usadas apenas em relatos científicos, sem nenhuma identificação pessoal. Os possíveis benefícios deste estudo dependem de que as respostas sejam as mais reais possíveis. Por favor, pergunte se não entender o significado de alguma questão. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode se recusar a continuar ou a responder perguntas específicas. Além do questionário o estudo inclui a coleta de uma amostra de sangue. Se houver necessidade de entrar em contato com o(a) senhor(a), poderia fornecer seu endereço e telefone?

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone:

Podemos começar? O (A) Sr(a) poderia assinar essa folha de consentimento?

QUESTIONÁRIO

1- Sexo:

- () Masculino
() Feminino
() Prefere não declarar

2- Data de nascimento:

3- Idade: _____

4- Peso: _____

5- Estatura: _____

6- Cor referida: _____

7- Qual a sua etnia?

- () branco
() mulato
() negro
() oriental
() indígena
() outra

8- Em que cidade/estado/país o (a) Sr (a) nasceu?

9- Qual a cidade o(a) Sr(a) mora e há quanto tempo?

10- Qual a cidade/estado/país que seus pais nasceram?

11- Escolaridade:

- () não sabe ler e escrever
() 1º grau incompleto
() 1º grau completo
() 2º grau incompleto
() 2º grau completo
() Superior incompleto
() Superior completo

12- Qual a profissão do(a) Sr(a)? (aquela que exerceu/ou exerce por mais tempo):

13- Por quanto tempo exerceu/ ou exerce esta profissão? (anos):

14- Faz uso de algum medicamento?

- () Não () Sim

Qual? _____

15 – Quais dessas doenças já foram diagnosticadas no(a) senhor(a)?

- () Bronquite crônica
() Asma
() Enfisema pulmonar
() Osteoporose
() Doença no fígado
() Lesões dos tecidos da boca e dos lábios
() Doença no pâncreas
() Cirrose hepática
() Pancreatite
() Tem alguma alteração na sensibilidade dos pés
() Diabetes
() Hanseníase

() Gastrite
() Câncer.
Qual? _____
() Nenhuma

APÊNDICE A - FORMULÁRIO APLICADO PARA A POPULAÇÃO DE ALCOOLISTAS

16 – Alguém na família sofre ou sofreu de alguma dessas doenças? (Tipo de familiar)

- () Doenças cardíacas ou vasculares
() Bronquite crônica
() Asma
() Enfisema pulmonar
() Osteoporose
() Mortalidade neonatal
() Lesões dos tecidos da boca e dos lábios
() Síndrome do álcool em recém-nascidos de gestantes que bebem
() Doença no fígado
() Doença no pâncreas
() Cirrose hepática
() Pancreatite
() Alguma alteração na sensibilidade dos pés
() Diabetes
() Hanseníase
() Gastrite
() Câncer.
Qual? _____
() Nenhuma

17 – Com que idade foi feito o diagnóstico de câncer?

18 – O familiar citado era/é alcoolista ou tabagista?

- () sim, alcoolista
() sim, tabagista
() sim, ambos
() não

19- Que idade você tinha quando experimentou alguma bebida alcoólica pela primeira vez (anos)?

20- Qual a bebida alcoólica que você usa ou usou com mais frequência?

- () cerveja, chope
() vinhos
() cachaça, pinga
() uísque, vodka, conhaque
() outras

21 – Com qual frequência o(a) senhor(a) consome/consumia bebidas alcólicas?

- () Todos os dias
() cinco a seis dias por semana
() Três a quatro vezes por semana
() Uma ou duas vezes por semana
() De uma a três vezes ao mês
() Algumas vezes ao ano
() Consumiu uma vez há mais de 12 meses.
() Nunca bebeu

22 – Quando o (A) senhor(a) costuma beber (ou bebia)?

- () nas refeições
() entre as refeições
() aos finais de semana
() não tinha horário
() não sabe

23 – Há alguém mais que ingere bebidas alcólicas em sua casa?

- () Pai

- () Avó
() Madrasta
() Mãe
() Avô
() Irmão
() Padrasto
() Outro _____
() Não há

24 - Com qual idade começou a ingerir bebidas alcólicas regularmente?

- () Menos de 10 anos de idade
() Entre 10 anos e 13 anos de idade
() Entre 14 anos e 16 anos de idade
() Entre 17 anos e 19 anos de idade
() Com 20 anos de idade ou mais
() Não bebi regularmente.

25 - Qual a quantidade de bebidas alcólicas você ingere/ingeria por dia (copo, garrafa, lata)?

26- No último ano quantas vezes você ficou alcoolizado (tomou um porre)?

- () não se aplica
() todos os dias
() 5-6 dias/semana
() 3-4 dias/semana
() 1-2 dias/semana
() de 3-4 dias/mês
() de 1-2 dias/mês
() menos que 1 vez/mês

27- No último mês quantos dias você bebeu?

28 – Qual a idade que você parou de beber?

29- Quando começou a notar dependência alcóolica?

30 – Qual foi o seu tempo de consumo pesado de álcool?

31 – Quantas vezes tentou deixar de ingerir bebidas alcólicas?

- () Uma vez
() Duas vezes
() Mais de duas vezes
() Nunca tentei

32- Se você ingeria bebidas alcólicas e parou, há quanto tempo está sem beber?

- () Menos que 6 meses
() Mais que 6 meses e menos que 1 ano
() Mais de 1 ano

33 – Dos sintomas de abstinência abaixo citados, quais você sentiu no período em que esteve sem ingerir bebidas alcólicas?

- () Tremor nas mãos
() Insônia
() Ansiedade

- () Nervosismo/irritação
() Dor de cabeça
() Teve alucinações
() Outros
() Não teve sintomas de abstinência

34- Faz uso de outra droga?

- () cigarro
() maconha
() crack
() cocaína
() heroína
() solventes _____

35 - O(a) Senhor (A) é fumante?

- () Não () Sim

36- Que idade você tinha quando fumou pela primeira vez (anos)?

37- Com qual idade começou a fumar regularmente?

- () Menos de 10 anos de idade
() Entre 10 anos e 13 anos de idade
() Entre 14 anos e 16 anos de idade
() Entre 17 anos e 19 anos de idade
() Com 20 anos de idade ou mais
() Não fumo regularmente.

38 - Com que frequência o (a) senhor(a) fuma?

- () Diariamente
() Algumas vezes por semana
() Só nos fins de semana
() Algumas vezes ao mês
() Algumas vezes ao ano
() Faz mais de um ano que não fumo

39- Qual a quantidade de cigarros você fuma por dia?

- () Menos de uma carteira
() Uma carteira
() Duas carteiras ou mais

40- Após acordar quanto tempo você demora para fumar o primeiro cigarro do dia?

41 –Se você fumava e parou, há quanto tempo está sem fumar?

- () Menos que 6 meses
() Mais que 6 meses e menos que 1 ano
() Mais de 1 ano

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO

Av. São Sebastião, 2819. Reis Velloso, CEP: 64204-035 – Parnaíba-PI
Fone: (86) 3315 – 5510 / Fax: (86) 3315 – 5510

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: *Estudo Citogenético e Molecular em Alcoolistas do Estado do Piauí*

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Renata Canalle e Prof. Dr. Fábio José Nascimento Motta

Instituição: Universidade Federal do Piauí – *Campus Ministro Reis Velloso*

Pesquisadores participantes: Profa. Dra. France Keiko Nascimento Yoshioka, Prof. Dr. Giovanny Rebouças Pinto

Telefones para contato (inclusive a cobrar): (86) 9939-7757 / 9921-9489 / 3323-5963

E-mail: recanalle@ufpi.edu.br; motta@ufpi.edu.br

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Uma vez que o álcool constitui um grave problema à saúde, estamos desenvolvendo um estudo para obter um maior conhecimento clínico e científico de fatores genéticos e ambientais relacionados com a dependência ao álcool e predisposição a doenças decorrentes do alcoolismo em uma população do Estado do Piauí, e verificar se o consumo de bebidas alcoólicas provoca algum dano ao material genético. Por meio desta pesquisa é possível conhecer melhor os mecanismos da dependência, das doenças decorrentes e os danos provocados no material genético e, portanto, oferecer novas possibilidades de prevenção, diagnóstico e tratamento. Para a realização deste estudo é necessário fazermos uma comparação entre pacientes etilistas e pessoas saudáveis que não consomem bebidas alcoólicas, as quais serão utilizadas como grupo controle. Este estudo é realizado utilizando amostras de sangue periférico de indivíduos alcoolistas admitidos para tratamento e acompanhamento em Instituições Municipais e Estaduais de assistência aos usuários de álcool e Hospitais da região de Teresina e Parnaíba, no estado do Piauí, assim como de indivíduos saudáveis voluntários não etilistas.

Para os exames genéticos precisamos de uma amostra de sangue periférico, que será obtido com uma seringa (como para um exame de sangue), sendo este (possível dor da picada da agulha) o único desconforto a que será submetido, não apresentando, portanto, nenhum risco a sua saúde. Todo o procedimento experimental será realizado no laboratório, utilizando somente o sangue. O uso deste material não implicará riscos adicionais para você, nem exigirá que se submeta a qualquer procedimento adicional, e não será utilizado para diagnóstico. Os resultados deste estudo serão úteis para avaliarmos quais condições relacionadas ao alcoolismo são encontradas na população do Estado do Piauí.

Este projeto prevê o armazenamento das amostras coletadas para estudos futuros, que possam mostrar a tendência da população do Estado do Piauí em manifestar doenças decorrentes do alcoolismo. A realização desse projeto não terá custos e nem riscos aos voluntários. Além disso, fica garantida a manutenção de sigilo, por parte dos pesquisadores, sobre a identificação dos voluntários que decidirem colaborar com esse projeto de pesquisa.

Todo o material colhido e usado nesta pesquisa será identificado no laboratório por código formado por números e letras e, portanto, sua privacidade e identidade serão preservadas. A eventual inclusão dos resultados em publicação científica será feita de modo a manter o anonimato do paciente ou indivíduo controle.

Concordando em participar desta pesquisa e com o uso deste material, do modo descrito, você responderá ao questionário para coleta de informações e cadastro, como dados de identificação (número do prontuário, nome do paciente, diagnóstico principal), informações gerais (etnia, sexo, data de nascimento, idade, endereço, profissão), história de Tabagismo, história de Etilismo, história familiar.

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo ao seu acompanhamento e tratamento quando necessários.

Asseguramos o compromisso de proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar participando, e que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Se você não concordar em permitir o uso deste material para pesquisa, sua decisão não influenciará, de nenhum modo, o seu tratamento e acompanhamento.

Você receberá uma cópia deste documento.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____ / CPF _____ / n.º de prontuário _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo intitulado “*Estudo Citogenético e Molecular em Alcoolistas do Estado do Piauí*”. Eu discuti com o(a) Dr(a). Renata Canalle ou Fábio José Nascimento Motta sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Parnaíba, ____/____/____

 Profa. Dra. Renata Canalle
 Pesquisadora responsável

 Prof. Dr. Fábio José Nascimento Motta
 Pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
 Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
 tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFPI)

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Estudo Citogenético e Molecular em Alcoolistas do estado do Piauí
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0234.0.045.000-10
Pesquisador Responsável: Renata Canalle

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Agosto/2011	Relatório parcial
Agosto/2012	Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 10/09/2010

Teresina, 14 de Setembro de 2010.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR