

Artigo original

Consumo abusivo de álcool entre pacientes adultos com tuberculose pulmonar em tratamento na atenção primária

Abusive use of alcohol among the adult patients with pulmonary tuberculosis in treatment at primary care unit

Magnania Cristiane Pereira da Costa¹; Letícia Marín-León¹; Helenice Bosco de Oliveira¹

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever o consumo abusivo de álcool, a prevalência e os fatores associados, bem como a tentativa de desistência de bebidas alcoólicas, em pacientes com tuberculose pulmonar na atenção primária. **Métodos:** Estudo transversal de pacientes adultos (≥ 18 anos), em tratamento para tuberculose pulmonar em Campinas/SP, no período de 2013-2014. A variável ação “bebedor abusivo” foi definida pelo AUDIT, negativo (0-7) e positivo (8-40), e foi também utilizada a variável “tentativa de parar de beber nos últimos doze meses”. Os pacientes AUDIT negativo e positivo foram comparados quanto às diferentes características, usando-se qui-quadrado de Pearson. Seguindo-se o modelo teórico hierárquico foi realizada a regressão logística múltipla. **Resultados:** Entre os 195 entrevistados, a prevalência de consumo abusivo de álcool foi 28,2% e as variáveis associadas a este resultado foram: sexo masculino, idade 30 a 59 anos, divorciado, separado ou viúvo, desempregado e tabagista. Não houve diferença estatística na tentativa de desistência de bebidas alcoólicas conforme as recomendações recebidas da equipe de saúde e apoio de profissionais ou da família. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de melhorar as ações associadas ao abandono do uso de álcool, e incluir as respectivas famílias neste específico tratamento em pacientes com TB pulmonar. O apoio e a orientação recebidos pelos pacientes não foram suficientes para abandonar o consumo abusivo.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Tuberculose. Estudos epidemiológicos. Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Objective: To describe the abusive alcohol consumption on the prevalence and associated factors, and the attempt to give up drinking in patients with pulmonary tuberculosis (TB) in the primary care units. Methods: Cross-sectional study to analyze the adult patients (≥ 18 years old) undergoing treatment for pulmonary tuberculosis in Campinas, SP from 2013 to 2014. The variable abusive drinker outcome was defined using AUDIT, negative (0-7) and positive (8-40), and the variable attempt to quit drinking alcoholic beverages in the last 12 months was also used. AUDIT negative and positive patients were compared for different characteristics using Pearson chi-square. Following a hierarchical theoretical model, the multiple logistic regression was applied. Results: Among 195 interviewees, the prevalence of alcohol abuse was 28.2%, and the variables associated with it were: male, age from 30 to 59 years old, divorced, separated or widowed, unemployed and smoker. No statistical difference was found in the attempt to quit, not even the recommendations received from the health team and from the family and relatives supports. Conclusion: Improvements should be done on the actions related to the attempt to stop drinking, and to include the family in the treatment of alcohol abuse in patients with pulmonary TB. The support and guidance received by patients were not enough to them to give up the abusive drinking.

KEYWORDS: Alcoholism. Tuberculosis. Epidemiologic Studies. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014, a estratégia global para o fim da tuberculose (TB) como problema de saúde, propondo: integração da prevenção e assistência; compromisso político com sistemas de apoio e reforço das investigações e inovações na área.¹

Sérias implicações para a saúde pública têm sido observadas em relação ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. Este comportamento é considerado um dos principais fatores de risco

para a saúde, pois contribui significativamente para a carga global da doença.²

As desordens relativas ao consumo abusivo de álcool ocupam a terceira posição entre os principais fatores de risco para óbito no mundo e estão associados a várias doenças infecciosas, entre estas, a TB.² No Brasil, o consumo abusivo de álcool contribui com cerca de 10% de toda carga de doença.³

O uso excessivo de álcool desencadeia mecanismos patogênicos sobre vários componentes do sistema imune, conduzindo a um maior risco de infecção, inclusive para

a TB.⁴ Portadores de TB latente poderiam evoluir para TB ativa.⁵

Na TB, as condições sociais dos usuários excessivos de álcool associam-se à demora na procura por assistência, ao não cumprimento, abandono de tratamento, multirresistência e mortalidade.⁶⁻⁸ Em estudo longitudinal no Estado de Kerala, na Índia, com pacientes multidroga resistentes (MDR-TB), foi verificado que 37% apresentaram uso irregular da medicação, significativamente maior entre pacientes que consumiam álcool (OR=4,3, IC95% 1,1-17,6).⁹

Na África do Sul, em estudo de coorte retrospectivo com pacientes MDR-TB, foi identificado que o uso de álcool entre os que se curaram foi significativamente menor do que nos que evoluíram para irregularidade e óbito (54%, 78% e 63% respectivamente; $p < 0,01$).¹⁰ No município de São Paulo, verificou-se que a chance de morrer por TB foi 25 vezes maior quando o paciente fazia uso excessivo de bebidas alcoólicas, era desempregado e tinha idade igual ou superior a 50 anos.¹¹ Nos Estados Unidos, em estudo com os dados do Sistema Nacional de Vigilância da TB de 1997 a 2012, o uso de álcool em excesso associou-se à baciloscopia positiva (OR 1,23, IC 95%: 1,18-1,28) e ao óbito durante o tratamento (OR= 1,16; IC 95%: 1,10-1,22).⁸

Além disso, a irregularidade do tratamento decorrente do uso excessivo de álcool favorece a transmissão aos contatos,⁷ sendo importante fator responsável pela persistência da transmissão da TB na comunidade.

Considerando a importância do consumo abusivo de álcool na prevalência de TB, este estudo teve como objetivo descrever o consumo

abusivo de álcool quanto à prevalência e os fatores associados, como também a tentativa de cessação em pacientes com tuberculose pulmonar na atenção primária.

MATERIAL E MÉTODOS

Área de estudo

Estudo realizado em Campinas/SP, município com 1.154.717 habitantes¹² que está dividido em cinco Distritos de Saúde, possui 64 Centros de Saúde (CS) administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) responsáveis pela atenção básica e alguns procedimentos de média complexidade,¹³ sendo que o diagnóstico e tratamento da TB são realizados em todos os CS. Na gestão de 2001-2004 houve a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para toda a rede municipal, com a reorganização dos processos de trabalho e a capacitação dos profissionais.¹⁴

Desenho e população de estudo

Foi realizado um estudo transversal com pacientes adultos (≥ 18 anos) registrados no Banco de Dados em Vigilância da Tuberculose – Unicamp de Campinas-SP, em 2013 e 2014. Foram incluídos todos os pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar, residentes no município de Campinas em 2013/2014 e excluídos os presidiários e os pacientes falecidos antes da data da entrevista. Os que não foram localizados após três tentativas foram considerados perdidos.

Instrumento de pesquisa e variáveis estudadas

Mediante entrevista domiciliar foi aplicado um questionário para obtenção de

dados demográficos, socioeconômicos e os relacionados à saúde e à TB. A história do consumo de bebidas alcoólicas foi obtida com o uso de um teste simples de triagem, desenvolvido pela OMS, para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool – *Adaptation and validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*.¹⁵ O AUDIT está composto por 10 questões e a pontuação varia de 0 a 40.¹⁵ Por meio do referido teste definiu-se como *variável dependente* o uso excessivo ou abusivo de álcool¹⁵ sendo negativo com pontuação de 0-7 e positivo com 8-40 pontos; esta última categoria inclui consumo de risco, nocivo e dependência de álcool.¹⁵

Ainda, para analisar os bebedores excessivos, foi usada a variável “tentativa de parar o uso de bebidas alcoólicas” nos últimos 12 meses (não/sim).

As *variáveis independentes* foram: a) características sociodemográficas do entrevistado: sexo (masculino/feminino), faixa etária (18-29 anos, 30-59 e 60 ou mais), estado de nascimento (São Paulo/Outros), raça/cor (branca/amarela e parda/preta), religião (sim/não), situação conjugal (casado/unido, solteiro e separado/desquitado/divorciado/viúvo), escolaridade (analfabetos/até 8 anos de estudo e 9 anos ou mais), desempregado (não/sim), número de moradores no domicílio (1-4 e 5 ou mais), renda total líquida em quartis (<R\$728,00, de R\$728,00 a <R\$1500,00, de R\$1500,00 a <R\$2893,00 e \geq R\$2893,00), filhos (sim/não), responsável pela família (o próprio paciente entrevistado, companheiro (a)/os dois, outro familiar). b) condições de saúde: antecedentes familiares de TB (sim/não), saúde percebida (ótima, boa

e regular/ruim/muito ruim), tosse (não/sim), expectoração (não/sim), chiado (não/sim), falta de ar (não/sim), emagrecimento (não/sim) e uso de cigarros (nunca, ex-fumante e fumante). c) relacionadas ao uso abusivo de álcool: “Por que não consegue parar de beber?” (fácil comprar e barato/não justificou); “Algum médico oferece apoio para parar de fazer uso de bebidas alcoólicas” (sim/não), “Equipe de saúde oferece apoio para parar de fazer uso de bebidas alcoólicas” (sim/não), “Família oferece apoio para parar de fazer uso de bebidas alcoólicas” (não/sim).

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS versão 17.0, sendo calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis. Inicialmente foram descritas as características demográficas socioeconômicas, e às condições do estado de saúde dos pacientes segundo a variável dependente – AUDIT (≤ 7 vs ≥ 8). Para pacientes com uso excessivo de álcool (AUDIT ≥ 8) foi verificada a tentativa de parar de beber nos últimos 12 meses. Para avaliar a associação das variáveis independentes com a dependente foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher ou generalização do teste exato de Fisher quando necessário, utilizando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Em tabelas 2xn foi realizada análise de resíduo para identificar as categorias com diferença significativa.

As variáveis associadas ao uso excessivo de álcool, com $p < 0,20$ foram incluídas em regressão logística múltipla, seguindo um modelo teórico hierárquico em dois níveis, no primeiro as variáveis demográficas e socioeconômicas e no segundo as variáveis de

saúde que foram ajustadas pelas variáveis de primeiro nível que mantiveram $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp sob o parecer nº 410.316/2013, após o parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP.

Os autores declaram não existir conflito de interesse na realização deste estudo.

RESULTADOS

Foi possível entrevistar 195 pacientes (63,7%) registrados no banco de dados dentre 306 selecionados de acordo com os critérios estabelecidos; 101 (33%) não foram localizados após três tentativas e 10 (3,3%) recusaram participar da pesquisa. Estes 195 entrevistados residiam nas áreas de abrangência de 62 de um total de 64 centros de saúde do município; 119 (61%) não faziam uso de bebidas alcoólicas. Dos 76 usuários de bebidas alcoólicas, 55 apresentavam comportamento considerado de risco até provável dependência, segundo o AUDIT (dados não apresentados em tabela).

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas considerado de risco ou provável dependência ($AUDIT \geq 8$) foi significativamente maior entre os pacientes do sexo masculino (37,4 vs 12,5%), na faixa etária de 30 a 59 anos (35,8%), separado/desquitado/divorciado ou viúvo (45,8%), sem trabalho (57,4%), e com renda inferior a R\$728,00 (46,7%) (Tabela 1).

Nas condições de saúde observa-se que 71,8% dos pacientes não apresentavam antecedentes familiares de TB. A prevalência de consumo excessivo de álcool foi significativamente maior em pacientes com expectoração (41,7%) e nos fumantes (45,2%) (Tabela 2).

Houve predomínio dos que consideram que não conseguem parar de beber porque é barato e fácil comprar (89,1%), dos que referiram ter recebido orientações médicas (89,1%), recebido apoio da equipe de saúde (72,7%) e da família para parar de beber (65,4%). Entre os pacientes com uso excessivo de bebidas alcoólicas não foram observadas diferenças significativas quanto à tentativa de parar de beber nos últimos 12 meses (Tabela 3).

Os pacientes usuários excessivos de álcool descreveram formas de apoio da equipe de saúde em relação ao uso excessivo de álcool como o fornecimento de conselhos e orientações (76,4%), o oferecimento do programa de combate ao álcool existente no município (10,9%), e ajuda inespecífica e internações (10,9%). Referentes ao papel dos familiares foram referidos: conselhos e orientações 36 (76,6%), supervisão 4 (8,5%), procura de internação 3 (6,4%), brigas e “arrancar o dinheiro” 3 (6,4%) (dados não apresentados em tabela).

No modelo hierárquico de regressão logística múltipla as condições independentemente associadas ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas do primeiro nível (características sociodemográficas) foram: sexo masculino, idade entre 30 e 59 anos, separado/divorciado/desquitado/viúvo e desempregado. A única variável do segundo nível (saúde) foi o tabagismo (Tabela 4).

Tabela 1. Prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas (AUDIT) de pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar, segundo condições sociodemográficas Campinas/SP, Brasil, 2013-2014

	Total		AUDIT ≤ 7		AUDIT ≥ 8		Valor de p#
	(n=195)	%	(n= 140)	%	(n= 55)	%	
Sexo							<0,001
Masculino	123	63,1	77	62,6	46	37,4	
Feminino	72	30,9	63	87,5	9	12,5	
Faixa etária (anos)							0,010
18 - 29 anos	44	22,6	38	86,4	6	13,6	
30 - 59 anos	120	61,5	77	64,2	43	35,8	
60 ou mais	31	15,9	25	80,6	6	19,4	
Estado de nascimento							0,266
São Paulo	115	59	86	74,8	29	25,2	
Outros	80	41	54	67,5	26	32,5	
Raça/cor							0,513
Branca/Amarela	103	52,8	76	73,8	27	26,2	
Parda/Preta	92	47,2	64	69,6	28	30,4	
Religião							0,326
Sim	164	84,1	120	73,2	44	26,8	
Não	31	15,9	20	64,5	11	35,5	
Situação conjugal							0,009
Casado ou unido	96	49,2	78	81,3	18	18,8	
Solteiro	75	38,5	49	65,3	26	34,7	
Separado/desq/ divorc./viúvo	24	12,3	13	54,2	11	45,8	
Escolaridade^a							0,375
Analfabeto/ até 8 anos	121	62,4	84	69,4	37	30,6	
9 anos ou mais	73	37,6	55	75,3	18	24,7	
Desempregado							<0,001
Não	141	72,3	117	83,0	24	17,0	
Sim	54	27,7	23	42,6	31	57,4	
Renda^b							0,016
<728,00	45	23,9	24	53,3	21	46,7	
728,00 a < 1500,00	36	19,2	27	75,0	9	25,0	
1500,00 a < 2893,00	60	31,9	49	81,7	11	18,3	
≥2893,00	47	25	33	70,2	14	29,8	
Responsável pela Família							0,462
Paciente	74	37,9	54	73,0	20	27,0	
Companheiro (a)/os dois	34	17,4	27	79,4	7	20,6	
Outro familiar	87	44,6	59	67,8	28	32,2	

^a1 paciente não respondeu à questão; ^b7 pacientes não responderam à questão; # Qui Quadrado de Pearson

Tabela 2. Prevalência de consumo abusivo de álcool (AUDIT) dos pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar segundo as condições atuais do estado de saúde. Campinas/SP, Brasil, 2013-2014

	Total (n=195)	%	AUDIT ≤ 7 (n=140)	%	AUDIT ≥ 8 (n=55)	%	Valor de p#
Ant. familiares de TB							0,415*
Não	140	71,8	100	71,4	40	28,6	
Sim	30	15,4	24	80,0	6	20,0	
Não sabe informar	25	12,8	16	64,0	4	16,0	
Saúde percebida							0,164
Ótima-Boa	148	75,9	110	74,3	38	25,7	
Regular/Ruim/Muito ruim	47	24,1	30	63,8	17	36,2	
Tosse							0,119
Não	143	73,3	107	74,8	36	25,2	
Sim	52	26,7	33	63,5	19	36,5	
Expectoração							0,047
Não	159	81,5	119	74,8	40	25,2	
Sim	36	18,5	21	58,3	15	41,7	
“Chiado”							0,755
Não	169	86,7	122	72,2	47	27,8	
Sim	26	13,3	18	69,2	8	30,8	
“Falta de ar”							0,822
Não	151	77,4	109	72,2	42	27,8	
Sim	44	22,6	31	70,5	13	29,5	
Emagrecimento							0,085
Não	157	80,5	117	74,5	40	25,5	
Sim	38	19,5	23	60,5	15	39,5	
Uso de cigarros							<0,001
Nunca	74	37,9	64	86,5	10	13,5	
Ex-fumantes	48	24,6	36	75,0	12	25,0	
Fumantes	73	37,4	40	54,8	33	45,2	

Qui Quadrado de Pearson; *Teste Exato de Fisher

Tabela 3. Prevalência de tentativa de parar de beber nos últimos 12 meses em pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar com consumo abusivo de álcool (AUDIT ≥ 8) segundo algumas características do ambiente social. Campinas/SP, Brasil, 2013-2014

	Tentativa de parar de beber						Valor de p#
	Total (n=55)		Não (n=25)		Sim (n=30)		
Não consegue parar de beber, por que:							0,813*
É fácil comprar e barato	49	89,1	22	44,9	27	55,1	
Não Justificou	6	10,9	3	50,0	3	50,0	
Algum médico recomendou parar de beber							0,813*
Sim	49	89,1	22	44,9	27	55,1	
Não	6	10,9	3	50,0	3	50,0	
Você acha que a equipe de saúde oferece apoio para parar de beber							0,269*
Sim	40	72,7	20	50,0	20	50,0	
Não	15	27,3	5	33,3	10	66,7	
Você acha que sua família oferece apoio para parar de beber							0,351
Sim	36	65,4	18	50,0	18	50,0	
Não	19	34,5	7	36,8	12	63,2	

Qui Quadrado de Pearson; *Teste Exato de Fisher

Tabela 4. Modelo de regressão logística hierárquico para consumo abusivo de bebidas alcoólicas (AUDIT \geq 8) entre pacientes em tratamento para TB Pulmonar. Campinas/SP. Brasil, 2013-2014.

	PRIMEIRO NÍVEL				SEGUNDO NÍVEL			
	OR	I.C. 95%		Valor de p	OR	I.C. 95%		Valor de p
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Sexo								
Feminino	1							
Masculino	3,619	1,52	8,63	0,004				
Idade								
18-29	1							
30-59	4,03	1,34	12,09	0,013				
60 e +	2,50	0,57	11,07	0,227				
Sit. Conjugal								
Casado/unido	1							
Solteiro	2,05	0,88	4,80	0,098				
Separado/desq/divorc./viúvo	4,29	1,37	13,40	0,012				
Desempregado								
Não	1							
Sim	5,95	2,74	12,95	<0,001				
Tabagismo								
Nunca Fumou					1			0,008
Ex-Fumante					2,29	0,76	6,92	0,140
Fumante					4,73	1,76	12,75	0,002

OR= OddsRatio IC 95%= Intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

Este estudo teve como limitação o reduzido tamanho da amostra decorrente de elevada porcentagem de pacientes que não puderam ser entrevistados, 111 (36,3%), com 101 não sendo encontrados após três tentativas e 10 que se recusaram participar da entrevista, alguns alegando risco de serem “encontrados”. A indisponibilidade de tempo dos agentes comunitários de saúde, para colaborar na busca dos doentes, decorreu da elevada carga de trabalho imposta pela epidemia de dengue e dificultou a localização dos pacientes.

Destacamos, em contraposição, que um aspecto positivo do estudo foi não ter sido realizado com dados secundários. Ainda uma única entrevistadora sem qualquer vínculo

com o serviço de saúde do município, aplicou um questionário padronizado, diminuindo a possibilidade de viés de informação. Embora não tenha sido possível entrevistar a totalidade dos pacientes registrados no banco de TB do município, a amostra ficou distribuída em todas as áreas dos centros de saúde com casos de TB.

Entre os pacientes com TB pulmonar estudados, a prevalência de uso excessivo de álcool, segundo o AUDIT foi 28,2% menor que a frequência descrita no mesmo município por Oliveira & Moreira Filho utilizando o instrumento CAGE, entre pacientes em tratamento por recidiva de TB pulmonar (36%), e maior que entre pacientes novos com TB pulmonar (21%).¹⁶

Na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (com 60.202 adultos com 18 anos ou mais) a prevalência de consumo abusivo de álcool, definido por uma única pergunta sobre o consumo em pelo menos uma vez, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi de 13,7% (IC95%: 13,1 - 14,2) sendo 21,6% (IC95%: 20,7 - 22,5) nos homens e 6,6% (IC95%: 6,1 - 7,1) nas mulheres.¹⁷ No presente estudo, com pacientes em tratamento para TB, 37,4% dos homens e 12,5% das mulheres apresentaram consumo excessivo de álcool. Assim, tanto nos pacientes com TB quanto na população geral o consumo excessivo é três vezes maior nos homens que nas mulheres, no entanto comparada à população geral a prevalência do consumo excessivo nos pacientes deste estudo é quase o dobro.

No Estado de São Paulo, em estudo com dados secundários com 12.545 pacientes com TB pleural, verificou-se que foi registrado alcoolismo utilizando critério clínico não especificado em 9,5% dos casos.¹⁸ É possível que esta prevalência inferior à populacional decorra da falta de preenchimento desta variável em banco de dados.

O uso excessivo de bebidas alcoólicas é fator de risco verificado por vários autores¹⁹⁻²² entre pacientes em tratamento para TB. Nos EUA, Volkman et al.⁸ descrevem elevada prevalência de consumo excessivo de álcool definido com perguntas abrangentes, em 12 Estados, com variação deste indicador entre 19 e 44%.

Neste estudo, as variáveis independentes associadas ao uso abusivo de bebidas alcoólicas foram: sexo masculino, faixa etária de 30 a 59 anos, situação conjugal separado, divorciado, desquitado ou viúvo, desemprego e tabagismo. O sexo masculino predomina em várias

pesquisas entre pacientes com uso excessivo de bebidas alcoólicas²³⁻²⁵ e também em pacientes em tratamento para TB.^{21,26,27}

A família possui um papel importante em relação ao tratamento dos pacientes, principalmente quando a TB está associada ao alcoolismo. Confirmamos o predomínio da ausência da companheira (o) entre os pacientes usuários excessivos de álcool, como já verificado por Pangetal.²⁸ Assim também o desemprego e tabagismo são fatores de risco observado em outros estudos.^{11,27,29-32}

Neste estudo foi verificado que entre os pacientes com uso abusivo de bebidas alcoólicas não foram observadas diferenças significativas quanto à tentativa de parar de beber nos últimos 12 meses, mesmo entre os que receberam orientações e apoio de profissionais de saúde e da família. Concordamos com outros autores que intervenções como o aconselhamento e tratamento dos pacientes TB fumantes³³ e usuários de bebidas alcoólicas em excesso^{34,35} ainda estão distantes de serem implementadas na prática clínica de rotina, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde e o programa *Stop TB*.³⁶

Nesses pacientes, Gyawali et al.³⁷ propõem ações supervisionadas com maior frequência, tendo como base o tratamento diretamente observado. Na atenção primária, em conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, é necessário o desenvolvimento de estratégias eficazes, adequadas à demanda e ao perfil da sua população, para fortalecimento dos familiares dos pacientes com fatores de riscos associados, que aumentam o risco de irregularidades e abandono de tratamento da TB, como já foi recomendado em vários estudos.^{6,7}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do investimento da Organização Mundial de Saúde na prevenção de danos relacionados ao alcoolismo nos últimos anos, os profissionais da saúde necessitam de capacitações e supervisões contínuas para atingir a eficácia necessária durante as ações, principalmente com populações de alto risco, como pacientes portadores de TB em tratamento e seus familiares como apoiadores. A maioria dos pacientes, com uso excessivo de bebidas alcoólicas durante o tratamento da TB pulmonar, recebeu orientações e apoio dos profissionais, mas não atingiram o abandono do hábito.

O uso abusivo de álcool faz parte do diagnóstico de saúde da comunidade feito

pelos equipes do serviço de atenção primária. As práticas de aconselhamento eficazes devem ser incorporadas ao processo de trabalho para o sucesso das ações de prevenção e controle da TB.

A família possui um papel fundamental e precisa ser envolvida pela equipe de saúde no processo de trabalho para garantir a eficácia do tratamento da TB, principalmente quando o paciente apresenta fatores de risco desfavoráveis, como o uso abusivo de álcool.

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de aprimoramento das ações relacionadas com o abandono do uso abusivo de álcool em pacientes com TB pulmonar, inclusive com a inclusão da família no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis report 2014. Geneva; 2014: 1-171.
2. World Health Organization. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Geneva; 2010: 1- 46.
3. Laranjeira R. in: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014; 1 (1): 1- 85.
4. Molina EP, Happel KI, Zhang P, Kolls JK, Nelson S. Focus on: alcohol and the immune system. *Rev. Alc & Health.* 2010; 33 (1):97-108.
5. Zhang P, Bagby G, Happel K, Summer W, Nelson S. Pulmonary host defenses and alcohol. *Front Biosci.* 2002; 1: 1314-30.
6. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Robin Room R, Charles Parry C, Lönnroth K et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health.* 2009; 9: 1-13.
7. Shin SS, Livchits V, Nelson AK, Lastimoso CS, Yanova GV, Yanov SA et al. Implementing Evidence - Based Alcohol Interventions in a Resource-Limited Setting: Novel Delivery Strategies in Tomsk, Russia. *Harv Rev Psc.* 2012; 20 (1): 58-67.
8. Volkmann T, Moonan PK, Miramontes R, Oeltmann J. Tuberculosis and excess alcohol use in the United States, 1997-2012. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015: 19 (1): 111-9.

9. Duraisamy K, Mrithyunjayan S, Ghosh S, Nair SA, Balakrishnan S, Subramoniapillai J et al. Does Alcohol consumption during multidrug-resistant tuberculosis treatment affect outcome? A population-based study in Kerala, India. *Ann Am Thorac Soc.* 2014; 11 (5): 712-8.
10. Kendall EA, Theron D, Franke MF, Helden PV, Victor TC, Murray MB et al. Alcohol, hospital discharge, and socioeconomic risk factors for default from multidrug resistant tuberculosis treatment in rural South Africa: a retrospective cohort study. *PLoS One*, 2013; 8 (12): 834-80.
11. Pelaquin MHH, Souza e Silva R, Ribeiro SA. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 200. *J. Bras Pneumol.* 2007; 33 (3): 311-7.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350950> (Acessado em 10/ jul/2016).
13. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. 2016. <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/> (Acessado em 10/jul/2016).
14. Nascimento EPL, Correa CRS, Nozawa MRO. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. *Rev. Ciênc. Méd, Campinas.* 2007; 16 (3):161-17.
15. Babor TF, Higging-Biddle JC, Sunders JB. The alcohol user disorders identification of test. *World Health Organization.* 2001: 1-41.
16. Oliveira, HB and Moreira Filho, DC. Recidivas da tuberculose e seus fatores de risco. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2000; 7(4): 232-41.
17. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24 (2): 227-37.
18. Seiscento M, Vargas FS, Rujula MJP, Bombarda S, Uip DE, Galesi VMN. Aspectos epidemiológicos da tuberculose pleural no estado de São Paulo (1998-2005). *J Bras. Pneumol.* 2009. 35 (6): 548-54.
19. Gajalakshmi V, Peto R. Smoking, drinking and incident tuberculosis in rural India: population-based case-control study. *Int Jour of Epidemiol.* 2009; 38 (4): 1018-25.
20. Reis DC, Almeida TAC, Quites HFO, Sampaio MM. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Belo Horizonte (MG), no período de 2002 a 2008. *Rev. Bras Epidemiol.* 2013; 16 (3): 592-602.
21. Patra J, Jha P, Rehm J, Suraweera W. Tobacco smoking, alcohol drinking, diabetes, low body mass index and the risk of self-reported symptoms of active tuberculosis: individual participant data (IPD) meta-analyses of 72,684 individuals in 14 high tuberculosis burden countries. *Plos One.* 2014; 9 (5): 1-11.
22. Dhanaraj B, Papanna MK, Adinarayanan S, Vedachalam C, Sundaram V, Shanmugam S et al. Prevalence and Risk Factors for Adult Pulmonary Tuberculosis in a Metropolitan City of South India. *Plos One.* 2015; 10 (4): 1-15.
23. Madruga CS, Saibro P, Ferri CP, Caetano R, Laranjeira R, Pinsky I. Correlated Factors and Prevalence of Alcohol Treatment in Brazil: A National Survey. *Addict dis & their treat.* 2014;1-7.
24. Lanna NB, Silva Fonseca VA, Aguiar-Nemer AS, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira RR. Abstinence of alcohol in Brazil. *J Public Health.* 2014; 22: 49-55.
25. Caetano R, Mills B, Madruga C, Pinsky I, Laranjeira R. Discrepant Trends in Income, Drinking, and Alcohol Problems in an Emergent Economy: Brazil 2006 to 2012. *Alcohol Clin Exp Re.,* 2015; 39 (5): 863-71.

26. Shin S, Livchits V, Connery S, Shields A, Yanov S, Yanova G. Effectiveness of Alcohol Treatment Interventions Integrated into Routine Tuberculosis Care in Tomsk, Russia. *Addiction*. 2013; 108 (8): 1387-96.
27. Przybylski G, Dabrowska A, Trzcinska H. Alcoholism and other socio-demographic risk factors for adverse TB-drug reactions and unsuccessful tuberculosis treatment – data from ten years observation at the Regional Centre of Pulmonology, Bydgoszcz, Poland. *Med SciMonit*. 2014; 20: 444-53.
28. Pang PT, Leung CC, Lee SS. Neighbourhood risk factors for tuberculosis in Hong Kong. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 14 (5): 585-92.
29. Jee SA, Golub JE, Jo J, Park S, Ohrr H, Samet JM. Smoking and Risk of Tuberculosis Incidence, Mortality and Recurrence in South Korean Men and Women. *Am J Epidemiol*. 2009; 170 (12): 1478-85.
30. Maciel EL, Brioschi AP, Peres RL, Guidoni LM, Ribeiro FK, Hadad DJ et al. Smoking and 2-month culture conversion during anti-tuberculosis treatment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013; 17 (2): 225-8.
31. Huang CG, Tchetgen ET, Becerra MC, Cohen T, Galea J, Calderon R et al. Cigarette smoking among tuberculosis patients increases risk of transmission to child contacts. *Int. J Tuberc Lung Dis*. 2014; 18 (11): 1285-91.
32. Ephrem T, Mengiste B, Mesfin F, Godana W. Determinants of active pulmonary tuberculosis in Ambo Hospital, West Ethiopia. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2015; 7 (1): 1-8.
33. Zellweger JP, Cattamanchi A, Sotgiu G. Tobacco and tuberculosis: could we improve tuberculosis outcomes by helping patients to stop smoking? *Rev. EurRespirJour*. 2015; 45 (1): 583-5.
34. Andrade RLP, Villa TCS, Pillon S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. *Rev. SMAD*. 2005; 1 (1): 1-8.
35. Silva CB, Lafaiete RS, Donato M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. *Rev. Eletronica. Saúd Men Álcool e drog*. 2011; 7 (1): 10-17.
36. World Health Organization. Tuberculosis Fact Sheet No 104 Reviewed March 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> (Acessado em 04/ abril/2015).
37. Gyawali N, Gurung R, Poudya IN, Amatya R, Shrestha R, Khanal LK et al. Tobacco and alcohol: The relation to pulmonary tuberculosis in household contacts. *Nepal Med Coll J*. 2012; 15(2): 134-7.

Correspondência/Correspondence to:

Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp
Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Campinas, SP-Brasil, cep 13083-887.
Leticia Marin-León
leticia@fcm.unicamp.br