

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

EMILENE REISDORFER

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL ENTRE ADULTOS: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM FLORIANÓPOLIS –
SANTA CATARINA**

Florianópolis
2010

Emilene Reisdorfer

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL ENTRE ADULTOS: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM FLORIANÓPOLIS –
SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Ciências Sociais e Humanas.

Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

R375p Reisdorfer, Emilene
Prevalência e fatores associados ao uso problemático de
álcool entre adultos [dissertação] : um estudo de base
populacional em Florianópolis - Santa Catarina / Emilene
Reisdorfer / orientadora, Fátima Buchele, co-orientador,
Antonio Fernando Hoing. - Florianópolis, SC, 2010.
104 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Abuso de substâncias - Florianópolis,
SC. 3. Adultos. I. Buchele, Fátima. II. Hoing, Antonio
Fernando. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL ENTRE ADULTOS: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA.”**

AUTOR: Emilene Reisdorfer

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fátima Büchele

(Presidente)

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

(Membro)

Profa. Dra. Edilaine C. Silva Gherardi Donato

(Membro)

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

(Suplente)

Dedico esta dissertação ao meu marido, namorado e amigo Rodrigo, pelo amor, incentivo, pela amizade, por me fazer rir todos os dias, enfim, por fazer a minha vida mais feliz!

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Rodrigo, e minha mãe, Rita, pelo amor e apoio incondicional, por compreenderem minhas ausências e por estarem sempre ao meu lado. Amo vocês acima de tudo, vocês são a minha vida!

Ao meu avô João, por me dar todo o seu amor, por ter sido sempre o meu “pai-vô”;

A minha orientadora, Prof.^a Fátima Büchele, por ter aceitado me orientar quando nem me conhecia e por ter me apoiado na conquista deste sonho.

Ao Prof. Antonio Fernando Boing, meu co-orientador, pelo apoio e dedicação que teve ao auxiliar a análise de dados e construção deste trabalho.

A Prof. Edilaine e ao Prof. Marco, por terem aceitado participar desta banca. Suas contribuições serão fundamentais para o enriquecimento deste trabalho.

Ao amigo e Prof. Rodrigo, por ter dado suas contribuições na banca de qualificação e em todas as fases deste projeto. Seu apoio foi de extrema importância para o êxito desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, por propiciarem momentos de profunda reflexão sobre a Saúde Coletiva. Com certeza sou uma profissional melhor graças aos seus ensinamentos, muito obrigado!

Aos colegas equipe do *EpiFloripa*, muito obrigado pelo apoio nas horas difíceis e pelo aprendizado. Nosso trabalho ficou muito bom!

Às minhas grandes amigas Thaisa e Panmela, vocês foram fundamentais nesses dois anos. Muito obrigado pelas conversas, discussões teóricas e, principalmente, por me mostrarem um novo jeito de ver a Saúde Coletiva.

Aos queridos colegas de turma, foi muito bom poder contar com todos nesta fase.

A Prefeitura de Guaramirim e a Secretaria Municipal de Saúde, pela liberação para a conclusão do mestrado. De maneira especial a minha amiga e colega Aline Mainardi, te agradeço por todas as oportunidades e confiança que sempre teve em mim.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo financiamento do Projeto EPIFLORIPA2009 - Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Adultos de Florianópolis – SC.

“Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os "paraísos artificiais", isto é,... a busca de auto transcendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma.”

Aldous Huxley

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	13
LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE TABELAS.....	15
RESUMO	16
ABSTRACT	17
APRESENTAÇÃO.....	18
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Aspectos Históricos do Uso de Álcool	23
2.2 Uso Abusivo, Uso Nocivo e Dependência de Álcool.....	24
2.3 Fatores Associados ao Uso de Álcool	27
2.4 Formas de mensuração do consumo de álcool.....	29
2.5 Uso de álcool como problema de saúde pública.....	32
2.5.1 Dados Epidemiológicos sobre o Uso de Álcool	33
2.5.2 Dados Epidemiológicos sobre Danos provocados pelo Uso do Álcool	38
2.6 Ações Públicas em Álcool e outras Drogas.....	39
2.6.1 Atenção à saúde especializada em Álcool e outras Drogas	41
2.6.2 Possibilidades de atuação da Estratégia de Saúde da Família no atendimento ao usuário de álcool.....	43
3. METODOLOGIA.....	45
3.1 Características do Estudo.....	45
3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	45
3.3 Amostragem	46
3.3.1 Tamanho da amostra.....	46
3.3.2 Escolha dos Setores Censitários	47
3.4 Instrumento.....	48
3.5 Equipe do Estudo.....	49
3.6 Equipe de campo – Logística.....	49
3.7 Seleção, treinamento e padronização.....	49
3.8 Estudo Piloto	50
3.9 Controle de qualidade.....	51
3.10 Processamento e análise dos dados.....	51
3.11 Variáveis em estudo.....	52
3.11.1 Descrição da variável dependente.....	52
3.12.2 Descrição das variáveis independentes.....	52
3.12 Modelo Teórico Hierarquizado.....	55
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55

6. REFERÊNCIAS.....	57
7. ARTIGO CIENTÍFICO.....	69
8. ANEXOS.....	94
ANEXO 1 - Teste AUDIT (Alcohol Users Disorders Identification Test)	95
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA A COLETA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	98
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Exemplo de um setor censitário47

Figura 2 – Modelo teórico hierarquizado de determinação do uso problemático de álcool..... 55

ARTIGO CIENTÍFICO

Figura 1 - Alcohol use disorders identification test item response distributions. Florianópolis, 2009. 87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10. (DUARTE, 2008) 26

Quadro 2 - Cálculo da amostra para os fatores associados ao uso problemático de álcool 46

Quadro 3 – Forma de coleta das variáveis independentes..... 54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 – Características da amostra e prevalência de uso problemático de álcool de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde. Florianópolis, 2009... 83

Tabela 2 – Associação entre uso problemático de álcool e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde. Florianópolis, 2009. 85

RESUMO

Objetivos: Descrever a prevalência de uso problemático de álcool na população adulta de uma cidade de médio porte do sul do Brasil e testar sua associação com variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais e de condições de saúde.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal de base populacional com adultos (20 a 59 anos) de uma cidade de médio porte do sul do Brasil com amostra probabilística de 1720 pessoas. Utilizou-se o processo de amostragem por conglomerados, em dois estágios, sendo o primeiro o setor censitário e o segundo o domicílio. O uso problemático de álcool foi mensurado por meio do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e foram testadas as associações com variáveis selecionadas através da Regressão de Poisson. Os resultados das análises multivariáveis foram expressos como razão de prevalência.

Resultados: A prevalência de uso problemático de álcool na população foi de 18,4% (IC_{95%}: 16,6%–20,3%), sendo maior entre os homens (29,9%) em relação às mulheres (9,3%). A prevalência de abstenção de 30,6%. Verificou-se que 6,8% dos entrevistados já causaram problemas a si mesmos ou a outros após terem bebido e 10,3% referiram que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com seu modo de beber. Após a análise multivariável, permaneceram associadas com o uso problemático de álcool a faixa etária de 20 a 29 anos, pessoas solteiras, que se declararam pardas e ex-fumantes ou fumantes atuais.

Conclusão: A prevalência de uso problemático de álcool identificada é elevada em comparação com outros estudos semelhantes, existindo diferenças segundo características demográficas, de cor de pele e comportamentais. Estas questões devem ser consideradas na formulação de políticas públicas de saúde que objetivem a redução dos problemas relacionados ao uso de álcool.

Descritores: Estudos Transversais, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool, Adulto, Brasil.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to describe the prevalence of problematic alcohol use in an adult population from Brazil and its association with demographic, socioeconomic, behavioral variables and health conditions.

Methods: A population-based cross-sectional survey was conducted with adults (20 to 59 years) of a medium-sized city in southern Brazil with a random sample of 1720 people. It was used the process of cluster sampling in two stages, the first being the census tract and the second the household. The problematic alcohol use was measured using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and associations were tested with selected variables by Poisson Regression. The results of multivariate analysis were expressed as prevalence ratio.

Results: The prevalence of problematic alcohol use in the population was 18.4% (95% CI: 16.6% - 20.3%), being higher among men (29.9%) than women (9.3%). The prevalence of abstention was 30.6%. It was found that 6.8% of respondents have already caused problems for themselves or others after drinking and 10.3% reported that a relative, friend or doctor ever cared about the drinking. After multivariate analysis, remained associated with the problematic use of alcohol: age 20 to 29 years, single people who declared to be light-skinned blacks and ex-smokers or current smokers.

Conclusion: The prevalence of problematic alcohol use identified is high compared with other similar studies, with differences according to demographic characteristics, skin color and behavior. These issues must be considered in formulating public health policies aimed at reducing the problems related to alcohol use.

Descriptors: Cross sectional studies, Alcohol-Related Disorders, Adult, Brazil.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, intitulada “Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional no sul do Brasil” é produto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, inserido na área de concentração em Ciências Sociais e Humanas. De acordo com as exigências do programa, o produto final da dissertação deve ser um artigo científico a ser submetido a um periódico de qualidade segundo normas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Sendo assim, este trabalho está dividido em 2 partes.

Na primeira parte são apresentadas a contextualização e as características do estudo. Engloba a introdução e objetivos, a revisão de literatura e a metodologia do estudo. São apresentadas informações sobre o uso problemático de álcool, contextualizando o tema em termos nacionais e mundiais. Também são trazidos dados epidemiológicos sobre uso de álcool, políticas pública na área e formas de mensuração do uso de álcool.

A parte seguinte é a apresentação do artigo científico, escrito a partir dos resultados deste estudo, bem como a discussão destes. O artigo foi escrito segundo as normas da Revista Alcohol and Alcoholism.

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde de muitos países têm passado por importantes reformas que buscam melhorar não apenas sua relação custo-benefício, mas, principalmente, a cobertura da atenção básica, a gestão descentralizada, a melhora na qualidade do cuidado e o aumento da participação da comunidade. Essas mudanças permeiam a área de saúde mental, enquanto movimento mundial de reversão do modelo assistencial.

Nesse contexto o uso do álcool representa uma das principais causas de morte, doença e acidentes evitáveis em todo o mundo, inclusive no Brasil. O consumo de álcool está associado a uma variedade de conseqüências sanitárias e sociais adversas, entre elas doenças hepáticas, doenças pancreáticas, problemas fetais em mulheres grávidas, entre outros. Também está relacionado com acontecimentos sociais indesejáveis, como mortes por acidentes de trânsito, conduta agressiva, violência doméstica e redução da produtividade laboral (OMS, 2000).

Dados referentes ao uso de álcool no mundo apontam que a cada ano as conseqüências nocivas desta bebida são responsáveis por, aproximadamente, 1,2 morte atribuível ao álcool para cada 1.000 consumidores – aproximadamente 6% de todas as mortes entre homens (consumidores e não-consumidores somados) e 1% entre as mulheres (WHOSIS, 2009). Mundialmente, o custo anual estimado do consumo nocivo se encontra entre 0,6% até 2% do PIB global. (ANTHONY, 2009).

No Brasil, em 2005, estimava-se que a prevalência de dependência de álcool fosse de 12,3% na população adulta, entre 12 e 65 anos de idade (CARLINI, 2006). Quanto ao uso de álcool entre universitários, dados de um levantamento realizado no Brasil apontam que um em cada quatro universitários brasileiros referiram pelo menos uma ocasião de beber pesado episódico (*binge drinking*: 5 doses ou mais por ocasião de consumo) nos 30 dias anteriores à entrevista, e um em cada três relataram ter feito uso do álcool neste padrão nos últimos 12 meses (ANDRADE, 2010).

Os resultados de estudos epidemiológicos realizados no Brasil e em outros países indicam que o abuso do álcool acarreta expressiva morbimortalidade e que problemas direta ou indiretamente causados pelo abuso do álcool relacionam-se a importante prejuízo econômico em todo o mundo (GALASSI, 2008).

Além da morbi-mortalidade ocasionada pelo uso indevido de álcool, também podem ser relacionados outros danos sociais provocados por este hábito. Em uma revisão de publicações sobre álcool e criminalidade de 1986 a 2006, encontrou-se que as diversas pesquisas coincidem na afirmação de uma associação entre transtornos do uso de substâncias psicoativas e criminalidade. O que é possível constatar é a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas ilícitas estão presentes entre agressores, suas vítimas ou em ambos (CHALUB, 2006).

Apesar disso, o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado por setores da sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado às demais drogas. A despeito de sua ampla aceitação social, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas também é encarado como um problema de saúde (SCALI, 2007).

Em outros termos, pode-se dizer que existe um consentimento cultural em que o uso do álcool é aceito. É a forma social e individual de utilizá-lo que está em questão, já que há disposição social para consumi-lo nas mais diversas formas de bebidas (ANDRADE, 2006).

Sendo assim, o consumo abusivo de álcool pesa como causa de adoecimento e morte, relacionando-se ao mesmo tempo a conseqüências sociais negativas. Constitui-se também como causa de morbimortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas e como principal fator relacionado a adoecimento e morte em países pertencente ao grupo cujas economias encontram-se em grau intermediário de desenvolvimento (MELONI, 2004).

Nesse sentido, Peluso (2008) afirma que a maioria da população não percebe o alcoolismo como uma doença mental, mas sim associado a causas psicossociais. A responsabilidade é colocada sobre o indivíduo dependente, sendo visto como violento e capaz de perturbar a ordem social

Estes dados apontam para o necessário aprofundamento dos estudos sobre os padrões de uso de álcool, não se considerando apenas a dependência, mas também a forma como pessoas o usam.

A área da saúde vem, gradualmente, assumindo seu papel ao propor ações de promoção da saúde, atuando na prevenção do início do seu uso, em propostas de redução de danos, na identificação precoce de problemas e no tratamento.

Dessa forma para identificar este problema, o monitoramento do estado de saúde das populações é fundamental, pois possibilita a

formulação e avaliação das políticas e programas de saúde, sendo interesse de todos os níveis de governo, da sociedade em geral e suas organizações e na busca de melhores níveis de saúde (VIACAVA, 2002).

Uma alternativa de se dispor de dados sobre a saúde das populações é a realização de inquéritos populacionais, que podem prover informações requeridas avaliando o desempenho dos sistemas de saúde e conhecendo a magnitude dos problemas de saúde, orientando a formulação e políticas públicas adequadas às reais necessidades das pessoas (SZWARCOWALD, 2005).

Os inquéritos vêm ganhando importância principalmente os relacionados à saúde ou a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Entre estes, pela reconhecida importância do efeito que exercem na morbimortalidade, são especialmente investigados o tabagismo, a dependência de álcool, a qualidade da dieta e o sedentarismo, coincidindo com o que essa pesquisa propõe (BARROS, 2008).

O consumo de qualquer quantidade de álcool pode ser definido em diferentes padrões de uso de acordo com suas possíveis consequências. Este tipo de padronização está baseado na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas implicações negativas (OBID, 2009).

O conhecimento dos padrões de uso de álcool não tem tido sua devida importância reconhecida nos inquéritos populacionais, sendo dado maior enfoque à dependência. A sua definição exata permite a demarcação dos reais danos e benefícios que o consumo de álcool provoca na população (ANDRADE 2009). Além disso, se deve observar que grande parte dos danos provocados pelo uso de álcool aparece entre pessoas que não são dependentes (BABOR, 2001).

Dessa forma, baseado na importância do conhecimento sobre os padrões de uso de álcool e na ênfase dada a estudos sobre dependência de álcool, a presente dissertação pretende responder à seguinte pergunta: Qual a prevalência de uso problemático de álcool e fatores associados da população adulta de Florianópolis/SC em 2009?

Esse estudo é parte do Projeto Epi-Floripa, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de um inquérito populacional sobre condições de vida e saúde, de adultos residentes na zona urbana do município de Florianópolis que permitirá um diagnóstico das condições de saúde, gerando informações úteis para a elaboração e avaliação de políticas, serviços e ações de saúde orientados

às necessidades da população. Desta forma, os objetivos ficaram assim constituídos:

Objetivo Geral

Descrever a prevalência de uso problemático de álcool na população adulta de Florianópolis (Santa Catarina) em 2009 e testar os fatores associados.

Objetivos Específicos

- Verificar a associação entre uso problemático de álcool e variáveis demográficas e sócio-econômicas;
- Testar a associação entre uso problemático de álcool e condições de saúde e comportamentos;

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos Históricos do Uso de Álcool

O uso de substâncias que de alguma forma interferem no sistema nervoso vem sendo descrito na história há milênios (FIORE, 2005). O álcool é a droga mais utilizada pela humanidade e é relatada e estudada desde o velho testamento (MARQUES, 2001).

No Brasil do século XVI, os tupinambás possuíam um sólido conhecimento sobre as artes da fermentação, fabricando o cauim. Esta bebida não era utilizada no dia-a-dia, sendo consumida em grandes festas – cauinagens. O cauim representava para os índios uma matéria prima carregada de simbolismo que, ao ser ingerida coletivamente, permitia que a economia doméstica se articulasse à política, e que as técnicas corporais (como a forma de manejar a embriaguez) se tornassem veículos para a efetivação das identidades nativas (FERNANDES, 2007).

Com o advento da destilação, observou-se aumento no consumo de bebidas alcoólicas, que anteriormente estavam associadas a rituais religiosos ou festivos. A partir de então, o beber excessivo passou a ser considerado um comportamento fraco e pecador, conceito que foi incorporado às regras morais de diversas culturas. O modelo moral foi a primeira tentativa da sociedade de controlar o uso desta substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas (MARQUES, 2001).

A partir do século XIX, não era propriamente o álcool que incomodava as autoridades, mas sim, sob sua ótica, o consumo desregrado, imoral e degenerante da substância que ocorria nas camadas mais baixas da população. O abuso do álcool era percebido e relacionado a defeitos morais, individuais, sociais ou raciais. Tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, o consumo de álcool aumentou consideravelmente após a Revolução Industrial, tornando-se uma questão relevante para o Estado e a sociedade (FIORE, 2005).

Em função das conseqüências deste uso abusivo, a opinião pública pressionou os cientistas a desenvolverem pesquisas sobre o tema (FORTES, 1975; EDWARDS, 1994). Benjamim Rush, nos Estados Unidos da América (EUA) e Thomas Trotter, no Reino Unido, são dois dos nomes ligados à construção do conceito de alcoolismo. Rush foi o primeiro a identificar, em 1775, que mais de 30% dos pacientes internados em instituições psiquiátricas americanas faziam uso excessivo de álcool. Além de suas atividades clínicas, ele se envolveu

também com política comunitária, propondo medidas de restrição à disponibilidade de álcool nas comunidades americanas. Na Inglaterra, Troter referia que “*o hábito de embriaguez é uma doença da mente*”. Foi a primeira vez que se utilizou a palavra doença relacionando-a com álcool (LARANJEIRA, 1996).

O termo alcoolismo foi utilizado pela primeira vez no século XIV, na Suécia, por Magnus Huss, e o conceito de doença foi difundido pelo mundo (RAMOS, 2004). Na primeira metade do século XIV, o conceito de doença se consolidou, pretendendo tratar as graves complicações decorrentes do uso crônico de álcool e tentando abolir o estigma moral e a vergonha que dificultavam a procura por tratamento (MARQUES, 2001).

Apesar destes avanços, Ramos (2004) relatou que foi apenas com Jellinek, no século XX, que o conceito de alcoolismo como doença se popularizou na ciência contemporânea. Dentro dessa visão, todos os pacientes que não atingem a abstinência sustentada são casos de fracasso terapêutico. Posteriormente, outras contribuições trouxeram conceitos relacionados aos diferentes padrões de uso, como: abstêmios (pessoa que não faz uso de álcool), bebedores sem problemas (uso “social”, que não traz danos), bebedores com problemas (são pessoa que já percebem alguns problemas decorrentes do uso) e alcoolistas ou dependentes de álcool.

Esta visão foi reforçada pelos estudos iniciados por Vaillant (1999), que acompanhou adolescentes por 60 anos, e que percebeu que nem todo problema com o beber é progressivo e que o alcoolismo nem sempre é uma doença fatal.

Durante a década de 1970, importantes avanços foram realizados na conceituação do alcoolismo. Edwards e Gross (1994) propuseram o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool, ampliando a percepção do alcoolismo, de quadro unitário e merecedor de uma única conduta terapêutica, para uma síndrome, multifacetada, polideterminada e que comporta um espectro abrangente de propostas terapêuticas. Esta visão mantém-se atual no início do século XXI e guiou tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) quanto o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM).

2.2 Uso Abusivo, Uso Nocivo e Dependência de Álcool

Em meados do século XX, ocorreu a ampliação dos conceitos e um melhor entendimento quanto aos problemas relacionados ao uso de álcool. A dependência passou a ser entendida como mais um dos

problemas causados pelo uso excessivo do álcool, já que a maioria dos usuários não se tornava dependente, mas muitos sofriam outras conseqüências do uso (WEBSTER, 2005).

Apesar desta ampliação de conhecimentos sobre a dependência de álcool, ainda existem muitas incertezas conceituais considerando os diferentes fatores que envolvem essa questão. Para se obter uma linguagem comum no diagnóstico de doenças, atualmente são utilizados sistemas com critérios úteis na padronização de observações clínicas. Na área de saúde mental, os sistemas diagnósticos utilizados são a Classificação Internacional de Doenças, na sua décima revisão (CID 10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística, na quarta revisão (DSM IV).

Estes dois sistemas apresentam algumas semelhanças e diferenças, sendo que a CID 10 classifica os usuários com problemas em “uso nocivo” ou “dependência” e o DSM IV utiliza os termos “abuso” e “dependência”.

Assim, o uso nocivo pode ser descrito como um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para a dependência tenham sido preenchidos (OMS 2008). O uso nocivo é definido como um padrão de uso que já está causando danos à saúde (BABOR, 2001).

Já os critérios para a classificação de abuso, englobam também as conseqüências sociais e são descritos no DSM IV como: consumo contínuo, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância; uso recorrente em situações nas quais isto representa um perigo físico; uso recorrente que resulta em negligência de obrigações do trabalho, escola ou casa e problemas recorrentes relacionados a questões legais (RONZANI, 2006).

Também são utilizados com freqüência outros termos acerca de problemas relacionados ao álcool, como uso e abuso. A palavra “uso” refere-se a qualquer ingestão de álcool. O termo “uso de baixo risco de álcool” significa uso de álcool respeitando-se as orientações médicas e legais, não resultando em problemas relacionados ao álcool. Já o “uso de risco” pode ser definido como um padrão de consumo de álcool que pode trazer riscos de conseqüências danosas ao indivíduo, sem causar dependência. Estas conseqüências podem ser prejuízos à saúde física ou mental ou então conseqüências sociais para quem bebe e para a sociedade. O “abuso de álcool” é um termo geral usado para qualquer nível de risco, indo de uso de risco à dependência de álcool (BABOR, 2001).

Quanto à dependência, ambas as classificações utilizam critérios semelhantes, sendo possível uma comparação, conforme o quadro 1:

Quadro 1 - Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10. (DUARTE, 2008)

DSM IV	CID 10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância. 2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo freqüente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso. 3. Estado fisiológico de abstinência, quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos. 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, comprovadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Ambos os sistemas classificatórios refletem em seus critérios para dependência o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool. O diagnóstico da Síndrome de Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas (DUARTE, 2008).

A CID 10 traz ainda o conceito de Síndrome de Dependência, sendo assim definida:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física (OMS, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (1988) considera a dependência de álcool como uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como um fator determinante sobre as causas psicossomáticas, preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. Nesse sentido, o alcoolismo vem se destacando como um processo multifacetado e complexo. Bertolote (1997) apontou que múltiplos estudos possibilitam considerar o alcoolismo como uma doença, como uma síndrome, um sintoma comportamental, um fenômeno social e até mesmo uma questão moral.

A evolução do uso de risco para a síndrome de dependência é um processo que pode demorar poucos meses ou até vários anos. Ramos (2004) apontou que uma vez desenvolvido um padrão nocivo de consumo de bebidas alcoólicas, este pode seguir percursos diferentes que vão desde a abstinência até a dependência.

2.3 Fatores Associados ao Uso de Álcool

O uso de álcool está associado a diversos fatores, desde econômicos, culturais, ambientais, biológicos, psicológicos e sociais,

que atuam simultaneamente para influenciar a tendência de qualquer pessoa vir a usar álcool e isto se deve à interação entre o álcool, o sujeito e o meio em que está inserido (ANDRADE, 2006). Estes fatores influenciam de diferentes maneiras o modo como as pessoas bebem, podendo apresentar-se como protetores ou de risco. As variáveis demográficas, de modo geral, influenciam as sócio-econômicas e estas, por consequência, as comportamentais.

Desta forma, dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas mostram que entre 2001 e 2008 a renda individual feminina foi menor que a masculina (FONTOURA, 2009). Estas informações têm reflexo no consumo de álcool, em estudos realizados no Brasil, foi encontrada associação entre alta renda e consumo abusivo de álcool (BARROS, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2004). Entretanto a maior parte dos estudos encontra altos níveis de consumo médio no nível socioeconômico mais elevado e altos níveis de uso abusivo em estratos de renda mais baixos (MALYUTINA, 2004). Além disso, as condições de trabalho também tem sido associada ao consumo de álcool. Resultados de uma pesquisa realizada em Hong Kong mostraram que estar empregado no setor industrial é fator de risco para uso abusivo de álcool (KIM, 2008).

Quanto à cor da pele, Soares (2008) coloca que pretos e pardos têm menos que a metade da renda domiciliar per capita de brancos, e esta diferença não é atribuível a nenhuma medida de mérito ou esforço, sendo resultado de discriminações passadas ou presentes. A cor da pele também apresenta associação com uso de álcool, e, de acordo com diversos estudos, ter a cor preta ou parda representa fator de risco para uso abusivo de álcool (COSTA, 2004; KERR, 2009).

Os dados sobre distribuição de renda, por exemplo, apontam, de forma recorrente, que as desigualdades entre brancos e negros são maiores entre o estrato de maior escolaridade (THEODORO, 2008). O fator escolaridade também influencia o consumo de álcool, sendo que as maiores prevalências de uso abusivo de álcool têm sido encontradas em pessoas com nível educacional mais baixo (POMERLAU, 2008; BARROS, 2008).

Quanto ao estado civil, em 1995, mais de 50% das mulheres casadas estavam na força de trabalho, assim como mais de 70% das separadas/desquitadas/divorciadas e quase 30% das viúvas. Esses números aproximam-se cada vez mais da condição de atividade dos homens, o que deve ser levado em consideração nas políticas de emprego, em particular pelas especificidades da população feminina por estado conjugal (LAZO, 2002). A mesma autora também aponta que as

mulheres que permanecem mais tempo na condição de solteiras são as que têm mais anos de estudo. Já no caso dos homens esse comportamento é válido até a faixa de 30 a 34 anos.

O estado civil também está relacionado com o uso de álcool, apresentando um maior consumo às pessoas solteiras (KIM, 2008).

Também apresenta associação com o uso de álcool a carga de doenças e comportamentos. Com relação às doenças crônicas, em um estudo brasileiro, Costa (2004) relatou que as pessoas portadoras de alguma doença crônica (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, distúrbios psiquiátricos menores, bronquite crônica ou obesidade) consumiam mais álcool se comparadas às demais. Além disso, é recorrente na literatura a associação direta entre uso de tabaco e álcool, ou seja, quanto maior o uso de tabaco, maior o uso de álcool (CHAIEB, 1998; HARRISON, 2008; AEKPLAKORN, 2008).

O consumo de álcool também vem sendo relacionado a diagnósticos psiquiátricos, entre eles o transtorno mental comum. Em um estudo brasileiro, foi encontrada uma associação de maior chance de uso abusivo de álcool em portadores de transtorno mental comum (MENDOZA-SASSI, 2003), além disso, os resultados de outro estudo apontam que pessoas que bebem diariamente tem maior chance de problemas com uso de álcool (BARROS, 2007).

Além dos fatores de associação com uso de álcool já citados, o uso de serviços de saúde também pode influenciar o modo como as pessoas bebem. Em um estudo realizado no México, encontrou-se que 8,8% da população de 12 a 65 anos é dependente de álcool, e apenas 9,5% procurou algum tipo de serviço de saúde, no último ano, em função da dependência. Entre os usuários de álcool (46,3% da população), 1,4% procuraram algum serviço, 2,1% de homens e 0,2% de mulheres (BELLÓ, 2008).

2.4 Formas de mensuração do consumo de álcool

A detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool é um dos primeiros passos a serem dados para que os problemas decorrentes do seu uso sejam minimizados. Entretanto, por se tratar de uma doença cujo diagnóstico depende de uma investigação detalhada, voltada especialmente para o problema e pela falta de exames complementares eficazes, essa enfermidade é freqüentemente sub-diagnosticada (PAZ FILHO, 2001).

Apesar da difusão das classificações diagnósticas, ainda existem muitas dificuldades na detecção do alcoolismo. Diversos testes têm sido

sugeridos para melhorar o rastreamento desta condição tanto na prática clínica quanto em estudos epidemiológicos.

Como instrumentos diagnósticos, foram desenvolvidos vários questionários padronizados voltados à detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool, entre eles o CAGE, o Brief-MAST (Michigan Alcohol Screening Test, versão breve), o método para estimar dependência do NHSDA (National Household Surveys on Drug Abuse) e o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Um dos testes mais simples é o CAGE (sigla em inglês, que se refere ao anagrama das perguntas que são formuladas: Cut down; Annoyed; Guilty; Eye-opener) e foi desenvolvido por Mayfield, em 1974 e validado no Brasil por Masur e Monteiro (1983). Consiste de quatro perguntas: (1) Você já tentou diminuir ou cortar ("Cut down") a bebida?; (2) Você já ficou incomodado ou irritado ("Annoyed") com outros porque criticaram seu jeito de beber? (3) Você já se sentiu culpado ("Guilty") por causa do seu jeito de beber? (4) Você já teve que beber para aliviar os nervos ou reduzir os efeitos de uma ressaca ("Eye-opener")? (PAZ FILHO, 2001). Se pelo menos uma resposta a essas perguntas for afirmativa ("sim") há suspeita de problemas com o álcool. Duas ou mais respostas afirmativas é indicativo de problemas com o álcool (FORMIGONI, 1999).

Outro questionário que utilizado é conhecido como Brief-MAST (Michigan Alcohol Screening Test, versão breve) desenvolvido por Pokorny em 1972. Consiste de 10 perguntas, com respostas "sim" ou "não", que recebem pontuação. Se a soma dos pontos for menor ou igual a 3 não há problema com bebidas alcoólicas, se for igual a 4 é sugestiva de alcoolismo e se for igual ou maior que 5 indica alcoolismo.

Além dos instrumentos já citados, existe também o método para estimar dependência do NHSDA (National Household Surveys on Drug Abuse), que é baseado em seis itens do Questionário NHSDA. Estes seis itens incluem:

- Gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usar ou se recobrar dos efeitos;
- Usou quantidades ou em freqüências maiores do que pretendia;
- Tolerância (maior quantidade para produzir os mesmos efeitos);
- Riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo: dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar, etc.);
- Problemas pessoais (tais como: com familiares, amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos);

- Desejou diminuir ou parar o uso de determinada droga.

Segundo o NHSDA, os respondentes são definidos como dependentes de alguma substância caso respondam afirmativamente, pelo menos, dois dos critérios acima citados. Este teste foi adaptado às necessidades brasileiras e vem sendo usado em levantamentos domiciliares de nível nacional (CARLINI 2002, CARLINI 2006).

Um dos instrumentos de rastreamento mais utilizado em estudos epidemiológicos para identificação de prevalência de uso problemático de álcool é o “Alcohol Use Disorder Identification Test” (AUDIT) (Anexo 1). Este é um dos primeiros testes de rastreamento desenhados especificamente para serviços de Atenção Primária em Saúde (BABOR, 2001) e foi baseado nos critérios diagnósticos da CID-10. Além disso, tem sido recomendado por diversos pesquisadores como melhor alternativa para rastreamento a ser usado em serviços de atenção primária para os problemas relacionados ao álcool (LIMA, 2005; REINERT, 2007, MONTERO, 2001). Entre suas vantagens, está o enfoque nos problemas atuais e não apenas na identificação dos dependentes de álcool, considerando principalmente os usuários dessa substância que apresentam problemas iniciais (BUSH, 1998; ALLEN, 1997; DAEPEN, 2000).

O AUDIT foi desenvolvido para rastrear o uso excessivo de álcool e, principalmente, para ajudar profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas. A maioria das pessoas que fazem uso abusivo de álcool não é diagnosticada; geralmente elas se apresentam trazendo sintomas ou problemas que normalmente não estariam ligados ao fato de beberem. O AUDIT auxilia os profissionais de saúde a identificar pessoas que fazem uso de risco de álcool, uso nocivo e dependência (BABOR, 2001).

O AUDIT foi validado em vários países, inclusive o Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool, tendo sido seu desempenho avaliado positivamente em serviços de Atenção Primária em Saúde e estudos de prevalência na população em geral (BABOR, 2001; LIMA, 2005; REINERT, 2007).

Assim, este teste pode ser utilizado para o rastreamento dos possíveis casos, sendo um método simples para identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência. Além do seu uso na Atenção Básica, também tem sido largamente utilizado em inquéritos populacionais.

Quanto a sua estrutura, o teste é composto por 10 questões (com pontuação de 0 a 4), que avaliam o uso de álcool nos últimos 12 meses. As perguntas estão distribuídas em 3 blocos: as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool (FIGLIE, 1997).

O escore varia de 0 a 40 pontos, e a pontuação pode ser feita da seguinte forma: menor ou igual a 7 pontos sugere consumo de baixo risco, já uma pontuação igual ou maior que 8 pontos indica uso de risco.

Atualmente vem sendo proposta uma nova forma de avaliação do AUDIT (BABOR, HIGGLE-BIDDLE, 2003). O escore, então, seria classificado como descrito abaixo:

- Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos
- Consumo de risco = 8 a 15 pontos
- Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos
- Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

Este teste possibilita uma abordagem atenta para a mudança de foco do problema, não mais no alcoolismo, mas no uso de risco, recaindo a ênfase sobre a detecção precoce de uma maior variedade de problemas relatados pelo uso de álcool. O rastreamento deixa de ser usado apenas como parâmetro diagnóstico e passa a ser importante também na detecção de fatores de risco – podendo, por fim, conduzir mais à educação para a saúde do que a um tratamento formal (ALLEN, 1997).

O uso do AUDIT na atenção primária em saúde tem sido recomendado em associação com as Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIBs), pois assim facilita a aproximação inicial e permite um retorno objetivo para o paciente, possibilitando a introdução dos procedimentos de intervenção breve e a motivação para a mudança de comportamento (MINTO, 2007; RONZANI, 2005). As EDIBs têm como objetivos reconhecer e assistir esses pacientes no processo de tomada de decisão e em seus esforços para reduzir ou parar de beber antes que desenvolvam sérios problemas físicos, psicológicos ou sociais.

2.5 Uso de álcool como problema de saúde pública

Do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial

de Saúde, aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem regularmente bebidas alcoólicas (ANDRADE, 2009).

Do ponto de vista da saúde pública, o consumo de álcool pode ser um potencial agente de doenças e mortes. No ano de 2004, estatísticas da OMS apontaram que seu uso indevido tem sido responsável, mundialmente, por 3,2% de todas as mortes e por 4 % de todos os anos de vida útil perdidos (OMS, 2007).

Assim, os problemas de saúde encontram-se entre as principais conseqüências do uso indevido de álcool, apontado como a causa de inúmeras doenças e gerando um custo importante para o sistema de saúde. Desta forma, de acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo, das 20 doenças na faixa etária de 15 a 44 anos que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos relacionados ao abuso de álcool assumem o segundo lugar com 5,5% (OMS, 2001).

2.5.1 Dados Epidemiológicos sobre o Uso de Álcool

Diversas investigações epidemiológicas vêm sendo conduzidas para melhorar as estimativas de uso de álcool na população. Ter informações sobre os padrões de consumo, além de eliminar mitos existentes sobre o assunto, possibilita um direcionamento para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento, com resultados potencialmente mais proveitosos (LARANJEIRA, 2007).

Dados provenientes do Estudo de Framingham (estudo de coorte, iniciado em 1948 na cidade de Framingham, Estados Unidos da América - EUA) apontam que entre as pessoas que consomem álcool, houve uma diminuição em sucessivas coortes de nascimentos no consumo médio de álcool, e também um aumento no número de pessoas que não bebem. Nas duas coortes mais recentes (indivíduos com idade entre 40 e 79 anos), a incidência cumulativa de problemas com o uso de álcool foi de 12,8% em homens e 3,8% em mulheres, não sendo menor que em outras coortes (ZHANG¹, 2008).

Outro estudo comparou o uso de álcool entre os EUA e Austrália nos anos de 1995, 1998, 2001, 2002 e 2004. A prevalência de uso no último ano teve um aumento na Austrália, passando de 82,4% em 2001 para 83,6% em 2004. O mesmo dado diminuiu nos EUA, indo de 68,1% em 2002 para 67,1% em 2004 (MAXWELL, 2008).

Um estudo de prevalência realizado por telefone na Dinamarca em 2003, traz que cerca de 5% da população é abstêmia, enquanto que 14% dos homens e 9% das mulheres são usuários pesados e 38% dos

homens e 18% das mulheres fazem uso abusivo esporádico de álcool (BLOOMFIELD, 2008).

Já no continente africano, um estudo realizado em 20 países para identificar os diversos padrões de uso de álcool entre pessoas com mais de 18 anos, encontrou algumas similaridades entre os países, sendo que o padrão típico é a abstinência. Em apenas um país a prevalência de não uso foi menor que 50% (Ilhas Maurício), e em quatro países a prevalência ultrapassa os 95%. No nível agregado (país) a prevalência de abstinência está positivamente correlacionada com a proporção de muçulmanos na população (CLAUSEN, 2009).

Na China, foi conduzido um estudo para investigar o uso de álcool entre a população urbana de 15 a 65 anos, entre 2002 e 2005. Os resultados mostraram um aumento no número de pessoas que usam álcool nos dois períodos (68,2% em 2002 e 73,63% em 2005) (ZHANG², 2008).

Outro estudo realizado com chineses de 18 a 70 anos em Hong Kong apontou uma prevalência de abstinência de 33,4%. A prevalência de uso excessivo esporádico de álcool (binge drinking) entre homens foi de 14,4% e entre as mulheres foi de 3,6%. Já dados sobre uso abusivo apontam que 5,3% dos homens e 1,4% das mulheres usam o álcool desta maneira. Quanto à dependência, 2,3% dos homens e 0,7% das mulheres encontram-se nesta categoria (KIM, 2008).

Em um estudo realizado em 8 países da ex União Soviética (Armênia, Bielorrússia, Geórgia, Cazaquistão, Quirguistão, Moldávia, Rússia e Ucrânia), foram examinados o beber pesado episódico, o consumo de álcool e o consumo de álcool durante o dia de trabalho em pessoas com mais de 18 anos. Os resultados mostram que, em média, 23% dos homens e 2% das mulheres foram definidos como bebedor pesado episódico, sendo este padrão mais comum entre homens jovens, mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas e em fumantes. Além disso, entre as pessoas que bebem, 11% dos homens e 7% das mulheres o fazem logo após o trabalho (POMERLEAU, 2008).

O Inquérito Nacional sobre uso de substâncias e álcool, realizado na Tailândia em 2007, mostrou que 63% da população é abstêmia. Além disso, cerca de 6,7% da população tailandesa pode ser classificada como uso de risco, 0,9% como uso nocivo e 0,6% de prováveis dependentes de álcool (ASSANANGKORNCHAI, 2010).

No México, a Pesquisa Nacional de Adicção, realizada em 2002 com pessoas na faixa etária de 12 a 65 anos de idade, demonstrou que 46,3% referiram ter usado álcool no último ano, a maioria de homens

(59,3%). No que diz respeito ao padrão de consumo, a maioria se encontra em categorias de baixo risco (BELLÓ, 2008).

Os dados referentes a diferentes países, em diferentes regiões do mundo mostram o quão diversa é a forma de uso de álcool e como este hábito vem sendo estudado. No Brasil, diversos estudos tem sido realizados para se conhecer o modo como a população usa o álcool e alguns resultados serão descritos.

Em 2001 foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, feito nas 107 cidades do Brasil, nas quais a população é superior aos 200.000 habitantes, segundo dados do IBGE de 1996, na faixa etária de 12 a 65 anos. Este estudo demonstrou que, considerando-se toda a população investigada, o uso de álcool alguma vez na vida foi de 68,7%. Fato mais preocupante é a constatação de que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) eram dependentes do álcool. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira era dependente de álcool. Este índice, estratificado por gênero, apontava a dependência em 17,1% da população masculina e 5,7% da população feminina (CARLINI, 2002).

No ano de 2005, foi realizado o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil e foi encontrada uma estimativa de dependentes de álcool de 12,3%, havendo aumento não estatisticamente significativo de 1,1%, quando as prevalências de 2001 e 2005 são comparadas. Em todas as regiões do país, observaram-se mais dependentes de álcool do sexo masculino. Quanto ao uso na vida, este estudo encontrou uma prevalência de 74,6%, valor superior ao encontrado no estudo anterior (Carlini, 2006).

Outro estudo importante, realizado em 2007, foi o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Analisando conjuntamente os resultados do estudo, obtém-se um resumo do padrão do beber brasileiro: 48% eram abstêmios, 23% bebiam freqüentemente e pesado e 29% eram bebedores pouco freqüentes e não fazem uso pesado. Ou seja, metade da população não bebe; dos bebedores, a metade bebe com um padrão perigoso e somente a outra metade bebe comum padrão relativamente seguro. Este estudo trouxe informações importantes sobre os problemas relacionados com o beber. Do total da população com 18 anos ou mais, 3% disseram ter problemas de uso nocivo e 9% de dependência. Essa prevalência é compatível com estudos brasileiros anteriores, que utilizaram metodologias diferentes. Isso torna o dado de que 12% da população brasileira têm algum problema com o uso álcool, índice importante em

termos de saúde pública para que se possa dimensionar o custo social do álcool (LARANJEIRA, 2007).

Além destas amplas investigações de nível nacional, outras pesquisas são realizadas em nível municipal, possibilitando um maior conhecimento da realidade local e um melhor direcionamento das ações necessárias.

Dentre estes estudos, destacam-se os realizados em Juiz de Fora e Rio Pomba/MG (MAGNABOSCO, 2007), Pelotas/RS (COSTA, 2004), Porto Alegre/RS (MOREIRA, 1996), Rio Grande/RS (MENDOZA-SASSI, 2003), São Paulo/SP (GALDURÓZ, 2003), Campinas/SP (BARROS et al, 2007) e Salvador/BA (ALMEIDA, 2004).

No estudo realizado nas cidades de Juiz de Fora (MG) e Rio Pomba (MG), o objetivo foi avaliar o padrão de consumo de álcool dos usuários de serviços da Atenção Primária à Saúde. Foi aplicado um instrumento de rastreamento – o AUDIT – a 921 sujeitos recrutados durante as consultas de rotina, com idade acima de 11 anos. Considerando os dados em conjunto, 18,3% das pessoas avaliadas encontravam-se na faixa de uso de risco, 77,9% da amostra faziam uso de baixo risco ou eram abstêmios e 3,8% pontuaram na faixa sugestiva de dependência. Os homens apresentaram comportamento de risco em maior frequência do que as mulheres, sendo mais prevalente na faixa etária dos 38 aos 47 anos de idade (MAGNABOSCO, 2007).

Outro estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas (RS), com pessoas na faixa etária de 20 a 69 anos, encontrou prevalência de consumo abusivo de álcool de 14,3%, sendo 29,2% para os homens e 3,7% para as mulheres. Os seguintes grupos apresentaram maior consumo abusivo de álcool: homens, idosos, indivíduos com pele preta ou parda, de nível social mais baixo, fumantes pesados e que apresentam alguma doença crônica (COSTA, 2004).

Em Porto Alegre (RS), foi realizado um estudo que utilizou o instrumento de rastreamento CAGE, foram encontrados os seguintes resultados: 9,3% foram considerados dependentes, 15,5% foram considerados bebedores pesados, 12,3% bebedores leves e 24,1% eram abstinentes. O estudo também indicou que as mulheres consumiam bebidas alcoólicas em menor frequência e quantidade do que os homens (MOREIRA, 1996).

Na cidade de Rio Grande (RS), foi realizado um estudo do tipo transversal de base populacional com indivíduos de 12 a 75 anos. O instrumento de rastreamento utilizado foi o teste CAGE. Estimou-se que 5,5% da população abusava de álcool e 2,5% era dependente. O grupo formado por homens fumantes e de baixo nível socioeconômico era

mais vulnerável ao abuso e à dependência de álcool (PRIMO, 2004). Outro estudo conduzido na mesma cidade, porém utilizando o teste AUDIT, encontrou prevalência de uso abusivo de álcool de 7,9%, sendo 14,5% em homens e 2,4 % em mulheres (MENDOZA-SASSI, 2003).

Nesta mesma perspectiva, Galduróz (2003) realizou investigação para detectar a prevalência do uso de drogas ilegais, álcool, tabaco e de medicamentos de psicotrópicos nas 24 cidades com mais de 200.000 habitantes do estado de São Paulo, na faixa etária de 12 a 65 anos. Para tanto, foi utilizado o questionário SAMHSA (Abuso de Substância e Administração de Serviços de Saúde Mental). Em relação às estimativas de dependentes de álcool, a porcentagem foi de aproximadamente 6%.

Em Campinas (SP), a prevalência do teste CAGE positivo na faixa etária com dezoito anos ou mais foi de 5,1%, sendo de 8,8% em homens e 1,6% nas mulheres (SOLDERA, 2008). No mesmo município, porém utilizando o teste AUDIT e considerando a faixa etária acima de catorze anos, os valores encontrados foram iguais a 13,1% de uso abusivo em homens e 4,1% e mulheres (BARROS, 2007).

Finalmente, um inquérito domiciliar realizado no município de Salvador (BA) com pessoas acima de vinte anos, definiu o consumo de alto risco como situações em que as pessoas referiram uso diário ou semanal mais episódios de embriaguez, além daqueles que informaram qualquer uso de bebidas alcoólicas com embriaguez freqüente (pelo menos uma vez por semana). A prevalência anual de consumo de alto risco foi de 7%, 5,4 vezes mais prevalente entre homens (13%) que entre mulheres (2,4%) (ALMEIDA, 2004).

Ao analisar os resultados obtidos nestes estudos, verifica-se uma grande variedade de instrumentos de rastreamento, que avaliam de maneiras diferentes o uso de álcool e dificultam comparações diretas.

Estes achados demonstram a dificuldade na realização de estudos epidemiológicos nesta temática, pois, independente do delineamento do estudo, os resultados são influenciados pela definição de alcoolismo adotada (COUTINHO, 1992). Outro fator que pode alterar os dados das investigações é o período de sua realização, pois os padrões de uso de álcool podem sofrer alterações com o passar do tempo.

Os diferentes instrumentos também avaliam diferentes aspectos da temática, alguns investigam a dependência, enquanto outros buscam identificar padrões de uso de álcool, entre outras variáveis. Apesar destas dificuldades, todos os estudos apontam dados importantes para a definição de políticas públicas de saúde que visem à redução dos danos

provocados pelo uso abusivo de álcool e propostas de prevenção, minimizando seus efeitos na sociedade.

2.5.2 Dados Epidemiológicos sobre Danos provocados pelo Uso do Álcool

O uso abusivo de bebidas alcoólicas vem ocupando lugar de destaque nas discussões sobre políticas públicas, tendo em vista que esta problemática gera grande impacto em termos assistenciais e financeiros, não só no que se refere ao indivíduo usuário, como também aos familiares e à sociedade em que está inserido.

Um estudo realizado na Itália e nos Estados Unidos objetivou investigar os hábitos de uso de álcool entre os homens de 18 a 94 anos e investigar se o risco cardiovascular foi diferente nos dois grupos. Os resultados mostraram que, nas duas populações, a maior prevalência de hipertensão foi encontrada nos bebedores pesados e naqueles que costumam beber sem se alimentar. Em contraste, os abstêmios apresentaram os menores níveis de hipertensão e os maiores níveis de colesterol sérico, e nas duas populações, a maior prevalência de diabetes foi encontrada nos bebedores leves (DELLA VALLE, 2009).

Assim, ao analisar dados de morbimortalidade relacionados ao álcool no Brasil, encontrou-se que o consumo do álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas e 20% das internações em clínica geral (Noto, 2002). No mesmo ano, ocorreram 4.580 óbitos masculinos e 515 femininos por doenças mentais relacionadas ao consumo de álcool, correspondendo a 0,8% de todas as mortes nos homens e 0,1% nas mulheres. Esses óbitos representaram 83,3% das mortes por distúrbios mentais nos homens e 34,8% nas mulheres (LEÓN, 2007).

Uma análise realizada em uma unidade de pronto socorro, na cidade de Uberlândia/MG, mostrou que 36,2% dos pacientes que procuraram atendimento apresentavam uso problemático de álcool, sendo que o consumo maior foi em vítimas de atropelamentos, acidentes de trânsito e acidentes gerais (agressões, quedas, afogamentos, entre outros). Em relação aos tipos de ocorrência, os traumas físicos apresentaram uma associação significativa com o consumo abusivo de álcool. Essa associação foi especialmente importante na amostra referente aos pedestres (SEGATTO, 2008).

Em um inquérito brasileiro sobre beber e dirigir, PECHANESKY (2009) encontrou que a prevalência de beber e dirigir foi de 34,7%, e também aponta que homens, com problemas prévios com álcool e com

opinião desfavorável sobre políticas públicas de prevenção parecem apresentar maior chance de beber e depois dirigir.

Além dos já citados problemas de saúde individuais provocados pelo uso abusivo de álcool, também podem ser citadas diversas categorias de problemas sociais, como: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais; e custos sociais. Ainda que em alguns casos uma causalidade direta não possa ser estabelecida, o estudo dessas categorias de danos – incluindo variáveis como volume de álcool consumido, padrões de consumo e outros fatores interativos – demonstram que as consequências sociais do uso do álcool colocam esse produto, no mínimo, como um fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência de determinado problema, conclusão similar àquela válida para problemas de saúde (MELONI, 2004).

2.6 Ações Públicas em Álcool e outras Drogas

As primeiras ações públicas que abordaram o tema do uso de álcool e outras drogas no Brasil aconteceram no início do século XX, porém eram destinadas a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país. Nesta época, o consumo de drogas ilícitas ainda era incipiente e não constituía uma ameaça à saúde pública. Já o consumo de bebidas alcoólicas era freqüente, mas, por ter sido mais tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não era objeto de preocupação governamental (MACHADO, 2007).

A inércia dos governantes perante o alcoolismo levou ao surgimento de sociedades de caráter privado que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MUSUMESCI, 1994).

Apesar da existência desses movimentos sociais e da problemática do uso de álcool, o aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, na década de 1970, em hospitais psiquiátricos (MACHADO, 2007).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre o tema passou a ser influenciada também pelo setor saúde, que passou a contribuir com subsídios tecnocientíficos para a legitimação do controle do uso de drogas. O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso. Para tratá-lo, foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: em princípio hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento - públicos ou filantrópicos (FIORE, 2005).

A partir da década de 1980 surgiu a assistência à saúde para usuários de drogas, quando foram criados os primeiros centros de tratamento no Brasil, ligados direta ou indiretamente ao poder público. É importante observar que tais portas assistenciais foram abertas aos consumidores de drogas ilícitas; os primeiros centros de tratamento, a princípio, não atenderam alcoolistas. Esse fato reafirma a tendência observada no Brasil de estabelecer ações governamentais tendo em vista os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, e não orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas (MACHADO, 2007).

Ainda que o fenômeno do uso de drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, através do lançamento da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

Esta política se trata de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO, 2007).

Quanto ao uso de álcool e outras drogas, por se tratar de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas. A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas destaca o déficit de ações públicas específicas em saúde, até então, e traça as propostas para o atendimento desta população. (BRASIL, 2003).

Além das ações específicas na área da saúde, outras medidas vêm sendo tomadas com o objetivo de reduzir os danos causados pelo uso abusivo de álcool na sociedade. Uma delas é a criação da lei 11.705 de 2008, popularmente conhecida como “Lei Seca”, que altera o Código de Trânsito Brasileiro e também altera a lei 9.294 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e inibe o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos.

Um dos principais objetivos desta lei é diminuir os acidentes de trânsito provocados por motoristas alcoolizados, pois qualquer concentração de álcool no sangue é passível de multa. Em um estudo realizado para avaliar a efetividade desta lei encontrou-se que houve uma diminuição no número de adultos que dirigiram após ingerir álcool no primeiro mês após logo após a promulgação da mesma, retornando aos níveis iniciais aproximadamente seis meses depois (MOURA, 2009).

Dados de um estudo realizado em 1998 nos Estados Unidos mostraram que o risco de um indivíduo se acidentar com uma concentração alcoólica sanguínea (CAS) de 0,05% é o dobro do risco para uma pessoa com CAS igual a zero. Além da quantidade de álcool que a pessoa ingeriu, a CAS depende também de fatores individuais, como peso, gênero, velocidade da ingestão alcoólica, presença de alimento no estômago, entre outros (MILLER, 1998).

2.6.1 Atenção à saúde especializada em Álcool e outras Drogas

Apesar da falta de políticas pública para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, a partir de 1986 foram criados espaços privilegiados para o atendimento de portadores de transtornos mentais e dependência química, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de espaços de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Existem diferentes tipos de CAPS, que atendem segmentos específicos da população: CAPS I e CAPS II - atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III - atendimento diurno e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi: atende crianças e adolescentes; CAPSad: atende pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com as necessidades da população-alvo (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, uma das estratégias adotadas para o atendimento é a redução de danos, pois reconhece que a abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado e permite que se lide com as singularidades e com as diferentes possibilidades de escolha de cada um (BRASIL, 2003). As políticas de redução de danos reconhecem que as pessoas usam e muitas delas continuarão usando drogas, independentemente das intervenções convencionais (NOTO, 1999).

Além do atendimento ambulatorial, também é fundamental a oferta de uma assistência hospitalar de qualidade, tendo em vista que podem ser necessárias intervenções específicas para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos.

Para efetivar as ações no campo da saúde, é necessário que este seja compreendido como uma rede de atenção, em que cada setor é co-responsável pelo atendimento às reais necessidades dos indivíduos. As atividades que ampliam as possibilidades de atenção podem ser: proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (BRASIL, 2003).

Neste sentido, a assistência a usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também

estar inserida na atuação da Estratégia de Saúde da Família e em toda a Rede de Saúde.

2.6.2 Possibilidades de atuação da Estratégia de Saúde da Família no atendimento ao usuário de álcool.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou uma estratégia que elege os núcleos familiar e comunitário como foco de suas ações, ou seja, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao eleger a família como um subsistema decisório, consumidor e parceiro, verifica-se a incorporação dos princípios básicos do SUS, inserindo a unidade de saúde da família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica (SCÓZ, 2003).

De acordo com Santos (2000) a importância de visualizar a família como uma unidade de cuidado é expressa, frequentemente, referindo que o paciente não está sozinho e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras, quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais.

Assim, a visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionada por meio do trabalho com as reais necessidades locais, bem como de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente (SOUZA, 2000).

Nesta perspectiva, a ESF vem se mostrando como instrumento essencial do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família, comunidade e profissionais de saúde. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratado (ANDRADE, 2006).

No atendimento ao indivíduo com problemas mentais, a família é responsável, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar. Para cumprir seu papel de provedora, necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que a orientem, tendo em vista os encargos advindos da convivência com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA, 2007). Para Oliveira (2001), qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil para ele, pois os principais passos para a promoção de saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar.

No atendimento específico ao dependente químico, a atenção da equipe de saúde da família tem um papel de extrema importância, pois é no território vivido que se desenvolvem as condições para o surgimento da dependência química. Estes profissionais também têm maior acesso às famílias, e assim podem conhecer as condições de vida e descobrir as necessidades e possibilidades de tratamento.

Apesar do reconhecimento da relevância do atendimento ambulatorial na ESF, nem sempre as equipes apresentam condições para efetivar ações de atenção à saúde mental e dependência química. Visando melhorar a assistência prestada pela ESF às pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas, vem sendo utilizado o conceito de apoio matricial, proposto por Campos (1999).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS, 2007).

Esta responsabilização compartilhada exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Desta forma, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2004).

Assim, um dos instrumentos utilizados pela Estratégia de Saúde da Família para acompanhar a situação de saúde da população sob sua responsabilidade é o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Esta ferramenta permite acompanhar a evolução da prevalência de diversas condições referidas, entre elas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, alcoolismo.

Apesar dos avanços alcançados na Estratégia de Saúde da Família com a utilização do SIAB, este apresenta problemas no que se relaciona ao diagnóstico de alcoolismo, precisando ser revisto para que haja uma maior confiabilidade nos dados por ele gerados (SOUZA, 2005).

3. METODOLOGIA

3.1 Características do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional desenvolvido entre os adultos moradores da zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

A população estimada para Florianópolis em 2009 (IBGE, 2009) é de 408.163

habitantes, sendo a população de referência do estudo constituída por adultos da faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, completos no ano da pesquisa, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina. Esta faixa etária compreende aproximadamente 60% da população total do município perfazendo cerca de 249.530 pessoas.

3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos do sexo masculino e feminino, com idade entre 20 e 59 anos de idade, sem problemas físicos e mentais que os impossibilitassem de responder ao questionário, que residissem a maior parte do ano no endereço sorteado do município de Florianópolis. Foram entrevistados todos os indivíduos elegíveis no domicílio sorteado.

Foram consideradas como perdas os domicílios visitados pelo menos quatro vezes, incluída, pelo menos, uma visita em finais de semana e outra noturna, sem que o entrevistador conseguisse localizar a pessoa a ser entrevistada. A recusa foi considerada quando o indivíduo optou por não participar da pesquisa.

No caso de existirem mulheres grávidas no domicílio sorteado, estas foram incluídas no estudo, entretanto não foi aferida a pressão arterial nem foram tomadas as medidas antropométricas. Quando o domicílio escolhido não tinha nenhuma pessoa elegível, o entrevistador ficou de costas para frente da casa e escolheu a da direita. No caso de edifícios, foi escolhido o apartamento de número imediatamente superior.

3.3 Amostragem

3.3.1 Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado de duas maneiras: para identificar a prevalência de uso problemático de álcool e para testar os fatores associados.

Para o cálculo do tamanho amostral para a prevalência, utilizou-se o programa Epi-Info 6.04, fórmula para cálculo de amostra causal simples. Foram utilizados os seguintes parâmetros: prevalência estimada de uso abusivo de álcool de 15% e erro amostral de 3%. Além disso, acrescentaram-se 10% de perdas estimadas e 20% para controle de fatores de confusão. Também foi estimado o efeito de delineamento amostral do estudo, por conglomerados, como igual a 2, resultando em um tamanho de amostra necessário de 1414 indivíduos.

Também foi realizado o cálculo para estimar o tamanho da amostra para fatores de associação, utilizando-se a fórmula para cálculo de tamanho de amostra para fatores de risco, através do programa Epi-Info, versão 6.04, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 2 - Cálculo da amostra para os fatores associados ao uso problemático de álcool

Fatores Associados	Nível de Confiança	Poder	Razão Não Expostos/ Expostos	RR	Prevalência nos Não Expostos	Total	Subtotal*	Amostra Final**
Sexo	95%	80%	01:01	1,85	9,28%	626	1252	1602
Idade	95%	80%	04:01	1,85	12,86%	625	1250	1650
Renda	95%	80%	02:01	1,65	14,72%	633	1266	1671
Tabaco	95%	80%	01:01	1,75	11,34%	616	1232	1601

*Multiplicado por 2, para corrigir efeito de delineamento.

** Acrescido de 10% para controle de perdas e 20% para controle de fatores de confusão

Com o objetivo de obter amostras representativas dos adultos residentes no município, utilizou-se processo de amostragem por conglomerados, com 2 estágios. As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários, unidades de recenseamento do IBGE, constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada. A unidade de segundo estágio foi o domicílio. Na primeira etapa, sortearam-se os setores censitários a serem pesquisados e na segunda os domicílios, sendo que todos os residentes dentro da faixa etária do estudo foram entrevistados.

3.3.2 Escolha dos Setores Censitários

O município de Florianópolis está dividido em 425 setores censitários urbanos (Figura 1), sendo que 5 não tinham informação de renda e não foram incluídos na amostra.

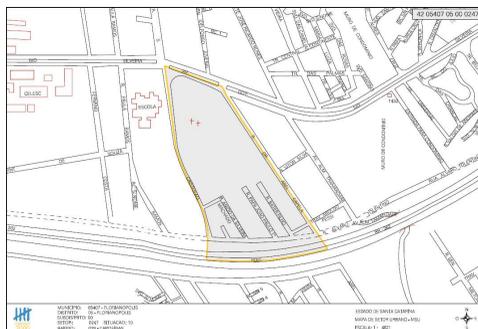


Figura 1 - Exemplo de um setor censitário

Para o processo de amostragem, os 420 setores foram agregados em 10 decis com 42 setores cada, de acordo com a renda do chefe da família mensurada no censo 2000 (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50). Em cada decil foram sorteados 6 setores sistematicamente, de forma a contemplar todos os grupos de renda. Este número é considerado adequado para o porte do município estudado (BARROS, VICTORA, 1998).

Ao final, obtiveram-se 60 setores censitários, que foram posteriormente visitados e atualizados pela equipe de supervisores para a contagem de domicílios habitados na maior parte do ano. Após este processo, observou-se uma grande disparidade entre o número de domicílios entre os setores, sendo que o menor setor possuía 71 domicílios e o maior 810. Para diminuir tal variação, realizou-se a reorganização dos setores com processos de divisão e fusão.

Foram realizadas 3 fusões de setores com número de domicílios inferior a 150 e geograficamente contíguos, sendo que 4 setores nesta situação não puderam ser reunidos pois são geograficamente distintos e pertencem a decis de renda diferentes. As 3 fusões foram: Bairro Daniela (61 + 80 domicílios - decis de renda 8 e 9 respectivamente); Bairro Ingleses sul (70+147 domicílios - decis de renda 4 e 5 respectivamente); Bairro Centro (98+100+124 domicílios - decis de renda 10; 8 e 8 respectivamente).

O processo de divisão de setores ocorreu quando o número médio de domicílios foi superior a 450, sendo que a meta foi setores

com 300 domicílios em média. Os seguintes setores foram divididos em dois: Bairro Saco dos Limões (754 domicílios - decil de renda 1); Bairro Trindade (725 domicílios - decil de renda 6); Carianos (587 domicílios - decil de renda 5); Rio Tavares Central (469 domicílios - decil de renda 3); João Paulo (475 domicílios - decil de renda 8). Para manter a meta de 300 domicílios por setor, um teve que ser dividido em 3: Coqueiros (840 domicílios - decil de renda 6).

Ao final das fusões e divisões, obteve-se o seguinte resultado: $n = 63$ setores (7 setores novos (divididos); 7 setores fundidos em 3 setores), sendo que o maior setor tem 445 domicílios e o menor tem 81, gerando um coeficiente de variação de domicílios por setor de 32%, perfazendo um total de 16.755 domicílios.

Após o cálculo da amostra e adequação dos setores, procedeu-se a divisão do número de entrevistas necessárias em cada setor censitário. Como as 2016 entrevistas deveriam ser realizadas em 63 setores, obteve-se um número de 32 entrevistas por setor. Também foi necessário o cálculo do número de domicílios que deveriam ser visitados, sendo que estima-se um número de 1,8 adulto por domicílio em Florianópolis e todos os moradores dos domicílios seriam entrevistados. Assim, foram visitadas 18 residências em cada setor censitário, totalizando 1134 domicílios participantes do estudo.

Além disso, foi sorteado um setor censitário que não foi escolhido para a amostra, onde foi realizado o estudo piloto.

3.4 Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi um questionário que visava estimar a prevalência de agravos à saúde, fatores e comportamentos de risco à saúde e sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. Para tanto, foi composto por 234 questões divididas da seguinte maneira:

Bloco A: Geral. Este bloco contém 14 questões sobre a situação socioeconômica, sobre demografia e de saúde.

Bloco B: Perguntas Específicas. Este bloco contém 220 questões que abrangem os seguintes assuntos: auto percepção de saúde, aparência física, atividades físicas, alimentação, medidas antropométricas, auto-percepção de dor, doenças crônicas auto referidas, saúde bucal, doação de sangue, uso de serviços de saúde, transtorno mental comum, padrão de uso de álcool, tabagismo, uso de medicamentos, não uso de medicamentos, gastos com saúde, medida de PA, violência, exames preventivos e câncer (apenas para mulheres).

Além do questionário, foi desenvolvido um Manual do Entrevistador, contendo orientações detalhadas para a aplicação do instrumento de coleta de dados.

3.5 Equipe do Estudo

Por se tratar de um inquérito de base populacional, foi criada uma equipe de pesquisadores responsáveis pela condução do estudo. Este grupo foi composto por professores de diferentes departamentos da UFSC e por estudantes de cursos de pós graduação (mestrado, doutorado e pós doutorado) da mesma universidade.

A coordenação geral do estudo foi desempenhada pelos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da referida universidade, e os demais participantes realizaram a supervisão de campo e do grupo de entrevistadoras, além da organização e montagem do questionário da pesquisa.

3.6 Equipe de campo – Logística

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais realizada nos domicílios. Os entrevistadores foram do sexo feminino e apresentavam ensino médio completo e disponibilidade integral para execução do trabalho de campo.

A equipe de trabalho de campo foi composta por 35 entrevistadores, 12 supervisores do trabalho de campo, uma secretária executiva, um bolsista de graduação da área da saúde e um da área do jornalismo. A seleção e treinamento das entrevistadoras foram realizados pelos coordenadores e supervisores do estudo.

Durante o período do estudo, foram realizadas reuniões semanais entre os supervisores e coordenadores do estudo, para avaliação e monitoramento do trabalho de campo.

Previamente à realização da entrevista, foi entregue uma carta de apresentação do estudo para o domicílio sorteado, explicando quais os objetivos da pesquisa e sensibilizando para a participação de todos os adultos residentes. A carta foi entregue em loco pelos supervisores, aproximadamente, 10 dias antes da visita da entrevistadora.

3.7 Seleção, treinamento e padronização

O processo de seleção das entrevistadoras foi composto por cinco etapas: inscrição, entrevista individual, treinamento teórico-prático

(com calibração das medidas antropométricas), prova escrita e entrevista acompanhada pelos supervisores. É importante ressaltar que as candidatas foram alertadas sobre o processo e que deveriam realizar todo o treinamento, a prova escrita e a entrevista acompanhada para receberem o resultado final. Na entrevista individual, as candidatas eram informadas sobre o trabalho que deveriam desenvolver e, se houvesse interesse, convidadas a participar do treinamento.

Ao longo da execução do projeto foram realizados diversos treinamentos a fim de compor a equipe de entrevistadoras, uma vez que ocorreram desistências durante o processo. O primeiro treinamento foi realizado durante uma semana, perfazendo um total de 32 horas. Já os seguintes, foram realizados em dias alternados, de acordo com a disponibilidade da equipe de supervisores e candidatas. Foram contemplados temas relacionados à abordagem dos entrevistados, apresentação e leitura do questionário e do manual do entrevistador, simulação das entrevistas e a padronização das medidas antropométricas. Além disso, foi realizada uma palestra com representantes do IBGE que falaram sobre a experiência do trabalho de campo.

Posteriormente, as entrevistadoras realizaram uma prova com 20 questões de múltipla escolha, com assuntos abordados durante o treinamento teórico-prático. As entrevistas supervisionadas/pré-teste aconteceram no mesmo dia, sendo que cada candidata realizou uma entrevista com adultos escolhidos aleatoriamente, com residência próxima à universidade.

3.8 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado em um setor censitário obtido por meio de sorteio e que não foi incluído no estudo propriamente dito. O estudo piloto é a realização completa da operacionalização do estudo, previamente ao trabalho de campo propriamente dito. Permite definir melhor os aspectos operacionais envolvidos e, portanto, auxilia o planejamento do trabalho de campo.

O setor sorteado foi mapeado e os domicílios elencados de acordo com a metodologia do estudo. Cada entrevistadora realizou três entrevistas em domicílios previamente definidos, sendo que pelo menos uma foi acompanhada pelo supervisor. Com a realização do piloto, observou-se que o tempo de entrevista era de uma hora,

aproximadamente, e a aceitação da população foi boa. Nenhuma destas entrevistas foi utilizada para o estudo propriamente dito

3.9 Controle de qualidade

Após a realização da entrevista pela entrevistadora, quinze por cento dos pesquisados foram novamente entrevistados pessoalmente pelo supervisor e responderam a 10 perguntas do questionário de característica estável. O objetivo foi averiguar a confiabilidade dos dados coletados pelas entrevistadoras.

3.10 Processamento e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio do Personal Digital Assistants (PDA), um computador de dimensões reduzidas onde as informações foram armazenadas. Com o uso dos PDAs eliminou-se a etapa da digitação e possíveis erros conseqüentes da mesma. Semanalmente os pesquisadores de campo repassaram os questionários eletrônicos preenchidos para um pesquisador que organizou o banco de dados. Posteriormente os dados foram analisados no programa Stata 9.

Foi realizada a estatística descritiva das características da população e das variáveis estudadas, também foram testadas as associações entre o uso de risco de álcool e as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, emprego, renda, auto-percepção de saúde, doenças crônicas, transtorno mental comum, tabaco, visita do agente comunitário de saúde, consultas médicas realizadas nos serviços de saúde.

A medida de associação utilizada foi a Razão de Prevalência, por se tratar de um estudo transversal.

A análise multivariada foi realizada por Regressão de Poisson, pois a prevalência encontrada foi considerada comum, ou maior que 10% (BARROS, 2003; COUTINHO, 2008). As variáveis foram incluídas no modelo de acordo com a hierarquia estabelecida no modelo teórico e definida no modelo de análise mostrada na Figura 2. Para o controle de confusão foram mantidas aquelas com $p \leq 0,20$, e foram consideradas significantes as associações com $p < 0,05$.

3.11 Variáveis em estudo

3.11.1 Descrição da variável dependente

O uso problemático de álcool foi definido por meio do uso do questionário AUDIT (Anexo 1). Este teste é composto por 10 questões que avaliam o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 0 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas (Babor, 2001).

As três primeiras questões fazem referência à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; as perguntas 4, 5 e 6 investigam sintomas de dependência e as quatro últimas tratam de problemas recentes na vida relacionados ao uso de álcool (Magallón, 2005).

O escore varia de 0 a 40 e o ponto de corte pode ser feito de diferentes modos. Uma pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. Também vem sendo usada uma classificação em quatro níveis de risco: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência) (BABOR, 2001).

Neste estudo, o uso não problemático foi definido pela pontuação igual ou inferior a sete pontos e o uso problemático será considerado pela pontuação superior a oito pontos (BABOR, 2001; MENDOZA-SASSI, 2003; BARROS, 2007).

3.12.2 Descrição das variáveis independentes

O questionário utilizado para a coleta das variáveis independentes encontra-se no anexo 3.

Variáveis Demográficas

- Sexo: feminino ou masculino.
- Idade: Anos completos no momento da pesquisa.
- Cor da pele: auto-referida (branca, parda, negra ou preta).
- Estado Civil: casado(a) ou morando com companheiro(a), solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

Variáveis socioeconômicas

- Escolaridade: em anos de estudo.
- Emprego: se exerce alguma atividade remunerada no momento da pesquisa.
- Renda familiar: Medida do total de ganhos de todos os moradores residentes no domicílio, em reais, relativa ao mês anterior à visita.

Condições de saúde

- Auto percepção de Saúde: como o entrevistado classifica sua atual condição de saúde. Esta variável foi coletada através do questionário
- Doenças Crônicas: se o entrevistado refere ter, pelo menos, uma doença crônica. O entrevistado foi questionado sobre ter ou não o diagnóstico de 16 doenças consideradas crônicas (Doença de coluna ou costas, Artrite ou reumatismo, Fibromialgia, Câncer, Diabetes, Bronquite ou asma, Hipertensão (pressão alta), Doença do coração ou cardiovascular, Insuficiência renal crônica, Depressão, Esquizofrenia, Tuberculose, Tendinite ou tendossinovite, Cirrose, Derrame, AVC ou isquemia cerebral, Úlcera no estômago ou duodeno).
- Transtorno Mental Comum (TMC): sim ou não. O TMC foi definido pelo uso do questionário Self-Report Questionnaire (SRQ-20), composto por 20 perguntas. O ponto de corte estabelecidos para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foi 7 (Marii, 1986).
- Uso de Tabaco: não fumante, ex-fumante fumante atual – até 10 cigarros por dia, fumante atual – mais de 10 cigarros por dia.

Variáveis relacionadas aos serviços de Saúde

- Visita do Agente Comunitário de Saúde: se o domicílio recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 30 dias.
- Consultas médicas realizadas nos serviços de saúde: se recebeu atendimento médico nas últimas duas semanas.

Quadro 3 – Forma de coleta das variáveis independentes

Variáveis Independentes	Instrumento	Natureza da coleta	Definição
Demográficas			
Sexo	Questionário	Nominal	Masculino Feminino
Idade	Questionário	Discreta	Anos completos no momento da pesquisa
Cor da pele	Questionário	Nominal	Branca Negra ou preta Parda
Estado Civil	Questionário	Nominal	Casado (a) ou morando com companheiro(a) Solteiro(a) Divorciado(a) ou separado(a) Viúvo(a)
Socioeconômicas			
Escolaridade	Questionário	Discreta	Anos de Estudo: Menor ou igual a 4 5 – 8 9 – 11 Maior ou igual a 12
Trabalho	Questionário	Nominal	Se o entrevistado encontrava-se empregado no momento da pesquisa.
Renda familiar	Questionário	Contínua	Medida do total de ganhos de todos os moradores residentes no domicílio, em reais, relativa ao mês anterior à visita.
Condições de Saúde e Comportamentos			
Auto percepção de Saúde	Questionário	Nominal	Positiva ou Negativa.
Doença Crônica	Questionário	Nominal	Presença de ao menos uma doença crônica.
Tabagismo	Questionário	Nominal	Fumante atual Ex-fumante Não fumante
Transtorno Mental Comum	Questionário SRQ 20	Discreta	Escore: menor ou igual a 7: negativo; maior que 7: positivo.
Serviços de Saúde			
Acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde	Questionário	Nominal	Se o domicílio recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 30 dias (Sim ou Não).
Consulta médica nos últimos 15 dias	Questionário	Nominal	Se recebeu atendimento médico nas últimas duas semanas (Sim ou Não).

3.12 Modelo Teórico Hierarquizado

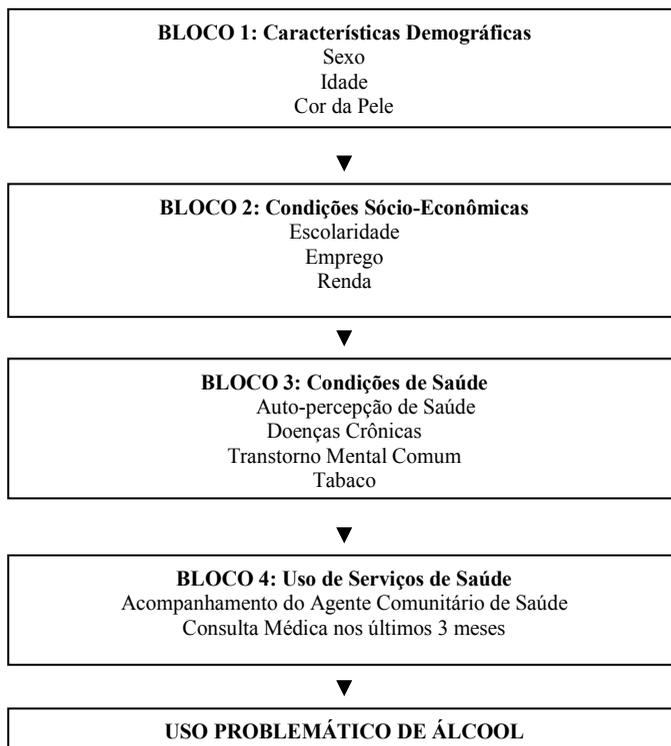


Figura 2 – Modelo teórico hierarquizado de determinação do uso problemático de álcool.

4. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob parecer substanciado, projeto número 351/08 em 15 de dezembro de 2008. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa (Anexo 2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo estão apresentados sob a forma de um artigo científico (Parte 2), intitulado “Prevalência e

fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional no sul do Brasil”. As normas utilizadas para a construção do artigo são as da revista Alcohol and Alcoholism.

6. REFERÊNCIAS

AEKPLAKORN W., HOGAN M.C., TIPTARADOL S., WIBULPOLPRASERT S., PUNYARATABANDHU P., LIM S.S. Tobacco and hazardous or harmful alcohol use in Thailand: Joint prevalence and associations with socioeconomic factors. **Addictive Behaviors**, v. 33 n. 4, p. 503-514, 2008.

ALLEN, J. P., LITTEN, R. Z., FERTIG, J. B., BABOR, T. F. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). **Alcohol Clin Exp Res** v. 21 n. 4, p. 613-18, 1997.

ALMEIDA F. N., LESSA I., MAGALHÃES L., ARAÚJO M.J., AQUINO E., KAWACHI I., JAMES, S. A. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 8 n. 1, p. 45-54, 2004.

ANDRADE, L. H. S. G., SILVEIRA, C. M., SIU, E. R., ANDREUCETTI, G., OLIVEIRA, L. G., ANDRADE, A. G. Padrões de consumo do álcool entre universitários. In: Brasil. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.

ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA L. G. Principais conseqüências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool. In: ANDRADE A. G.; ANTHONY, J. **Álcool e suas conseqüências: abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento: Módulo 1: O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

ANTHONY, J. Consumo Nocivo de Álcool: Dados Epidemiológicos Mundiais. In: ANDRADE, A. G., ANTHONY, J. **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

ASSANANGKORNCHAI S., SAM-ANGSRI N., RERNGPONGPAN S., LERTNAKORN A. Patterns of Alcohol Consumption in the Thai Population: Results of the National Household Survey of 2007. **Alcohol & Alcoholism**, p. 1-8, 201, Mar/2010.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B., MONTEIRO, M. G. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary**. 2 ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Tradução de Clarissa Mendonça Corradi-Webster. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BARROS A. J., HIRAKATA V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, p. 3-21, 2003.

BARROS F. C., VICTORA C. G. **Epidemiologia da Saúde Infantil. Um manual para diagnósticos comunitários**. São Paulo: Hucitec/UNICEF, 1998.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11(supl 1), p. 6-19, 2008.

BARROS, M. B. A., BOTEGA, N., DALGALARRONDO P., MARÍN-LEÓN L., OLIVEIRA, H. B. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BELLÓ M., PUENTES-ROSAS E., ICAZA M. E. The role of gender in the demand for treatment of problems associated with alcohol consumption in Mexico. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 23, n. 4, p. 231-236, 2008.

BERTOLETE, J M. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, S. de P., et al. **Alcoolismo hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, p. 17-31. 1997.

BLOOMFIELD K., GRITNER U., RASMUSSEN H. B., PETERSEN H. C. Socio-demographic correlates of alcohol consumption in the Danish general population. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 36, n. 6, p. 580-588, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSH K., KIVLAHAN D. R., MACDONELL M.B., FIHN, S. D., BRADLEY, K. A. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. **Arch Intern Med**, v.158, p. 1789-1795. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARLINI E. A., GALDUROZ J. C. F., NOTO A. R., NAPPO S. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: CEBRID; 2002.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005/** São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 28(Supl II), p. 69-73, 2006.

CHAIÉB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev. Saúde Pública*, 32 (3): 246-54, 1998.

CLAUSEN T, ROSSOW I, NAIDOO N, KOWAL P. Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. **Addiction**, v. 104, n. 7, p. 1147-1154, 2009.

COSTA, J. S. D., SILVEIRA, M. F., GAZALLE, F. K., OLIVEIRA, S. S., HALLAL, P. C., MENEZES, A. M. B., GIGANTE, D. P., OLINTO, M. T. A., MACEDO, S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

COUTINHO, E. S. F. Alcoolismo e Problemas Relacionados — Dificuldades na Implementação de Estudos de Prevalência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 22-29, jan/mar 1992.

COUTINHO, L M S, SCAZUFCA, M, MENEZES, P R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.6, p. 992-998, 2008.

DAEPPEN, J. B., YERSIN, B., LANDRY, U., PÉCOUD, A., DECROY, H. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a General Health Risk Screening Questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 24, n. 5, p. 659-665, 2000.

DELLA VALLE E., STRANGES S., TREVISAN M., KROGH V., FUSCONI E., DORN J. M., FARINARO E. Drinking habits and health in Northern Italian and American men. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease**, v. 19, n. 2, p.115-122, Fev. 2009.

DUARTE, C. E., MORIHISA, R. S. Experimentação, Uso, Abuso e Dependência de Drogas. In: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho : conhecer para ajudar**. Brasília:

Secretaria Nacional Antidrogas/ Serviço Social da Indústria, 172 p. 2008.

EDWARDS, G. **A Natureza da dependência de drogas**. Malcon Lader: trad. Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 285.

EDWARDS, G., TAYLOR, C. A. A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. **Addiction**, v. 89: 553-561, 1994.

FERNANDES, J. A. Sobriedade e embriaguez: a luta dos soldados de Cristo contra as festas dos tupinambás. **Tempo**, v.11, n. 22, p.98-121, 2007.

FIGLIE, N.B.; PILLON, S.C.; LARANJEIRA, R., DUNN, J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, p. 589-593, 1997.

FIGLIE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda. p. 257-290, 2005.

FONTOURA, N. O.; GONZALEZ, R. Aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho: mudança ou reprodução da desigualdade? **Mercado de Trabalho, Conjuntura e Análise**, v. 41, 2009.

FORMIGONI, M. L. O. S.; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, Edição Especial, 1999.

FORTES, J. R. A. Conceito e definição de Alcoolismo. In: GATTO, B. C. F. **Alcoolismo**. Sarvier, p. 11-27. 1975.

GALASSI, A. D., ALVARENGA, P. G., ANDRANDE, A. G., COUTTOLENC, B. F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Rev. Psiq. Clín**, v. 35, supl 1, p. 25-30, 2008.

GALDURÓZ J. C., CAETANO R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26 (S1), p. 3-6, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R., NAPPO, S. A., CARLINI, E. L. A. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **Sao Paulo Med Journal**, v. 121, n. 6, p. 231-237, 2003.

HARRISON, E. L., DESAI, R. A., MCKEE, S. A. Nondaily smoking and alcohol use, hazardous drinking, and alcohol diagnoses among young adults: findings from the NESARC. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 32, n. 12, p. 2081-2087, 2008.

KERR, W. C., DEIDRE, P., GREENFIELD, T. K. Differences in the measured alcohol content of drinks between black, white and Hispanic men and women in a US national sample. **Addiction**, v.104, p. 1503-1511, 2009.

KIM, J.H., LEE, S., CHOW, J., LAU, J., TSANG, A., CHOI, J., GRIFFITHS, S. M. Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of Chinese adults in Hong Kong. **Alcohol & Alcoholism**, v.43, n.3, p.360–370, 2008.

LARANJEIRA, R. et al (Org.). **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Revisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. Abuso e Dependência de Álcool e Drogas. In: ALMEIDA, O. P. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1996.

LAZO, A.C.G.V. Nupcialidade nas PNADs-90: um tema em extinção? **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Texto para discussão, 889, 2002.

LEÓN, L. M., OLIVEIRA, H. B., BOTEAGA, N. J. Mortalidade por Dependência de Álcool no Brasil: 1998 – 2002. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./abr. 2007.

LIMA, C. T., FREIRE, A. C. C., SILVA, A. P. B., et al. Concurrent and Construct Validity of the AUDIT In An Urban Brazilian Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584–589, 2005.

MACHADO, A. R., MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MAGALLÓN, T. J. C., ROBAZZI, M. L. C. Consumo de Alcohol em Trabajadores de una Industria em Monterrey, México. **Rev. Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13 (número especial), p. 819-26, 2005 – set-out.

MAGNABOSCO, M. B., FORMIGONI, M. L. O. S., RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev Bras Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007.

MALYUTINA S, BOBAK M, KURILOVITCH D, NIKITIN Y, MARMOT M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. **Alcohol Alcohol**, v. 39, n. 1, p.64-69, 2004.

MARII, J. J., WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatric** 148: 23-6, 1986.

MARQUES, A. C. P. R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMEC**, n. 3, p. 73-86, 2001.

MASUR, J., MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry Inpatient Hospital Setting. **J. Biol. Res.**, n. 16: 215-8, 1983.

MAXWELL J C. Are we becoming more alike? Comparison of substance use in Australia and the United States as seen in the 1995, 1998, 2001 and 2004 national household surveys. **Drug and Alcohol Review**, v. 27, p. 473-481, set/2008.

MAYFIELD, D, MCLEOD, G, HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. **American Journal of Psychiatry**, v. 131, p. 1121-1123, 1974.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo Social e de Saúde do Uso do Álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26 (Supl I), p. 7-10, São Paulo, 2004.

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

MILLER T. R., LESTINA D. C., SPICER R. S. Highway crash costs in the United States by driver age, blood alcohol level, victim age, and restraint use. **Accid Anal Prev**, v. 30, n. 2, p. 137-150, 1998.

MINTO, E. C., CORRADI-WEBSTER, C. M., GORAYEB, R., LAPREGA, M. R., FURTADO, E. F. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 207-220, jul-set, 2007.

MONTERO, S. A., CASADO, P. G., CRUZ, C. L., FERNÁNDEZ, F. B. Papel del Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. **MEDIFAM**, v. 11, n 9, p. 553-557, out-nov/2001.

MOURA, E. C., MALTA, D. C., NETO, O. L. M., PENNA, G. O., TEMPORÃO, J. G. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 891-894, 2009.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense. 1994.

NOTO, A. R., GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p.145-151, 1999.

NOTO, A. R., MOURA, Y.G., NAPPO, S. A., GALDURÓZ, J. C. F., CARLINI, E. A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo

epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, n. 2, p.113-21, 2002.

OLIVEIRA, M., COLVERO, L. A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. In: **Manual de Enfermagem – Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia Internacional para vigiar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias**. Genebra: 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - **Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001.

PAZ FILHO, G. J., SATO, L. J., TULESKI, M. J., TAKATA, S. Y., RANZI, C. C. C., ET AL. Emprego do Questionário CAGE para detecção de transtornos de do uso de álcool em Pronto Socorro. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 1, p. 65-69, 2001.

PECHANSKY, F., DE BONI, R., DIEMEN, L. V., BUMAGUIN D., PINSKY, I., ZALESKI, M., CAETANO, R., LARANJEIRA, R. Highly reported prevalence of drinking and driving in Brazil: data from the first representative household study. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 31, n. 2, p. 125-130, jun/2009.

PELUSO, E. T. P., BLAY, S. L. Public perception of alcohol dependence. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 1, p.19-24, 2008.

PEREIRA, M. A. O., BARBIERI, L., PAULA, V. P., FRANCO, M. S. P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

POKORNY AD; MILLER BA; KAPLAN HB. The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. **American Journal of Psychiatry**, v. 129, n. 3, p. 342-345, 1972.

POMERLEAU J, MCKEE M, ROSE R, HAERPFER CW, ROTMAN D, TUMANOV S. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet

Union: a cross-sectional study of eight countries. **Alcohol & Alcoholism**, v.43, n.3, p.351–359, 2008.

PRIMO, N. L. N. P., STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **R. Psiquiatr. RS**, v.26, n. 3, p. 280-286, set./dez. 2004.

RAMOS, S. P., WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26 (Supl I), p. 18-22, 2004.

REINERT, D. F., ALLEN, J. P. The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update os Research Findings. **Alcoholism: Clinical and Experimental Researhc**, v. 31, n. 2, February 2007.

RONZANI, T. M. Critérios Diagnósticos: CID 10 e DSM IV. In: SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Módulo 3: **Detecção do Uso Abusivo e Diagnóstico da Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

RONZANI, T. M., RIBEIRO, M. S., AMARAL, M. B., FORMIGONI, M. L. O. S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p: 852-861, mai-jun, 2005.

SANTOS, B. R. L. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez.2000.

SCÓZ, T. M. X., FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 71 – 77, 2003.

SEGATTO, M. L., SILVA, R. S., LARANJEIRA, R., PINSKY, I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. **Rev Psiq Clín.**, v. 35, n. 4, p. 138-143, 2008.

SOARES, S. A trajetória da desigualdade: a evolução da renda relativa dos negros no Brasil. In: THEODORO, M. (org.) et al. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.

SOLDERA, M., RIBEIRO, C. L. Consumo e dependência de álcool. In: BARROS, M. B. A., et al. **As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas**. Campinas: Hucitec. p. 100-110, 2008.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática; mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez.2000.

SOUZA, M. L. P. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.4, p. 342-343, 2005.

SZWARCWALD C. L., VIACAVAL F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003 (editorial). **Cad Saúde Pública**, v. 21 Supl. S4-S5, 2005.

THEODORO, M. À guisa de conclusão: o difícil debate da questão racial e das políticas públicas de combate à desigualdade e à discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (org.); et al. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.

VAILLANT, G. E. **A História natural do alcoolismo revisitada**. Tradução Bartira S.C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1999. p. 350.

VIACAVAL F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

ZHANG¹, Y., GUO, X., SAITZ, R., LEVY, D., SARTINI, E., NIU, J., ELLISON, R. C. Secular trends in alcohol consumption over 50 years: the Framingham Study. **American Journal of Medicine**, v. 121, n. 8, p. 695-701, ago/2008.

ZHANG² J, CASSWELL S, CAI H. Increased drinking in a metropolitan city in China: a study of alcohol consumption patterns and changes. **Addiction**, v. 103, n. 3, p. 416-23, mar/2008.

7. ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional no sul do Brasil

Prevalence and associated factors with problematic alcohol use among adults: a population-based study in southern Brazil

Título corrido: Uso problemático de álcool em adultos.

Running title: *Alcohol use disorders in the adult population.*

Emilene Reisdorfer¹

Fátima Büchele¹

Rodrigo Otávio Moretti Pires¹

Antonio Fernando Boing¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência:

Fátima Büchele

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC

88010-970

E-mail: buchele@mbox1.ufsc.br

Tel: 55 48 37216363

Fax: 55 48 37219842

RESUMO

Objetivos: Descrever a prevalência de uso problemático de álcool na população adulta de uma cidade de médio porte do sul do Brasil e testar sua associação com variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais e de condições de saúde.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal de base populacional com adultos (20 a 59 anos) de uma cidade de médio porte do sul do Brasil com amostra probabilística de 1720 pessoas. Utilizou-se o processo de amostragem por conglomerados, em dois estágios, sendo o primeiro o setor censitário e o segundo o domicílio. O uso problemático de álcool foi mensurado por meio do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e foram testadas as associações com variáveis selecionadas através da Regressão de Poisson. Os resultados das análises multivariáveis foram expressos como razão de prevalência.

Resultados: A prevalência de uso problemático de álcool na população foi de 18,4% (IC_{95%}: 16,6%–20,3%), sendo maior entre os homens (29,9%) em relação às mulheres (9,3%). A prevalência de abstenção de 30,6%. Verificou-se que 6,8% dos entrevistados já causaram problemas a si mesmos ou a outros após terem bebido e 10,3% referiram que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com seu modo de beber. Após a análise multivariável, permaneceram associadas com o uso problemático de álcool a faixa etária de 20 a 29 anos, pessoas solteiras, que se declararam pardas e ex-fumantes ou fumantes atuais.

Conclusão: A prevalência de uso problemático de álcool identificada é elevada em comparação com outros estudos semelhantes, existindo diferenças segundo características demográficas, de cor de pele e comportamentais. Estas questões devem ser consideradas na formulação de políticas públicas de saúde que objetivem a redução dos problemas relacionados ao uso de álcool.

Descritores: Estudos Transversais, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool, Adulto, Brasil.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to describe the prevalence of problematic alcohol use in an adult population from Brazil and its association with demographic, socioeconomic, behavioral variables and health conditions.

Methods: A population-based cross-sectional survey was conducted with adults (20 to 59 years) of a medium-sized city in southern Brazil with a random sample of 1720 people. It was used the process of cluster sampling in two stages, the first being the census tract and the second the household. The problematic alcohol use was measured using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and associations were tested with selected variables by Poisson Regression. The results of multivariate analysis were expressed as prevalence ratio.

Results: The prevalence of problematic alcohol use in the population was 18.4% (95% CI: 16.6% - 20.3%), being higher among men (29.9%) than women (9.3%). The prevalence of abstention was 30.6%. It was found that 6.8% of respondents have already caused problems for themselves or others after drinking and 10.3% reported that a relative, friend or doctor ever cared about the drinking. After multivariate analysis, remained associated with the problematic use of alcohol: age 20 to 29 years, single people who declared to be light-skinned blacks and ex-smokers or current smokers.

Conclusion: The prevalence of problematic alcohol use identified is high compared with other similar studies, with differences according to demographic characteristics, skin color and behavior. These issues must be considered in formulating public health policies aimed at reducing the problems related to alcohol use.

Descriptors: Cross sectional studies, Alcohol-Related Disorders, Adult, Brazil.

INTRODUÇÃO

O uso de álcool está associado a diversas conseqüências psíquicas, sociais e biológicas adversas, como aumento de problemas psicossociais, comorbidades psiquiátricas e doenças e incapacidades evitáveis. Estima-se que, mundialmente em 2007, 3,2% das mortes e 4,0% de todos os anos de vida útil perdidos estejam relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas (Kim, 2008).

A prevalência de uso de álcool é bastante variada nas diversas regiões do mundo. Enquanto estudo conduzido em 20 países do continente africano por Clausen (2009) identificou prevalência de abstinência acima de 95%, pesquisa de base populacional realizada na Dinamarca indicou que apenas 5% da população era abstinência e 14% dos homens e 9% das mulheres apresentavam problemas relacionadas ao uso de álcool (Bloomfield, 2008). Os países do norte e leste europeu e de certas regiões da América apresentam os maiores níveis de consumo *per capita* de álcool, enquanto os menores valores são observados nos países do mediterrâneo (World Health Organization, 2005).

As conseqüências do consumo de álcool são particularmente preocupantes nos países em desenvolvimento, onde a carga de doenças e as conseqüências sociais relacionadas ao uso da bebida são bastante superiores à média mundial. Nesse contexto, destaca-se a América Latina e, em particular, o Brasil por apresentar elevado consumo *per capita* de álcool/ano, chegando próximo a 8,5 litros, valor superior à média mundial de 5,8 litros (World Health Organization, 2004). Políticas para minimizar o consumo de álcool são tímidas no país e o incentivo ao consumo através da propaganda de bebidas alcoólicas, em particular de cervejas, é ostensivo (Pinski, 2008; Donovan, 2007).

Nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, os problemas decorrentes do uso do álcool ainda são majoritariamente investigados com foco na dependência alcoólica, todavia, há problemas tão ou mais graves ao indivíduo ou à sociedade relacionados a outros padrões de consumo do álcool, como o uso problemático da substância (Andrade, 2009; Babor, 2001). Nesse sentido, a realização de estudos de base populacional para identificar os padrões de uso de álcool de uma população possibilitam conhecer a magnitude deste problema na sociedade (Szwarcwald, 2005) e apontar ações públicas para a redução dos problemas causados pelo consumo desta substância. No entanto, poucos estudos de base populacional são realizados nesses países para identificar o uso problemático de álcool e os fatores associados na população.

Os objetivos do presente estudo são descrever a prevalência de uso problemático de álcool na população adulta no sul do Brasil e testar sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de condições de saúde.

METODOLOGIA

Um estudo transversal de base populacional foi realizado no município de Florianópolis, localizado na região sul do Brasil. O município apresenta elevado Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (0,875), o quarto maior entre as cidades brasileiras. É considerada a capital estadual com a melhor qualidade de vida do país e apresentava em 2009 população estimada de 408.163 habitantes.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior, denominada *EpiFloripa* 2009, que investigou a situação de saúde e a exposição a fatores de risco em uma amostra representativa da população adulta (20 a 59 anos) do município, o equivalente a 57,5% da população total (234.693 pessoas). A coleta de dados do estudo foi realizada entre setembro de 2009 e janeiro de 2010.

Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para testar a diferença entre o uso problemático de álcool e exposições socioeconômicas e demográficas. Dentre as simulações realizadas, empregando-se a renda *per capita* como exposição obteve-se a maior amostra, sendo esse o valor adotado. Os parâmetros utilizados foram risco relativo de 1,65, poder de 80%, nível de significância de 95%, razão entre não expostos e expostos de 2:1 e prevalência de uso problemático de álcool no grupo não exposto de 14,7%. O procedimento foi realizado no pacote estatístico EpiInfo 6.04. A amostra inicial de 633 pessoas foi multiplicada por 2 considerando-se o efeito do delineamento (*deff*), acrescida de 10% considerando-se perdas e recusas e de 20% para controle de fatores de confusão, resultando em uma amostra de 1.671 pessoas. Como o presente estudo fez parte de uma pesquisa maior que investigou outros desfechos em saúde, a amostra final foi mais elevada, equivalente a 2.016 adultos.

O processo de amostragem foi por conglomerados em dois estágios. As unidades de primeiro estágio foram os 420 setores censitários urbanos do município. Tais unidades territoriais são constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada e empregados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nos recenseamentos

nacionais. Eles foram estratificados em decis, em ordem crescente de acordo com a renda do chefe da família. Em seguida sortearam-se, de forma sistemática, seis setores em cada decil, totalizando 60 setores censitários para a amostra do presente estudo. Todos eles foram percorridos pela equipe de campo e procedeu-se a contagem dos domicílios residenciais ocupados na maior parte do ano, que se configuraram como a unidade de segundo estágio. Como o número de domicílios entre os setores variou de 61 a 810 foram conduzidas fusões e divisões de setores, respeitando-se a localização geográfica e o decil de renda de cada um. Dessa maneira, reduziu-se substancialmente a variação no número de domicílios entre os setores censitários. Dos 17.755 domicílio elegíveis foram sorteados 1.134 para a pesquisa, considerando-se a média de 1,8 morador adulto por domicílio.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada nos domicílios, sempre com o entrevistador aplicando o questionário em um lugar reservado do mesmo e individualmente com o entrevistado. Os dados eram registrados e armazenados em um *Personal Digital Assistant* (PDA), um computador de dimensões reduzidas, e posteriormente exportados e analisados no programa Stata 9 (Stata Corporation, College Station, Texas). Previamente à coleta de dados realizou-se o pré-teste do questionário e um estudo piloto com cerca de 100 pessoas em dois setores censitários não incluídos no estudo propriamente dito.

Todos os adultos residentes nos domicílios eram potencialmente elegíveis. Foram consideradas como perdas as pessoas não encontradas nos domicílios visitados pelo menos quatro vezes, incluída uma visita em finais de semana e outra noturna. Foram excluídos os institucionalizados e pessoas cujas condições físicas ou mentais impediam de responder o questionário. Não foram aceitos terceiros como respondentes. A recusa foi considerada quando o indivíduo optou por não participar da pesquisa. O controle de qualidade foi realizado em 15% das entrevistas, sendo aplicado um questionário reduzido com 10 perguntas por telefone. O valor de kappa mais baixo obtido foi de 0,6 na pergunta sobre uso de prótese dentária.

Desfecho

O uso problemático de álcool foi mensurado por meio do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Babor, 2001). O AUDIT foi validado em vários países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) (Lima,

2005) para detecção do uso problemático de álcool, tendo sido seu desempenho avaliado positivamente em serviços de Atenção Primária em Saúde e em estudos populacionais de prevalência (Reinert, 2007).

O teste é composto por 10 questões que avaliam o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 0 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. Assim, o escore varia de 0 a 40 e no presente estudo o uso problemático de álcool foi definido pela pontuação superior a sete pontos (Babor, 2001).

Variáveis exploratórias

As variáveis independentes analisadas foram sexo, idade (20-29 anos, 30-39, 40-49 e 50-59), cor da pele auto-referida (branca, parda ou preta), estado civil (casado, solteiro ou divorciado/viúvo), renda *per capita* em tercis, escolaridade (anos de estudo: 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais), estar empregado no momento da entrevista (sim ou não), auto avaliação de saúde (positiva (muito boa + boa) ou negativa (regular + ruim + muito ruim), transtorno mental comum (mensurado por meio do Self Reported Questionnaire – SRQ 20, com ponto de corte de 7 (Marii, 1986)), diagnóstico prévio de ao menos uma doença crônica, uso de tabaco (nunca, ex-fumante, fumante atual de até 10 cigarros por dia, fumante atual de mais de 10 cigarros por dia), consulta médica nas duas últimas semanas (sim ou não) e visita domiciliar por membro (Agente Comunitário de Saúde) da Estratégia Saúde da Família nos últimos 12 meses (sim ou não).

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada por meio da Regressão de Poisson (Barros, 2003) e de acordo com a teoria de modelo hierárquico de determinação (Victora, 1997), descrito na Figura 1. No modelo proposto no presente estudo, as variáveis demográficas constituem o nível mais distal, as socioeconômicas e de condições de saúde o nível intermediário e o uso de serviços de saúde o mais proximal ao desfecho.

Na análise dos dados as variáveis foram incluídas no modelo de acordo com a hierarquia estabelecida no modelo teórico. Para a análise multivariável foram mantidas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada; permaneceram no modelo final aquelas com $p < 0,05$. Na análise, considerou-se o efeito de delineamento por meio do comando *svy* do Stata.

Questões éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer número 351/08. A participação na pesquisa era voluntária e todos os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.720 pessoas, correspondendo a uma taxa de resposta de 85,3%. Dos participantes 51,7% eram mulheres e a idade média foi de 38,1 anos. A maior parte dos entrevistados declarou ter cor branca (86,5%) e estava casada ou vivendo com companheiro(a) (60,6%). Quanto à escolaridade, 42,9% tinham 12 anos ou mais de estudo e 77,3% trabalhavam na época da pesquisa. Outras características da amostra estão descritas na Tabela 1.

As respostas às questões do AUDIT estão descritas na Figura 1. Aproximadamente uma em cada três pessoas era abstinência; daquelas que bebiam, 70,3% bebiam mais que duas doses. Além disso, observou-se em 32,3% o beber excessivo episódico (*binge drinking*), ou seja, a ingestão de cinco doses ou mais de uma vez. Também se verificou que 6,8% dos entrevistados já causaram problemas a si mesmos ou a outros após terem bebido e 10,3% referiram que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com seu modo de beber.

A prevalência de uso problemático de álcool na população foi de 18,4% (IC_{95%} 16,6 – 20,3), sendo três vezes maior em homens (29,9%, IC_{95%} 26,7 - 33,2) do que em mulheres (9,3%, IC_{95%} 7,4 - 11,1). Observou-se também maior prevalência do uso problemático de álcool entre os mais jovens, pardos, solteiros, com maior escolaridade, mais ricos, empregados, fumantes, não acompanhados pela ESF e que não tiveram consulta médica nas duas últimas semanas (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os valores brutos e ajustados das razões de prevalência do uso problemático de álcool segundo as variáveis independentes. Na análise bivariada destacaram-se as maiores prevalências entre os homens (RP = 3,23; IC_{95%} 2,48 – 4,21), naqueles com 20 a 29 anos de idade (RP = 2,06; IC_{95%} 1,49 – 2,85), solteiros (RP = 2,03; IC_{95%} 1,66 – 2,49) e fumantes de mais de 10 cigarros/dia (RP = 3,27; IC_{95%} 2,51 – 4,26). Também se mostraram associados com o desfecho a cor de pele parda, a renda, o acompanhamento da ESF e ter realizado consulta médica.

Na análise multivariável os homens ainda apresentaram prevalência de uso problemático de álcool três vezes superior em relação

às mulheres. Da mesma forma, aqueles que não estavam em uma relação estável (solteiros, divorciados e viúvos), os mais jovens (20 a 29 anos de idade) e os fumantes de todas as intensidades apresentaram maiores prevalências de uso problemático de álcool. As demais variáveis não se associaram com o desfecho após a análise ajustada. Também se realizou análise estratificada por sexo. No entanto, não se observaram diferenças em relação à análise global, não se justificando incorporar tal procedimento nos resultados do estudo.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a prevalência de uso problemático de álcool em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. A prevalência do desfecho foi de 18,4%, sendo maior entre os homens, jovens, fumantes, solteiros e divorciados ou viúvos. Aproximadamente 30% eram abstêmios e um em cada dez entrevistados referiu que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com seu modo de beber.

Uma das limitações para realizar comparações sobre o uso de álcool é a diversidade de testes de rastreamento existente, pois cada um aborda aspectos diversos, como dependência, uso abusivo, quantidade de etanol puro ingerido por dia, entre outros (Corradi-Webster, 2005). O instrumento utilizado no presente estudo para identificar a prevalência de uso problemático de álcool, o AUDIT, tem sido recomendado por diversos pesquisadores como a melhor alternativa para o rastreamento de problemas relacionados ao álcool (Montero, 2001; Babor, 2001).

Um possível viés do estudo foi o de memória, pois as perguntas se referiam ao uso de álcool no último ano, período elástico o suficiente para um potencial esquecimento ou relato deficiente das informações do estudo. No entanto, procurou-se minimizá-lo com o uso de um quadro de figuras que representavam os tipos de bebidas mais consumidos na região e o equivalente (em copos, garrafas ou latas) a uma dose de etanol.

Outro viés possível foi o de informação, pois as pessoas tendem a relatar padrões de uso de álcool que são melhor aceitos socialmente (Babor, 2001). Para evitar este erro, as entrevistadoras do presente estudo foram orientadas a não emitir opiniões ou julgamentos sobre os comportamentos dos entrevistados, permitindo respostas fidedignas, e as entrevistas foram realizadas em local reservado no domicílio da pessoa e apenas com a presença dela e da entrevistadora.

A taxa de resposta do estudo foi de 85,3%, sendo semelhante em todos os decis de renda das unidades primárias de amostragem,

fortalecendo a validade externa da pesquisa. O número de entrevistas de acordo com o sexo e as faixas etárias também apresentou distribuição semelhante à estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o município em 2009.

A prevalência de uso problemático de álcool foi mais de três vezes superior entre os homens (29,9%) em relação às mulheres (9,3%). Estes resultados são semelhantes aos reportados em estudo de base nacional conduzido no Brasil por telefone em 2009, quando foi mensurado o consumo abusivo de álcool (Brasil, 2010). A prevalência do desfecho foi de 18,9%, sendo de 28,8% em homens e 10,4% em mulheres. Já outro estudo realizado num município no sul do Brasil, também utilizando o AUDIT no mesmo ponto de corte, encontrou prevalências menores, com 7,9% na população geral, 14,5% em homens e 2,5% em mulheres (Mendoza-Sassi, 2003).

Com relação ao panorama internacional, o presente estudo apresentou prevalência maior que a encontrada entre pessoas de 12 a 65 anos na Tailândia, onde se relatou prevalência de 8,5% de uso problemático de álcool medido com o AUDIT (Assanangkornchai, 2010). Em inquérito conduzido com pessoas de 17 a 70 anos em Hong Kong empregando-se questionário baseado nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV), encontraram-se prevalências de 14,4% em homens e 3,6% entre as mulheres (Kim, 2008). Dados de inquéritos nacionais de uso de álcool realizados com adultos de 8 países da antiga União Soviética relatam que 23% dos homens e 2% das mulheres podem ser considerados usuários de risco (Pomerleau, 2008).

O maior consumo de álcool entre os homens vem sendo relatado nas mais diferentes regiões do mundo (WHO, 2005) e pode ser explicado por diferentes aspectos, como questões culturais e fisiológicas. Entre os aspectos culturais, Campbell (2000) aponta que, em algumas sociedades, o uso de álcool é considerado uma demonstração de masculinidade, e que a proibição do consumo para as mulheres é tida como uma mostra de submissão aos homens (Martin, 2001). Também aparecem relacionadas às diferenças fisiológicas entre homens e mulheres, como menor quantidade de líquidos proporcional e taxa de metabolismo gástrico maior entre as mulheres (Slutske, 2005).

Já com relação à idade, observou-se maior uso problemático de álcool entre pessoas mais jovens. Este achado é consonante com a literatura nacional e internacional sobre o tema, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (2004). Estudos realizados no Brasil encontraram resultados semelhantes, como Barros (2007) em uma

cidade de grande porte do sudeste do Brasil, bem como em outra pesquisa conduzida em uma cidade de médio porte localizada no sul do Brasil por Bortoluzzi (2010). Este padrão de uso também foi encontrado em pesquisa realizada na Austrália, onde, além de consumirem mais, as pessoas mais jovens também apresentam comportamentos de maior risco relacionado ao uso de álcool em relação aos mais velhos (Livingston, 2009).

Bobo (2000) indicou que estes resultados podem estar relacionados às estratégias de marketing utilizadas pela indústria de bebidas alcoólicas. As campanhas publicitárias vêm sendo desenvolvidas de maneira específica para esta faixa etária, associando o uso de álcool a momentos de lazer que relaxam e favorecem a socialização (Pinski, 2008). Além disso, no Brasil o produto apresenta preço relativamente baixo e extrema facilidade de compra.

Outro fator que pode estar relacionado ao alto consumo de álcool entre adultos jovens é a fase de transição que estão vivendo. Esta fase é caracterizada por muitas mudanças, como entrada no mercado de trabalho e início da vida adulta, deixando-os mais vulneráveis para o início e manutenção do uso de álcool (Andrade, 2009). Além disso, o álcool é a substância mais utilizada por pessoas nesta faixa etária, que subestimam os efeitos negativos do álcool e, assim, se expõem mais a situações de risco e prejuízos à saúde (NIAAA, 2005).

O estado civil também apareceu como fator associado ao uso problemático de álcool. Pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas apresentaram maior prevalência em relação às casadas. Esse dado é semelhante ao encontrado no estudo realizado em Alberta, Canadá (Wild, 2004) e na Rússia (Malyutina, 2004). Em geral, a relação estável tem sido associada a melhores condições de saúde (Robles, 2003) e também se observa uma diminuição do uso problemático de álcool em relacionamentos mais antigos (Derrick, 2010). Segundo Leonard (1999) a transição para uma relação estável pode causar a diminuição do uso de álcool, assim como o divórcio pode desencadear o uso abusivo desta substância.

Em consonância com a literatura, este estudo encontrou associação entre uso problemático de álcool e uso de tabaco. Bobo (2000) relatou que 37% dos adultos norte americanos que bebem também fumam, comparado com 13% entre as pessoas que não bebem. Neste mesmo sentido, Dawson (2000) encontrou que a prevalência de uso de tabaco no ano anterior à sua pesquisa foi menor entre as pessoas que nunca usaram álcool na vida (23%) e aumentava consideravelmente entre os indivíduos que bebem. Entre as causas desta associação, Room

(2004) aponta que se devem considerar múltiplos fatores, como os fisio-farmacológicos, psicológicos e sócio-culturais.

Considerando-se os fatores farmacológicos, o etanol e a nicotina apresentam efeitos que são parcialmente opostos e as pessoas costumam usá-los para reforçar os efeitos um do outro (De León, 2007). Já quanto aos fisiológicos, Lê (2000) relatou que repetidos usos de nicotina estimulam o uso de álcool, enquanto que Chen (2001) apontou que a nicotina reduz os efeitos colaterais do uso de álcool.

Quanto aos fatores psicológicos, traços de personalidade, como impulsividade e busca de sensação de saciedade, estão relacionados ao uso de tabaco e álcool, assim como eventos estressantes na vida e estresse crônico estão associados com o desenvolvimento da dependência de ambas as substâncias (Little, 2000).

Os fatores sócio-culturais podem ser explicados por diferentes motivos. Na medida em que o uso de tabaco e o uso de álcool são culturalmente classificados em categorias semelhantes, por vezes como comportamentos transgressivos, há uma influência social que tende a vincular a sua utilização. O uso de tabaco também está associado com os locais em que se consome álcool, como bares, restaurantes e boates, reforçando seu uso associado (Room, 2004).

Não foi encontrada associação entre uso problemático de álcool e nível de escolaridade neste estudo. Esta relação tem se mostrado controversa em diversas pesquisas (Vargas, 2009, Bich, 2009, Pomerleau, 2008), demonstrando a necessidade de mais investigações que possam esclarecer esta relação. Quanto à renda, os dados encontrados em estudos de base populacional são discrepantes (Barros, 2007). Os achados mais freqüentes referem-se à maior ingestão "média" de álcool em pessoas com nível socioeconômico mais elevado, mas a maior prevalência de uso problemático vem sendo encontrada em pessoas de segmentos de mais baixa condição social (Malyutina, 2004; Mendoza-Sassi, 2003). Assim, novos estudos são necessários para esclarecer esta associação.

O uso de serviços de saúde também não apresentou associação com o uso problemático de álcool. Esta relação também precisa ser melhor estudada, considerando-se que os serviços de saúde são um espaço privilegiado para a abordagem do uso de álcool. As intervenções realizadas pelos profissionais atuantes na Atenção Primária em Saúde são viáveis e são potencialmente efetivos em uma abordagem global de saúde pública para reduzir o uso indevido de álcool (Whitlock, 2004).

Uma das possibilidades de atuação frente ao uso problemático de álcool é o uso de instrumentos de rastreamento em associação com a

Estratégia de Diagnóstico e Intervenção Breve (EDIB) (Marques, 2004). A EDIB tem como objetivos reconhecer e assistir as pessoas no processo de tomada de decisão e em seus esforços para reduzir ou parar de beber antes que desenvolvam problemas físicos, psicológicos ou sociais. O uso desta estratégia facilita a aproximação inicial e permite um retorno objetivo para o indivíduo, possibilitando a introdução dos procedimentos de intervenção breve e a motivação para a mudança de comportamento (Minto, 2007; Ronzani, 2005). Sua efetividade vem sendo comprovada em diversos estudos (Ronzani, 2007; De Micheli, 2004), enfatizando-se a importância do treinamento de profissionais de saúde e a adoção das EDIBs nos diferentes contextos assistenciais, considerando sua efetividade comprovada e sua viabilidade econômica (Marques, 2004).

Conhecer a prevalência e os fatores associados ao uso problemático de álcool é de extrema relevância por subsidiar a formulação e a avaliação das políticas e programas de saúde, sendo interesse de todos os níveis de governo, da sociedade em geral e suas organizações na busca de melhores níveis de saúde.

Financiamento

Este artigo é originário do Projeto EPIFLORIPA2009 Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Adultos de Florianópolis, Santa Catarina. Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número 485327/2007-4 e desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Agradecimentos

Agradecemos aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização do deste estudo.

Conflitos de Interesse

Os autores não tem conflitos de interesse relacionados à pesquisa.

Tabela 1 – Características da amostra e prevalência de uso problemático de álcool de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde. Florianópolis, 2009.

Variável*	Amostra n (%)	Prevalência do Uso Problemático de álcool (IC_{95%})
Sexo		
Feminino	959 (55,8)	9,3 (7,4 - 11,1)
Masculino	761 (44,2)	29,9 (26,7 - 33,2)
Idade (anos)		
50-59	350 (20,4)	12,9 (9,3 - 16,4)
40-49	438 (25,5)	15,3 (11,9 - 18,7)
30-39	392 (22,8)	15,8 (12,2 - 19,4)
20-29	540 (31,4)	26,5 (22,7 - 30,2)
Cor da pele		
Branca	1444 (86,5)	17,5 (15,6 - 19,5)
Parda	147 (8,8)	27,2 (19,9 - 34,5)
Preta	87 (5,2)	19,5 (11,0 - 28,0)
Estado civil		
Casado ou com companheiro	1043 (60,6)	13,9 (11,8 - 16,0)
Solteiro	503 (29,2)	28,2 (24,3 - 32,2)
Divorciado ou viúvo	174 (10,1)	17,2 (11,6 - 22,9)
Escolaridade (anos de estudo)		
<= 4	158 (9,2)	14,5 (9,0 - 20,1)
5 – 8	253 (14,4)	13,0 (8,9 - 17,2)
>= 11	568 (33,1)	20,8 (17,4 - 24,1)
Maior ou igual a 12	737 (42,9)	19,4 (16,5 - 22,4)
Trabalha atualmente		
Sim	1329 (77,3)	19,6 (17,4 - 21,7)
Não	390 (22,7)	14,6 (11,1 - 18,1)
Renda per capita (R\$)		
Tercil 1 (0 – 566,7)	564 (33,5)	14,7 (11,8 - 17,6)
Tercil 2 (566,8 – 1266,7)	562 (33,4)	20,1 (16,8 - 23,8)
Tercil 3 (1266,8 – 3333,3)	559 (33,2)	19,9 (15,9 - 23,4)
Auto-avaliação de saúde		
Positiva	1373 (79,8)	18,7 (16,7 - 20,8)
Negativa	347 (20,2)	17,3 (13,3 - 21,3)

Doenças Crônicas

Não	592 (34,6)	18,2 (15,1 - 21,4)
Sim	1118 (65,4)	18,5 (16,2 - 20,8)

Transtorno Mental Comum

Não	1431 (84,8)	18,9 (16,9 - 21,0)
Sim	256 (15,2)	17,2 (12,5 - 21,8)

Tabagismo

Nunca fumou	926 (54,1)	11,3 (9,3 - 13,4)
Ex-fumante	449 (26,2)	21,6 (17,8 - 25,4)
Fumante atual (até 10 cigarros/dia)	158 (9,2)	29,7 (22,5 - 37,0)
Fumante atual (mais de 10 cigarros/dia)	178 (10,4)	37,1 (30,0 - 44,2)

Acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde

Sim	489 (28,7)	14,9 (11,8 - 18,1)
Não	1215 (71,3)	19,8 (17,6 - 22,1)

Consulta Médica nas últimas 2 semanas

Sim	480 (28,0)	14,6 (11,4 - 17,7)
Não	1237 (72,0)	20,0 (17,8 - 22,2)

* A variável “Cor da pele” apresentou o menor número de observações (n=1678).

** Valor de p do teste quiquadrado

*** Valor de p do teste de tendência linear

Tabela 2 – Associação entre uso problemático de álcool e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde. Florianópolis, 2009.

	Variável	Bruta		Ajustada	
		RP* (IC 95%)	Valor de p**	RP* (IC 95%)	Valor de p**
	Sexo				
1	Feminino	1	<0,001	1	<0,001
	Masculino	3,23 (2,48 – 4,21)		3,18 (2,41 – 4,19)	
	Idade (anos)	1	<0,001	1	<0,001
	50-59	1,19 (0,85 – 1,66)		1,18 (0,85 – 1,64)	
1	40-49	1,23 (0,84 – 1,79)		1,19 (0,83 – 1,72)	
	30-39	2,06 (1,49 – 2,85)		1,50 (1,07 – 2,11)	
	20-29				
	Cor da pele				
1	Branca	1	0,082	1	0,146
	Parda	1,55 (1,16 – 2,08)		1,42 (1,07 – 1,90)	
	Preta	1,12 (0,69 – 1,81)		1,08 (0,70 – 1,68)	
	Estado Civil				
1	Casado	1	<0,001	1	<0,001
	Solteiro	2,03 (1,66 – 2,49)		1,59 (1,29 – 1,97)	
	Divorciado ou Viúvo	1,24 (0,82 – 1,87)		1,60 (1,11 – 2,30)	
	Escolaridade (anos)				
	Menor ou igual a 4	1	0,073	1	0,814
2	5 – 8	0,90 (0,50 – 1,62)		0,82 (0,49 – 1,38)	
	9 – 11	1,43 (0,86 – 2,36)		1,04 (0,66 – 1,64)	
	Maior ou igual a 12	1,33 (0,80 – 2,22)		0,98 (0,60 – 1,59)	
	Trabalho				
2	Sim	1	0,083	1	0,824
	Não	0,75 (0,54 – 1,04)		1,03 (0,75 – 1,42)	
	Renda per capita – tercil				
	Tercil 1 (0 – 566,7)	1	0,045	1	0,124
2	Tercil 2 (566,8 – 1266,7)	1,37 (1,07 – 1,74)		1,2 (0,9 – 1,6)	
	Tercil 3 (1266,8 – 3333,3)	1,35 (1,01 – 1,81)		1,2 (0,9 – 1,7)	
	Auto-avaliação de saúde				
3	Positiva	1	0,589	***	
	Negativa	0,92 (0,69 – 1,24)			
	Doenças Crônicas				
3	Não	1	0,904	***	
	Sim	1,01 (0,80 – 1,29)			
	Transtorno Mental Comum				
3	Não	1	0,540	***	
	Sim	0,91 (0,66 – 1,24)			

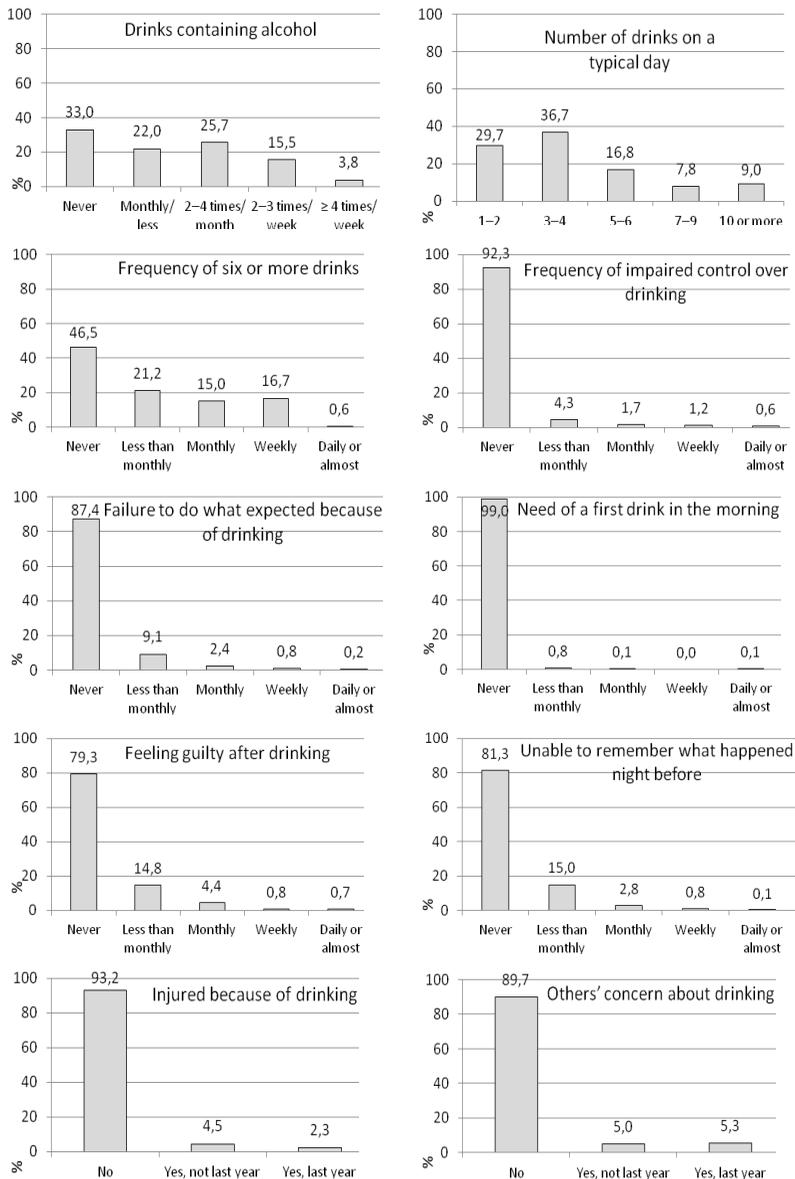
	Tabagismo	1	<0,001	1	<0,001
	Nunca fumou	1,91 (1,47 – 2,47)		2,17 (1,70 – 2,78)	
3	Ex fumante	2,62 (1,86 – 3,69)		2,87 (2,01 – 4,10)	
	Até 10 cigarros/dia	3,27 (2,51 – 4,26)		3,46 (2,65 – 4,51)	
	Mais de 10 cigarros/dia				
	Acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde				
4	Saúde	1	0,047	1	0,701
	Sim	1,32 (1,00 – 1,76)		1,05 (0,81 – 1,35)	
	Não				
	Consulta Médica nas últimas 2 semanas				
4	Sim	1	0,024	1	0,560
	Não	1,37 (1,04 – 1,81)		1,08 (0,83 – 1,40)	

* Razão de Prevalência

**Valor de p de Wald

*** Não entrou no modelo ajustado pois teve o valor $p > 0,20$ na análise bruta.

Figura 1 - Alcohol use disorders identification test item response distributions. Florianópolis, 2009.



Referências Bibliográficas

Agabio, R., Nioi, M., Serra, C., Valle, P., Gessa, G. L. (2006) Alcohol Use Disorders in Primary Care Patients in Cagliari, Italy. *Alcohol & Alcoholism* 41: 341 – 344.

Andrade, L. H. S. G., Silveira, C. M., Martins, S. S., Storr, C. L., Wang, Y. P., Viana, M. C. (2009) Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In: ANDRADE A. G.; ANTHONY, J. Álcool e suas conseqüências: abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001) AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary. 2 ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Barros, A. J. D., Hirataka, V. N. (2003) Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 3:21.

Barros, M. B. A., Botega, N., Dalgarrondo P., Marín-León L., Oliveira, H. B. (2007) Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 4, p. 502-509.

Batel, P., Pessione, F., Maitre, C., Rueff, B. (1995) Relationship between alcohol and tobacco dependence among alcoholics who smoke. *Addiction*, 90: 977-80.

Bloomfield, K., Grittner, U., Rasmussen, H. B., Petersen, H. C. (2008) Socio-demographic correlates of alcohol consumption in the Danish general population. *Scandinavian Journal of Public Health* 36(6):580-8.

Bobo, J. K., Husten, C. (2000) Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research & Health*. 24: 225-232.

Bortoluzzi, M. C., Traibert, J., Loguercio, A., Kehrig, R. T. (2010) Prevalence and alcohol user profile in adult population in a South Brazilian city. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 679-685.

Brasil. (2009) Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Brasília: 2009.

Brasil. (2010) Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Brasília: 2010.

Campbell, H. (2000). The glass phallus: Pub(lic) masculinity and drinking in rural New Zealand. *Rural Sociology*, v. 65, p. 562-581.

Chen, W. J. A., Parnell, S. E., West, J. R. (2001) Nicotine decreases blood alcohol concentration in neonatal rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 25, p. 1072–1077.

Clausen, T., Rossow, I., Naidoo, N., Kowal, P. (2009) Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction* 104(7):1147-54.

Corradi-Webster, C. M., Laprega, M. R., Furtado E. F. (2005) Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Rev Latino-am Enfermagem* n. 13, p. 1213-1218.

Costa, J. S. D., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., Olinto, M. T. A., Macedo, S. (2004) Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*, 38: 284-291.

Dawson, D. A. (2000) Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 59:235–249.

De Leon, J., Rendon, D. M., Baca-Garcia, E. (2007) Association between smoking and alcohol use in the general population: Stable and unstable odds ratios across two years in two different countries. *Alcohol and Alcoholism* v. 42, n. 03, p. 252–257.

De Micheli, D., Fisberg, M., Formigoni, M. L. O. S. (2004) Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Brás*, v. 50, n. 3, p. 305-313.

Derrick, J. L., Leonard, K. E., Quigley, B. M., Houston, R. J., Testa, M., Kubiak, A. (2010) Relationship-specific alcohol expectancies in couples with concordant and discrepant drinking patterns. *J Stud Alcohol Drugs*, v. 71, n. 5, p. 761-768.

Donovan, K., Donovan, R., Howat, P., Weller, N. (2007) Magazine alcohol advertising compliance with the Australian Alcoholic Beverages Advertising Code. *Drug Alcohol Rev.* v. 26, n. 1, p. 73-81.

Kerr, W. C., Patterson, D., Greenfield, T. K. (2009) Differences in the measured alcohol content of drinks between black, white and Hispanic men and women in a US national sample. *Addiction*, 104: 1503–1511.

Kim, J. H., Lee, S., Chow, J., Lau, J., Tsang, A., Choi, J., Griffiths, S. M. (2008) Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of Chinese adults in Hong Kong. *Alcohol & Alcoholism* 43: 360–370.

Laranjeira, R. et al (Org.). (2007) I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: SENAD.

Lê, A. D., Corrigan, W. A., Harding, J. W. S., Juzysch, W., Li, T. K. (2000) Involvement of nicotinic receptors in alcohol self-administration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 24, p. 155–163.

Leonard, K. E., & Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement, n. 13, p. 139-146.

Lima, C. T., Freire, A. C. C., Silva, A. P. B., et al. (2005) Concurrent and Construct Validity of the AUDIT In An Urban Brazilian Sample. *Alcohol & Alcoholism*, 40: 584–589.

Little, H. J. (2000) Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Research and Health*, v. 24, p. 215–224.

Livingston, M., Room, R. (2009) Variations by age and sex in alcohol related problematic behaviour per drinking volume and heavier drinking occasion. *Drug and Alcohol Dependence*. 101: 169–175

Malyutina, S., Bobak, M., Kurilovitch, D., Nikitin, Y., Marmot, M. (2004) Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol Alcohol.* 39:64-69.

Marii, J. J., Williams, P. (1986) A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatric* 148: 23-6.

Marques, A. C. P. R., Furtado, E. F. (2004) Brief interventions for alcohol related problems. *Rev Bras Psiquiatr.* 26(Supl I): 28-32.

Willis, J. (1999). Enkurma sikitoi: Commoditization, drink, and power among the Maasai. *International Journal of African Historical Studies*, v. 32, p. 339-357.

Minto, E. C., Corradi-Webster, C. M., Gorayeb, R., Laprega, M. R., Furtado, E. F. (2007) Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 16: 207-220.

Montero, S. A., Casado, P. G., Cruz, C. L., Fernández, F. B. (2001) Papel del Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. *MEDIFAM*, 11: 553-557.

NIAAA. (2005) A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Pinsky, I., El Jundi, S. A. R. J. (2008) Alcohol advertising and alcohol consumption among youngsters: review of the international literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 362-374.

Pomerleau, J., Mckee, M., Rose, R., Haerpfer, C. W., Rotman, D., Tumanov, S. (2008) Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol & Alcoholism.* 43:351-359.

Rehm, J., Klotsche, J., Patra, J. (2007) Comparative quantification of alcohol exposures as risk factor for global burden of disease. *Int J Methods Psychiatr Res* 16: 66-76.

Reinert, D. F., Allen, J. P. (2007) The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update os Research Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Researhc*. 31: 185-199.

Robles, T. F., Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology and Behavior* 79, 409–416.

Ronzani, T. M., Ribeiro, M. S., Amaral, M. B., Formigoni, M. L. O. S. (2005) Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 21: 852-861.

Ronzani, T. M., Rodrigues, T. P., Batista, A. G., Lourenço, L. M.; Formigoni, M. L.O.S. (2007) Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estud. psicol. (Natal)*, v. 12, n. 3, p. 285-290.

Room, R. (2004) Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, v. 58, p. 111–115.

Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Hunt-Carter, E. E. (2003). Development and initial validation of the Hangover Symptoms Scale: Prevalence and correlates of hangover symptoms in college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27: 1442-1450.

Szwarcwald, C. L., Viacava, F. (2005) Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública* 21 Supl.: S4-S5.

Tsai, J., Ford, E. S., Li, C., Pearson, W. S., Zhao, G. (2010) Binge Drinking and Suboptimal Self-Rated Health Among Adult Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 Jun 1

Vargas, D., Oliveira, M. A. F., Araújo, E. C. (2009) Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 25(8):1711-1720.

Victora, C. G., Huttly, S. R., Fuchs, S. C., Olinto, M. T. A. (1997) The role of conceptual frameworks in epidemiological analisis: A hierarquical approach. *International Journal of Epidemiology*. 26: 224 – 227.

Wild, T.C., Roberts, A.B., Cunningham, J., Schopflocher, D., Pazderka-Robinson, H. (2004) Alcohol problems and interest in self-help: a population study of Alberta adults. *Can J Public Health*. 95(2):127-32.

Whitlock, E. P., Green, C. A., Polen, M. R. (2004) Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=es30&part=>. Acesso em 23/09/2010.

World Health Organization. (2004) WHO Global status report on alcohol 2004. Disponível em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf. Acesso em 20/05/2010.

World Health Organization. (2005) Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2007) WHO Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Disponível em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html. acesso em 09/02/2009.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Teste AUDIT (Alcohol Users Disorders Identification Test)

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?
(0) Nunca SE A RESPOSTA FOR "NUNCA", CONTINUE NA <u>QUESTÃO 9</u> (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) Não se aplica (9) Ignorado
2. Quantas doses de álcool você toma normalmente ao beber? (VER QUADRO DE EQUIVALÊNCIA DE DOSE PADRÃO ABAIXO)
(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais (8) Não se aplica (9) Ignorado
3. Com que frequência você toma cinco ou mais doses de uma vez? (VER QUADRO DE EQUIVALÊNCIA DE DOSE PADRÃO ABAIXO)
(0) Nunca SE 2 E 3 FOR 0, CONTINUE NA <u>QUESTÃO 9</u> (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) Não se aplica (9) Ignorado
4. Quantas vezes, desde ____ do ano passado, você achou que não conseguiria parar de beber depois que começou?
(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) Não se aplica (9) Ignorado
5. Quantas vezes, desde ____ do ano passado, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que o que deveria ter feito?
(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias

- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

6. Quantas vezes, desde ____ do ano passado, você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias
- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

7. Quantas vezes, desde ____ do ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias
- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

8. Quantas vezes, desde ____ do ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias
- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa depois de beber?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses
- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou pediu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses
- (8) Não se aplica
- (9) Ignorado

Quadro de Equivalência de Dose Padrão (questões 2 e 3)

<ul style="list-style-type: none">• CERVEJA: 1 lata de cerveja: 1 dose 1 garrafa de cerveja: 2 doses• VINHO: 1 copo de vinho (250 ml): 2 doses 1 taça de vinho (150 ml): 1 dose 1 garrafa de vinho: 8 doses	<ul style="list-style-type: none">• CACHAÇA, VODCA, UÍSQE, OU CONHAQUE: ½ copo americano (60 ml): 1,5 doses 1 garrafa: mais de 20 doses• UÍSQE, RUM, LICOR, etc.: 1 dose “de dosador”: 1 dose
--	--

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA A COLETA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

BLOCO A: GERAL	Número do questionário: _____ ID_QUEST Tipo de entrevista: _____ TIPOENT
1. Sexo do (a) entrevistado(a); assinale uma das opções abaixo: (1) masculino (2) feminino	ASEXO
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA	
2. Quantos anos o (a) Sr.(a) tem? (Marcar os anos completos) idade ____ (99) não informou	ANOS
3. O (A) Sr.(a) considera a sua cor da pele: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (9) IGN	CORPEL
4. Neste momento o (a) Sr.(a) está? (1) casado(a) ou morando com companheiro(a) (2) solteiro(a) (3) divorciado(a) ou separado(a) (4) viúvo(a) (9) IGN	ECIVIL
10. Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola?(Marcar série/ano de estudo completo) (1) Anesc __ __ (77) Outros (especificar) _____ (88) NSA (99) IGN	ANOSEST

<p>11. No último mês o (a) Sr.(a) trabalhou e ganhou pelo trabalho?</p> <p>(1) sim, com carteira assinada (2) sim, sem carteira assinada (3) sim, funcionário público ou militar (4) sim, estudante (5) não (6) não, estudante (7) não, aposentado/pensionista (9) IGN</p>	TRAB
--	------

<p>9. No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa? <i>(lembrar que inclui salários, pensões, mesada (recebida de pessoas que não moram na sua casa), aluguéis, salário desemprego, ticket alimentação, bolsa família, etc). Renda 1 faz referência à renda do entrevistado. Renda T é a soma da renda do entrevistado adicionada da soma da renda das outras pessoas)</i></p> <p>renda1-Entrevistado _____ renda2 _____ renda3 _____ renda4 _____ renda5 _____ renda6 _____ renda7 _____ renda8 _____ renda9 _____ (9) IGN</p>	Renda1 RendaT
--	--

BLOCO B: PERGUNTAS ESPECÍFICAS

AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE A SUA SAÚDE. POR FAVOR, AGUARDE QUE EU TERMINE DE LER AS OPÇÕES E ENTÃO ESCOLHA UMA DELAS.

<p>12. Em geral o (a) Sr.(a) diria que sua saúde é:</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN</p>	SS1
--	-----

AGORA VOU FAZER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE

Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:

13. Doença de coluna ou costas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON1
14. Artrite ou reumatismo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON2
15. Fibromialgia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON3
16. Câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON4
17. Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON5
18. Bronquite ou asma?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON6
19. Hipertensão (pressão alta)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON7
20. Doença do coração ou cardiovascular?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON8
21. Insuficiência renal crônica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON9
22. Depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON10
23. Esquizofrenia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON11
24. Tuberculose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON12
25. Tendinite ou tendossinovite?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON13
26. Cirrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON14
27. Derrame, AVC ou isquemia cerebral?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON15
28. Úlcera no estômago ou duodeno?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON16

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) POSSA TER SENTIDO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. O(A) SR.(A) PODE RESPONDER SIM OU NÃO PARA AS QUESTÕES.

128. Tem dores de cabeça frequentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ1
129. Tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ2
130. Dorme mal?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ3
131. Assusta-se com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ4
132. Tem tremores de mão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ5
133. Sente-se nervoso(a),	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ6

tenso(a) ou preocupado(a)?				
134. Tem má digestão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ7
135. Tem dificuldade de pensar com clareza?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ8
136. Tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ9
137. Tem chorado mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ10
138. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ11
139. Tem dificuldades para tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ12
140. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ13
141. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ14
142. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ15
143. O(a) Sr(a) se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ16
144. Tem tido idéias de acabar com a vida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ17
145. Sente-se cansado o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ18
146. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ19
147. O(a) Sr.(a) se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ20
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS AO USO DE FUMO. PARA RESPONDÊ-LAS, CONSIDERE APENAS CIGARRO, CIGARRO DE PALHA, CHARUTO OU CACHIMBO. NÃO CONSIDERE OUTRAS FORMAS DE USO DE FUMO. CASO O(A) SR(A) FUME MAIS DE UM TIPO, RESPONDA AS QUESTÕES LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O TIPO QUE MAIS UTILIZA.				
148. O(A) Sr.(a) já fumou?				FUMO1
(0) Nunca → pule para <i>questão 173</i>				

(1) Sim (9) IGN	
149. O(A) Sr(a) fuma atualmente? (0) Não → <i>pule para questão 167</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FUMO2
150. Quantos cigarros em média o(a) Sr.(a) fuma por dia? (0) Até 10 (1) 11-20 (2) 21-30 (3) 31 ou mais (8) NSA (9) IGN	FUMO6
151. O(a) Sr.(a) é ex-fumante? (0) Não → <i>pule para questão 173</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FUMO10
AGORA VOU CONVERSAR SOBRE O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS. ESTAS QUESTÕES SÃO REFERENTES AO USO DE SERVIÇO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS.	
29. Nas últimas duas semanas, isto é, desde <dia/ mês> até hoje, o(a) Sr.(a) esteve em consulta com o médico? (0) Sim (1) Não → <i>pule para questão 122</i> (88) NSA (99) IGN	COMED
30. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <dia/ mês> até hoje, o(a) Sr.(a) recebeu a visita do agente comunitário de saúde da equipe do PSF, com exceção do agente que faz a vistoria da dengue? (0) Sim (1) Não (99) IGN	ACS

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que será realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Auto-avaliação de Saúde e Fatores Associados em Adultos da Área Urbana, Florianópolis/ SC, 2007” e me foi esclarecido que:

1. O estudo irá avaliar as condições de saúde da população de Florianópolis. Este será importante porque irá gerar informações úteis para a melhoria dos serviços de saúde. Participarão da pesquisa 1.800 adultos da população de Florianópolis.
2. Para conseguir os resultados desejados, será realizada uma entrevista e também serão medidos: pressão arterial, peso, altura, cintura e quadril que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário em torno de uma hora do seu tempo.
3. O benefício desta pesquisa será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.
4. Os riscos são mínimos, talvez você se sinta constrangido na tomada das medidas ou ao responder algumas perguntas.
5. Se você não se sentir bem durante a visita o entrevistador lhe encaminhará ao Posto de Saúde mais próximo ou ao Pronto Socorro.
6. Se, no transcorrer da pesquisa, você tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar pode procurar o(a) (nome do responsável pela pesquisa), responsável pela pesquisa no telefone 37219388

7. Você tem a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico.

8. As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, ou seja, seu nome não será mencionado e; em caso de divulgação em publicações científicas, os seus dados serão analisados em conjunto.

9. Caso você desejar, poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o responsável pela pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

DECLARO, também, que após devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

(assinatura do sujeito da pesquisa)

Responsável pelo projeto:

Endereço para contato:

Telefone para contato:

E-mail:

CEP – UFSC: Campus Universitário- Trindade- Telefone para contato:
(48) 37219388 ou 37219046.