

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

**ALCOOLISMO – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE ARARAQUARA (SP).**



Angélica de Moraes Manço Rubiatti

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Araraquara

2008

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

**ALCOOLISMO – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE ARARAQUARA (SP).**

Angélica de Moraes Manço Rubiatti

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Alimentos
e Nutrição – Ciências Nutricionais,
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de
Araraquara/SP, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita” – UNESP.

Araraquara

2008

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

R896a Rubiatti, Angélica de Moraes Manço
Alcoolismo – estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP) /
Angélica de Moraes Manco Rubiatti. – Araraquara, 2008.
128 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição.

Orientador: Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

1.Alcoolismo. 2.Epidemiologia. 3.Transtornos relacionados ao uso do álcool. I.Campos, Juliana Alvares Duarte Bonini, orient.. II. Título.

CAPES: 50700006

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Prof. Dr. João Bosco de Faria

Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo

Profa. Dra. Cíntia Alessandra Matiucci Pereira

Profa. Dra. Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia

Dedico este trabalho à memória do meu pai, Carlos Alberto Manço, à minha mãe, Maria Célia de Moraes Manço e à memória da minha avó, Maria Conceição Braga de Moraes, que sempre me incentivaram a estudar e a nunca desistir dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus sinceros agradecimentos à minha orientadora Profa. Dra. Juliana, pela seriedade, compreensão, competência e dedicação.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em aceitar participar da pesquisa.

Às amigas Elenice e Gladis, pelo apoio, incentivo e carinho.

À Ana Carolina Mori, pela sua competente atuação na coleta dos pontos posicionais dos participantes para realização das entrevistas telefônicas.

Ao meu irmão Carlinhos, ao meu avô e a todos os meus familiares, pelo incentivo e confiança, especialmente minha prima Beatriz.

Ao meu marido, Tiago, pela compreensão, incentivo, cooperação e paciência.

Aos meus alunos, colegas de trabalho e amigos, que dividiram comigo os bons e maus momentos desta longa caminhada.

Aos membros da Banca Examinadora pelas importantes contribuições ao nosso trabalho e disposição para participar deste processo de avaliação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, por contribuírem com meu processo de formação no mestrado e doutorado, em especial ao Prof. Dr. Bosco.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, pelo apoio e compreensão.

*“Quando, exatamente em que ponto é o que o rosa se transforma em vermelho?
Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não nos causa problema.
O difícil é distinguir o momento em que o rosa não é mais rosa.
Este é o problema que ocorre quando pensamos se alguém bebe normalmente ou é
alcoolista. O tempo da interface entre o beber normal e o alcoolismo leva anos.
É uma lenta passagem do rosa para o vermelho.”*

Jandira Masur

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência do alcoolismo e sua associação com os indicadores antropométricos do estado nutricional e com as características sócio-demográficas de moradores do município de Araraquara, SP, maiores de 18 anos de idade. Adotou-se delineamento amostral probabilístico estratificado segundo setor censitário e sexo. Participaram do estudo 1.710 indivíduos. Foram realizadas entrevistas por telefone por um único examinador. Como instrumento de rastreamento utilizou-se o teste de identificação das desordens relacionadas ao uso de álcool (AUDIT). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Para estudo das associações de interesse utilizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2). O nível de significância adotado foi de 5,00%. A amostra foi composta por 50,00% de homens e os participantes eram predominantemente casados (62,98%), nível econômico C (42,05%), nível de escolaridade colegial completo ou superior incompleto (37,89%), com religião (89,59%), trabalhadores (58,95%), que relataram não ser tabagistas (87,43%) e estado nutricional eutrófico (46,67%). Verificou-se elevado número de indivíduos com excesso de peso (51,01%). Dos entrevistados, 21,52% foram classificados como abstêmios, 60,06% como consumidores de bebida alcoólica moderados e 18,42% apresentaram comportamento de beber de risco. Houve associação significativa entre o padrão de consumo de bebida alcoólica e o sexo ($\chi^2=154,105$, $p=0,001$), nível econômico ($\chi^2=7,469$, $p=0,024$), religião ($\chi^2=12,360$, $p=0,001$), trabalho ($\chi^2=28,795$, $p=0,001$), tabagismo ($\chi^2=28,486$, $p=0,001$) e estado nutricional ($\chi^2=9,357$, $p=0,009$). O comportamento de beber em *binge* foi observado em 11,40% dos participantes. Houve associação significativa entre o comportamento de beber em *binge* e o sexo ($\chi^2=96,323$, $p=0,001$), nível econômico ($\chi^2=9,297$, $p=0,010$), nível de escolaridade ($\chi^2=4,502$, $p=0,034$), religião ($\chi^2=11,652$, $p=0,001$), trabalho ($\chi^2=24,574$, $p=0,001$), tabagismo ($\chi^2=8,182$, $p=0,004$) e estado nutricional ($\chi^2=11,851$, $p=0,009$). Frente aos achados, entende-se que a prevalência de beber de risco e sua associação com os fatores sócio-demográficos na população estudada merece atenção das autoridades do município de Araraquara para direcionar estratégias de prevenção e de combate ao consumo de risco de álcool e ao alcoolismo.

Palavras-chave: Alcoolismo, Epidemiologia, Transtornos relacionados ao uso de álcool.

ABSTRACT

This work aimed to study the prevalence of alcoholism associated with anthropometrical indices from the nutritional status as well as its relation to demographic characteristics of inhabitants over 18 years old from Araraquara, SP. The experiment design consisted of selecting samples from probabilistic stratified analysis according to census sectors and gender. A total of 1,710 adults were included in this study. It was performed interviews by telephone, all made by one person. As screening test it was applied the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Data were analyzed by descriptive statistics. In order to verify the associations of interest it was applied the chi-square test (χ^2). The significance level implemented was 5.00%. The sample was composed of 50.00% of men and the participants were predominantly married (62.98%), social class C (42.05%), high school level complete or graduation incomplete (37.89%), participant in some religion (89.59%), workers (58.95%), non-smokers (87.43%) and eutrophic nutritional status (46.67%). It was verified high number of overweight individuals (51.01%). From all interviewed, 21.52% were classified as abstainers, 60.06% as moderate drinkers and 18.42% presented risk drinking behavior. There was significant association between drinking alcohol pattern and gender ($\chi^2=154.105$, $p=0.001$), economical level ($\chi^2=7.469$, $p=0.024$), religion ($\chi^2=12.360$, $p=0.001$), occupation ($\chi^2=28.795$, $p=0.001$), smoking habit ($\chi^2=28.486$, $p=0.001$) and nutritional status ($\chi^2=9.357$, $p=0.009$). The binge drinking behavior was observed in 11.40% of the participants. There was significant association between binge drinking behavior and gender ($\chi^2=96.323$, $p=0.001$), economical level ($\chi^2=9.297$, $p=0.010$), school level ($\chi^2=4.502$, $p=0.034$), religion ($\chi^2=11.652$, $p=0.001$), occupation ($\chi^2=24.574$, $p=0.001$), smoking habit ($\chi^2=8.182$, $p=0.004$) and nutritional status ($\chi^2=11.851$, $p=0.009$). In front of the results, the risk drinking prevalence and its association with social-demographic characteristics in the population evaluated justify attention of authorities from the city of Araraquara in order to address the strategies for prevention and combat to risk alcohol consumption and to alcoholism.

Key-words: Alcoholism, Epidemiology, Alcohol related disorders.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Perfil sócio-demográfico da amostra. Araraquara, 2008.....80
- Tabela 2.** Distribuição dos participantes segundo as respostas do Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Araraquara, 2008.....81
- Tabela 3.** Padrão de consumo de bebida alcoólica segundo o AUDIT. Araraquara, 2008.....82
- Tabela 4.** Padrão de consumo de bebidas alcoólicas (G1: beber moderado; G2: beber de risco) segundo as variáveis sócio-demográficas de interesse. Araraquara, 2008.....83
- Tabela 5.** Comportamento de beber em *binge* segundo as variáveis sócio-demográficas de interesse. Araraquara, 2008.....86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão territorial e sorteio das quadras de cada setor do município de Araraquara (SP), 2007.....	72
Figura 2. Pontuação da escala socioeconômica da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978).....	76
Gráfico 1. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas segundo a classificação do AUDIT. Araraquara, 2008.....	84

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Classificação do risco dos indivíduos segundo o consumo de bebidas alcoólicas (BABOR et al., 2001).....75
- Quadro 2.** Classificação socioeconômica segundo o critério de pontuação proposto pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978).....77
- Quadro 3.** Classificação do estado nutricional dos indivíduos a partir do IMC (WHO, 1995).....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME: Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado

AEQ-III: *Alcohol Expectancy Questionnaire*

ANATEL: Agência Nacional de Telecomunicações

APS: Atenção Primária à Saúde

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

AUDIT-C: *First-three AUDIT questions inquiring quantity-frequency*

BMAST: *Brief Michigan Alcohol Screening Test*

BRFSS: *Behavioral Risk Factor System Surveillance*

CAGE: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener*

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*

DATASUS: Dados da Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde

DSM-III: Manual de Diagnóstico e Estatística - Terceira edição

DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística - Quarta edição

GENACIS: *Gender, Alcohol and Culture: an International Study*

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%

IMC: Índice de Massa Corporal

LDL-C: *Low Density Lipoprotein - Cholesterol*

MAST: *Michigan Alcohol Screening Test*

NHANES: *National Health and Nutrition Examination Survey*

OMS: Organização Mundial da Saúde

OR: *Odds Ration*

PSAD: *Psychosomatic-Anxiety-Depression*

ROC Curve: *Receiver Operating Characteristic Curve*

RP: Razão de Prevalência

SCID: *Structured Clinical Interview for Diagnosis*

SMAST: *Short Michigan Alcohol Screening Test*

SQR-20: *Self-Report Questionnaire-20*

TWEAK: *Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down*

UBS: Unidade Básica de Saúde

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO: *World Organization Health*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVO.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Métodos de diagnóstico do alcoolismo.....	23
3.2 Consumo de álcool por adultos no mundo.....	34
3.3 Estudos epidemiológicos brasileiros.....	53
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	71
4.1 Delineamento.....	71
4.2 Entrevistas.....	73
4.3 Aspectos Éticos.....	74
4.4 Variáveis de Estudo e Instrumento de Medida.....	75
4.5 Planejamento Estatístico.....	78
5 RESULTADOS.....	80
6 DISCUSSÃO.....	88
7 CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	125



Introdução

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas e as conseqüências de seu abuso, na população em geral, têm sido amplamente estudados a partir da segunda metade do século XX, principalmente em países desenvolvidos (DEMERS et al., 2001).

Cerca de 2 milhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas, sendo responsável por 3,20% de todas as mortes e por 4,00% de todos os anos de vida útil perdidos. O consumo global de álcool tem aumentado nas últimas décadas, principalmente em países em desenvolvimento (THE WORLD HEALTH REPORT, 2002).

De acordo com Jernigan (2002), os adultos residentes em países em desenvolvimento são mais abstinente ao álcool do que os adultos moradores de países desenvolvidos. Entretanto, em alguns países em desenvolvimento, o uso de álcool tem se tornado cada vez mais freqüente, principalmente aos finais de semana.

O consumo excessivo de álcool, ou seja, aquele que causa riscos ou danos importantes ao indivíduo, pode ocorrer de diferentes maneiras como o consumo elevado diário, episódios repetitivos de beber até causar intoxicação, consumo que leva a danos físicos ou mentais, consumo que ocasiona o desenvolvimento de dependência ao álcool ou aumento da quantidade ingerida (BABOR et al., 2001).

Babor et al. (2001); Paz Filho et al. (2001) e Reis e Rodrigues (2003) ressaltam que o consumo exagerado de álcool representa uma grande perda econômica para as nações. Dados da Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de 2001 a 2003, apontam que, dentre as drogas psicotrópicas utilizadas no Brasil, o uso abusivo de álcool representa 84,50% (BRASIL, 2004).

Cardim et al. (1986); Masur e Jorge (1986); Galduróz e Caetano (2004); Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004b) e Gorgulho e Rós (2006) apresentam em trabalhos de

revisão, dados epidemiológicos brasileiros sobre alcoolismo, alertando para a importância da detecção precoce nas diferentes populações, uma vez que o álcool exerce importante influência na etiologia e permanência de vários problemas sociais, econômicos e de saúde.

Em novembro de 2005, foi realizada no Brasil a Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas para o Álcool, que contou com representantes governamentais de 26 países. Nesta Conferência, discutiu-se o impacto causado pelo uso indevido de álcool na saúde e na segurança de populações pan-americanas. De acordo com o parecer emitido pelos participantes, o álcool é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças crônicas nas Américas. Contudo, alertam que seus danos têm sido negligenciados, mesmo com evidências científicas de que o consumo de risco do álcool causa morte prematura, doença e incapacidade, além de mortes violentas, lesões intencionais e não-intencionais e danos sociais para os próprios bebedores e para outras pessoas. Outro aspecto salientado nesta Conferência é o fato de em muitos países haver um significativo consumo de álcool não registrado.

Para Moraes et al. (2006), cada vez mais a sociedade brasileira sofre o impacto do custo social gerado pelo consumo abusivo de álcool. Os investimentos dispensados à prevenção e tratamento do alcoolismo não têm reduzido a prevalência deste comportamento, nem os problemas decorrentes do mesmo. Cardim et al. (1986) e Moraes et al. (2006) acreditam que a realização de estudos epidemiológicos brasileiros possa propiciar o maior ganho de saúde possível, com menor utilização dos escassos recursos destinados ao sistema de saúde, uma vez que irão direcionar as estratégias de intervenção.

Para vislumbrar alteração no cenário do consumo de álcool de maneira positiva faz-se necessária a detecção precoce do beber de risco (HENRIQUE et al., 2004; CORRADI-WEBSTER et al., 2005). Assim, pesquisas relacionadas ao consumo de álcool na população podem facilitar a triagem dos indivíduos com consumo alcoólico abusivo.

Diante deste cenário, Trois et al. (1997) enfatizam a necessidade de novas pesquisas nesta área com o emprego de métodos confiáveis e válidos de detecção do uso de álcool.

Demers et al. (2001) ressaltam que a partir dos estudos epidemiológicos do alcoolismo, é possível quantificar o consumo de álcool e identificar as características dos usuários e os locais de maior consumo e problemas relacionados, facilitando o direcionamento das propostas de prevenção e intervenção. Outro aspecto relevante é que estudos epidemiológicos do consumo de álcool podem e devem ser repetidos de tempos em tempos, para possibilitar o monitoramento da situação de consumo na sociedade e para avaliação das iniciativas políticas na prevenção do alcoolismo.

Pelo fato do alcoolismo encontrar-se entre os dez mais importantes problemas de saúde, entende-se que este deve compor a lista de prioridades na saúde pública. Dentre os projetos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em vigência no Brasil pode-se destacar aquele que visa programar e desenvolver intervenções breves, técnicas terapêuticas concisas e de curta duração, em relação ao consumo de álcool, especialmente voltados aos usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo. A proposta é de que estas intervenções sejam adotadas como um recurso básico, efetivo e economicamente viável (MARQUES; FURTADO, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004a), o álcool não é um produto comum e enquanto for carregado de conotações de prazer e sociabilidade, graves conseqüências serão atribuídas ao seu uso, especialmente em países em desenvolvimento.

A negação da dependência de álcool por parte dos consumidores, o despreparo dos profissionais de saúde, a necessidade de um diagnóstico precoce e a falta de critérios para determinar quando o consumo de álcool é excessivo resultam na dificuldade de diagnóstico do alcoolismo (REIS; RODRIGUES, 2003; AMARAL; MALBERGIER, 2004; BRASIL, 2004).

Estas dificuldades tornam, muitas vezes, o diagnóstico do alcoolismo impreciso e subestimado, fazendo com que o mesmo ocorra quando o paciente alcoólatra já está em um estágio de dependência avançado, com comprometimentos físicos, psíquicos e sociais (PAZ FILHO et al., 2001; REIS; RODRIGUES, 2003).

Para Henrique et al. (2004), mesmo reconhecida a necessidade de equilíbrio entre as atuações assistenciais e preventivas no uso de álcool, a formação dos profissionais de saúde é ainda muito direcionada à intervenção curativa. Meloni e Laranjeira (2004) ressaltam que os profissionais de saúde são agentes privilegiados na formulação de políticas públicas e deveriam estar preocupados com a situação do consumo de álcool no país.

Demers et al. (2001) alertam que este tipo de pesquisa ainda é pouco comum em países em desenvolvimento e que a falta de critério ou padronização metodológica muitas vezes inviabiliza a comparação entre os diversos estudos. Assim, os métodos diagnósticos representam um obstáculo a ser ultrapassado pelos profissionais (HENRIQUE et al., 2004).

Mesmo com a necessidade de estudos mais abrangentes e específicos associados ao álcool no Brasil, os resultados existentes já são suficientes para confirmar a prioridade de intervenções eficientes para este grupo (GALDURÓZ et al., 1999; CARLINI et al., 2002; MELONI; LARANJEIRA, 2004; GALDURÓZ et al., 2005a; GALDURÓZ et al., 2005b; LARANJEIRA et al., 2007).

Assim, a realização de estudos que utilizem instrumentos de rastreamento validados para determinação de padrão de consumo de álcool é de extrema importância, pois, além destes serem de fácil aplicação e baixo custo, são mais sensíveis para detecção de consumidores de álcool com padrão de risco e, desta forma, facilitará a intervenção direcionada à prevenção da dependência de álcool e dos diversos problemas associados ao álcool.



Objetivo

2 OBJETIVO

Considerando a importância do diagnóstico precoce para implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento do alcoolismo realizou-se este estudo com o objetivo de estimar a prevalência do alcoolismo e sua associação com os indicadores antropométricos do estado nutricional e com as características sócio-demográficas de moradores do município de Araraquara, SP, maiores de 18 anos de idade.



Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Métodos de diagnóstico do alcoolismo

O alcoolismo contribui na etiologia e manutenção de problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no Brasil. Galduróz e Caetano (2004) apontam a necessidade de se aumentar a ênfase dada aos estudos epidemiológicos de consumo de álcool nos países, não somente com a ampliação, como também a renovação sistemática das pesquisas.

De acordo com Dawe e Mattick (1997) e com Formigoni e Castel (1999) para a escolha de um método de rastreamento ou diagnóstico de alcoolismo é necessário levar em consideração o objetivo, a utilidade clínica, o período de tempo que se pretende avaliar, a população-alvo, a existência de normas, o tipo de administração, o nível de treinamento necessário e o custo. Os instrumentos comumente utilizados podem ser classificados em triagem, diagnóstico, avaliação do consumo de álcool, dos comportamentos associados ao consumo de álcool, do comprometimento de outras áreas, planejamento do tratamento e avaliação de resultados. Independente do motivo da escolha do método, os autores alertam para a necessidade de se trabalhar com um instrumento confiável e válido.

Os instrumentos de triagem ou rastreamento são de rápida aplicação e destinados à investigação de populações que provavelmente apresentam problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de álcool. A diferença dos instrumentos de triagem e de diagnóstico, segundo Formigoni e Castel (1999), é que os primeiros apresentam maior sensibilidade, enquanto que os últimos são mais específicos. Como exemplos de instrumentos de rastreamento destacam-se o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener (CAGE)* e *Michigan Alcohol Screening Test (MAST)* (FORMIGONI; CASTEL, 1999; DAWE et al., 2002; LARANJEIRA et al., 2003).

O AUDIT é composto por 10 questões e foi desenvolvido pela OMS, baseado em estudos conduzidos na Austrália, Kenia, Noruega, Bulgária, México e Estados Unidos (BABOR et al., 1992; SAUNDERS et al., 1993b). A versão em português brasileira do AUDIT foi proposta por Mendéz (1999) e posteriormente, validada por Lima et al. (2005).

O AUDIT é um instrumento que avalia problemas associados ao consumo de álcool e detecta o padrão de consumo de risco. É, particularmente, indicado para atenção primária à saúde e utilizado por diferentes países, em diversos grupos culturais. O ponto de corte para determinação de consumo de beber de risco é 8 ou mais pontos. Contudo, pode variar de estudo para estudo, sendo que este padrão de consumo de risco está associado às conseqüências médicas, problemas psicológicos e sociais, entre outros (DAWE et al., 2002; KNIBBE et al., 2006; CROTON, 2007).

Este instrumento é capaz de identificar a quantidade, freqüência de consumo de bebida e dependência. As três primeiras questões permitem estimar o uso de álcool e as demais mensuraram as conseqüências relacionadas ao consumo de álcool, sendo que as questões de número 4, 5 e 6 avaliam a dependência de álcool e as questões 7, 8, 9 e 10, os prejuízos com seu consumo abusivo (DAWE et al., 2002; KNIBBE et al., 2006).

O AUDIT diferencia-se de outros instrumentos de triagem para alcoolismo, pois para sua elaboração foi utilizado um raciocínio estatístico-conceitual para a seleção das questões, enfatizando a identificação do consumo de risco em lugar da dependência de longa duração e as conseqüências do beber excessivo, se concentrando em sintomas apresentados em um passado recente. Sua sensibilidade foi avaliada em 0,9 e a especificidade acima de 0,8. O AUDIT pode ser auto-aplicado ou respondido por entrevista. Seu preenchimento pode ser concluído entre 2 e 4 minutos. As pontuações do AUDIT se correlacionam positivamente com as medidas de conseqüências do consumo, alterações de comportamento, vulnerabilidade à dependência de álcool e estados de ânimo negativos (BABOR et al., 2001; CROTON, 2007).

O CAGE é composto por quatro questões, um instrumento simples e breve, sendo que a partir de duas respostas afirmativas há indícios de dependência de álcool (DAWE et al., 2002; CROTON, 2007). Foi proposto por Mayfield et al. (1974) na língua inglesa e traduzido e validado para o português por Masur e Monteiro (1983).

O CAGE é menos sensível para determinar consumo abusivo de álcool entre os mais jovens e em populações e os casos de abuso ou dependência de álcool nos últimos 12 meses ou mais recentes. Por ser rápido, aplicável em menos de 1 minuto, quando acompanhado de questões sobre quantidade e frequência de consumo de álcool, torna-se um instrumento útil para ser incorporado às rotinas médicas ou entrevistas psicológicas (DAWE et al., 2002; LARANJEIRA et al., 2003; CROTON, 2007).

O MAST, composto por 25 questões, é capaz de identificar os casos mais graves de alcoolismo e não permite a diferenciação do alcoolismo no passado ou no presente. É um instrumento auto-aplicado, podendo ser preenchido em 10 minutos. O ponto de corte estabelecido para a possibilidade de alcoolismo é treze pontos. O MAST é útil para identificar a história progressiva de dependência de álcool e pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde. Como desvantagens deste instrumento pode-se citar o fato do mesmo ser composto por um maior número de questões e ser ausente de questões relacionadas ao consumo de álcool e episódios de *binge drinking*, comumente encontrado em jovens e em consumidores de álcool não-dependentes. Está também disponível nas versões *Short Michigan Alcohol Screening Test* (SMAST), composto de 13 questões, *Brief Michigan Alcohol Screening Test* (BMAST), composto de 10 questões e *Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric* (MAST-G) para avaliar os problemas associados álcool em indivíduos idosos (DAWE et al., 2002). O MAST foi originalmente desenvolvido por Selzer (1971) na língua inglesa e traduzido e validado para o português por Vaz-Serra e Lima (1973).

MacKenzie et al. (1996) desenvolveram um trabalho, cujo objetivo foi comparar o AUDIT, o CAGE e o MAST abreviado, quanto à caracterização dos padrões de consumo seguro, prejudicial e perigoso de álcool. Os participantes da pesquisa foram recrutados do *St John's Hospital, Livingston*, Reino Unido. A pesquisa teve a duração de 11 semanas, entre fevereiro e maio de 1995. Participaram 240 indivíduos voluntários com idade acima de 17 anos. Os pacientes classificados como “casos” foram aqueles que apresentaram ingestão de álcool semanalmente acima de 14 doses para mulheres ou acima de 21 doses para homens (pontos de corte para AUDIT: 8, CAGE: 1 e MAST abreviado: 6). A idade média da amostra foi de $54,0 \pm 18,8$ anos, sem diferenças significativas entre os sexos ou na prevalência de diagnóstico clínico primário relacionado ao álcool. Seis mulheres e 22 homens foram considerados “casos”. Os usuários de álcool com consumo considerado prejudicial ou perigoso eram significativamente mais jovens do que os consumidores de uso seguro. A área da curva ROC foi de 0,96, 0,85 e 0,63 para o AUDIT, o CAGE e o MAST abreviado, respectivamente, para o consumo acima de 14 doses (mulheres) e acima de 21 doses (homens). Para o consumo de doses de bebida alcoólica acima destes valores as áreas foram de 0,99, 0,91 e 0,70, respectivamente. Já, utilizando o critério “diagnóstico clínico”, cujo ponto de corte para o AUDIT é de 19, para o CAGE de 3 e para o MAST abreviado de 13, as áreas foram de 0,86, 0,83 e 0,81, respectivamente. Com base nestes achados, os autores concluem que o AUDIT foi significativamente mais sensível e específico do que o CAGE e o MAST abreviado, com exceção da sensibilidade para o “diagnóstico clínico”, sugerindo que o AUDIT deve fazer parte do prontuário de rotina de admissões médicas para obtenção de informações adicionais.

Bradley et al. (1998) compararam a performance dos questionários CAGE, AUDIT e CAGE adaptado (um questionário que contém as quatro questões do CAGE associada às duas primeiras questões do AUDIT mais uma questão para verificar a presença de problemas

relacionados ao álcool) na identificação de padrões de consumo pesado de álcool e abuso ou dependência ativa de álcool. A pesquisa foi realizada com 6.116 pacientes de três Centros Médicos em 1994, no Hospital Universitário de *Washington*, Estados Unidos. Dos participantes, 2.875 (47,00%) foram considerados bebedores, por consumirem 5 doses ou mais de bebida alcoólica no último ano. Para este grupo foi enviado um Questionário de Práticas de Consumo de Álcool e foram selecionados 261 pacientes, que foram entrevistados pelo telefone e forneceram detalhes dos tipos e quantidade de bebidas alcoólicas consumidas. Destes, 127 (49,00%) apresentaram abuso ou dependência de álcool durante sua história de vida, 56 (22,00%) abuso e dependência ativa de álcool, 89 (34,00%) consumo pesado de álcool e 105 (40,00%) consumo pesado de álcool e/ou abuso e dependência ativa de álcool. E ainda, 39,00% relataram consumir 6 ou mais doses de álcool em uma mesma ocasião durante o último ano. Foram analisadas a sensibilidade e a especificidade dos questionários CAGE, AUDIT e CAGE adaptado, por meio das curvas ROC. A comparação das áreas destas curvas indicou que para identificação de abuso ou dependência de álcool, o CAGE adaptado apresentou melhor performance ($p < 0,001$) do que o CAGE ou AUDIT. Para identificação do consumo pesado de álcool e também do consumo pesado de álcool e abuso ou dependência de álcool ativo juntos, o AUDIT apresentou melhor performance quando comparado aos demais instrumentos ($p < 0,001$). Utilizando os pontos de corte tradicionais para os questionários, 47,00% dos pacientes apresentaram CAGE positivo (≥ 2) para consumo pesado de álcool ou abuso ou dependência ativa de álcool, 45,00% pelo AUDIT (≥ 8) e 28,00% pelo CAGE adaptado (≥ 2). O AUDIT ainda apresentou alta especificidade para identificação de consumo pesado de álcool ou abuso ou dependência ativa de álcool. O CAGE e o CAGE adaptado apresentaram melhor performance para identificação de abuso ou dependência de álcool durante a história de vida do paciente. Assim, os autores salientam que a escolha de um instrumento vai depender da meta a ser alcançada e que, neste estudo, o AUDIT mostrou-se

melhor que os demais instrumentos avaliados na identificação de pacientes com consumo pesado ou abuso e dependência de álcool.

Bisson et al. (1999) avaliaram a sensibilidade e a especificidade do CAGE em cada sexo utilizando dados da Pesquisa Social e de Saúde na cidade de Quebec realizada em 1992. O estudo foi realizado com 18.299 indivíduos residentes em Quebec, Canadá, com exceção dos moradores das regiões norte e reservas nativas americanas. Os dados foram obtidos mediante a entrevista pessoal com o chefe de cada residência. Além disso, cada morador com idade acima de 15 anos preencheu um questionário, contendo questões sobre o consumo de álcool e as questões do CAGE. Dos participantes, 52,00% eram homens, na faixa etária de 15 a 92 anos, com idade média de $39,40 \pm 15,40$ anos. Entre os homens, 9,10% relataram consumir 15 doses ou mais de álcool semanalmente, sendo que destes, 3,90% consumiram 22 doses ou mais e 1,70%, 29 doses ou mais. Entre as mulheres, 1,20% consumiram semanalmente 15 doses ou mais e destas, 0,30% e 0,10% consumiram 22 doses ou mais e 29 doses ou mais, respectivamente. Pelo CAGE, 10,10% dos homens e 5,50% das mulheres apresentaram consumo pesado de álcool. Foi avaliada também a prevalência do CAGE, para uma, três e quatro respostas positivas, sendo que 15,00% dos homens apresentaram uma resposta positiva, 11,00% três respostas positivas e 2,90% quatro respostas. Nas mesmas condições, 9,80%, 4,00% e 0,60% das mulheres apresentaram respostas positivas ao CAGE, respectivamente. Ao ser analisada cada questão do CAGE, 27,80% dos homens e 12,90% das mulheres afirmaram sentir a necessidade de diminuir a quantidade de bebida alcoólica consumida, 21,00% dos homens e 7,70% relataram se sentir aborrecido, quando as pessoas criticam seu modo de beber, 23,00% dos homens e 12,70% das mulheres confirmaram sentir culpa ou remorso depois de beber e 8,10% dos homens e 1,80% das mulheres necessitaram beber pela manhã para se sentir melhor. No consumo pesado de álcool, a sensibilidade e a especificidade do CAGE foi de 73,10% e 77,90%, respectivamente. Entre as mulheres, estes

valores foram de 60,80% para sensibilidade e 90,50% para especificidade. Dentre os problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas, os mais prevalentes entre os homens foram beber e dirigir (21,60%) e brigas e problemas com a polícia (17,70%) e entre as mulheres, problemas no trabalho ou na escola (5,50%) e rompimentos familiares e com amigos (5,40%). Segundo os pesquisadores, o CAGE não apresentou simultaneamente boa sensibilidade e boa especificidade, não identificando os consumidores de álcool pesado recentes ou os problemas associados ao consumo de álcool entre a população geral de Quebec.

Figlie et al. (2000), ao comparar os instrumentos CAGE, MAST e AUDIT, afirmaram que o AUDIT é o instrumento que melhor identifica problemas com uso abusivo de álcool e dependência. Segundo os pesquisadores, o CAGE não identifica adequadamente estes indivíduos, enquanto o MAST apresenta-se falho na identificação dos problemas recentes decorrentes do consumo pesado de álcool.

Um estudo transversal em pacientes da clínica médica do pronto-socorro do Hospital Universitário Cajuru, São Paulo, foi realizado por Paz Filho et al. (2001), com a participação de 374 pacientes, com objetivo de determinar se o CAGE é capaz de suprir a dificuldade de detecção do alcoolismo. Como instrumentos de medida foram utilizados o CAGE e o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Dos pacientes entrevistados, 46,80% eram homens, a idade média dos participantes foi de $37,00 \pm 15,60$ anos, com a faixa etária predominante de 14 a 32 anos (44,40%). Dentre os entrevistados, 49,20% eram casados, 68,20% católicos, a média de filhos foi de $2,28 \pm 2,44$, a média de anos de estudo foi de $6,63 \pm 4,43$ anos e 62,00% estavam empregados. Com base nas respostas ao CAGE e pelo CIDI, a prevalência de transtornos decorrentes do uso de álcool foi de 35,80 e 15,80%, respectivamente. Ao serem analisados os diferentes pontos de corte para o CAGE, observou-se que utilizando o ponto de corte 1, a sensibilidade encontrada é de 91,52% e a

especificidade de 57,46%. Com o ponto de corte 2, preconizado pela literatura, a sensibilidade é de 84,74% e a especificidade de 73,33%. Em relação ao ponto de corte 3, a sensibilidade é de 57,62% e a especificidade de 87,61%. Quanto ao ponto de corte 4, encontrou-se a sensibilidade de 30,50% e especificidade de 97,14%. Diante destes resultados, pode-se concluir que o ponto de corte igual a 2 apresentou os melhores valores de sensibilidade e especificidade simultaneamente, o que permite minimizar a inclusão de falsos-positivos e de falsos-negativos na triagem. Frente aos achados, os autores ressaltam a praticidade do questionário CAGE, levando vantagem, segundo eles, sobre outros testes mais extensos, como AUDIT e MAST, podendo ser útil na identificação de pacientes com desordens de uso de álcool no departamento de emergências clínicas.

Segundo Babor et al. (2001) e Donovan et al. (2006), o AUDIT apresenta uma precisão igual ou superior aos demais instrumentos, tendo como principais vantagens o fato de ser validado em seis países e ser o único instrumento direcionado especificamente ao uso internacional para identificação do consumo de risco, consumo prejudicial e dependência de álcool. Além disso, os autores apresentam como vantagens do AUDIT sua brevidade, rapidez, flexibilidade e consistência.

Segundo Dawe et al. (2002), o AUDIT deve ser a primeira escolha entre os instrumentos de rastreamento disponíveis, pois é extremamente útil para identificar indivíduos com alto consumo de álcool e problemas a ele relacionados, além de ser mais sensível, do que o CAGE e o MAST.

Hearne et al. (2002) realizaram um estudo para quantificar a prevalência de abuso e dependência de álcool e comparar a sensibilidade e a especificidade de instrumentos utilizados para sua detecção. O estudo foi conduzido no *Mater Misericordie Hospital* em Dublin, Irlanda, durante os últimos sete meses de 1999. Dentre os instrumentos avaliados, encontra-se o AUDIT, o CAGE e o MAST abreviado. Os pacientes admitidos entre os meses

de setembro e dezembro participaram do estudo e aqueles que se apresentaram acima do ponto de corte estabelecido por pelo menos um dos instrumentos, preencheram a *Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID)*, proposto pela Associação de Psiquiatria Americana e o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-IV) para confirmação do diagnóstico. Dos 424 pacientes entrevistados, 134 apresentaram pontos de corte acima em pelo menos um dos questionários. Destes, 37 (29 homens e 9 mulheres) foram diagnosticados pelo DSM-IV como consumidores abusivos de álcool e 42 (36 homens e 6 mulheres) como dependentes de álcool. De acordo com o AUDIT, 28,00% dos pacientes apresentaram consumo perigoso de álcool, porém, quando comparados ao DSM-IV verificou-se que 30,00% deste diagnóstico eram falso-positivos. A sensibilidade do AUDIT foi de 0,89 e a especificidade de 0,91. Utilizando-se o CAGE, 16,0% dos pacientes apresentaram problemas de abuso ou dependência de álcool e comparado ao DSM-IV, somente 6,00% dos casos foram considerados falso-positivos. A sensibilidade do CAGE foi de 0,77 e a especificidade de 0,99. Os resultados obtidos com o MAST abreviado apontaram que este apresenta alta especificidade (1,00), porém baixa sensibilidade (0,37), mostrando-se um instrumento ruim para detecção de consumo excessivo de álcool. Os autores concluíram que o CAGE é um bom instrumento para detecção de consumo abusivo e dependência de álcool em pacientes hospitalizados.

Kelly et al. (2002) estudaram a confiabilidade e validade dos instrumentos CAGE, AUDIT e *Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down (TWEAK)* quando aplicados em adolescentes. Como critérios de inclusão adotou-se idade entre 12 e 20 anos, não apresentar problemas mentais, pacientes menores de 18 anos acompanhados de familiares ou representantes legais e com capacidade de ler e preencher sozinho o questionário. Dos 282 participantes, 60,30% relataram não fazer uso de álcool, 3,20% apresentaram respostas inconsistentes sobre consumo de álcool e 36,50%, sendo 48 mulheres e 55 homens, afirmaram consumir álcool e foram alvo desta pesquisa. A correlação entre o AUDIT e o TWEAK foi de

0,83, entre o AUDIT e o CAGE foi de 0,43 e entre o TWEAK e o CAGE foi de 0,53. Pelo AUDIT e pelo CAGE, 30 pacientes foram classificados com consumo perigoso, enquanto que pelo TWEAK, 28 pacientes apresentaram este padrão de consumo. Para o AUDIT a consistência dos dados foi maior ($\alpha=0,88$), seguido pelo CAGE ($\alpha=0,66$) e pelo TWEAK ($\alpha=0,50$). Dos três instrumentos, o AUDIT apresentou melhor performance para identificar o uso problemático de álcool entre os adolescentes tratados em departamentos de emergência.

Marques e Furtado (2004) afirmaram em seu estudo que na atual situação financeira do Brasil, o foco e a prioridade de políticas assistenciais devem ser de grande alcance e efetividade, uma vez que o uso dos recursos é limitado. Para a eficácia destas intervenções sugerem o uso de um instrumento padronizado de rastreamento, como o AUDIT, para que se possa conhecer o usuário de álcool e direcionar a intervenção ou aconselhamento de modo mais preciso.

Agabio et al. (2006) estimaram o número de pacientes de atenção primária com a possibilidade de desordens no consumo de álcool em Cagliari, Sardenia, Itália, por meio da auto-aplicação dos questionários CAGE e AUDIT. A seleção dos participantes foi realizada por 10 médicos. Os pacientes responderam os questionários CAGE e AUDIT e dados sobre sexo, idade, educação e estado civil. Aqueles que apresentaram resultado positivo para o consumo de risco de álcool, em pelo menos um dos questionários, foram incluídos na pesquisa, totalizando 506 pessoas. Os pacientes foram analisados segundo três diferentes pontos de corte para o CAGE e o AUDIT. Considerando os pontos de corte 1 para o CAGE e 5 para o AUDIT, 79 (15,60%) pacientes foram diagnosticados com desordens no consumo de álcool, com proporção significativamente maior em homens (73,40%), do que em mulheres (26,60%), já considerando pontos de corte 2 para o CAGE e 8 para o AUDIT, 30 (5,90%) deles foram diagnosticados com desordens ao álcool, com proporção significativamente maior em homens (83,30%), do que em mulheres (16,70%) e finalmente, considerando pontos de

corte para homens (2 para CAGE e 8 para AUDIT) e para mulheres (1 para CAGE e 5 para AUDIT), 46 (9,10%) apresentaram desordens ao álcool, com proporção significativamente maior em homens (54,40%) do que em mulheres (45,60%). Os resultados também apontaram diferenças não-significativas, quanto à idade, nível de escolaridade e estado civil entre os sujeitos diagnosticados com ou sem desordens no consumo de álcool. Segundo os autores, o uso concomitante dos questionários CAGE e AUDIT leva a identificação de um maior número de pacientes com desordens associadas ao uso de álcool. Os autores sugerem que os questionários CAGE e AUDIT são instrumentos úteis que devem ser utilizados em consultórios médicos para identificação de pacientes com desordens relacionadas ao álcool.

Coulton et al. (2006) avaliaram a eficácia de métodos de rastreamento para identificação de problemas associados ao uso de álcool no Reino Unido. Participaram da pesquisa 194 pacientes de seis consultórios médicos do Sudoeste do País de Gales, com 18 anos ou mais, que responderam ao AUDIT. Destes participantes, 112 foram classificados com consumo de álcool de risco. Foram avaliados os marcadores bioquímicos utilizados na prática clínica, o AUDIT, episódios de *binge drinking* e utilizou-se também o critério DSM-IV. O AUDIT comparado aos marcadores bioquímicos apresentou boa sensibilidade 69,00% (IC_{95%}: 57,0-81,0) e excelente especificidade 98,00% (IC_{95%}: 97,0-100,0) com valor preditivo positivo de 95,00% (IC_{95%}: 97,0-100,0) para identificação do consumo perigoso de álcool. Quanto aos episódios de *binge drinking*, o AUDIT apresentou sensibilidade de 66,00% (IC_{95%}: 54,0-78,0), especificidade de 97,00% (IC_{95%}: 95,0-99,0) e valor preditivo positivo de 91,00% (IC_{95%}: 95,0-99,0). Em se tratando do diagnóstico de dependência de álcool, o AUDIT apresentou sensibilidade de 84,00% (IC_{95%}: 66,0-100,0), especificidade de 83,00% (IC_{95%}: 81,0-86,0) e valor preditivo positivo de 41,00% (IC_{95%}: 32,0-50,0). Os autores concluíram que o AUDIT é bom um instrumento de rastreamento, de baixo custo na identificação de indivíduos com consumo de álcool de risco e que pode ser utilizado na atenção primária à saúde.

3.2 Consumo de álcool por adultos no mundo

Benjarano (1999) estudou o consumo de álcool na Costa Rica. Participaram 2.731 pessoas na faixa entre 12 e 70 anos. O questionário utilizado foi composto por 100 questões, relacionadas à idade, ocupação, escolaridade, religião, etnia, aspectos de saúde, conhecimentos e opiniões a respeito de drogas e outros problemas psicossociais. A ingestão de álcool foi aferida pelo CAGE. A maioria dos participantes eram mulheres (50,20%), na faixa etária entre 30 e 49 anos (38,55%), com baixo nível de escolaridade (57,50%), casados (50,85%) e residentes na área urbana (51,40%). Entre os homens, 55,20% eram consumidores habituais de álcool, enquanto entre as mulheres, este número foi de 29,60%. A faixa etária mais acometida foi de 20 e 49 anos, tanto para homens, quanto para as mulheres. Os homens com 7 a 12 anos de estudo foram os mais acometidos, enquanto para as mulheres com mais de 13 anos de estudo foram as com maior consumo de álcool. Uma em cada duas mulheres e um em cada cinco homens nunca ingeriu álcool na vida. O número de homens abstinentes diminuiu com a idade e nas mulheres, o número de abstinentes foi uniforme entre as faixas etárias avaliadas. Quanto à frequência de consumo de álcool, 38,10% dos entrevistados afirmaram fazê-lo mensalmente ou menos, 40,90% entre uma e três vezes por mês e 21,00% relataram consumo regular, ou seja, uma vez ou mais por semana. O consumo regular de álcool foi maior entre os homens (28,20%) do que entre as mulheres (7,60%). O consumo de álcool aumentou com a idade e com a escolaridade em ambos os sexos. Dos consumidores habituais, 23,00% apresentaram comportamento de beber pesado. A prevalência dos problemas associados ao álcool foi maior entre os homens com padrão de beber pesado. A maioria das mulheres (70,00%) relatou não beber diariamente e o beber ocasional e o beber pesado foi raro entre elas. Entre os homens verificou-se que 50,00% eram consumidor habitual de álcool e 20,00% era consumidor pesado de álcool. Diante dos resultados, os

autores apontaram a necessidade de elaboração de estratégias voltadas aos problemas associados ao uso de álcool e a inclusão de variáveis culturais em próximas pesquisas para melhor conhecimento da diversidade dos padrões de consumo de álcool.

Obot (2001) avaliou o consumo de álcool da população nigeriana e determinou os tipos de bebidas alcoólicas consumidas e os fatores demográficos associados ao seu uso, avaliou também a natureza dos problemas psicossociais com o uso pesado de álcool e as crenças, atitudes e regras nas comunidades. As entrevistas foram realizadas pessoalmente com 1.404 indivíduos do sexo masculino, dentre os quais 756 foram classificados como consumidores de álcool, aproximadamente 50,00% dos entrevistados estavam na faixa etária entre 30 e 49 anos, 72,60% apresentaram baixa e média condição econômica, 52,80% eram cristãos e 61,00% residentes na área rural. Os abstinentes eram muçulmanos (66,30%) e residentes nas áreas rural (42,20%) e urbana (41,50%). Dentre os consumidores de álcool, a bebida mais consumida foi a cerveja (43,00%) e 64,90% reportaram consumir cinco ou mais doses em uma mesma ocasião no mínimo uma vez por mês, ou seja, apresentaram consumo pesado de álcool. O beber pesado foi mais freqüente na área urbana (69,60%), entre aqueles com maior nível de escolaridade (74,20%), maior renda (88,20%) e que realizaram consumo de álcool 3 a 4 vezes por semana (72,20%). Os problemas associados ao álcool mais freqüentes entre os consumidores habituais e pesados foram sentir que deveria diminuir ou parar de beber (58,30%) e preocupar-se com as conseqüências do modo de beber (72,20%). Os consumidores habituais de álcool justificaram seu consumo, principalmente, pela bebida deixá-los felizes (25,70%) e os consumidores pesados pelo fato da bebida fazer parte da sua vida social. A razão principal para não consumir mais do que a quantidade habitual ou parar de beber se relacionou à religião para 41,80% dos consumidores habituais e ao aumento nas despesas para 42,90%. Diante dos achados, indica-se urgência no monitoramento do uso de álcool e problemas associados na Nigéria.

Na China, o padrão de utilização de álcool tem mudado e aumentado rapidamente desde o início da década de 80, o que tem despertado interesse nos profissionais de saúde para identificação das causas destas alterações. Assim Wei et al. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de obter informações sobre o padrão de consumo de álcool em seis áreas do país, descobrir os tipos de problemas associados ao álcool e os motivos que levaram ao seu consumo. Participaram 23.513 indivíduos residentes nas províncias de *Hunan, Anhui, Jilin, Sichuan e Shandong*, compreendidos na faixa etária entre 15 e 65 anos. O questionário utilizado avaliou características demográficas (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade e renda familiar), padrões de consumo de álcool (frequência, quantidade por ocasião de consumo, tipo de bebida consumida), atitudes associadas ao consumo de álcool e razões para o consumo. A relação entre homens e mulheres na pesquisa foi de 1:0,96 e a idade média dos participantes foi de 36,3 anos. Quanto ao estado civil, 84,20% eram casados, 30,50% estudaram por 10 a 12 anos, 43,50% pertencentes à classe social média e 44,60% eram assalariados. Os consumidores habituais de álcool foram 54,80%, sendo que 82,60% eram homens. Os homens apresentaram frequência de consumo maior do que as mulheres ($\chi^2=7857,40$, $p<0,0001$). Entre os homens, 22,70% relataram consumo de álcool semanal, enquanto 13,30% o faziam no mínimo uma vez ao dia. Em ambos os sexos, os que consumiram álcool com mais frequência foram aqueles na faixa etária entre 30 e 49 anos, com 13 ou mais anos de estudo, casados, classe social baixa a média e trabalhadores assalariados. As bebidas preferidas pelos homens foram as destiladas (38,20%) e pelas mulheres, o vinho (36,10%). As razões para o consumo de álcool em ambos os sexos incluíram uma boa maneira para celebrar (76,20%), atividades sociais (69,20%) e para aumentar a amizade (66,80%). Os homens apresentaram mais problemas relacionados ao consumo de álcool do que as mulheres, principalmente no tocante às queixas familiares e incapacidade de parar de beber. O abuso e a dependência de álcool foram encontrados em 1,10% e 3,40% dos chineses, aumentando com a

idade, sendo mais comum entre assalariados e agricultores, divorciados, de menor nível de escolaridade e classe social média. Diante dos resultados, conclui-se que os homens consumiram álcool em maior frequência e quantidade do que as mulheres e apresentaram maiores problemas associados a este consumo. Os chineses geralmente criticam as mulheres que ingerem bebida alcoólica em grande quantidade, o que influenciou no comportamento de beber neste grupo. Os fatores que poderiam explicar o aumento do consumo de álcool na população avaliada incluem o aumento da influência do mundo ocidental nas tradições chinesas e a melhora do desenvolvimento econômico no país. Os autores sugerem que futuras pesquisas necessitam ser conduzidas da mesma forma para melhor compreensão das tendências de consumo e problemas associados ao álcool.

O consumo de álcool na Índia, de acordo com Mohan et al. (2001), é realizado há muitos séculos, mas o aumento da quantidade ingerida, padrão de uso e problemas associados resultaram em mudanças significativas nas últimas duas décadas. A mudança no padrão de consumo segundo os autores faz parte da rotina de interação social e diversão. O estudo realizado foi representativo de todo país. O questionário utilizado foi o DSM-III. Participaram 32.019 indivíduos, sendo 12.157 de *Lucknow*, 10.296 de *Mandsaur* e 9.566 de *Thoubal*, que são as três regiões do país. As informações foram dadas pelo chefe da família de cada residência entrevistada. Os indivíduos foram questionados sobre a frequência e quantidade de álcool ingerida. Considerou-se consumidor de álcool, aquele que reportasse o consumo nos últimos 30 dias e consumidor pesado de álcool, aquele com ingestão de 75ml ou mais de álcool em uma única ocasião. Noventa e sete por cento das mulheres apresentaram-se abstinentes. A prevalência de consumo de álcool entre os homens foi de 20,80% em *Mandsaur*, 27,10% em *Lucknow* e 37,50% em *Thoubal* e o padrão de beber aumentou com a idade nas três regiões até a faixa etária entre 30 e 49 anos e diminuiu aos 50 anos ou mais. Dos consumidores habituais de álcool, a prevalência daqueles que realizaram consumo pesado

foi de 79,70% entre os homens de *Lucknow*, 87,90% de *Mandsaur* e 89,00% de *Thoubal*. Na faixa etária entre 25 e 40 anos, o beber em *binge* foi mais comum. Os problemas associados ao consumo de bebida alcoólica entre os homens foram encontrados em maior proporção entre os moradores de *Thoubal*. O problema mais relatado pelos participantes foi não ter controle da quantidade de álcool ingerida (81,80% em *Thoubal*, 58,50% em *Mandsaur*). Em *Lucknow* o problema mais relatado foi não conseguir cumprir com seus compromissos por causa da bebida (62,80%). Os problemas associados foram semelhantes entre os consumidores habituais e pesados de álcool. Os autores afirmam que existem evidências suficientes apontando para o alto nível de consumo de bebidas alcoólicas entre os indianos e para o fato de problemas de saúde e sociais estarem presentes entre os consumidores de álcool.

Para Mustonen et al. (2001), o abuso de álcool é considerado um dos problemas enfrentados na Namíbia. O Ministério de Saúde e Serviços Sociais fundou um Centro de Recursos de Álcool e Drogas, visando o tratamento, reabilitação, prevenção e aconselhamento dos indivíduos alcoolistas e viciados em drogas. Entre junho e agosto de 1998 foi conduzido o primeiro estudo nacional sobre álcool e drogas, cujo objetivo foi obter informações sobre o uso destas substâncias para elaboração de programas nacionais e desenvolvimento de políticas. A população envolvida na pesquisa foi composta de homens e mulheres acima de 18 anos, que responderam a um questionário, incluindo questões sobre conhecimentos, atitudes e práticas a respeito do álcool e drogas, além do consumo alimentar. Os participantes foram divididos em dois grupos, abstinentes e consumidores ocasionais de álcool (n=2.823) e consumidores pesado de álcool (n=1.186). A abstinência entre as mulheres foi de 52,90% e entre os homens, 39,10%. O consumo semanal de álcool entre os homens foi de 42,80% e mulheres de 31,00%. Os abstinentes e aqueles que consumiram álcool com baixa frequência foram os homens e mulheres mais jovens, com maior nível de escolaridade, empregados,

residentes na área urbana. O consumo pesado de álcool no último ano foi observado em 45,60% dos homens e 26,70% das mulheres. Neste grupo de consumidores foram mais prevalentes os casados, adultos e mais velhos, baixa escolaridade, trabalhadores e residentes na área urbana. A bebida mais consumida na Namíbia foi a cerveja produzida em casa (67,00%). Quase metade dos homens e um quarto das mulheres relataram ter tido pelo menos um problema associado ao álcool durante os últimos três meses, sendo que o remorso e a culpa depois de beber foram os mais relatados. Um em cada cinco consumidores foi considerado consumidor pesado de álcool, com frequência de consumo de no mínimo uma vez ao mês. Os resultados obtidos apontam que o aumento da escolaridade e do nível econômico pode reduzir a frequência de consumo de álcool. Os autores alertam que a prevalência de abstinência pode ter sido superestimada, pelo tipo de questionário utilizado, pelo fato da cerveja produzida em casa para os participantes não ser considerada como bebida alcoólica e sim como alimento, ou pelo fato dos namibianos desconsiderarem o consumo de bebida alcoólica em ocasiões especiais. Outros estudos serão necessários no país, levando em consideração a cultura local e suas diferenças e o significado do álcool para seus consumidores. Segundo os autores, a Namíbia enfrentará dificuldades em diminuir os efeitos maléficos do uso de álcool enquanto não houver a melhora nos salários e aumento do nível de escolaridade da população. Somente mudanças nas condições de vida poderiam modificar o papel do álcool na vida dos consumidores.

O consumo de bebida alcoólica em Seicheles tem sido considerado como um problema de saúde pública há anos e esforços estão sendo feitos na tentativa de seu controle há mais de 20 anos. Seicheles é formado por 115 ilhas no Oceano Índico e para identificar a utilização de bebidas alcoólicas, Bovet (2001) realizou dois estudos, um em 1989 e outro em 1994. Em 1989, participaram 1.081 indivíduos, na faixa etária entre 25 e 64 anos, que preencheram um questionário contendo 130 questões sobre características sócio-econômicas, ocupação, fatores

de risco cardiovasculares, escolaridade e hábitos alimentares e ainda, foi realizado exame físico e coleta de sangue. A avaliação do consumo de álcool foi associada à avaliação do consumo alimentar, por meio de doze questionários de frequência alimentar semi-quantitativo, que analisou a média de consumo de seis diferentes tipos de bebidas alcoólicas. O consumo de álcool foi verificado em 50,00% dos entrevistados, sendo que 75,00% dos homens consumiram álcool. A bebida mais consumida foi a cerveja (67,00%) e o volume diário consumido foi maior na faixa etária entre 40 e 64 anos, tanto para os homens, quanto para as mulheres. A quantidade de etanol encontrado em bebidas caseiras foi duas vezes maior do que a quantidade presente nas bebidas industriais. No estudo de 1994 foi utilizado um questionário composto de 207 questões associadas ao contexto sócio-econômico, escolaridade, ocupação, fatores de risco cardiovasculares, hábitos alimentares, peso e altura, pressão arterial e exames laboratoriais, eletrocardiograma, ultrassonoografia das artérias femoral e cervical e ecocardiograma. Além disso, os participantes foram questionados quanto aos conhecimentos e hábitos de saúde e de estilo de vida, incluindo o consumo de bebida alcoólica e as quatro questões do CAGE para detectar o hábito de beber pesado. Foram entrevistadas 1.067 pessoas, também na faixa etária entre 25 e 64 anos. A correlação entre o consumo de bebida alcoólica e a idade foi estatisticamente não-significativa ($r= 0,064$, $p=0,157$). Os participantes com baixa escolaridade consumiram álcool mais frequentemente que os demais. O consumo de álcool pelas mulheres foi baixo. O nível sócio-econômico determinou o tipo de bebida alcoólica consumida, havendo maior consumo de bebida caseira entre os participantes de menor nível sócio-econômico. A melhoria da condição sócio-econômica favoreceu o aumento do consumo de álcool, inclusive pelas mulheres. Houve associação entre a média de volume de consumo de álcool diário, a idade e a escolaridade dos participantes. Os homens mais velhos ingeriram volume de álcool mais alto do que os mais novos ($r= 0,106$, $p=0,027$) e as pessoas com menor escolaridade ingeriram maior volume de

álcool do que aquelas com maior escolaridade ($r = -0,290$, $p = 0,000$). A frequência de consumo de álcool se correlacionou fortemente com o volume de álcool ingerido em ambos os sexos ($r = 0,685$, $p = 0,000$ para os homens e $r = 0,584$, $p = 0,000$ para as mulheres). O CAGE apontou que 253 indivíduos eram consumidores regulares de álcool. O tabagismo e a pressão arterial estiveram fortemente associados ao consumo de álcool ($p = 0,000$), o que não ocorreu com o Índice de Massa Corporal ($p = 0,591$). Entretanto, os autores sugerem a utilização de outros instrumentos, como o AUDIT, para realização de um melhor rastreamento, por permitir a detecção mais precoce dos problemas relacionados ao uso de álcool.

De acordo com Medina-Mora et al. (2001), o padrão de consumo de álcool no México tem sofrido modificações, com a incorporação de mulheres e jovens, dentre os indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica. Os resultados obtidos sobre o consumo de bebida alcoólica foram baseados em duas pesquisas, sendo a primeira, um estudo nacional realizado em 1989 e a segunda conduzida na capital do México em 1994. No estudo de 1989 foram entrevistados 11.157 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária entre 12 e 65 anos, utilizando-se um formulário aplicado por assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, que permitiu a obtenção de resultados sobre a prevalência do uso de tabaco, álcool e outras drogas. A abstinência de álcool no último ano foi entre as mulheres de 33,60% e entre os homens de 12,10%. O grupo mais abstinente foi aquele composto por indivíduos na faixa etária entre 15 e 19 anos (50,50%) e na faixa etária acima de 50 anos (34,80%). O consumo de álcool foi relatado por 51,60% dos participantes, sendo que os homens consumiram álcool 1 a 3 vezes por mês (23,40%) ou menos (21,60%), enquanto 23,60% das mulheres consumiram álcool menos que uma vez ao mês e 8,00% delas, 1 a 3 vezes por mês. A abstinência diminuiu com o aumento do nível de escolaridade e o aumento da frequência de consumo foi maior entre aqueles com menor nível de escolaridade. O consumo pesado de álcool foi o comportamento caracterizado como sendo masculino. Este comportamento de beber foi encontrado em 52,00% dos

participantes que consumiram bebida alcoólica, sendo 71,80% entre os homens. Ao ser avaliado somente os homens, a faixa etária entre 20 e 29 anos apresentou maior prevalência de consumo pesado de álcool com frequência de 1 a 3 vezes por mês (30,40%). Entre as mulheres, a faixa etária que mais apresentou consumo pesado de álcool foi entre 30 e 49 anos (15,50%), cuja frequência de consumo foi menor que mensalmente. Quanto ao nível de escolaridade, o consumo pesado de álcool foi mais observado em homens e mulheres com nenhuma escolaridade. Um em cada dez homens na região urbana do país desenvolveu dependência ao álcool e 0,60% entre as mulheres. Se considerados apenas os consumidores correntes de álcool, esta porcentagem aumentou para 15,30% entre os homens e 1,60% entre as mulheres. A dependência também foi observada em 35,00% dos homens e 27,40% das mulheres que realizaram consumo pesado de álcool. Os problemas associados ao consumo de álcool mais citados foram os problemas familiares (25,00%), no trabalho (16,90%) e com a polícia (15,30%). No estudo realizado em 1994 participaram 1.932 pessoas com faixa etária de 18 a 65 anos. O instrumento utilizado foi um formulário modificado da Pesquisa Nacional de Co-morbidades dos Estados Unidos, em que foi adicionado questões sobre frequência e quantidade de consumo de bebida alcoólica, idade de início de consumo e informações sobre dependência de álcool. A abstinência foi observada em 10,90% da população, sendo mais comum entre as mulheres (17,20%). A abstinência no último ano foi de 52,00%, sendo 64,90% entre as mulheres. Os consumidores habituais de álcool foram 37,10% da população, sendo 62,20% entre os homens. Quanto aos homens consumidores de álcool, a maioria esteve na faixa etária entre 20 e 29 anos (60,80%), com 1 a 6 anos de estudo (63,60%). Quanto às mulheres consumidoras de álcool, a maioria esteve na faixa etária entre 30 e 49 anos (20,50%), com 13 ou mais anos de estudo (23,50%). O consumo pesado de álcool foi relatado como ocorrido uma vez ao mês por 13,10% dos consumidores de álcool, 1 a 3 vezes ao mês por 7,90% e semanalmente ou mais por 5,30% dos consumidores. A prevalência dos

problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica foi maior entre os homens, sendo o mais relatado a freqüente intoxicação ou síndrome de abstinência (19,50%). Diante dos achados e levando-se em consideração as tendências na disponibilidade de bebidas alcoólicas, na composição demográfica da população e o caos econômico que a população mexicana enfrenta, os autores afirmam que as diferenças no padrão de consumo de álcool e seus problemas associados merecem estar em constante estado de vigilância.

Conforme Mello et al. (2001), entre os países-membros da União Européia, Portugal é um dos maiores consumidores de bebidas alcoólicas, bem como o que apresenta maior número de problemas relacionados ao álcool, sendo que aproximadamente 10,00% da população do país apresentam graves incapacidades. Cerca de apenas 15,00 a 25,00% dos portugueses se abstêm ou consomem bebidas alcoólicas esporadicamente, enquanto 60,00% da população adulta são consumidores regulares de álcool. Neste grupo se encontram os consumidores de risco, muitas vezes, não diagnosticados. Nos últimos anos têm sido observadas alterações nos hábitos tradicionais de consumo de bebida alcoólica entre os portugueses, como o aumento no consumo de cerveja e bebidas destiladas, crescente consumo de bebidas alcoólicas por mulheres e pelos jovens, internacionalização e uniformização dos hábitos de beber. O consumo regular de bebidas alcoólicas por menores de 18 anos foi identificado em mais de 60,00% dos jovens com idades entre 12 e 16 anos e em 70,00% dos jovens acima de 16 anos. Mais de 80,00% dos homens e 50,00% das mulheres consomem bebidas alcoólicas, o vinho é a bebida mais consumida e o consumo de álcool é realizado diariamente, ao longo do dia, durante e entre as refeições.

Giesbrecht et al. (2005) avaliaram o padrão de consumo de bebida alcoólica, baseado em duas pesquisas conduzidas em Ontário, Canadá, nos anos de 2000 e 2002. As entrevistas foram realizadas por telefone e participaram apenas indivíduos adultos (18 anos ou mais). Foi utilizado delineamento amostral probabilístico. Foram avaliadas as características

demográficas da população, o padrão de consumo (atual, progresso e abstinente de álcool), a frequência de consumo de álcool, o número usual de doses ingeridas, o volume de doses consumidas semanalmente, a frequência de consumo de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião e aplicou-se o AUDIT. No ano de 2000, em que foram avaliados 1.294 participantes, a maioria eram mulheres (55,79%), na faixa etária entre 30 e 39 anos (23,33%), casados (59,35%), nível de escolaridade médio (30,13%) e nível econômico médio (21,94%). Quanto aos resultados em relação ao consumo de álcool, 78,83% dos participantes eram consumidores de álcool, 13,37% consumidores progressos de álcool e 7,80% abstinentes. A frequência de consumo mais observada foi de 1 a 3 vezes por mês (21,56%). O número usual de doses consumidas foi de 1 a 2 (56,64%). O número de doses ingeridas semanalmente foi de 1 a 7 doses para 54,09% dos participantes. A frequência de beber em *binge* não foi relatada pela maioria dos indivíduos (51,85%). O AUDIT identificou 13,21% dos entrevistados com consumo de álcool de risco. No ano de 2002 foram entrevistados 1.206 indivíduos, na sua maioria mulheres (53,80%), na faixa etária entre 30 e 39 anos (20,72%), casados (54,06%), nível de escolaridade médio (32,25%) e nível econômico alto (23,13%). Destes indivíduos, 78,19% foram considerados consumidores de álcool, 15,34% consumidores progressos de álcool e 6,47% abstinentes ao álcool. A frequência de consumo de álcool mais observada foi de 1 a 3 vezes por mês (24,54%). O número usual de doses consumidas foi de 1 a 2 (52,32%). O número de doses ingeridas semanalmente foi de 1 a 7 doses para 54,89% dos participantes. A frequência de beber em *binge* não foi relatada pela maioria dos indivíduos (53,39%). O AUDIT identificou 12,35% dos entrevistados com consumo de álcool de risco. Para os autores, as ações direcionadas ao controle do uso de álcool não modificaram o consumo de beber de alto risco ou o nível de prejuízos à população associados ao álcool.

Coulton et al. (2006) compararam variáveis associadas ao consumo de risco de álcool entre 112 homens que apresentaram positividade no AUDIT e 82 homens que não

apresentaram positividade no AUDIT. Estes indivíduos foram entrevistados em 6 consultórios médicos do Sudoeste do País de Gales, Reino Unido. Dos participantes AUDIT positivo, a idade média foi de $42,80 \pm 18,30$ -75,30 anos e a maioria era casado (54,00%). No grupo de participantes AUDIT negativo, a idade média foi de $50,90 \pm 18,70$ -80,90 anos e a maioria era casado (62,00%). A média de doses consumidas foi de 14,00 (2,40-53,00) entre o grupo AUDIT positivo contra 5,20 (0,00-20,50) entre o grupo AUDIT negativo. A porcentagem de dias de abstinência ao álcool, no intervalo dos últimos 180 dias em que foram avaliados, foi de 37,60% (0,0-96,7) entre o grupo AUDIT positivo contra 73,20% (0,0-100,0) entre o grupo AUDIT negativo. A abstinência ao álcool não foi encontrada entre o grupo AUDIT positivo, durante os 180 dias em que foram avaliados enquanto no grupo AUDIT negativo 5,00% apresentaram abstinência ao álcool. A frequência de episódios de *binge drinking*, nos 180 dias em que foram avaliados, no grupo AUDIT positivo foi 4,00% nunca, 5,00% menos que mensalmente, 21,00% mensalmente, 56,00% semanalmente, 13,00% diariamente ou quase todos os dias e 1,00% dos participantes não responderam a esta questão. Já no grupo AUDIT negativo, a frequência de episódios de *binge drinking* foi de 43,00% nunca, 34,00% menos que mensalmente, 7,00% mensalmente, 12,00% semanalmente, nenhum participante relatou *binge drinking* diariamente ou quase todos os dias e 4,00% não responderam a esta questão. O consumo de álcool perigoso foi observado em 100,00% dos participantes do grupo AUDIT positivo e em 11,00% do grupo AUDIT negativo. Casos de dependência de álcool foram observados apenas entre os indivíduos do grupo AUDIT positivo, com a prevalência de 45,00%. Desta forma, conclui-se que os indivíduos AUDIT positivo apresentam comportamentos de risco associados ao consumo de bebida alcoólica, quando comparados aos indivíduos AUDIT negativo. Vale ressaltar ainda que durante o processo de recrutamento da amostra dos participantes, o AUDIT foi aplicado em 1.794 homens e destes 24,90%

apresentaram consumo de risco de álcool, mas somente 112 indivíduos aceitaram participar da pesquisa.

Conforme Sthare et al. (2006), o consumo pesado de álcool nos Estados Unidos é caracterizado pelo consumo de 14 ou mais doses de álcool por semana para os homens e 7 ou mais doses semanais para as mulheres. Segundo os autores, neste país é comum o consumo de álcool em *binge* (5 ou mais doses em uma mesma ocasião para homens e 4 ou mais para as mulheres). A tendência dos americanos é a de subestimar a quantidade de álcool consumida, omitidos os episódios de beber em *binge*. Desta forma, Stahre et al. (2006) conduziram um estudo para estimar a média de consumo de álcool e a quantidade de consumo em *binge*. O estudo utilizou dados de 2003 do Sistema de Vigilância dos Fatores de Risco Comportamentais (*Behavioral Risk Factor System Surveillance – BRFSS*), coordenado pelo Centro de Prevenção e Tratamento de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*). Estes dados foram obtidos por meio de ligações telefônicas e participaram da pesquisa no ano de 2003, 253.365 americanos adultos (maiores de 18 anos de idade). Destes, 56,10% relataram consumo de álcool nos últimos 30 dias e 16,00% reportaram o consumo em *binge*. Dos indivíduos que beberam em *binge*, 6,77% apresentou consumo pesado de álcool, sendo mais comum entre os homens (8,39%). A média de consumo de álcool diária foi de 0,45 doses diárias, sendo maior o consumo entre os homens (0,67 doses diárias). A faixa etária que mais bebeu em *binge* foi entre 18 e 34 anos, raça branca, nível econômico alto, estudantes e solteiros. A análise somente dos participantes que apresentaram consumo em *binge* (n=33.149) indicou que 28,05% destes participantes apresentaram consumo pesado de álcool e média de doses diárias de 1,68 para as mulheres e 2,00 para os homens, denotando, portanto, que o consumo de bebidas alcoólicas no país é um sério problema de saúde pública.

Tomkins et al. (2007) estimaram a prevalência de comportamentos de beber de risco entre homens na faixa etária entre 25 e 54 anos, residentes na cidade de Izhevsk, Rússia e

identificaram os fatores associados. Os pesquisadores avaliaram dois comportamentos de beber de risco na Rússia, o *zapoi* (períodos de embriaguez contínuos por vários dias) e o *sugorrate alcohols* (substâncias que contêm álcool, cuja concentração de etanol está acima de 95,00% por volume), além de avaliarem a frequência de consumo de bebidas destiladas e a frequência de episódios de ressaca depois de beber. As entrevistas foram administradas por meio de um questionário aplicado aos familiares próximos (esposas, mães) dos avaliados, envolvendo questões sobre aspectos sócio-econômicos, indicadores de comportamentos de beber de risco derivados da frequência episódios de ressaca e *zapoi*, frequência de consumo de bebidas destiladas e *sugorrates* e frequência de consumo e quantidade de bebida alcoólica ingerida no último ano. Dos 1.750 homens avaliados, 78,40% consumiram cerveja, 77,70% bebidas destiladas e 39,50% vinho no último ano. De acordo com a frequência de consumo, as bebidas destiladas foram consumidas menos de uma vez no último ano (53,80%), a cerveja foi consumida semanalmente por 40,10% dos participantes e diariamente por 8,60% e o consumo de *sugorrates* foi relatado como nunca ou quase nunca por 90,90%. Quanto aos comportamentos de beber de risco, 7,20% dos participantes consumiram *sugorrates* no último ano, 10,60% apresentaram *zapoi*, 12,80% afirmaram ficar de ressaca frequentemente e 21,00% consumiram bebidas destiladas todos ou quase todos os dias. Menos de 1,00% apresentaram os quatro comportamentos de risco simultaneamente, 4,00% apresentaram dois ou três destes comportamentos associados. Dos 135 homens que consumiram *sugorrates*, 64,00% apresentaram episódios de *zapoi* e dos 183 homens que apresentaram episódios de *zapoi*, 48,00% consumiram *sugorrates*. Em geral, os homens com menor nível de escolaridade, desempregados e que não tinham carro ou aquecedor central apresentaram maior prevalência dos comportamentos de beber de risco. Os homens com menor nível de escolaridade e econômico apresentaram maior consumo de *sugorrates* (OR=7,70; IC_{95%}: 3,20-18,50, p<0,001), episódios de *zapoi* (OR=5,20; IC_{95%}: 2,30-11,80, p<0,001) e frequência de

episódios de ressaca (OR=3,70; IC_{95%}: 1,80-7,40, p<0,001). No grupo avaliado, os quatro comportamentos de beber de risco apresentaram alta prevalência e houve associação entre o consumo de *sugorrates*, episódios de *zapoí* e de ressaca com os padrões sócio-econômicos. Estes resultados sugerem que as pesquisas que avaliam comportamentos de beber de risco não devem ser baseadas apenas na frequência de consumo de bebidas alcoólicas, mas também nas características sócio-demográficas da população.

Ardila e Herrán (2008) realizaram estudos transversais em 2005 e 2006, na cidade de *Bucaramanga*, Colômbia, com o objetivo de estabelecer as expectativas referentes ao consumo de álcool na população. Participaram da pesquisa 601 adultos residentes na área urbana, na faixa etária entre 18 e 60 anos. Foram realizadas entrevistas por uma enfermeira ou uma nutricionista para levantar informações sócio-demográficas, consumo de bebida alcoólica no último ano e preenchimento do questionário *Alcohol Expectancy Questionnaire* (AEQ-III), que avalia os efeitos do álcool sobre o comportamento, o estado de ânimo e emoções, que são considerados fatores de risco responsáveis pela iniciação, manutenção, uso problemático e dependência de álcool. Dos participantes, 55,60% eram homens, com nível sócio-econômico baixo, médio e alto (33,30% cada), idade média 34,70 anos (IC_{95%}: 33,80-35,60). A idade média de início do consumo de álcool foi de 15,90 anos (IC_{95%}: 15,60-16,10), sendo um ano mais tarde entre as mulheres (p=0,000). A idade média da primeira embriaguez foi de 17,60 anos (IC_{95%}: 17,30-17,90), sendo dois anos mais tarde entre as mulheres (p=0,000). A média de anos de estudo foi de 12,80 (IC_{95%}: 12,50-13,10), sem diferenças entre os sexos. O Índice de Massa Corporal acima de 25 Kg/m² foi observado em 48,40% dos entrevistados. Quanto ao consumo de álcool, 88,70% (IC_{95%}: 85,40-91,90) dos participantes consumiram álcool, sem diferenças entre a idade, sexo, índice de massa corporal, escolaridade, nível sócio-econômico. Os resultados apontaram que iniciar o consumo de álcool antes dos 16 anos aumenta o risco de ser consumidor de álcool em 17,00% (IC_{95%}: 9,00-24,00), da mesma forma que

embriagar-se antes dos 16 anos aumenta a chance de consumo em 11,00% (IC_{95%}: 6,00-17,00). Os pesquisadores alertam que retardar a idade de início do uso de álcool deve ser um dos objetivos de futuras intervenções em escolares e adolescentes para diminuir a prevalência de consumo de álcool.

Ahnquist et al. (2008) avaliaram o consumo de álcool na Suécia para estudar a sua relação com a condição social dos participantes. Os dados foram baseados na Pesquisa Nacional de Saúde Pública Sueca, coletados em 3 meses no ano de 2006, por meio de questionário auto-aplicado enviados pelo correio. O AUDIT foi utilizado como instrumento de medida do consumo de álcool na versão AUDIT-C, que engloba as três primeiras questões deste questionário e o escore máximo é de 12 pontos, sendo que o ponto de corte 5 para homens e 4 para mulheres indica o consumo de risco ou perigoso de álcool. Também foram levantadas características sócio-demográficas. Dos 56.889 entrevistados na faixa etária de 16 a 84 anos, 53,76% eram mulheres e o consumo de risco de álcool estimado foi de 29,50% entre os homens e 8,50% entre as mulheres. A maioria dos participantes afirmou ter condição social baixa (34,90%), apresentou idade entre 45 e 64 anos (31,90%), 90,80% era nascido na Suécia, 52,75% apresentou escolaridade baixa, 83,45% não apresentou problemas financeiros, 50,30% estava empregado e afirmou ter alta confiança interpessoal (75,50%). A prevalência de consumo de risco de álcool para homens e mulheres diminuiu com o aumento da condição social, aumento da idade, aumento da escolaridade, ausência de problemas financeiros e aumento da confiança interpessoal. Na análise multivariada ajustada verificou-se associação estatisticamente significativa entre o consumo de risco de álcool e a baixa condição social tanto para os homens, quanto para as mulheres (OR=1,52; IC_{95%}: 1,36-1,70 e OR=1,50; IC_{95%}: 1,35-1,66) e a alta confiança interpessoal para os homens e para as mulheres (OR=2,00; IC_{95%}: 1,79-2,24 e OR=2,09; IC_{95%}: 1,88-2,33). Os pesquisadores sugerem que as evidências

por eles encontradas pode ser uma importante contribuição para políticas e estratégias relacionadas ao consumo de álcool.

O consumo de álcool em 8 países da antiga União Soviética foi avaliado por Pomerleau et al. (2008). Participaram do estudo a Armênia, a Bielo-Rússia, a Geórgia, o Cazaquistão, o Quirguistão, a Moldávia, a Rússia e a Ucrânia, onde foram conduzidas pesquisas nacionais com amostras representativas de no mínimo 2.000 indivíduos adultos, por meio de metodologia padronizada. Os 18.428 participantes da pesquisa responderam a um questionário, contendo questões sobre características sócio-demográficas, condições de moradia, estilo de vida, uso do serviço de saúde e percepção do estado de saúde. Quanto ao consumo de álcool foram questionados sobre a alta ingestão de bebida alcoólica e os episódios de consumo pesado de álcool. Os episódios de consumo pesado foram separados por sexo e tipo de bebida alcoólica consumida. Os países, onde houve o maior consumo pesado de cerveja entre os homens foram a Geórgia, o Cazaquistão e a Rússia. Quanto ao vinho, a Geórgia foi o país onde se realizou o maior consumo pesado entre os homens. Os países, onde se identificou o maior de bebidas destiladas entre os homens, foram a Bielo-Rússia, o Cazaquistão, a Rússia e a Ucrânia. A alta ingestão de álcool por semana foi maior que 210g de álcool puro por semana para homens e maior que 140g para as mulheres na Bielo-Rússia, na Moldóvia, na Geórgia e na Rússia. O episódio de consumo pesado de álcool esteve associado à idade dos participantes ($p < 0,001$), com maior acometimento dos indivíduos com 40 a 49 anos de idade, ao país ($p < 0,001$), sendo o menor consumo entre os moradores do Quirguistão, da Moldávia e da Armênia, ao estado civil ($p < 0,005$), sendo o menor consumo entre os homens solteiros e o maior consumo entre as mulheres solteiras, à situação laboral ($p = 0,001$ para os homens), com menor acometimento dos desempregados, ao tabagismo ($p < 0,001$), sendo mais acometidos os fumantes. Os autores da pesquisa enfatizam a

importância do desenvolvimento de ações políticas efetivas para a redução do consumo perigoso de álcool nesta região.

Fan et al. (2008) avaliaram a associação do padrão de consumo de álcool e a síndrome metabólica. Os dados utilizados foram obtidos da Pesquisa de Análise Nutricional e de Saúde Nacional – *Nacional Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) de 1999-2002. Participaram 1.529 indivíduos americanos, com 20 a 84 anos de idade, que relataram ser consumidores habituais de álcool. A coleta das informações foi realizada por entrevista e exame físico. Foram levantados dados sobre as características demográficas da população, presença de síndrome metabólica, número de anormalidades metabólicas e padrão de consumo de álcool. As características dos consumidores habituais de álcool apontam que a maioria eram homens (62,85%), idade média 42,3 anos, brancos (77,40%) e alto nível de escolaridade (59,40%). A frequência de consumo de álcool foi menor que 1 vez por semana para 37,90% dos participantes. Dos entrevistados, 42,50% afirmaram ingerir usualmente três ou mais doses de bebida alcoólica, 32,70% duas doses e 24,80% uma dose. Cinquenta e oito por cento dos participantes excederam o consumo de álcool recomendado pelo guia dietético americano, sendo que as mulheres foram as que mais excederam (67,10%). A frequência de *binge drinking* foi observada em 52,10% dos participantes, sendo maior entre os homens (66,50%). Quanto ao número de anormalidades metabólicas, 29,90% dos entrevistados não apresentou nenhuma, 28,60% apresentou uma anormalidade, 21,80% duas anormalidades e 19,70% três ou mais anormalidades. Na análise multivariada, a frequência de consumo de álcool de um a dois dias por semana esteve associada à redução do *Low Density Lipoprotein - Cholesterol* (LDL-C) (OR=0,43; IC_{95%}: 0,27-0,68) e a frequência de consumo de três ou mais dias por semana esteve associada ao aumento da pressão arterial (OR=2,00; IC_{95%}: 1,28-3,01). O consumo usual de três ou mais doses por dia esteve associado ao aumento da glicemia ou *Diabetes Mellitus* (OR=2,96; IC_{95%}: 1,06-8,31), hipertrigliceridemia (OR=2,37; IC_{95%}: 1,16-

4,84), obesidade abdominal (OR=1,80; IC_{95%}: 1,22-2,66) e aumento da pressão arterial (OR=1,80; IC_{95%}: 1,13-2,86). O consumo de bebida alcoólica que excede a recomendação do guia dietético americano esteve associado à hipertrigliceridemia (OR=1,20; IC_{95%}: 0,70-2,05), obesidade abdominal (OR=1,77; IC_{95%}: 1,30-2,40) e aumento da pressão arterial (OR=1,72; IC_{95%}: 1,23-2,41). A frequência de beber em *binge* uma ou mais vezes por semana esteve associada à hipertrigliceridemia (OR=1,71; IC_{95%}: 1,12-2,63) e aumento da pressão arterial (OR=2,08; IC_{95%}: 1,11-3,90). Para os autores, são necessários esforços na prevenção dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e síndrome metabólica direcionados à redução do consumo de álcool para os níveis seguros recomendados.

Kilmer et al. (2008) avaliaram os comportamentos de risco associados às causas de morte nos Estados Unidos, utilizando o Sistema de Vigilância dos Comportamentos de Fatores de Risco Comportamentais – *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), no ano de 2006. A pesquisa foi realizada por entrevistas telefônicas com 355.710 adultos (acima de 18 anos) nos 50 estados americanos e nos países vizinhos (Distrito da Colômbia, Porto Rico e Ilhas Virgens). Por este sistema são identificados indicadores do estado de saúde, comportamentos de risco (como o consumo excessivo de álcool), práticas preventivas e doenças crônicas. O consumo de álcool foi avaliado pelos episódios de *binge drinking*. Dos entrevistados, a prevalência destes episódios foi de 15,40%, variando entre 8,60% a 24,30%. Segundo os autores, uma das limitações do estudo foi o fato das entrevistas somente terem sido realizadas com residências com linhas telefônicas fixas, sendo excluídas as residências que dispunham apenas de telefones celulares e as residências sem telefone. Outra limitação se relacionou com o fato dos dados serem obtidos mediante a resposta do entrevistado, o que necessita contar com a capacidade de lembrança dele no momento da entrevista e levar em consideração que as respostas dos indivíduos costumam ser guiadas pelos efeitos desejáveis sociais.

3.3 Estudos epidemiológicos brasileiros

Capriglione et al. (1985) desenvolveram um estudo em São Paulo, utilizando o questionário CAGE, que foi aplicado a 700 pessoas acima de 18 anos, sendo 350 homens, com o objetivo de detectar a síndrome de dependência do álcool em população adulta. O delineamento amostral adotado foi não-probabilístico, sendo que 400 indivíduos foram entrevistados na Estação Rodoviária da cidade e o restante, em um hospital geral. O CAGE foi positivo em 11,50% das pessoas entrevistadas. Em função da simplicidade e rapidez do teste CAGE, os pesquisadores sugerem sua aplicação em estudos nas comunidades.

Segundo a revisão de literatura realizada por Cardim et al. (1986), apesar do hábito de beber ser um fenômeno muito antigo, foi somente no século XX que cientistas, pesquisadores, sanitaristas, psicólogos, sociólogos, biólogos e outros estudiosos têm se voltado para estudar o assunto, em decorrência dos problemas associados ao consumo de álcool. No Congresso Brasileiro de Alcoolismo, em 1985, realizado na Cidade do Rio de Janeiro, Brasil, as autoridades que participaram, divergiram sobre a frequência, causas e tratamento do alcoolista no Brasil. As prevalências de alcoolismo variaram de 2,00% a 10,00% entre os estudos. Além disso, foi destacado o aumento progressivo do alcoolismo no sexo feminino o que, segundo a revisão realizada pode estar relacionado à inserção das mulheres no mercado de trabalho e às mudanças sociais ocorridas na última década.

Rego et al. (1990) desenvolveram um estudo no município de São Paulo, Brasil, em 8 subdistritos e 2 distritos, com o objetivo de identificar os fatores de risco relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. O total de domicílios pesquisados foi 1.479. Em cada domicílio foi sorteado um indivíduo de 15 a 59 anos de idade. A todos os participantes foi aplicado um questionário, abrangendo questões de identificação sócio-demográfica, percepção de saúde, hipertensão arterial, estresse e apoio social, tabagismo,

consumo de álcool e atividade física. Para avaliação do consumo de álcool foi utilizado o teste CAGE. A prevalência de alcoolismo observada foi de 7,70%, sendo quatro vezes maior em homens (12,60%), do que em mulheres (3,30%). Os pesquisadores destacaram como importante, o planejamento de um próximo estudo transversal de metodologia semelhante a este para acompanhar a tendência do alcoolismo e dos fatores de risco associados, como base para o desenvolvimento e avaliação de programas de intervenção direcionados às doenças crônicas.

Almeida e Coutinho (1993) estudaram a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e alcoolismo na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro, em indivíduos maiores de 13 anos de idade. Os autores utilizaram delineamento amostral por conglomerados em três estágios. Para a avaliação do consumo de bebida alcoólica foi utilizado o CAGE, que permitiu aos pesquisadores categorizar os indivíduos em alcoolistas ou não-alcoolistas. Dezoito estudantes da Universidade Federal do Rio de Janeiro foram treinados para a realização do mapeamento dos setores censitários e aplicação dos questionários. Foram entrevistados 1.459 indivíduos, com predominância de indivíduos do sexo feminino (60,00%), com menos de 40 anos (59,70%), casados (60,20%), católicos (74,20%), com primeiro grau incompleto (26,80%) e renda familiar menor ou igual a três salários mínimos (34,70%). Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 52,00% das pessoas foram classificadas como consumidores de álcool, sendo a cerveja, a bebida mais consumida (88,80%). A idade média de início do consumo de bebidas alcoólicas foi de $18,80 \pm 4,96$ anos. A prevalência de consumidores na amostra foi maior na faixa etária entre 20 e 40 anos e menor a partir dos 50 anos. A proporção de abstinentes foi maior entre os indivíduos com mais de 50 anos (OR=0,55), viúvos (OR=0,59), protestantes (OR=0,52), menor renda (OR=0,25), já o consumo de bebida alcoólica foi associado positiva e significativamente com o sexo masculino (OR=1,66). A prevalência de dependência ao álcool foi de 3,00%. Se considerados somente os entrevistados

com 18 anos ou mais, a prevalência de dependência encontrada foi de 3,20% e no caso dos maiores de 21 anos, atingiu 3,50%. Houve diferença estatística não-significativa ($p=0,33$) entre a idade de início do consumo dos indivíduos CAGE positivo e negativo. Os pesquisadores salientam a escassez de estudos com amostras representativas da população brasileira. Além disso, as comparações de estudos brasileiros são dificultadas pela falta de padronização metodológica, em decorrência do uso de instrumentos de rastreamento e diagnóstico distintos.

Em 1999, Galduróz et al. realizaram o I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. Foram entrevistadas 2.411 pessoas com idades de 12 a 65 anos. O álcool foi uma das drogas com maiores prevalências de uso na população (53,20%). A prevalência de consumo de álcool entre os homens foi maior do que entre as mulheres em todas as faixas etárias avaliadas, sendo a faixa de maior consumo entre 25 e 34 anos. A estimativa de dependentes de álcool foi de 6,60%, sendo 10,90% entre os homens. Em todas as faixas etárias avaliadas, a prevalência de homens dependentes de álcool foi maior do que entre as mulheres, sendo que a faixa etária mais acometida foi a de 18 a 24 anos. Diante dos resultados, os pesquisadores sugerem a implantação de programas de prevenção adequados à situação de abuso de álcool no Estado de São Paulo.

Carlini et al. (2002) realizaram o I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, com amostra representativa de 107 cidades com mais de 200.000 habitantes no Brasil. Os autores verificaram que os indivíduos do sexo masculino bebem com maior regularidade que os do sexo feminino e, por volta de cinco vezes mais, nas faixas etárias a partir dos 25 anos. O consumo de álcool no Brasil foi realizado por 68,70% da população e a dependência de álcool foi estimada em 11,20%, sendo a faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade, a que apresentou maior prevalência de dependentes. A porcentagem de dependentes do

sexo masculino foi três vezes maior do que do feminino. Para região Sudeste, observou-se que 71,50% dos indivíduos afirmaram consumir bebidas alcoólicas, sendo 78,80% entre os homens e 9,20% foram classificados como dependentes de álcool. Dentre as complicações decorrentes do uso de álcool e drogas, 5,00% dos entrevistados discutiram com outras pessoas quando estavam com nível de consciência alterado pelo uso de substâncias psicotrópicas, 3,30% sofreram quedas, 3,00% se machucaram, 2,40% relataram ter provocado ferimentos em outras pessoas, 2,00% se envolveram em acidentes de trânsito, 1,80% agrediram pessoas e 1,00% apresentaram problemas no trabalho. Os autores apontaram que 14,50% dos entrevistados já tentaram parar ou diminuir o uso de álcool, 9,40% relataram perda de controle sobre o álcool, 7,10% já tiveram problemas pessoais por causa do álcool, 6,20% sofreram riscos físicos sob efeito do álcool, 5,80% apresentaram tolerância ao álcool e 4,40% afirmaram gastar muito tempo para conseguir e usar álcool. Os pesquisadores concluíram que a cada seis brasileiros que fizeram uso na vida de álcool, um deles tornou-se dependente.

Mendoza-Sassi e Béria (2003) realizaram um estudo com objetivo de identificar a prevalência do abuso de álcool pela população urbana maior 15 anos de idade da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. O delineamento amostral foi probabilístico e o instrumento de medida utilizado foi o AUDIT, aplicado em 1.230 indivíduos. Incluiu-se ainda questões relacionadas à classe social, idade, sexo, saúde mental e tabagismo. Houve predomínio na amostra do sexo feminino (53,90%), faixa etária entre 15 e 29 anos (32,40%), classe social C (39,70%), que relataram nunca fumar (50,30%), sem problemas de desordens psiquiátricas menores (82,20%) e idade média de $40,30 \pm 17,71$ anos. A prevalência do consumo de álcool foi de 43,00%, sendo 56,80% entre os homens. Observou-se beber de risco em 7,90% dos participantes. Encontrou-se associação significativa entre o beber de risco e o sexo ($p=0,001$), o hábito de fumar ($p=0,001$) e as desordens psiquiátricas menores ($p=0,040$), com maior acometimento dos homens, fumantes e aqueles com desordens psiquiátricas menores

diagnosticadas. Houve associação não-significativa entre o beber de risco e a faixa etária dos indivíduos ($p=0,200$) e a classe social ($p=0,090$). O AUDIT apontou que 40,80% dos participantes consumiram mais que 2 drinques em dia típico, 18,40% ingerem 6 ou mais drinques 1 vez ao mês ou menos, mais de 8,00% relataram esquecer de acontecimentos da noite anterior, devido à bebida, 7,00% reportaram ter se prejudicado por causa da bebida e 15,00% tiveram pessoas preocupadas com sua ingestão de álcool. Os pesquisadores alertaram para a dificuldade da estimativa do consumo de álcool, ressaltando que a verdadeira prevalência do abuso no consumo de álcool pode ser maior do que a encontrada.

Com o objetivo de determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo abusivo de álcool em uma população adulta da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Costa et al. (2004) desenvolveram estudo de corte transversal, no período entre dezembro de 1999 e abril de 2000. Participaram 1.968 indivíduos acima de 20 anos. O processo de amostragem foi probabilístico em múltiplos estágios. As unidades amostrais primárias foram os 281 setores censitários da zona urbana do município, dos quais 40 foram sorteados. Nos setores sorteados, procedeu-se amostragem sistemática de domicílios. Foram entrevistados todos os moradores dos domicílios sorteados na faixa etária de interesse do estudo. As variáveis estudadas foram sexo, idade, etnia, escolaridade, nível social, estado civil, distúrbios psiquiátricos menores, hipertensão arterial, índice de massa corporal, atividade física, tabagismo e presença de doenças crônicas. O consumo de álcool foi mensurado a partir de questionário, elaborado pelos próprios autores, que avaliou tipos, quantidade e frequência de consumo de bebidas alcoólicas. O ponto de corte definido como consumo abusivo de álcool foi 30g/dia de etanol. A maioria da população avaliada era do sexo feminino (57,00%), idade média de 41,6 anos, faixa etária predominante entre 20 e 29 anos (23,70%), raça branca (83,00%), classe social C (37,20%), com 5 a 8 anos de estudo (32,10%), casados (61,20%), sem a presença de distúrbios psiquiátricos menores (71,50%), eutróficos (46,80%), com nível de atividade física

insuficientemente ativo (80,60%), sem a presença de hipertensão arterial (76,50%) e de doenças crônicas (76,60%) e não-fumantes (48,00%). Em relação ao consumo de álcool, 21,00% da amostra afirmaram nunca ter ingerido bebida alcoólica, 65,10% relataram consumo moderado (até 30g de etanol/dia) e 13,90%, consumo abusivo (acima de 30g de etanol/dia). Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o consumo abusivo de álcool e sexo ($p<0,001$), etnia ($p<0,001$), nível social ($p=0,001$), nível de escolaridade ($p<0,001$), atividade física ($p=0,020$), presença de doenças crônicas ($p<0,001$) e tabagismo ($p<0,001$). O maior risco encontrado foi para o sexo masculino ($OR=9,53$). Observou-se uma tendência linear de aumento da prevalência de consumo exacerbado de álcool nos menores níveis de escolaridade e classe social e houve relação positiva entre a quantidade de álcool consumida e o consumo de cigarros ($OR=13,88$). Os pesquisadores ressaltaram a necessidade de realização de estudos de consumo de álcool e seus fatores de risco, visando o monitoramento das prevalências do consumo abusivo para que as ações de saúde voltadas para os grupos com maior risco sejam elaboradas.

Identificar a prevalência de abuso e dependência de álcool na zona urbana de Rio Grande, Rio Grande do Sul, em indivíduos de 12 a 75 anos de idade e estudar sua associação com fatores biológicos, demográficos, socioeconômicos e comportamentais foram os objetivos do estudo proposto por Primo e Stein (2004). Trata-se de um estudo transversal com delineamento de base populacional. Participaram 1.044 indivíduos. Foi aplicado um questionário padronizado e pré-codificado com 86 questões, as quais contemplavam as variáveis em estudo, que incluíram o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e o CAGE. As variáveis independentes avaliadas foram sexo, etnia, idade, classe social, escolaridade, renda, tabagismo, consumo de café, chimarrão, obesidade, padrão de atividade física, distúrbios psiquiátricos menores, história familiar de consumo de álcool, procedência, situação laboral e ocupação. Houve o predomínio de participantes casados (58,80%), de cor branca (85,80%),

faixa etária entre 30 e 49 anos (37,60%), sexo feminino (59,00%), sem história familiar de consumo de álcool (64,40%), classe social C (46,90%), renda familiar entre 3,1 e 6 salários mínimos (28,00%), 4 a 8 anos de estudo (53,90%), nascidos em Rio Grande (56,10%), trabalhadores (79,60%) e trabalho informal (61,60%). O estudo apontou que 88,20% dos entrevistados eram sedentários, 16,20% obesos, 22,50% portadores de transtornos psiquiátricos menores e 26,00% fumantes. Aproximadamente um terço da população estudada revelou que havia ingerido álcool no último mês. Destes, a bebida mais consumida foi a cerveja (24,00%). Da amostra, 5,50% dos indivíduos bebiam de modo abusivo e 2,50% eram dependentes de álcool. Observou-se associação significativa entre abuso e dependência de álcool e idade ($p=0,040$), sexo ($p=0,000$), história familiar de consumo de álcool ($p=0,000$), classe social ($p=0,030$), tabagismo ($p=0,000$) e consumo diário de chimarrão ($p=0,030$). Na análise multivariada, a associação significativa entre abuso e dependência de álcool e as variáveis sexo ($p=0,000$), tabagismo ($p=0,001$) e classe social ($p=0,020$) se manteve. O estudo evidenciou que o grupo formado por homens fumantes e de baixo nível socioeconômico foram mais vulneráveis ao abuso e dependência de álcool. Os pesquisadores sugeriram aos serviços de saúde local, o desenvolvimento de campanhas direcionadas à diminuição do consumo de álcool na população, com ênfase ao grupo de maior risco.

Almeida-Filho et al. (2004) investigaram a associação da etnia, sexo e classe social no consumo de álcool, utilizando inquérito domiciliar. Participaram do estudo 2.302 indivíduos adultos do município de Salvador, Bahia. Foi utilizado um questionário para levantamento de sócio-demográficas e realizou-se avaliação nutricional e da saúde mental dos participantes (*Psychosomatic-Anxiety-Depression* – PSDA). Os padrões de consumo de álcool foram identificados utilizando-se questões sobre frequência de consumo, tipo de bebida alcoólica e quantidade de bebida ingerida. Dos entrevistados, 54,30% eram mulheres, 26,30% estavam na faixa etária entre 35 e 44 anos, 64,80% eram casados, 50,20% eram migrantes, 58,40%

apresentavam nível de escolaridade básico, 55,30% foram classificados como pobres. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 56,20% da amostra afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. O consumo de álcool foi significativamente associado ao sexo ($p < 0,005$), com predomínio do sexo masculino. Notou-se maior consumo entre os solteiros, não-migrantes, com alto nível de escolaridade e classe social alta. A cerveja foi o tipo de bebida alcoólica mais consumida pelo grupo (54,10%). Foi definido como consumo de alto risco o beber em *binge* associado a episódios de embriaguez, além do alto consumo diário (2 ou mais doses). Este tipo de comportamento foi observado em 6,90% da população estudada, sendo seis vezes mais prevalente entre homens. Foi encontrada associação positiva entre o consumo de alto risco e o nível de escolaridade e econômico, com predomínio do nível superior e classe social alta. Os autores concluem que aspectos sócio-culturais podem determinar padrões locais de consumo de bebidas alcoólicas e sugerem o desenvolvimento de novas pesquisas para avaliação mais detalhada da relação entre etnia, classe social, sexo e o consumo de álcool.

Uma pesquisa domiciliar junto à população de Cuiabá, Mato Grosso, sobre o uso de drogas psicotrópicas foi desenvolvida por Costa et al. (2005). Dos 859 entrevistados, na faixa etária de 12 a 70 anos, 45,60% afirmaram não fazer uso de bebida alcoólica, 44,00% afirmaram fazer uso e 9,90% já fizeram uso, mas não o fazem mais. Dos que afirmaram consumir álcool, 50,30% o fazem apenas nos finais de semana, 17,20% usam eventualmente, 7,40% em festas, 4,80% usam diariamente, 4,20% usam socialmente e 1,60% usam três vezes por semana. Quanto ao tipo de bebida mais consumida, a cerveja foi apontada por 48,70% dos entrevistados, seguido do vinho (15,00%), destilados (14,20%) e pinga (7,60%). A faixa etária com maior consumo de bebidas alcoólicas é a de 18 a 24 anos. O sexo masculino consumiu mais álcool e houve maior número de usuários de álcool entre os indivíduos com maiores níveis de escolaridade.

Galduróz et al. (2005a) conduziram o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, envolvendo as 108 maiores cidades do país. Os resultados obtidos apontam que o sexo masculino faz mais uso na vida de álcool que o feminino em todas as faixas etárias. O consumo de álcool foi observado em 74,60% da população avaliada e a dependência de álcool foi estimada em 12,30%. As maiores taxas de dependência foram encontradas na faixa etária de 18 a 24 anos de idade e a porcentagem de dependentes do sexo masculino foi três vezes maior que a do sexo feminino. Na região Sudeste, observou-se que 80,40% dos indivíduos afirmaram consumir bebidas alcoólicas e 12,70% foram classificados como dependentes de álcool. Dentre as complicações decorrentes do uso de álcool e drogas foram apontadas a discussão com outras pessoas (6,30%), quedas (4,00%), lesões (3,00%), agressão a outras pessoas (2,30%), envolvimento em acidentes de trânsito (2,00%) e problemas no trabalho (1,20%). Os autores ainda apontaram que 11,40% dos entrevistados já tentaram parar ou diminuir o uso de álcool, 9,10% relataram perda de controle sobre o álcool, 7,90% já tiveram problemas pessoais por causa do álcool, 7,30% sofreram riscos físicos sob efeito de álcool, 7,10% apresentaram tolerância ao álcool e 5,80% afirmaram gastar muito tempo para conseguir e usar álcool.

Sentindo a necessidade de expandir as pesquisas de consumo de bebidas alcoólicas pelo sexo feminino, Kerr-Corrêa et al. (2005) realizaram um estudo na cidade de Botucatu, São Paulo, com 740 indivíduos, nos anos 2001 e 2002. Foi aplicado o questionário *Gender, Alcohol and Culture: an International Study* (GENACIS), desenvolvido para comparar padrões de consumo de bebidas alcoólicas entre os sexos em diferentes contextos e culturas. Este instrumento foi composto de 59 itens dos 100 itens deste questionário, envolvendo dados demográficos, experiências de trabalho, nível social, variáveis de consumo de bebidas alcoólicas (quantidade, frequência, contexto do uso, histórico familiar de uso de álcool e as conseqüências de seu uso), relacionamento íntimo e sexualidade, violência, vitimização,

saúde, estilo de vida e uso de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar a saúde mental dos participantes. Dos entrevistados, 50,30% eram homens, idade média $41,60 \pm 16,50$ anos, 73,40% casados, 64,10% estudaram menos de oito anos, 84,60% brancos, 70,80% católicos, 45,60% apresentavam renda familiar de sete ou mais salários mínimos e 80,60% tinham trabalho remunerado. No que diz respeito ao padrão de consumo de álcool homens e mulheres foram divididos em grupos segundo faixas etárias (18 a 34 anos, 35 a 49 anos, 50 a 64 anos, 65 anos ou mais). A abstinência na amostra foi de 45,50% em todas as faixas etárias, em ambos os sexos. Observou-se diferença no padrão de consumo entre os sexos ($p < 0,050$), sendo que o “beber leve infrequente” foi duas vezes mais comum entre as mulheres e o “beber problemático” foi quase quatro vezes maior entre os homens. Pessoas da raça branca, com nível de escolaridade mais alto e maior renda familiar consumiram mais bebidas alcoólicas. O consumo de bebida alcoólica entre as mulheres esteve relacionado com o trabalho remunerado (OR=4,16), ter um parceiro com padrão de beber pesado (OR=2,93) ou ser desempregada (OR=10,96). Já entre os homens, ter amigos que consomem bebidas alcoólicas (OR=3,64), apresentar baixo SQR-20 escore (OR=2,13), fumar (OR=2,41) e o estado civil (viúvo, amasiado e casado, OR=4,41, 3,16 e 2,20, respectivamente) estiveram associados ao consumo de álcool. Para ambos os sexos, o aumento do consumo de álcool esteve associado ao aumento do nível de escolaridade. Beber sozinho (OR=3,26) esteve associado ao beber pesado e/ou problemático de álcool entre as mulheres e o tabagismo (OR=1,95) e faixa etária de 35 a 49 anos (OR=3,10) estiveram associados ao beber pesado e/ou problemático de álcool entre os homens. Entretanto, os autores salientaram a necessidade de mais estudos, com amostras representativas para identificação das diferenças no padrão de consumo de álcool entre os sexos.

Em 2007, foi realizado o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira por Laranjeira et al. (2007). Foram realizadas 3.007 entrevistas,

entre os meses de novembro de 2005 e abril de 2006, com a participação de amostra representativa de 143 municípios brasileiros. O consumo de bebida alcoólica pelo menos 1 vez no último ano foi relatado por 52,00% dos indivíduos maiores de 18 anos, 3,00% apresentaram uso nocivo e 9,00% dependência de álcool. Dentre os consumidores de bebida alcoólica, 60,00% dos homens e 33,00% das mulheres relataram consumir 5 ou mais doses de uma única vez no último ano. As mulheres se apresentaram mais abstinentes e com menores frequências de consumo. O consumo de bebidas alcoólicas esteve associado com o nível socioeconômico, sendo que as classes A, B e C apresentaram maior consumo de álcool. Os brasileiros mais jovens consomem bebidas alcoólicas em maior quantidade e frequência e o tipo de bebida mais consumida foi cerveja ou chope. Uma grande preocupação é o consumo de bebida alcoólica em volume excessivo em um curto espaço de tempo (*binge drinking*), por se tratar de comportamento frequentemente associado a problemas físicos, sociais e mentais, demandando maiores custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente de álcool. Mais da metade dos consumidores de álcool relataram beber em *binge* mais de 1 vez ao mês e mais de 20,00% dos entrevistados afirmaram fazê-lo em frequência maior do que semanal. Os jovens fizeram uso de bebida alcoólica em *binge* nos bares, enquanto os mais velhos, em casa. A população de jovens e do sexo masculino apresentou maior risco de problemas decorrentes do álcool, como problemas físicos (38,00%), familiares (18,00%), sociais (17,00%) e de violência (17,00%). O uso nocivo e a dependência de álcool foram predominantes entre os homens.

Com objetivo de estimar a prevalência de dependência de álcool e sua associação com fatores demográficos, familiares, socioeconômicos e de saúde mental, Barros et al. (2007) realizaram um estudo na cidade de Campinas, São Paulo, com 515 indivíduos maiores de 14 anos de idade. O delineamento amostral adotado foi probabilístico por conglomerados. Os instrumentos de medida utilizados foram o *Self-Report Questionnaire* (SQR-20) e o AUDIT.

O abuso/dependência de álcool foi de 8,60% (IC_{95%}: 5,90-11,80), sendo 13,10% (IC_{95%}: 8,40-19,90) entre os homens. Esta prevalência foi significativamente associada ao sexo (OR=3,53), renda (OR=6,49), morar sozinho (OR=11,81), religião (OR=7,08), relação com vizinhos (OR=2,03) e uso de drogas ilícitas (OR=4,4). Dos indivíduos em que o AUDIT foi positivo, 22,30% consomem bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana e 32,40% consomem entre sete e nove doses em um dia típico. Observou-se maior proporção de adultos e idosos que consomem álcool quatro ou mais vezes durante a semana, do que de jovens. Na análise multivariada notou-se associação significativa entre o consumo de álcool e renda (OR=10,29), escolaridade (OR=13,42), religião (OR=9,16) e uso de drogas ilícitas (OR=4,47). Os pesquisadores salientam que o conhecimento da prevalência e dos fatores associados ao consumo de risco de álcool são primordiais para o estabelecimento de ações de vigilância e avaliação do impacto de futuros programas intervencionistas.

Magnabosco et al. (2007) avaliaram o padrão de uso de álcool de 921 usuários de serviços de atenção básica de saúde nos municípios de Juiz de Fora e Rio Pomba, Minas Gerais. O AUDIT foi utilizado como instrumento de medida e o delineamento amostral adotado foi não-probabilístico. A maioria dos usuários era do sexo masculino (51,90%), 84,40% dos participantes foram atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15,60% em outros serviços de atenção primária à saúde (APS). A idade média dos atendidos em UBS foi de 41,00±16,00 anos e dos atendidos em APS foi de 40,00±8,00 anos. Do total da amostra, 77,90% foram classificados como consumidores de beber moderado ou abstinência, 15,10% como consumidores de beber de risco, 3,30% como consumidores de alto risco e 3,80% com possível dependência. Os homens apresentaram consumo de risco significativamente maior que as mulheres ($\chi^2=52,16$; $p<0,001$). A taxa de abstinência e usuários ocasionais entre as mulheres (87,40%) foi maior do que entre os homens (69,0%). O uso freqüente foi maior entre os homens (19,30%), do que entre as mulheres (7,20%) ($\chi^2=67,73$; $p<0,001$). O escore

médio do AUDIT foi significativamente mais elevado entre os homens ($6,49 \pm 7,06$ pontos) do que entre as mulheres ($2,90 \pm 4,38$ pontos) ($p < 0,001$). Os entrevistados na faixa etária entre 38 e 47 anos apresentaram consumo de risco maior do que os demais. Trinta e cinco por cento dos participantes relataram a ocorrência de beber em *binge*, sendo um comportamento observado mais em mulheres (53,10%) do que em homens (37,30%). Os autores concluem que no contexto da saúde pública, não somente a prevalência da dependência de álcool, mas também o uso de risco revelou-se importante, em decorrência dos prejuízos que o álcool pode trazer.

Peixoto et al. (2008) avaliaram o consumo de risco de bebida alcoólica e o consumo grave de álcool na cidade de Goiânia, Goiás, por meio de entrevistas telefônicas. O consumo de risco foi caracterizado pelo consumo de álcool superior a uma dose para as mulheres e duas doses para os homens em um ou mais dias da semana e o consumo grave de álcool foi caracterizado pela ingestão de 5 ou mais doses qualquer bebida alcoólica em pelo menos uma vez no último mês. Dos 2.002 adultos entrevistados, 62,40% eram mulheres, faixa etária predominante 35 a 44 anos (22,50%) e com 9 a 11 anos de estudo (38,80%). Foi observado que 23,20% dos participantes apresentaram consumo de risco, sendo mais freqüente no sexo masculino (37,70%). O consumo grave de álcool foi verificado em 15,90%, sendo também mais freqüente no sexo masculino (29,80%). O consumo inadequado de álcool entre os homens foi menor com o aumento da idade ($p < 0,010$) e maior com o aumento da escolaridade ($p < 0,010$). Entre as mulheres, o consumo de bebida alcoólica foi maior entre as mais jovens ($p < 0,010$) e com escolaridade mais alta ($p < 0,010$).

Castro-Costa et al. (2008) investigaram o consumo de álcool no Brasil e sua associação com as características sócio-demográficas. Este estudo foi pioneiro em avaliar o padrão de consumo de álcool em brasileiros mais velhos, utilizando os dados de Laranjeira et al. (2007). Foram selecionados 400 indivíduos com 60 ou mais anos. Verificou-se que

55,80% dos participantes eram do sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 69 anos (63,50%), casados (59,80%), nível de escolaridade baixo (87,30%), baixo nível econômico (73,60%) e residentes nas cidades com menos de 200.000 habitantes (81,00%). O padrão do consumo de álcool apontou que 12,40% dos participantes apresentaram consumo pesado de álcool, 10,40% consumo em *binge* e 2,90% dependência de álcool. A cerveja foi a bebida alcoólica mais consumida pelos entrevistados. O consumo pesado de álcool somente esteve associado ao sexo, sendo mais freqüente entre os homens (OR=6,66; IC_{95%}: 2,40-18,44), enquanto o consumo em *binge* esteve associado ao sexo e ao nível econômico, sendo mais freqüente nos homens (OR=3,22; IC_{95%}: 1,29-8,03) e nível econômico mais alto (OR=12,83; IC_{95%}: 2,66-61,87). A dependência de álcool somente foi diagnosticada nos homens e esteve associada ao nível econômico, sendo mais freqüente entre aqueles com nível econômico mais alto (OR=33,11; IC_{95%}: 1,26-86,45). Segundo os pesquisadores, os problemas associados ao consumo de álcool em idosos são comuns e necessitam ser mais investigados pelos profissionais da saúde.

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) avaliou o consumo de álcool na população adulta nas 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal no ano de 2007. De acordo com os resultados obtidos, 17,50% da população adulta apresentou comportamento de beber em *binge*, sendo São Paulo e São Luís, as capitais com menor e maior número de participantes com este comportamento (13,40% e 23,10%) respectivamente. Este comportamento foi três vezes mais freqüente entre os homens (27,20%), do que entre as mulheres (9,30%) e a faixa etária entre 35 e 44 anos foi a mais acometida em ambos os sexos (17,10%). Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, o consumo de beber em *binge* foi mais prevalente entre os entrevistados com 12 ou mais anos de estudo (18,70%).

Bastos et al. (2008) analisaram o padrão de consumo de álcool de uma amostra representativa da população brasileira urbana. Os dados foram obtidos dos achados da pesquisa “Comportamento sexual e percepções da população sobre HIV/AIDS” desenvolvida em 2005. Participaram 5.040 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária entre 16 e 65 anos. Os participantes foram questionados sobre suas características sócio-demográficas, questões relativas à religião, à vida pessoal e consumo de álcool, por meio de entrevista pessoal. O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 86,70% dos entrevistados. Destes, 26,50% afirmaram não consumir mais álcool, 37,10% relataram consumir bebida alcoólica raramente e 4,90% referiram consumir bebida alcoólica 3 ou mais vezes por semana. A idade média do primeiro consumo de álcool foi de $17 \pm 8,38$ anos. A média de doses consumidas entre os usuários de álcool foi de $5,7 \pm 6,28$. O consumo regular de álcool foi confirmado por 17,90% dos participantes. Destes indivíduos, 26,30% continuaram a beber regularmente, 68,10% referiram beber moderado, 3,40% referiram ter parado, mas voltado a beber regularmente e 2,20% afirmaram ter parado completamente de beber. Os resultados referentes às regiões do Brasil apontaram que o consumo regular de álcool foi encontrado em 28,40% dos residentes da região Centro-Oeste, 18,80% da região Nordeste, 18,0% da Sudeste, 13,70% do Norte e 13,70% do Sul. O consumo regular de álcool esteve significativamente associado à etnia ($p=0,001$), estado civil ($p=0,020$), faixa etária ($p=0,022$), religião ($p=0,021$) e morar com os pais até os 18 anos ($p=0,041$), com maior predomínio dos entrevistados não brancos (RC=1,475; IC_{95%}: 1,171-1,859), casados (RC=1,332; IC_{95%}: 1,046-1,697), na faixa etária entre 50 e 65 anos (RC=1,589), religião evangélica (RC=1,536; IC_{95%}: 1,067-2,021) e não morar com os pais até os 18 anos (RC=1,299; IC_{95%}: 1,011-1,669). Na análise multivariada, o consumo regular de álcool esteve associado significativamente com a faixa etária, etnia e religião, sendo predominantes os entrevistados na faixa etária entre 50 e 65 anos (OR=1,911; IC_{95%}: 1,334-2,738), não brancos (OR=1,457; IC_{95%}: 1,143-1,857) e sem religião (OR=1,326;

IC_{95%}: 1,063-1,654). O fator protetor ao uso regular de bebida alcoólica foi o sexo, sendo as mulheres as mais protegidas (OR=0,303; IC_{95%}: 0,230-0,398).

Kerr-Corrêa et al. (2008) compararam o padrão de consumo de álcool segundo o sexo em 740 indivíduos da cidade de Botucatu, São Paulo e 525 indivíduos da cidade de Rubião Júnior, São Paulo, maiores de 17 anos. O questionário para identificação do padrão de consumo de álcool utilizado para a realização das entrevistas pessoais foi o GENACIS. Em Botucatu, a idade média dos homens foi de 50,10±21,70 anos e das mulheres de 53,50±22,50 anos, 50,30% eram homens e a maioria estudou por 8 a 11 anos (64,10%), católicos (70,80%), casados (61,40%), com renda familiar maior que 7 salários mínimos (45,60%) e assalariados (80,60%). Em Rubião Júnior, a idade média dos homens foi 41,60±16,50 anos e das mulheres de 39,50±16,50 anos, 63,00% eram mulheres e a maioria estudou por 7 anos ou menos (57,30%), católicos (60,90%), casados (42,10%), com renda familiar entre 3 a 6 salários mínimos (36,60%) e assalariados (61,00%). A avaliação do consumo de álcool em Botucatu apontou que 45,50% dos entrevistados eram abstêmios, 36,50% apresentaram consumo baixo de álcool, 7,00% consumo moderado de álcool, 6,80% consumo pesado de álcool e 4,20% apresentaram problema com a bebida. A avaliação do consumo de álcool em Rubião Júnior apontou que 68,30% dos entrevistados eram abstêmios, 20,30% apresentaram consumo baixo de álcool, 0,20% consumo moderado de álcool, 10,70% consumo pesado de álcool e 0,20% apresentaram problema com a bebida. O consumo de álcool em Rubião Júnior esteve associado ao sexo ($p<0,001$), com maior acometimento dos homens, o que não ocorreu em Botucatu. Na análise multivariada em Botucatu, a abstinência foi estatisticamente associada ao fato de se ter um parceiro com consumo pesado de álcool (OR=0,40; IC_{95%}: 0,15-0,97). O consumo de álcool esteve associado ao tabagismo e nível de escolaridade, sendo mais acometidos os homens tabagistas (OR=2,12; IC_{95%}: 1,20-3,74) e homens e mulheres com baixa escolaridade (OR=7,16; IC_{95%}: 2,75-18,65 e OR=3,57; IC_{95%}: 1,61-7,91). Em Rubião

Júnior, a abstinência esteve estatisticamente associada à idade das mulheres (OR=0,96; IC_{95%}: 0,94-0,99). O consumo de bebida alcoólica esteve associado ao tabagismo, renda familiar e nível de escolaridade, sendo mais freqüente em homens e mulheres tabagistas (OR=6,57; IC_{95%}: 2,96-14,58 e OR=3,08; IC_{95%}: 1,54-6,16), homens e mulheres com renda familiar de 7 ou mais salários mínimos (OR=4,47; IC_{95%}: 1,28-15,58 e OR=3,41; IC_{95%}: 1,05-11,14) e mulheres com baixo nível de escolaridade (OR=10,44; IC_{95%}: 2,52-43,24). Observou-se diferenças significativas nos dados sócio-demográficos e no padrão de consumo de álcool nas duas cidades avaliadas. O consumo de álcool em Botucatu foi semelhante entre homens e mulheres e em Rubião Júnior, os homens apresentaram maior consumo do que as mulheres.



Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal.

O delineamento amostral adotado foi o probabilístico estratificado segundo o número de domicílios dos setores censitários do município de Araraquara e sexo.

Os setores censitários são classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em urbanos, rurais e especiais. Devido à metodologia de levantamento dos dados proposta neste estudo, entrevistas telefônicas, optou-se por incluir apenas, os setores do tipo urbano. No município de Araraquara estes totalizam 261.

A seleção dos domicílios, nos setores censitários foi realizada de maneira probabilística a partir dos mapas dos setores fornecidos pelo IBGE. Cada quadra, de cada setor, foi numerada e as faces das quadras, identificadas com letras atribuídas em sentido horário. Utilizando-se uma tabela de números aleatórios as quadras a serem visitadas foram sorteadas, assim como a face de cada quadra e o domicílio a ser incluído na amostra (Figura 1).

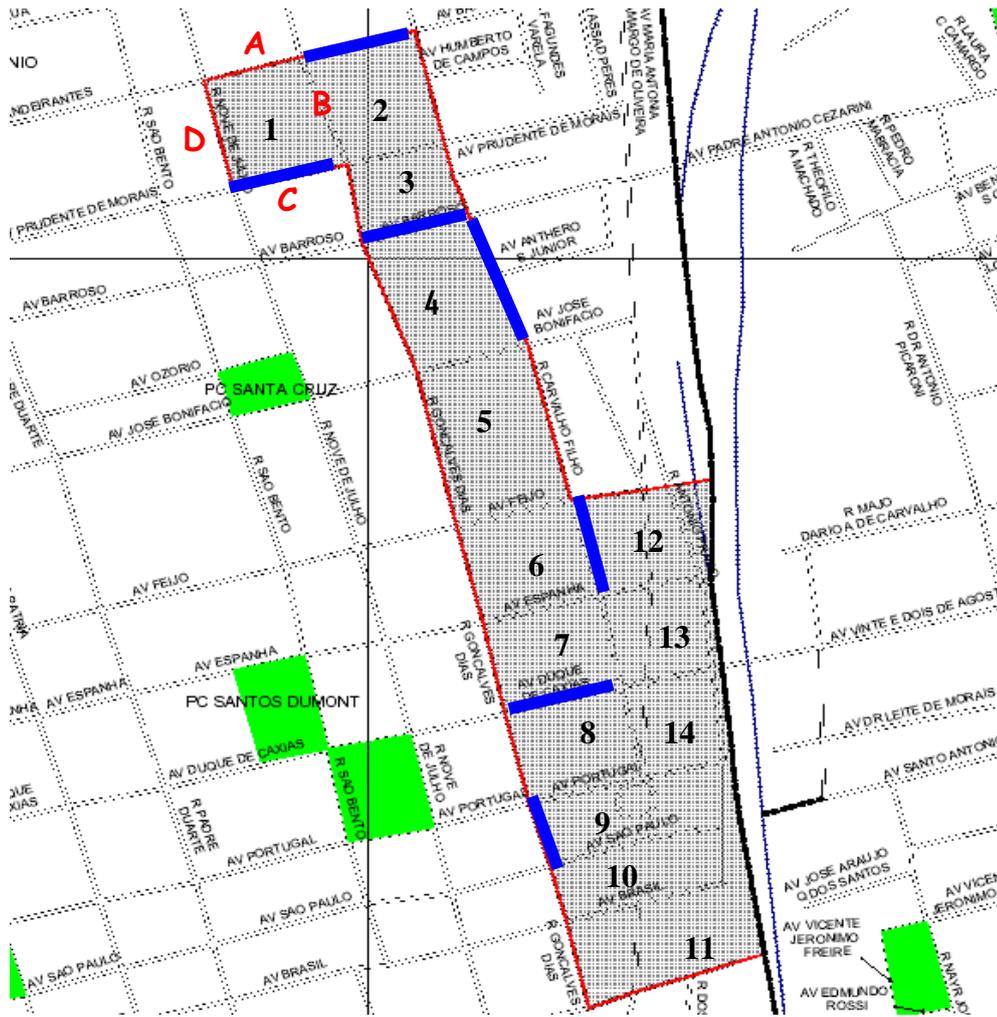


Figura 1. Divisão territorial e sorteio das quadras de cada setor do município de Araraquara (SP), 2007.

Considerando que a base cartográfica do município não possui codificação completa de endereço, foram realizadas visitas às ruas correspondentes às faces previamente sorteadas para anotação da numeração dos domicílios. De posse destas informações, realizou-se o sorteio do domicílio participante e de dois reservas para eventual substituição, que foi realizada nos casos de não atendimento ao chamado telefônico.

Em cada domicílio, foi entrevistado apenas um morador, que preencheu os critérios de inclusão da amostra. Cabe esclarecer que foram considerados moradores da casa os indivíduos que residiam naquele domicílio, excluindo-se os empregados remunerados.

O tamanho da amostra foi estabelecido por meio do processo de amostragem para população finita (COCHRAN, 1977; SILVA, 2004). Os dados de estimativa de população foram obtidos junto ao IBGE (2007), de modo que, para os moradores do município de Araraquara (SP), maiores de 18 anos de idade, este valor foi de 140.884 habitantes. O nível de confiança adotado foi de 95,00% e considerou-se como estimativa preliminar da verdadeira proporção de dependentes de álcool o valor de 9,20%, encontrado por Carlini et al. (2002) para a região Sudeste. A margem relativa de erro amostral foi fixada em 15,00%.

Nestas condições, o tamanho amostral mínimo ficou estimado em 1.666 indivíduos. Tendo-se admitido um absenteísmo da ordem de 20,00%, o tamanho da amostra foi corrigido, segundo os critérios de Alves (2005) e passou a ser de 2.083 indivíduos.

4.2 Entrevistas

Apoiados na literatura (IVIS et al., 2000; REA; PARKER, 2000; WHO, 2000; GALÁN et al., 2004) optou-se por realizar as entrevistas por meio de ligações telefônicas. Para verificar a adequação desta escolha, previamente à execução deste estudo, Campos et al. (2008a) realizaram um estudo piloto utilizando a mesma população alvo em delineamento cruzado para investigar a detecção do padrão de consumo de bebidas alcoólicas por meio de entrevistas pessoais e telefônicas. Os autores verificaram que quando se estuda alcoolismo ou problemas relacionados ao álcool, as situações nas quais os respondentes não interagem diretamente com os entrevistadores, favorecem respostas verdadeiras, este estudo foi enviado para publicação em 2008. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) aponta como uma das vantagens da técnica de aplicação de entrevistas pelo telefone o aumento da taxa de adesão da população à pesquisa (60,00% a 80,00%) uma vez que ela não se sente exposta ao julgo do entrevistador.

Considerando-se o instrumento selecionado para a coleta dos dados entende-se que o

mesmo possui características adequadas para entrevistas realizadas por telefone uma vez que sua aplicação é simples, propiciando entrevistas com duração em torno de dez minutos, tempo menor do que o sugerido por Rea e Parker (2000) para uma entrevista por telefone.

Ao ter a ligação telefônica atendida, o pesquisador se identificou e leu o Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa, no qual informou ao morador sobre o objetivo e conteúdo da pesquisa e ressaltou o sigilo das informações, podendo assim optar por participar ou não da mesma. Deve-se ressaltar que foram incluídos na amostra, apenas os indivíduos com idade superior a dezoito anos.

As ligações foram realizadas, por um único entrevistador devidamente calibrado em estudo piloto ($\kappa=0,88$) (MANÇO; CAMPOS, 2007).

Cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas em horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos.

4.3 Aspectos Éticos

Em se tratando de entrevista por telefone, o Consentimento Livre e Esclarecido foi substituído pelo Consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos (MONTEIRO et al., 2005; WHO, 2000). Ao ter a ligação atendida, o pesquisador se identificou e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Sujeito da Pesquisa. O morador foi informado sobre o objetivo e conteúdo da pesquisa podendo optar por participar ou não da mesma. Caso optar por participar foi garantido ao sujeito, sigilo das informações.

A execução deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP (Protocolo nº 09/2007) (ANEXO 1).

4.4 Variáveis de Estudo e Instrumento de Medida

Para identificação de desordens devido ao álcool utilizou-se o questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) composto por 10 questões objetivas que permitem respostas com pesos pré-estabelecidos de 0 a 4 (BABOR et al., 2001), o somatório dos pesos de cada questão indicou a classificação de cada indivíduo frente ao consumo de bebidas alcoólicas (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação do risco dos indivíduos segundo o consumo de bebidas alcoólicas (BABOR et al., 2001).

Risco	Pontos	Classificação
I	0 a 7	Beber moderado
II	8 a 15	Padrão de beber de risco
III	16 a 19	Padrão de beber de alto risco
IV	20 a 40	Possível dependência de álcool

O AUDIT foi desenvolvido e avaliado por um período de duas décadas em um projeto colaborativo entre seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos), com o objetivo de atender às diferentes realidades socioculturais e econômicas (SAUNDERS et al., 1993a; SAUNDERS et al., 1993b; ALLEN et al., 1997).

De acordo com Allen et al. (1997), o AUDIT encontra-se em quarto lugar mundial entre os instrumentos de rastreamento de transtornos pelo uso do álcool e quando comparado a pelo menos outros 22 instrumentos, é aquele que apresenta as características psicométricas mais sofisticadas com sua fidedignidade e validade estimada em várias populações de diversos países (FLEMING et al., 1991; SINCLAIR et al., 1992; CLAUSSEN; AASLAND, 1993; SAUNDERS et al., 1993a; SAUNDERS et al., 1993b; ISAACSON et al., 1994; POWELL; MCLNNESS, 1994; BOHN et al., 1995; CHERPITEL, 1995; CONIGRAVE et al., 1995a; CONIGRAVE et al., 1995b; HAYS et al., 1995; RIGMAIDEN et al., 1995; ALLEN et al., 1997; PICCINELLI et al., 1997; SKIPSEY et al., 1997; VOLK et al., 1997; CLEMENTS,

1998; LAPHAM et al., 1998; STEINBAUER et al., 1998; FIELLIN et al., 2000; MARSH et al., 2002; DONOVAN et al., 2006).

Neste estudo, utilizou-se a versão em português do Brasil do AUDIT, validada por Mendéz (1999) e posteriormente por Lima et al. (2005) (ANEXO 2).

Para a caracterização da amostra foram levantadas ainda informações referentes à idade, sexo, estado civil, presença ou não de religião, nível econômico, nível de escolaridade, situação laboral, tabagismo, peso e altura.

A idade foi analisada em anos completos. Para o estado civil foram consideradas as categorias solteiro, casado, viúvo e desquitado/divorciado. O nível econômico e de escolaridade foram classificados, segundo a escala proposta pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978) (Figura 2 e Quadro 2).

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Automóvel	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Aspirador	0	5	5	5	5	5	5
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	2	2

Pontos	Instrução do chefe de família
0	Analfabeto/primário incompleto
1	Primário completo/ginasial incompleto
3	Ginasial completo/colegial incompleto
5	Colegial completo/superior incompleto
10	Superior completo

Figura 2. Pontuação da escala socioeconômica da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978).

Quadro 2. Classificação socioeconômica segundo o critério de pontuação proposto pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978).

Pontos	Classes
35 ou mais	A
21 a 34	B
10 a 20	C
5 a 9	D
0 a 4	E

O Índice de Massa Corpórea (IMC), a ser utilizado neste estudo, foi calculado a partir do peso e da altura referidos pelos entrevistados apoiados em estudos realizados por Chor et al. (1999) e Silveira et al. (2005). Campos e Manço (2007) realizaram um trabalho com objetivo de estimar a reprodutibilidade de medidas de peso e altura referidos e aferidos de 50 moradores da cidade de Araraquara (SP), de ambos os sexos, maiores de 18 anos e verificaram uma concordância excelente, tanto para as medidas de peso ($\rho=0,992$; $IC_{95\%}$: 0,987-0,995), quanto de altura ($\rho=0,981$; $IC_{95\%}$: 0,970-0,990) concluindo que as medidas de peso e altura referidas podem ser utilizadas com confiança pelos pesquisadores em substituição às aferições em estudos epidemiológicos uma vez que, este método, diminui os custos e o tempo de execução do trabalho, o que também foi ressaltado por Chor et al. (1999) e Silveira et al. (2005).

A classificação do estado nutricional dos indivíduos a partir do IMC foi realizada utilizando-se a referência proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) (Quadro 3).

Quadro 3. Classificação do estado nutricional dos indivíduos a partir do IMC (WHO, 1995).

IMC	Classificação
< 18,5	Baixo Peso
18,5 - 25,0	Eutrofia
25,0 - 30,0	Sobrepeso
30,0 - 35,0	Obesidade Grau I
35,0 - 40,0	Obesidade Grau II
$\geq 40,0$	Obesidade Grau III

4.5 Planejamento Estatístico

Os dados foram organizados e apurados para todas as variáveis de estudo (idade, sexo, estado civil, pontuação do AUDIT, classificação dos sujeitos segundo o risco de beber e beber em *binge*, nível econômico e escolaridade, religião, tabagismo, trabalho e estado nutricional), com o auxílio do programa STATA 9.0 e apresentados em tabelas e gráficos.

A consistência interna do AUDIT foi avaliada pelo coeficiente α de Cronbach (α) utilizando-se toda amostra e a reprodutibilidade aferida pela estatística Kappa (κ) com ponderação linear intra-examinador, utilizando-se uma amostra de 100 indivíduos.

A classificação do AUDIT permitiu a classificação dos participantes em dois grupos, beber moderado (G1) e beber de risco (G2).

Para as associações de interesse (classificação AUDIT – sexo; classificação AUDIT – nível econômico; classificação AUDIT – nível de escolaridade; classificação AUDIT – estado civil; classificação AUDIT – estado nutricional; classificação AUDIT – religião; classificação AUDIT – situação laboral; classificação AUDIT – tabagismo) realizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2), adotando-se um nível de significância de 5% para tomada de decisão.

Em seguida, os participantes foram agrupados segundo o comportamento de beber em *binge*. Foram considerados como “bebedor em *binge*” aqueles que obtiveram pontuações igual ou superior a sete nas questões do AUDIT segundo proposta de Tuunanen et al. (2007). As associações de interesse foram estudadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2).



Resultados

5 RESULTADOS

Participaram 1.710 indivíduos apontando para uma perda amostral de 18,00%, entretanto, a mesma já esteve prevista e o tamanho mínimo da amostra foi atingido. A idade média dos indivíduos foi de $43,78 \pm 15,83$ anos, com mínimo de 18 e máximo de 95 anos, sendo 855 (50,00%) do sexo masculino.

As demais características sócio-demográficas da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico da amostra. Araraquara, 2008.

Características	n	%
Estado civil		
Solteiro	439	25,67
Casado	1077	62,98
Viúvo	101	5,91
Desquitado, divorciado	93	5,44
Nível econômico		
A	216	12,63
B	619	36,20
C	719	42,05
D	155	9,06
E	1	0,06
Nível de escolaridade		
Analfabeto ou primário incompleto	327	19,12
Primário completo ou ginásial incompleto	149	8,71
Ginásial completo ou colegial incompleto	232	13,57
Colegial completo ou superior incompleto	648	37,89
Superior completo	354	20,70
Você possui alguma religião?		
Não	178	10,41
Sim	1532	89,59
Você trabalha?		
Não	702	41,05
Sim	1008	58,95
Você fuma?		
Não	1495	87,43
Sim	215	12,57
Estado nutricional		
Baixo peso (IMC < 18,5)	40	2,34
Eutrofia (IMC 18,5 a 24,9)	798	46,67
Sobrepeso (IMC 25,0 a 29,9)	607	35,50
Obesidade grau 1 (IMC 30,0 a 34,9)	200	11,70
Obesidade grau 2 (IMC 35,0 a 39,9)	49	2,87
Obesidade grau 3 (IMC > 40)	16	0,94
Total	1.710	100,00

A amostra foi composta predominantemente por participantes casados (62,98%), nível econômico C (42,05%), nível de escolaridade colegial completo ou superior incompleto

(37,89%), com religião (89,59%), trabalhadores (58,95%), que relataram não ser tabagistas (87,43%) e estado nutricional eutrófico (46,67%). Chama-se atenção ainda o elevado número de indivíduos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) (n= 872, 51,01%).

A consistência interna do AUDIT neste estudo foi considerada excelente ($\alpha=0,85$) e na reprodutibilidade foi considerada adequada ($\kappa=0,87$).

Na Tabela 2 encontra-se a frequência das respostas a cada questão do AUDIT.

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo as respostas do Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Araraquara, 2008.

Questões	Respostas				
	A	B	C	D	E
*1. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?	435(25,44)	433(25,32)	399(23,33)	336(19,65)	107(6,23)
**2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?	675(52,94)	325(25,49)	163(12,78)	50(3,92)	62(4,86)
***3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?	979(76,78)	51(4,00)	25(1,96)	185(14,51)	35(2,75)
***4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?	1137(89,18)	72(5,65)	32(2,51)	17(1,33)	17(1,33)
***5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?	1239(97,18)	17(1,33)	12(0,94)	5(0,39)	2(0,16)
***6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?	1244(97,57)	4(0,31)	7(0,55)	8(0,63)	12(0,94)
***7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?	1159(90,90)	62(4,86)	25(1,96)	21(1,65)	8(0,63)
***8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	1172(91,92)	55(4,31)	28(2,20)	15(1,18)	5(0,39)
****9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido?	1631(95,38)		37(2,16)		42(2,46)
****10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?	1393(81,46)		90(5,26)		227(13,27)

*A: nunca, B: uma vez por mês ou menos, C: duas a quatro vezes por mês, D: duas a três vezes por semana, E: quatro ou mais vezes por semana.

**A: 1 ou 2 “doses”, B: 3 ou 4 “doses”, C: 5 ou 6 “doses”, D: 7 a 9 “doses”, E: 10 ou mais “doses”.

*** A: nunca, B: uma vez por mês ou menos, C: uma vez ao mês, D: uma vez por semana, E: todos os dias ou quase todos.

****A: não, C: sim, mas não no último ano, E: sim, durante o último ano.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica no último ano, 25,44% dos participantes relataram ser abstêmios, enquanto os demais afirmaram ingerir álcool com alguma frequência. Nas ocasiões em que consumiram bebida alcoólica no último ano, 52,94% relataram consumo de 1 ou 2 doses, enquanto 21,56% apontaram ter um consumo de 5 ou mais doses. Quanto à frequência de consumo de 6 ou mais doses em uma mesma ocasião no último ano, chama-se atenção que 14,51% e 2,75% relataram realizar este comportamento, uma vez por semana e todos os dias ou quase todos, respectivamente. Dos entrevistados, 2,66% não foram capazes de controlar a quantidade de bebida a ser ingerida depois de começar pelo menos uma vez por semana e menos de 1,00% não conseguiram cumprir compromissos pelo menos uma vez por semana. Outro fato que merece destaque é que 2,43% dos entrevistados afirmaram já ter precisado beber pela manhã para se sentir melhor. O sentimento de culpa ou remorso depois de beber foi observado em 9,10% dos entrevistados, variando a frequência de episódios entre uma vez por mês ou menos a todos ou quase todos os dias no último ano. Não se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida foi confirmado por 8,08% dos entrevistados e 4,62% das pessoas relataram ter se prejudicado ou prejudicado outra pessoa, devido à bebida. A preocupação de parentes, amigos, médico ou profissional da saúde por causa do consumo de bebida alcoólica ou o pedido para parar de beber foi confirmado por 18,53% dos entrevistados.

A classificação dos indivíduos, conforme o padrão de consumo de bebidas alcoólicas aferido pelo AUDIT está exposto na Tabela 3.

Tabela 3. Padrão de consumo de bebida alcoólica segundo o AUDIT. Araraquara, 2008.

Classificação	n	%
Abstêmio	368	21,52
Beber moderado	1027	60,06
Beber de risco	248	14,50
Beber de alto risco	27	1,58
Possível dependência de álcool	40	2,34
Total	1.710	100,00

Nota-se que a maioria dos participantes (60,06%) consome bebida alcoólica de forma moderada e 18,42% apresentaram comportamento de beber de risco.

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas segundo as variáveis sócio-demográficas de interesse está exposta na Tabela 4.

Tabela 4. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas (G1: beber moderado; G2: beber de risco) segundo as variáveis sócio-demográficas de interesse. Araraquara, 2008.

Características sócio-demográficas	Padrão de consumo			χ^2	p
	G1	G2	Total		
Sexo					
Masculino	598	257	855	154,105	0,001*
Feminino	797	58	855		
Estado civil					
Solteiro	353	86	439	5,374	0,146
Casado	876	201	1077		
Viúvo	91	10	101		
Desquitado, divorciado	75	18	93		
Nível econômico					
A e B	660	175	835	7,469	0,024*
C	607	112	719		
D e E	128	28	156		
Nível de escolaridade					
Baixa	586	122	708	1,137	0,316
Alta	809	193	1002		
Você possui alguma religião?					
Não	128	50	178	12,360	0,001*
Sim	1267	265	1532		
Você trabalha?					
Não	615	87	702	28,795	0,001*
Sim	780	228	1008		
Você fuma?					
Não	1247	247	1494	28,486	0,001*
Sim	148	68	215		
Estado nutricional					
Baixo peso (IMC < 18,5)	33	7	40	9,357	0,009*
Eutrofia (IMC 18,5 a 24,9)	675	123	798		
Sobrepeso e obesidade (IMC \geq 25,0)	687	185	872		
Total	1.395	315			

*Diferença estatística significativa para $\alpha=0,05$

Houve associação significativa entre o padrão de consumo de bebida alcoólica e o sexo ($\chi^2=154,105$, $p=0,001$), nível econômico ($\chi^2=7,469$, $p=0,024$), religião ($\chi^2=12,360$, $p=0,001$), trabalho ($\chi^2=28,795$, $p=0,001$), tabagismo ($\chi^2=28,486$, $p=0,001$) e estado nutricional ($\chi^2=9,357$, $p=0,009$), com maior prevalência para o sexo masculino, entre as classes

econômicas A e B, sem religião, trabalhadores, tabagistas e classificados como sobrepeso ou obesidade.

As variáveis que apresentaram associação significativa com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas estão descritas segundo a classificação do AUDIT no Gráfico 1.

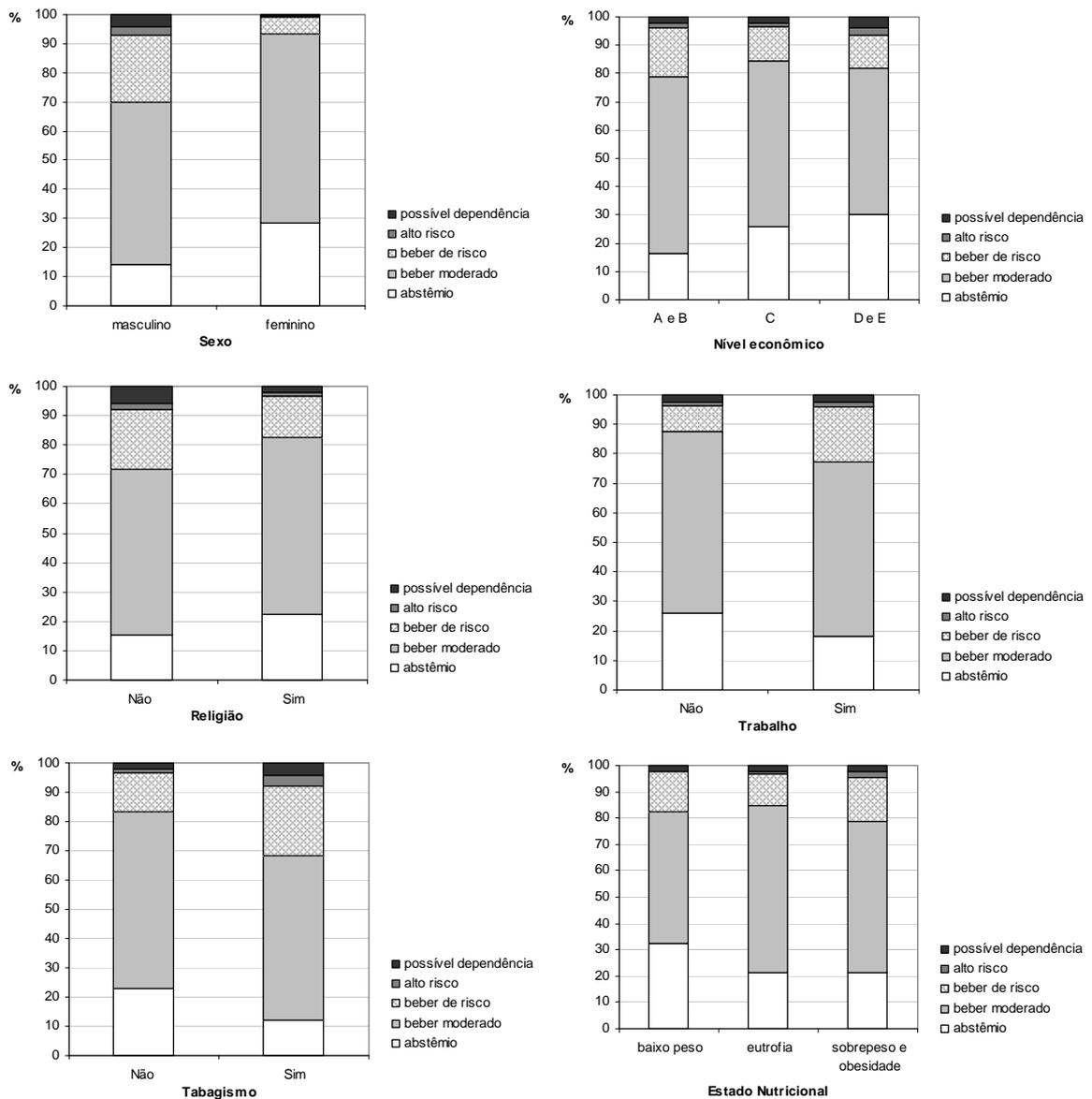


Gráfico 1. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas segundo a classificação do AUDIT. Araraquara, 2008.

Em relação ao sexo, observa-se que os homens foram menos abstêmios do que as mulheres e apresentaram padrão de beber de risco, alto e possível dependência de álcool maior que as mulheres. Quanto à religião, o grupo de participantes que relataram não tê-la foi

associado ao menor absenteísmo e maior comportamento de beber de risco, de alto risco e de possível dependência de álcool. Os tabagistas apresentaram-se menos abstêmios, com comportamentos mais prevalentes de beber de risco, de alto risco e possível dependência de álcool. Sobre o nível econômico notou-se que quanto menor o nível, maior foi o número de abstêmios, entretanto nas classes menos favorecidas (D e E) observou-se maior consumo de alto risco e de possível dependência de álcool. Entre os participantes com nível econômico mais alto, o consumo de beber de risco foi maior. Os trabalhadores apresentaram comportamento de beber de risco e de alto risco maior que aqueles que não trabalham, sendo que estes últimos foram mais abstêmios ao álcool e com maior predominância de padrão de consumo moderado. Quanto ao estado nutricional, os indivíduos classificados como baixo peso foram mais abstêmios e não apresentaram padrão de consumo de álcool de alto risco. O padrão de consumo de beber de risco e de alto risco foi maior entre os entrevistados com sobrepeso e obesidade.

Quanto ao comportamento de beber em *binge*, 195 (11,40%) dos participantes apresentaram este comportamento. Na Tabela 5 encontra-se o estudo de associação entre o comportamento de beber em *binge* e as características de interesse.

Tabela 5. Comportamento de beber em *binge* segundo as variáveis sócio-demográficas de interesse. Araraquara, 2008.

Características sócio-demográficas	Beber em <i>binge</i>			χ^2	p
	Ausente	Presente	Total		
Sexo					
Masculino	693	162	855	96,323	0,001*
Feminino	822	33	855		
Estado civil					
Solteiro	388	51	439	4,082	0,253
Casado	955	122	1077		
Viúvo	94	7	101		
Desquitado, divorciado	78	15	93		
Nível econômico					
A e B	720	115	835	9,297	0,010*
C	655	64	719		
D e E	140	16	156		
Nível de escolaridade					
Baixa	641	67	708	4,502	0,034*
Alta	874	128	1002		
Você possui alguma religião?					
Não	144	34	178	11,652	0,001*
Sim	1371	161	1532		
Você trabalha?					
Não	654	48	702	24,574	0,001*
Sim	861	147	1008		
Você fuma?					
Não	1336	158	1494	8,182	0,004*
Sim	178	37	215		
Estado nutricional					
Baixo peso (IMC < 18,5)	37	3	40	11,851	0,009*
Eutrofia (IMC 18,5 a 24,9)	728	70	798		
Sobrepeso e obesidade (IMC \geq 25,0)	750	122	872		
Total	1.515	195			

*Diferença estatística significativa para $\alpha=0,05$

Houve associação significativa entre o comportamento de beber em *binge* e o sexo ($\chi^2=96,323$, $p=0,001$), nível econômico ($\chi^2=9,297$, $p=0,010$), nível de escolaridade ($\chi^2=4,502$, $p=0,034$), religião ($\chi^2=11,652$, $p=0,001$), trabalho ($\chi^2=24,574$, $p=0,001$), tabagismo ($\chi^2=8,182$, $p=0,004$) e estado nutricional ($\chi^2=11,851$, $p=0,009$), sendo que este tipo de comportamento foi significativamente maior entre os homens, nas classes econômicas A e B, com maior escolaridade, sem religião, entre os trabalhadores, tabagistas e classificados como sobrepeso ou obesidade.



Discussão

6 DISCUSSÃO

O consumo de álcool excessivo tem aumentado de forma preocupante nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e faz parte dos fatores de risco associados às doenças crônicas. Segundo Monteiro et al. (2005), os fatores de risco associados às doenças crônicas, embora potencialmente relevantes no perfil epidemiológico da população, principalmente por serem passíveis de prevenção, não vêm sendo monitorados adequadamente. Os motivos que poderiam dificultar este monitoramento se relacionam ao grande intervalo de tempo entre as pesquisas realizadas no país e à impossibilidade de desagregação dos resultados para Estados e municípios.

Uma das alternativas para solucionar este problema, são pesquisas como a de Monteiro et al. (2005) e Peixoto et al. (2008) que vêm utilizando um sistema de monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas, cujas vantagens se relacionam à simplicidade, baixo custo e agilidade na obtenção dos resultados. Este sistema utiliza inquéritos anuais, por meio de entrevistas por telefone em amostras probabilísticas da população residente em domicílios com linhas fixas de telefone. Sistema semelhante vem sendo realizado com sucesso nos Estados Unidos (KILMER et al., 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) também vem realizando pesquisas por entrevistas telefônicas, por meio da implantação do Sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Este sistema tem como objetivo munir o Brasil de instrumentos eficazes na monitoração da frequência e da distribuição dos fatores de risco associados às doenças crônicas não-transmissíveis. Dentre os fatores avaliados por este sistema estão o tabagismo, sobrepeso e obesidade e consumo excessivo de álcool.

Segundo Silveira et al. (2005), é possível conhecer o perfil de saúde de uma população pela auto-informação, o que permite por meio de amostras representativas da população, acompanhá-la por um período de tempo mais longo, associado ao menor custo e simplificação do trabalho de campo.

De acordo com Peixoto et al. (2006), a alta prevalência de doenças crônicas vem aumentando o interesse em estudos nos quais as informações sobre sinais, sintomas e fatores de risco associados são obtidas por meio de auto-informação da população. A sugestão é que os dados sejam coletados mediante as entrevistas pessoais, envio de questionários pelo correio ou entrevistas por telefone, proporcionando menor custo, simplificação do trabalho de campo e acompanhamento ao longo do tempo da população.

Para Peixoto et al. (2008), as pesquisas realizadas por telefone apresentam limitações que necessitam ser consideradas na interpretação dos resultados. A acurácia das informações relatadas depende do conhecimento dos entrevistados de informações relevantes para a entrevista e da capacidade e fidedignidade de recordá-las. Evidências vêm apontando que os entrevistados têm a tendência de omitir determinados comportamentos, que podem ser interpretados como inaceitáveis socialmente, como o consumo excessivo de bebida alcoólica e excesso de peso. Assim como, tendem a superestimar comportamentos julgados como desejáveis, como por exemplo, a prática de atividade física. Desta forma, a situação real da frequência de consumo de bebida alcoólica pode ser ainda maior, do que o relatado pelos participantes das pesquisas. Mesmo com limitações, as pesquisas por telefone possibilitam o monitoramento de fatores de risco associados à saúde em nível local, fundamentando o planejamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde pública.

Conforme Dawe e Mattick (1997), a recomendação das informações relacionadas ao consumo de álcool por meio de dados auto-referidos é questionável na literatura científica. Há muito a ser discutido sobre este método de obtenção de dados sobre a frequência e quantidade

de álcool consumidas. Desta forma, sugere-se a aplicação de instrumentos de rastreamento já validados, como AUDIT, MAST, CAGE, para aumentar a acurácia das respostas. A confiabilidade dos problemas relacionados ao consumo de álcool auto-reportados também tem sido questionada, pelo fato das pessoas subestimarem seus problemas, por mecanismo de defesa inconsciente ou conscientemente para evitar repercussões com a admissão do problema.

Para melhor identificar o padrão de consumo de álcool na população em geral, Knibbe et al. (2006) recomendam utilizar questionários padronizados que estabeleçam parâmetros para verificação da presença ou ausência dos problemas associados ao álcool. As vantagens se relacionam à sua rápida aplicação e uniformidade das questões. Por outro lado, limitam a capacidade de identificação da variabilidade dos problemas, que é particular de cada local a ser avaliado.

O AUDIT, comparado aos outros instrumentos de rastreamento, como CAGE e MAST é o instrumento mais indicado para determinar o padrão de risco de consumo de bebida alcoólica, bem como os problemas relacionados ao consumo de álcool em indivíduos (MACKENZIE et al., 1996; BRADLEY et al., 1998; FIGLIE et al., 2000; BABOR et al., 2001; DAWE et al., 2002; KELLY et al., 2002; MARQUES; FURTADO, 2004; AGABIO et al., 2006; COULTON et al., 2006; DONOVAN et al., 2006; KNIBBE et al., 2006; CROTON, 2007).

O AUDIT com o propósito de ser utilizado para a detecção do consumo excessivo de bebida alcoólica e direcionar políticas públicas na área de alcoolismo, necessita levar em consideração três aspectos relevantes. Interpretar adequadamente as respostas de cada item do AUDIT, comparar os resultados da pesquisa com resultados de outros trabalhos que levaram em consideração a população em geral e analisar criteriosamente as intercorrelações entre os itens do AUDIT e sua pontuação final (KNIBBE et al., 2006).

Neste estudo, pôde-se notar excelente consistência interna do AUDIT ($\alpha=0,85$, $r=0,36$) e adequada reprodutibilidade ($\kappa=0,87$) garantindo a confiabilidade das informações obtidas.

Devido à falta de consenso, realizou-se previamente à coleta de dados, um estudo piloto para verificar o comportamento dos entrevistados pessoalmente e por telefone, adotando-se um delineamento cruzado (CAMPOS et al., 2008b) e verificou-se uma maior facilidade dos indivíduos em relatar comportamentos de risco de consumo de bebidas alcoólicas quando entrevistados pelo telefone.

Para Stahre et al. (2006), as pesquisas por telefone podem subestimar o padrão de consumo de álcool, por não avaliar o consumo dos indivíduos sem telefones, ou que não estavam em casa no momento da pesquisa, ou se recusaram a participar. Nos dois últimos casos, não foi um problema enfrentado nesta pesquisa, uma vez que os indivíduos que não estavam em casa ou que se recusaram a participar da pesquisa foram substituídos por outros participantes, respeitando a representatividade da amostra por sexo e setor censitário.

Segundo Monteiro et al. (2005), a avaliação da representatividade da amostra de indivíduos estudada por entrevistas telefônicas deve considerar o quanto esta amostra representa o conjunto de indivíduos que possuem telefone e o quanto esta amostra representa o conjunto da população que se deseja avaliar. No primeiro caso, deve-se considerar a qualidade do cadastro de linhas telefônicas utilizado para o sorteio das linhas residenciais, a adequação do sistema de amostragem adotado para sortear as linhas telefônicas e usuários a serem entrevistados e a proporção de entrevistas completas diante do total de entrevistas previstas. No segundo caso, é importante verificar o grau de cobertura do serviço de telefonia na população em que se quer monitorar.

Nesta pesquisa foi utilizada para sorteio dos participantes a lista telefônica da cidade de Araraquara atualizada (2007-2008), onde constam os números de telefones segundo o nome das ruas. A amostragem utilizada levou em consideração a representatividade dos

participantes, em cada setor censitário urbano de Araraquara. A proporção de entrevistas realizadas foi de 82,09% das entrevistas previstas na pesquisa. Em relação ao grau de cobertura do serviço de telefonia na cidade, estima-se que 75,06% das residências possuam linhas telefônicas fixas segundo dados de 2008 da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL). Assim, diante da melhor detecção de fatores de risco associados ao álcool observados no estudo piloto (CAMPOS et al., 2008b) e da grande cobertura da telefonia fixa no município, entende-se que a realização de entrevistas telefônicas é uma técnica adequada para levantamento de informações fidedignas.

Outras limitações das entrevistas telefônicas, apontadas por Monteiro et al. (2005), são a maior taxa de insucesso na realização de entrevistas com homens, entretanto na presente pesquisa resolveu-se esta questão estratificando a amostra segundo sexo e a maior participação de indivíduos de maior nível econômico e escolaridade o que pode ser comprovado com os dados deste estudo (Tabela 1).

Em relação às características demográficas, estado civil, escolaridade e religião, os dados do presente trabalho são semelhantes às estimativas apresentadas pelo IBGE (2007). A prevalência de entrevistados que relataram trabalhar neste estudo foi de 58,95%, enquanto pelo IBGE (2004b) este valor é de 83,90%, porém este último dado se refere à distribuição relativa das pessoas acima de 10 anos de idade e não acima de 18 anos como na presente pesquisa.

A prevalência de tabagismo em Araraquara foi de 12,57%. Este resultado foi menor que o encontrado por Monteiro et al. (2005), que avaliaram 2.122 participantes, por meio de entrevistas telefônicas, na cidade de São Paulo, cuja prevalência de tabagismo foi de 19,70%.

O percentual de adultos acima de 18 anos fumantes, avaliados pelo Sistema VIGITEL (BRASIL, 2008) na cidade de Aracajú foi de 12,30%, em Belém 14,30%, em Belo Horizonte 15,60%, em Boa Vista 17,00%, em Campo Grande 16,40%, em Cuiabá 14,10%, em Curitiba

17,90%, em Florianópolis 20,20%, em Fortaleza 14,50%, em Goiânia 13,40%, em João Pessoa 14,90%, em Macapá 17,50%, em Maceió 12,10%, em Manaus 16,30%, em Natal 13,20%, em Palmas 13,50%, em Porto Alegre 21,70%, em Porto Velho 16,10%, em Recife 15,90%, em Rio Branco 20,10%, no Rio de Janeiro 15,80%, em Salvador 11,50%, em São Luís 13,40%, em São Paulo 20,00%, em Teresina 14,80%, em Vitória 14,80% e no Distrito Federal 16,40%.

Peixoto et al. (2008) também avaliaram a prevalência de tabagismo entre os 2.002 participantes adultos da pesquisa realizada por entrevistas telefônicas na cidade de Goiânia, Goiás em 2005. Dos participantes, 11,10% eram fumantes.

Em relação ao estado nutricional verificou-se que 2,34% dos participantes apresentam baixo peso, 46,67% eutrofia, 35,50% sobrepeso e 15,51% obesidade, apontando que 51,01% dos moradores de Araraquara entrevistados estão com excesso de peso (Tabela 1), sendo que 58,70% e 43,30% dos homens e mulheres, respectivamente apresentaram-se acima do peso.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004c), a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando de forma preocupante em todo o mundo. Segundo a pesquisa do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2007), mais de um terço dos adultos americanos, ou seja, mais de 72 milhões de pessoas, foram classificados como obesos em 2005-2006, sendo 35,30% entre as mulheres.

Branca et al. (2007) afirmam que o sobrepeso e a obesidade se constituem um grande desafio à saúde pública em países europeus. Estima-se que o sobrepeso acomete 30,00 a 80,0% dos adultos europeus e que a obesidade está aumentando rapidamente.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004a), 12,70% das mulheres e 8,80% dos homens adultos brasileiros são obesos e as prevalências mais altas são observadas nas regiões Sul e Sudeste do país. Esta tendência de ganho de peso foi registrada para homens e mulheres no período entre 1974 e 1989.

Estes dados, assim como os encontrados em Araraquara, apontam que o excesso de peso deve ser considerado um sério problema de saúde pública no Brasil. Apesar do excesso de peso ser compreendido como um agravo de caráter multifatorial, englobando questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas, os principais fatores responsáveis pelo aumento acelerado do ganho de peso da população estão relacionados ao ambiente e às mudanças no modo de vida, passíveis de intervenções (BRASIL, 2006b).

Esta informação é reforçada pelo mais recente inquérito nacional que estimou as prevalências de sobrepeso e obesidade na população adulta (com 20 anos ou mais de idade) no Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002-2003, pelo IBGE e Ministério da Saúde. Esta pesquisa revelou agravos de grande expressão em todas as regiões do país, sendo estimada a presença de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em 40,00% da população e de obesidade em 11,10%. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), os dados obtidos sobre o estado nutricional de populações, por meio de informações auto-referidas de peso e altura têm sido muito similares aos encontrados pela POF (2002-2003).

Para Anjos (1992) e Branca et al. (2007), o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos apresenta como vantagens a facilidade de sua mensuração, a grande disponibilidade de dados de peso corporal e altura e sua relação com morbi-mortalidade, mesmo não indicando a composição corporal dos indivíduos avaliados. Branca et al. (2007) alertam que o peso e altura referidos devem ser tratados com cautela, uma vez que os indivíduos tendem a subestimar o peso, especialmente aqueles com excesso de peso e superestimar a altura, principalmente aqueles mais baixos e com mais idade e, portanto, os dados aqui apresentados podem estar subestimados podendo ser o problema de excesso de peso mais preocupante do que o relatado.

O Sistema VIGITEL (BRASIL, 2008) avaliou o percentual de adultos com excesso de peso nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Na cidade de Aracajú, a prevalência de excesso de peso foi de 37,70%, em Belém 41,80%, em Belo Horizonte 40,50%, em Boa Vista 41,40%, em Campo Grande 45,30%, em Cuiabá 49,70%, em Curitiba 44,90%, em Florianópolis 44,00%, em Fortaleza 44,90%, em Goiânia 39,40%, em João Pessoa 45,50%, em Macapá 42,20%, em Maceió 42,00%, em Manaus 43,60%, em Natal 44,20%, em Palmas 33,40%, em Porto Alegre 45,10%, em Porto Velho 43,40%, em Recife 42,70%, em Rio Branco 40,00%, no Rio de Janeiro 46,70%, em Salvador 38,60%, em São Luis 36,30%, em São Paulo 43,20%, em Teresina 39,70%, em Vitória 40,40% e no Distrito Federal 37,70%. Em Araraquara, a prevalência de excesso de peso encontra-se acima de todos os resultados obtidos pelo Sistema VIGITEL, o que merece atenção das autoridades do município.

Pelas respostas do AUDIT (Tabela 2) nota-se que 25,44% dos participantes relataram nunca consumir bebida alcoólica. O número de doses de bebida alcoólica frequentemente consumida é de 1 a 2 doses, segundo o relato de 52,94% dos entrevistados. A maioria dos participantes afirmou não consumir 6 ou mais doses de álcool em uma mesma ocasião (76,78%). Entre aqueles que realizam este comportamento, a maior parte o faz 1 vez por semana. A maioria dos entrevistados relatou conseguir controlar a quantidade de bebida depois de começar (89,18%) e não deixar de cumprir com seus compromissos, por causa da bebida (97,18%). Beber pela manhã para se sentir melhor, depois de ter bebido muito na noite anterior não foi um problema apresentado por 97,57%, embora entre aqueles que apresentaram este problema, 12 pessoas relataram ter que beber pela manhã todos ou quase todos os dias. O sentimento de culpa ou remorso depois de beber foi relatado por 116 indivíduos, 103 participantes afirmaram não lembrar do que aconteceu na noite anterior depois de beber e 317 pessoas relataram ter alguém preocupado com seu consumo de álcool.

Outro estudo que apresentou o resultado de todas as questões do AUDIT foi o de Mendoza-Sassi e Béria (2003), realizado em Rio Grande, Rio Grande do Sul, com 1.206 participantes. O número de indivíduos que nunca consomem álcool foi maior que na presente pesquisa (57,00%), mas a frequência de consumo mensalmente ou menos foi também a mais prevalente entre os consumidores de álcool. O número de doses consumidas na população riograndense também foi de 1 a 2 doses de bebida alcoólica. A frequência do consumo de 6 ou mais doses em uma mesma ocasião foi realizada com maior prevalência, mensalmente ou menos, enquanto que na Tabela 2 nota-se que a frequência mais prevalente observada entre os participantes foi de 1 vez por semana. Outro aspecto a ser ressaltado é que a prevalência de consumo de 6 ou mais doses em uma mesma ocasião foi maior (38,20%) na população do Rio Grande, do que entre os moradores de Araraquara (23,22%). A maioria dos participantes do estudo de Mendoza-Sassi e Béria (2003) também relataram não apresentar problemas em relação ao consumo de álcool, como não conseguir controlar a quantidade de consumo depois de começar (94,50%), não conseguir cumprir com compromissos por causa da bebida (96,70%), beber pela manhã para se sentir melhor, depois de ter bebido muito na noite anterior (98,10%), sentir culpa ou remorso depois de beber (93,20%) e não se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida (91,70%). O fato de ser prejudicado ou prejudicado outra pessoa, devido à bebida e a preocupação de outras pessoas com seu consumo de álcool também não foram observadas entre a maioria dos entrevistados (84,00% e 91,70%). Entre aqueles que relataram ter apresentado estes problemas, os resultados foram semelhantes aos obtidos na presente pesquisa e os problemas mais prevalentes entre estes participantes também foram semelhantes aos encontrados.

Knibbe et al. (2006) divulgaram resultados sobre a frequência de consumo de álcool 2 ou mais vezes por semana, avaliados por meio da aplicação do questionário AUDIT em nove países (Suíça, Espanha, Reino Unido, Suécia, Finlândia, Países Baixos, República Checa,

Hungria e Islândia). Em todas as pesquisas, todos ou quase todos os itens do AUDIT foram incluídos. Na Suíça, a pesquisa foi nacional, realizada no ano de 1997, com indivíduos com 15 anos ou mais, por meio de entrevistas por telefone. Nestes participantes, 79,40% dos homens e 55,60% das mulheres relataram a frequência de consumo de 2 ou mais vezes por semana. Na Espanha, a pesquisa foi regional, realizada no ano de 2003, com indivíduos com 18 anos ou mais, por entrevistas pessoais e 59,00% dos homens e 28,00% das mulheres afirmaram esta mesma frequência de consumo. No Reino Unido, a pesquisa foi nacional, realizada no ano de 2000, com indivíduos com 18 anos ou mais, por meio de entrevistas pessoais e a frequência de consumo 2 ou mais vezes por semana foi observada em 63,70% dos homens e em 44,40% das mulheres. Na Suécia, a pesquisa foi nacional, realizada no ano de 2002, com indivíduos entre 17 e 82 anos, por meio de entrevistas por telefone, em que foi identificado que 20,30% dos homens e 12,50% das mulheres apresentaram este padrão de frequência de consumo. Na Finlândia, a pesquisa foi nacional, realizada no ano de 2000, com indivíduos entre 16 e 70 anos, por meio de entrevista pessoal e o AUDIT auto-aplicativo e consumir bebida alcoólica 2 ou mais vezes por semana foi relatado por 60,60% dos homens e por 37,20% das mulheres. Nos Países Baixos, a pesquisa foi regional, realizada no ano de 1999, com indivíduos entre 16 e 69 anos, por meio de cartas pelo correio, onde foi identificada a prevalência de frequência de consumo de álcool de 2 ou mais vezes por semana, sendo confirmada por 48,70% dos homens e por 25,10% das mulheres. Na República Checa, a pesquisa foi nacional, entre indivíduos com 18 e 64 anos, por meio de entrevistas pessoais e 62,00% dos homens e 30,70% das mulheres consumiram álcool na frequência de 2 ou mais vezes por semana. Na Hungria, a pesquisa foi nacional, realizada em 2001, com indivíduos entre 19 e 65 anos, por meio de entrevistas pessoais e AUDIT auto-aplicativo, sendo que 43,20% dos homens e 11,20% consumiram álcool 2 ou mais vezes por semana. Na Islândia, a pesquisa foi nacional, realizada em 2001, com indivíduos com 18 e 75 anos, com metade das

entrevistas enviadas por carta e metade realizadas por telefone. Neste país, a mesma frequência de consumo foi observada por 36,80% dos homens e por 18,80% das mulheres. No presente estudo, a frequência de consumo de 2 ou mais vezes por semana foi encontrada em 37,19% dos participantes do sexo masculino e 14,60% do sexo feminino, resultados superiores somente aos obtidos pelos homens e mulheres suecos e pelas mulheres húngaras.

No mesmo estudo, Knibbe et al. (2006) apresentaram as conseqüências do consumo de bebida alcoólica. A principal conseqüência do uso de álcool na Suíça foi a incapacidade de cumprir algum compromisso por causa da bebida. Na Espanha, no Reino Unido, na Suécia, na Finlândia, nos Países Baixos e na República Checa, a conseqüência mais encontrada entre os participantes foi o fato de não conseguir se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida. Entre os húngaros, a conseqüência associada ao consumo de álcool mais comum foi a necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor, depois de beber muito na noite anterior. Na Islândia, a principal conseqüência do consumo de álcool mencionada foi o sentimento de culpa ou remorso depois de beber. Em Araraquara, a principal conseqüência atribuída ao consumo de álcool, relatada pelos participantes, foi a preocupação de parentes, médicos, outros profissionais da saúde e amigos por causa da bebida ou o pedido para parar de beber (Tabela 2), diferindo dos resultados apresentados por estes nove países.

A prevalência de abstinência verificada em Araraquara apresentou diferença, quando se compara a primeira questão do AUDIT (Tabela 2) à classificação do padrão de consumo de álcool a partir da pontuação final deste instrumento (Tabela 3), o que pode ser explicado pelo fato de que apesar do entrevistado ter relatado não consumir bebida alcoólica na questão 1, este pode tê-lo consumido alguma vez na vida e ter se prejudicado ou prejudicado outra pessoa, ou ainda ter tido alguém preocupado com sua maneira de beber, resultando em uma pontuação maior que zero e assim, o participante não foi classificado como abstêmio, diante da pontuação final do AUDIT.

A prevalência de indivíduos que relataram consumir bebidas alcoólicas na presente pesquisa foi de 74,56%. Este resultado é superior aos encontrados nos estudos realizados por Almeida e Coutinho (1993) na cidade de São Paulo, Benjarano (1999) na Costa Rica, Galduróz et al. (1999) no Estado de São Paulo, Wei et al. (2001) na China, Carlini et al. (2002) no Brasil, Mendoza-Sassi e Béria (2003) em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Costa et al. (2005) em Cuiabá, Mato Grosso, Magnabosco et al. (2007) em Juiz de Fora e Rio Pomba, Minas Gerais, Bastos et al. (2008) no Brasil e Kerr-Corrêa et al. (2008) em Botucatu e Rubião Júnior, São Paulo. Entretanto, deve-se ressaltar que os mesmos estudaram a prevalência de consumo de álcool incluindo a população adolescente.

Dos estudos realizados com indivíduos maiores de 18 anos, as prevalências de consumidores de bebidas alcoólicas observadas por Bovet (2001) em Seicheles, Mello et al. (2001) em Portugal, Mustonen et al. (2001) na Namíbia, Costa et al. (2004) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul e Giesbrecht et al. (2005) em Ontário, Canadá são semelhantes à encontrada na população de Araraquara, observada neste estudo (74,56%).

Sthare et al. (2006) encontraram menor prevalência de consumidores de álcool entre os indivíduos adultos dos Estados Unidos, do que o verificado neste estudo, enquanto Ardila e Hérran (2008) verificaram maior prevalência de consumidores de álcool entre os colombianos.

Em relação ao consumo de risco verificou-se que 18,42% dos participantes apresentaram este comportamento de consumo de álcool (Tabela 3), corroborando com os resultados de Coulton et al. (2006) no Reino Unido, Magnabosco et al. (2007) em Juiz de Fora e Rio Pomba, Minas Gerais e Peixoto et al. (2008) em Goiânia, Goiás. Já a prevalência de consumo de alto risco e dependência observada na população de Araraquara (1,58% e 2,34%) foi inferior à verificada por Capriglione et al. (1985) em São Paulo, Rego et al. (1990) em São Paulo, Almeida e Coutinho (1993) na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Galduróz et

al. (1999) no Estado de São Paulo, Wei et al. (2001) na China, Carlini et al. (2002) no Brasil, Primo e Stein (2004) em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Galduróz et al. (2005a) no Brasil, Kerr-Corrêa et al. (2005, 2008) em Botucatu, São Paulo, Laranjeira et al. (2007) no Brasil e Castro-Costa et al. (2008) no Brasil, o que pode ter ocorrido pelas diferenças inerentes às populações e metodologia empregada para o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas e para a classificação do risco dos indivíduos.

Na Tabela 4 pode-se notar associação entre o padrão de consumo de álcool e o sexo, sendo os homens os mais acometidos, o que vai ao encontro da literatura (REGO et al., 1990; ALMEIDA; COUTINHO, 1993; BENJARANO, 1999; GALDURÓZ et al., 1999; BOVET, 2001; MEDINA-MORA et al., 2001; MELLO et al., 2001; MOHAN et al., 2001; MUSTONEN et al., 2001; WEI et al., 2001; CARLINI et al., 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; ALMEIDA-FILHO et al., 2004; COSTA et al., 2004; PRIMO; STEIN, 2004; COSTA et al., 2005; GALDURÓZ et al., 2005a; KERR-CORRÊA et al., 2005; BARROS et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007; MAGNABOSCO et al., 2007; AHNQUIST et al., 2008; BASTOS et al., 2008; CASTRO-COSTA et al., 2008).

Apesar do maior número de consumidores de álcool do sexo masculino, a literatura tem apontado para um aumento significativo de consumidores do sexo feminino.

Cardim et al. (1986) ao revisarem o padrão de consumo de álcool no Brasil, observaram um aumento progressivo do alcoolismo no sexo feminino o que, segundo os autores, pode estar relacionado à inserção das mulheres no mercado de trabalho e às mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas.

Na Índia, a melhoria da condição sócio-econômica favoreceu o aumento do consumo de álcool, inclusive pelas mulheres, a ascensão das mulheres no mercado de trabalho contribuiu com este aumento (BOVET, 2001). Medina-Mora et al. (2001) verificaram que o padrão de consumo de álcool no México tem sofrido modificações, com a incorporação de

mulheres, dentre os indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica. Em Portugal, apesar do consumo de álcool ser maior entre os homens, 50,00% das mulheres relataram consumir bebida alcoólica (MELLO et al., 2001).

No estudo de Kerr-Corrêa et al. (2008) foi observado que o consumo de álcool pelas mulheres foi semelhante aos dos homens na cidade de Botucatu, São Paulo, o que não foi observado no mesmo trabalho em Rubião Júnior, São Paulo, onde o consumo de álcool pelas mulheres foi menor.

Para Kerr-Corrêa et al. (2005, 2008), as mulheres vêm apresentando mudanças nos papéis socioculturais habituais, ao trabalhar fora de casa. Para os autores, na medida em que o papel da mulher torna-se mais semelhante ao papel dos homens, o mesmo ocorrerá ao seu padrão de consumo de álcool.

Na Tabela 4 nota-se associação entre o padrão de consumo de bebida alcoólica e o nível econômico, com maior predomínio entre os indivíduos com classes sociais mais altas (A e B). Este dado vai ao encontro dos resultados apresentados por Almeida-Filho et al. (2004) para a cidade de Salvador, Bahia, Kerr-Corrêa et al. (2005) em Botucatu, São Paulo, Laranjeira et al. (2007) pelo Levantamento Nacional, Castro-Costa et al. (2008) no Brasil e Kerr-Corrêa et al. (2008) em Rubião Júnior, São Paulo. Por outro lado, Almeida e Coutinho (1993), Costa et al. (2004) e Primo e Stein (2004) verificaram associação significativa entre o padrão de consumo de bebida alcoólica e o nível econômico, com maior acometimento das classes sociais menos privilegiadas, nas cidades de Ilha do Governador (RJ), Pelotas (MS) e Rio Grande (RS), respectivamente.

O padrão de consumo de bebida alcoólica também apresentou associação estatisticamente significativa com a religião, com predomínio de consumidores de álcool entre os indivíduos sem religião, concordando com os achados da literatura (ALMEIDA; COUTINHO, 1993; OBOT, 2001; BARROS et al., 2007; BASTOS et al., 2008).

Entre os indivíduos que afirmaram ter um trabalho, o consumo de álcool, neste estudo, foi maior (Tabela 4). Na China, os entrevistados que consumiram álcool com maior frequência foram os trabalhadores assalariados, segundo o estudo realizado por Wei et al. (2001). Já no estudo de Mustonen et al. (2001) na Namíbia foi observado que os abstinentes e aqueles que consumiram álcool com baixa frequência foram os indivíduos que estavam empregados, enquanto Primo e Stein (2004) não encontraram associação significativa entre o consumo abusivo de álcool e a situação laboral entre os indivíduos avaliados na zona urbana de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

O padrão de consumo de álcool esteve ainda associado ao tabagismo, sendo mais freqüente o consumo entre os fumantes, indo ao encontro de outros trabalhos (BOVET, 2001; MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2003; COSTA et al., 2004; PRIMO; STEIN, 2004; KERR-CORRÊA et al., 2005, 2008).

Quanto ao estado nutricional, verificou-se neste estudo que os participantes com excesso de peso e obesidade apresentaram maior prevalência de consumo de risco de álcool (Tabela 4).

Para Kachani et al. (2008), o álcool possui valor energético e tem a habilidade de suprir as necessidades energéticas diárias de um indivíduo, podendo levá-lo ao ganho de peso, dependendo da quantidade, frequência e modo de consumo. Mesmo com o aumento do gasto energético basal nos consumidores de álcool, muitas vezes não é suficiente para compensar a grande quantidade de calorias ingeridas, provocando um balanço energético positivo e o excesso de peso pode ocorrer.

Estudos como o de Bovet (2001), Costa et al. (2004), Primo e Stein (2004) e Ardila e Hérran (2008) encontraram diferença estatística não-significativa entre o padrão de consumo de álcool e o estado nutricional dos entrevistados.

O comportamento de beber em *binge* se refere ao consumo de grande quantidade de bebida em uma única ocasião e tem sido avaliado por países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido às graves conseqüências atribuídas a este tipo de consumo. Os pesquisadores têm adotado denominações diferentes para se referir a este comportamento de beber, como consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2008), comportamento de beber pesado (BENJARANO, 1999), consumo pesado de álcool (MEDINA-MORA et al., 2001; MOHAN et al., 2001; OBOT, 2001), freqüência de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião (GIESBRECHT et al., 2005), episódios de *binge drinking* (COULTON et al., 2006; STHARE et al., 2006), beber em *binge* (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; LARANJEIRA et al., 2007; CASTRO-COSTA et al., 2008), beber pesado (KERR-CORRÊA et al., 2005, 2008; MAGNABOSCO et al., 2007), consumo grave de álcool (PEIXOTO et al., 2008), episódio de consumo pesado de álcool (POMERLEAU et al., 2008) e freqüência de *binge drinking* (FAN et al., 2008).

Dos participantes, desta pesquisa, 11,40% apresentaram comportamento de beber em *binge* (Tabela 5), enquanto os estudos de Almeida-Filho et al. (2004), Kerr-Corrêa et al. (2005, 2008) e Castro-Costa et al. (2008) encontraram menor prevalência de indivíduos com este comportamento. Por outro lado, um maior número de estudos verificou prevalência de beber em *binge* acima de 20,00% nas populações avaliadas (BENJARANO, 1999; OBOT, 2001; MEDINA-MORA et al., 2001; MOHAN et al., 2001; MUSTONEN et al., 2001; GIESBRECHT et al., 2005; COULTON et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2007; MAGNABOSCO et al., 2007; FAN et al., 2008).

O Sistema VIGITEL (BRASIL, 2008) avaliou o beber em *binge* nos últimos 30 dias na população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal no ano de 2007. Em Aracajú, a prevalência foi de 15,40%, em Belém 20,30%, em Belo Horizonte 19,60%, em Boa Vista 20,70%, em Campo Grande 18,90%, em Cuiabá 21,10%, em Curitiba 14,10%, em

Florianópolis 18,90%, em Fortaleza 19,30%, em Goiânia 16,20%, em João Pessoa 20,00%, em Macapá 19,70%, em Maceió 18,90%, em Manaus 15,30%, em Natal 17,90%, em Palmas 20,70%, em Porto Alegre 15,10%, em Porto Velho 17,40%, em Recife 19,90%, em Rio Branco 15,50%, no Rio de Janeiro 18,90%, em Salvador 21,10%, em São Luís 23,10%, em São Paulo 13,40%, em Teresina 20,90%, em Vitória 19,20% e no Distrito Federal 18,60%.

Nota-se que a prevalência de beber em *binge* na população de Araraquara foi menor do que as encontradas nas capitais brasileiras e Distrito Federal.

O comportamento de beber em *binge* na presente pesquisa esteve associado ao sexo, sendo os homens os mais acometidos (Tabela 5).

Este comportamento de beber também foi predominante entre os homens nos estudos realizados na Costa Rica por Benjarano (1999), no México por Medina-Mora et al. (2001), na Namíbia por Mustonen et al. (2001), em Salvador, Bahia por Almeida-Filho et al. (2004), em Botucatu, São Paulo por Kerr-Corrêa et al. (2005), nos Estados Unidos por Stahre et al. (2006), na população brasileira por Laranjeira et al. (2007), nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no Brasil por Castro-Costa et al. (2008), nos Estados Unidos por Fan et al. (2008), em Botucatu e em Rubião Júnior, São Paulo por Kerr-Corrêa et al. (2008), na cidade de Goiânia, Goiás por Peixoto et al. (2008) e em oito países da antiga União Soviética por Pomerleau et al. (2008).

Somente no estudo realizado por Magnabosco et al. (2007) com usuários de serviços de atenção básica de saúde nos municípios de Juiz de Fora e Rio Pomba, Minas Gerais é que a prevalência de beber em *binge* foi maior entre as mulheres.

Na Tabela 5 verifica-se que a associação do comportamento de beber em *binge* com o nível econômico foi significativa, sendo que entre os indivíduos das classes sociais A e B, este comportamento foi mais prevalente.

Obot (2001), Almeida-Filho et al. (2004), Kerr-Corrêa et al. (2005), Sthare et al. (2006) e Castro-Costa et al. (2008), ao avaliarem o comportamento de beber em *binge*, observaram que esta forma de consumo também foi mais freqüente entre os entrevistados com maior renda.

A escolaridade também esteve associada ao comportamento de beber em *binge* entre os indivíduos entrevistados (Tabela 5), corroborando com os trabalhos de Medina-Mora et al. (2001), Mustonen et al. (2001), Almeida-Filho et al. (2004), Kerr-Corrêa et al. (2005), Sthare et al. (2006), Brasil (2008) e Peixoto et al. (2008).

Observou-se ainda associação entre o comportamento de beber em *binge* e o trabalho (Tabela 5), indo ao encontro dos achados por Mustonen et al. (2001) e Pomerleau et al. (2008) e de encontro aos resultados obtidos por Kerr-Corrêa et al. (2005).

O hábito de fumar esteve associado significativamente com o comportamento de beber em *binge*, o que também foi relatado por Kerr-Corrêa et al. (2005) e Pomerleau et al. (2008).

Desta maneira, entende-se que a prevalência de beber de risco e sua associação com os fatores sócio-demográficos na população estudada merece atenção das autoridades do município de Araraquara para direcionar estratégias de prevenção e de combate ao consumo de risco de álcool e ao alcoolismo.



Conclusão

7 CONCLUSÃO

Frente aos achados verificou-se que 25,44% dos participantes relataram não consumir bebidas alcoólicas. Nas ocasiões de consumo de bebida alcoólica no último ano, a maioria relatou ter consumido 1 ou 2 doses. Quanto à frequência de consumo de 6 ou mais doses em uma mesma ocasião no último ano, apesar da maioria ter afirmado nunca consumir esta quantidade de bebida alcoólica, 14,51% e 2,75% relataram realizar este comportamento, uma vez por semana e todos os dias ou quase todos, respectivamente. A maioria informou ser sempre capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar a beber, nunca deixar de cumprir algum compromisso por causa da bebida, nunca ter bebido pela manhã depois de ter bebido muito para se sentir melhor, nunca sentir culpa ou remorso depois de beber, sempre se lembrar do que aconteceu na noite anterior ao beber, nunca ter se prejudicado ou prejudicado outra pessoa por causa da bebida e não ter sido motivo de preocupação para familiares, médico ou amigos pelo seu modo de beber.

Na cidade de Araraquara nota-se que 60,06% dos entrevistados foram classificados como consumidores de bebida alcoólica de forma moderada e 18,42% consumidores de beber de risco.

O padrão de consumo de álcool no grupo avaliado apresentou associação significativa com o sexo, nível econômico, religião, trabalho, tabagismo e estado nutricional, com maior risco para o sexo masculino, entre as classes econômicas A e B, indivíduos sem religião, trabalhadores, tabagistas e classificados como sobrepeso ou obesidade.

O comportamento de beber em *binge* foi verificado em 11,40% dos participantes. Houve associação significativa entre este comportamento de beber e o sexo, nível econômico, nível de escolaridade, religião, trabalho, tabagismo e estado nutricional, sendo significativamente maior entre os homens, nas classes econômicas A e B, com maior

escolaridade, sem religião, trabalhadores, tabagistas e classificados como sobrepeso ou obesidade.



Referências

REFERÊNCIAS

ABIPEME – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO. **Proposição para um novo critério de classificação socioeconômica – 1978**. São Paulo: Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado, 1978. 15p. Mimeo.

AGABIO, R.; NIOI, M.; SERRA, C.; VALLE, P.; GESSA, G.L. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. **Alcohol & Alcoholism**, v. 41, n. 3, p. 341-344, 2006.

AHNQUIST, J.; LINDSTRÖM, M.; WAMALA, S.P. Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: The Swedish National Public Health Survey 2006. **BMC Public Health**, 2008. doi:10.1186/1471-2458/8/283.

ALLEN, J.P.; LITTEN, R.Z.; FERTIG, J.B.; BABOR, T. A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 21, n. 4, p. 613-619, 1997.

ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M.J.; AQUINO, E.; KAWACHI, I. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 23-29, 1993.

ALVES, M.C.G.P. Plano de amostragem. In: CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. GOLDBAUM, M. (ORG.) **Saúde e condição de vida em São Paulo**. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. 1 ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2005. v. 1. p. 47-62.

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 156-63, set. 2004.

ANJOS, L.A. Índice de massa corporal ($\text{massa} \cdot \text{estatura}^{-2}$) como indicador de estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 431-436, dez. 1992.

ARDILA, M.F.; HERRÁN, O.F. Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. **Revista Médica de Chile**, v. 136, p. 73-82, 2008.

BABOR, T.F.; FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for the use in primary health care**. Geneva: World Health Organization, 1992. 29p.

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 care**. 2 ed. Geneva: World Health Organization, 2001. 41p.

BARROS, M.B.A.; BOTEAGA, N.J.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LÉON, L.; OLIVEIRA, H.B. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 502-509, ago. 2007.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.

BENJARANO, J. Alcohol epidemiology in Costa Rica. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 33-44.

BISSON, J.; NADEAU, L.; DEMERS, A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey. **Addiction**, v. 94, n. 5, p. 715-722, 1999.

BOHN, M.J.; BABOR, T.F.; KRANZLER, H.R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 56, p. 423-432, 1995.

BOVET, P. Alcohol consumption patterns and association with the CAGE questionnaire and physiological variables in the Seychelles Islands (Indian Ocean). In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 79-102.

BRADLEY, K.A.; BUSH, K.R.; McDONELL, M.B.; MALONE, T.; FIHN, S.D. Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. **Journal of General Internal Medicine**, v. 13, p. 379-388, 1998.

BRANCA, F.; NIKOGOSIAN, H.; LOBSTEIN, T. **The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response**. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007. 339p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 210p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 108p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 138p.

CAMPOS, J.A.D.B.; LOFFREDO, L.C.M.; ANGELO, P.M. Alcohol use disorders identification test (AUDIT): reproducibility of responses from telephone interviews and face-to-face questionnaire. **Addiction**, 2008a (enviado para publicação).

CAMPOS, J.A.D.B.; LOFFREDO, L.C.M.; ANGELO, P.M. Teste de identificação de desordens devido ao álcool (AUDIT): reprodutibilidade das respostas dadas em entrevistas telefônicas e pessoais. **Anais do 18º Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística**, n. 110, 2008b.

CAMPOS, J.A.D.B.; MANÇO, A. Reprodutibilidade de informações de peso e altura referidas e aferidas. **Nutrire**, v. 32, suplemento, p. 100, out. 2007.

CAPRIGLIONE, M.J.; MONTEIRO, M.G.; MASUR, J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 7, p. 50-53, 1985.

CARDIM, M.S.; ASSIS, S.G.; SBERZE, M.; IGUCHI, T.; MORGADO, A.F. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 191-211, abr./jun. 1986.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, 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/SENAD, 2002. 373p.

CASTRO-COSTA, E.; FERRI, C.P.; LIMA-COSTA, M.F.; ZALESKI, M.; PINSKY, I. Alcohol consumption in late-life – The first Brazillian National Alcohol Survey (BNAS). **Addictive Behaviors**, 2008. doi:10.1016/j.addbeh.2008.07.004.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. No real increase in obesity among adults; but levels still high, CDC Study Finds. **Science Daily**, n. 1, nov. 2007.

CHERPITEL, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 56, p. 695-700, 1995.

CHOR, D.; COUTINHO, E.S.F.; LAURENTI, R. Reability of self-reported weight and height among state bank employees. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 16-23, 1999.

CLAUSSEN, B.; AASLAND, O.G. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. **Addiction**, v. 88, p. 363-368, 1993.

CLEMENTS, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 22, n. 5, p.985-993, 1998.

COCHRAN, W.G. **Sampling techniques**. 3 ed. New York: John Wiley & Sons, 1977. 428p.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO. 6. Rio de Janeiro, 31 out. – 3 nov. 1985. **Congresso brasileiro de alcoolismo**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Alcoolismo, 1985.

CONIGRAVE, K.M.; HALL, W.D.; SAUNDERS, J.B. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. **Addiction**, v. 90, p. 1349-1356, 1995a.

CONIGRAVE, K.M.; SAUNDERS, J.B.; REZNIK, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. **Addiction**, v. 90, p. 1479-1485, 1995b.

CORRADI-WEBSTER, C.M.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, número especial 2, p. 1213-1218, nov./dez. 2005.

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. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 38, p. 284-91, 2004.

COSTA, N.R.; OLIVEIRA, J.R.T.; SPELLER, M.A.R.; BERTOLINE, V.L.; SANDANIELO, V.L.M. **Uso de substâncias psicotrópicas**: pesquisa domiciliar junto a população de Cuiabá em set/2005. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=4402&IdEC=7363>. Acesso em: 15 nov. 2007.

COULTON, S.; DRUMMOND, C.; JAMES, D.; GODFREY, C.; BLAND, J.M.; PARROTT, S.; PETERS, T. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. **British Medical Journal**, v. 332, p. 511-517, fev. 2006.

CROTON, G. **Screening for and assessment of co-occurring substance use and mental health disorders by alcohol & other drug and mental health services**. Victoria: Victorian Dual Diagnosis Initiative Advisory Group, 2007. p. 30-32.

DAWE, S.; LOXTON, N.J.; HIDES, L.; KAVANAGH, D.J.; MATTICK, R.P. Screening and diagnosis of substance misuse. In: _____. **Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders**. 2 ed. Australia: Australian Government Publishing Service, 2002. Part III, p. 15-43.

DAWE, S.; MATTICK, R.P. Screening and diagnosis of substance misuse. In: _____. **Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders**. Australia: Australian Government Publishing Service, 1997. Part III, p. 19-20.

DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. 136p.

DONOVAN, D.M.; KIVLAHAN, D.R.; DOYLE, S.R.; LONGABAUGH, R.; GREENFIELD, S.F. Concurrent validity of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. **Addiction**, v. 101, p. 1696-1704, 2006.

FAN, A.Z.; RUSSELL, M.; NAIMI, T.; LI, Y.; LIAO, Y.; JILES, R.; MOKAD, A.H. Patterns of alcohol consumption and the metabolic syndrome. **Journal of Clinical Endocrinology Metabolism**, v. 93, n. 10, p. 3833-3838, 2008.

FIELLIN, D.A.; CARRINGTON, R.M.; O'CONNOR, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 13, 1977-1989, jul. 2000.

FIGLIE, N.B.; PILLON, S.C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 118, n. 5, p. 139-143, set. 2000.

FLEMING, M.F.; BARRY, K.L.; MACDONALD, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. **International Journal of the Addictions**, v. 26, p. 1173-1185, 1991.

FORMIGONI, M.L.O.S.; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, p. 1-10, jan./fev. 1999.

GALÁN I., RODRÍGUEZ-ARTALEJO F., ZORILLA, B. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. **Gaceta Sanitaria**, v. 18, n. 2, p. 118-128, 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 3-6, mar. 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z.M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2005a. 472p.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.R.; CARLINI, E.A. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2005b. 400p.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 1999.

GIESBRECHT, N.; IALOMITEANU, A.; ANGLIN, L. Drinking patterns and perspectives on alcohol policy: results from two Ontario surveys. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 2, p. 132-139, 2005.

GORGULHO, M.; ROS, V.D. Alcohol and harm reduction in Brazil. **International Journal of Drug Policy**, v. 17, p. 350-357, 2006.

HAYS, R.D.; MERZ, J.F.; NICHOLAS, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. **Behavioral Research Methods, Instruments & Computers**, v. 27, p. 277-280, 1995.

HEARNE, R., CONNOLLY, A., SHEEHAN, J. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 95, p. 84-87, feb. 2002.

HENRIQUE, I.F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; LACERDA, L.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2007.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004a. 80p.

_____. **Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004b. 155p.

ISAACSON, J.H.; BUTLER, R.; ZACHAREK, M.; TZELEPIS, A. Screening with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in an inner-city population. **Journal of General Internal Medicine**, v. 9, p. 550-553, 1994.

IVIS, F.J.; ADLAF, E.M.; REHM, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. **Drug & Alcohol Dependence**, v. 60, p. 97-104, 2000.

JERNIGAN, D. **Alcohol in developing societies: a public health approach**. Summary. Geneva: World Health Organization, 2002. 27p.

KACHANI, A.T.; BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P.B. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 35, supl. 1, p. 21-24, 2008.

KELLY, T.M.; DONOVAN, J.E.; KINNANE, J.M.; TAYLOR, D.M.C.D. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. **Alcohol & Alcoholism**, v. 37, n. 5, p. 444-450, 2002.

KERR-CORRÊA, F.; HEGEDUS, A.M.; TRINCA, L.A.; TUCCI, A.M.; KERR-PONTES, L.R.S.; SANCHES, A.F.; FLORIPES, T.M.F. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2005. cap. 3., p. 49-68.

KERR-CORRÊA, F.; TUCCI, A.M.; HEGEDUS, A.M.; TRINCA, L.A.; OLIVEIRA, J.B.; FLORIPES, T.M.F.; KERR, L.R.F. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

KILMER, G.; ROBERTS, H.; HUGHES, E.; LI, Y.; VALLURU, B.; FAN, A.; GILES, W.; MOKDAD, A.; JILES, R. **Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and select local areas – Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, 2006**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention – CDC, Department of Health and Human Services, 2008. v. 57, n. SS-7. 192p.

KNIBBE, R.A.; DERICKX, M.; KUNTSCHKE, S.; GRITTNER, U.; BLOOMFIELD, K. A comparison of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in general population surveys in nine european countries. **Alcohol & Alcoholism**, v. 41, suppl. 1, p. i19-i25, 2006.

LAPHAM, S.C.; SKIPPER, B.J.; BROWN, P.; CHADBUNCHACHAI, W.; SURIYAWONGPAISAL, P.; PAISARNSILP, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. **Addiction**, v. 93, n. 8, p. 1231-1239, 1998.

LARANJEIRA, R.; ALVES, B.D.A.; BELTRÃO, M.A.; BERNARDO, W.M.; CASTRO, L.A.G.P.; KARNIOL, I.G.; KERR-CORRÊA, F.; NICASTRI, S.; NOBRE, M.R.C.; OLIVEIRA, R.A.; ROMANO, M.; SEIBEL, S.D.; SILVA, C.J. **Álcool: abuso e dependência**. In: LARANJEIRA, R.; OLIVEIRA, R.A.; NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. Cap. 2, p. 29-34.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Anidrogas, 2007. 76p.

LIMA, C.T.; FREIRE, C.C.; SILVA, A.P.B.; TEIXEIRA, R.M.; FARREL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

MACKENZIE, D.M.; LANGA, A.; BROWN, T.M. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. **Alcohol & Alcoholism**, v. 31, n. 6, p. 591-599, 1996.

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). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007.

MANÇO, A.M.; CAMPOS, J.A.D.B. Reprodutibilidade do teste de identificação de desordens devido ao álcool - AUDIT. **Nutrire**, v. 32, suplemento, p. 46, out. 2007.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suppl. 1, p. 28-32, mai. 2004.

MARSH, A.; SMITH, L.; SAUNDERS, B.; PIEK, J. The impaired control scale: confirmation of factor structure and psychometric properties for social drinkers and drinkers in alcohol treatment. **Addiction**, v. 97, p. 1339-1346, 2002.

MASUR, J.; JORGE, M.R. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. **Revista ABP-APAL**, v. 8, n. 4, p. 157-165, 1986.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical Biological Research**, v. 16, p. 215-218, 1983.

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

MEDINA-MORA, E.; VILLATORO, J.; CARAVEO, J.; COLMENARES, E. Patterns of alcohol consumption and related problems in Mexico: results from two general population surveys. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 13-31.

MELLO, M.L.M.; BARRIAS, J.C.; BREDA, J.J. Alguns aspectos epidemiológicos dos PLA. In: _____. **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001. Cap. 2, p. 24-41.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suppl. 1, p. 7-10, mai. 2004.

MENDÉZ, E.B. **Uma versão brasileira do AUDIT**. 1999. 121 f. Dissertação. (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

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

MOHAN, D.; CHOPRA, A.; RAY, R.; SETHI, H. Alcohol consumption in India: a cross-sectional study. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 103-114.

MONTEIRO, C.A.; MOURA, E.C.; JAIME, P.C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A.A.; FIGUEIREDO, I.C.R.; BERNAL, R.; SILVA, N.N. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MORAES, E.; CAMPOS, G.M.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R.R.; FERRAZ, M.B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, dez. 2006.

MUSTONEN, H.; BEUKES, L.; PREEZ, V.D. Alcohol drinking in Namibia. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 45-62.

OBOT, I.S. Household survey of alcohol use in Nigeria: the Middlebelt study. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 63-77.

PAZ FILHO, G.J.; SATO, L.J.; TULESKI, M.J.; TAKATA, S.Y.; RANZI, C.C.C.; SARUHASHI, S.Y.; SPADONI, B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 65-69, jan./mar. 2001.

PEIXOTO, M.R.G.; BENÍCIO, M.H.D.; JARDIM, P.C.B.V. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1065-1072, 2006.

PEIXOTO, M.R.G.; MONEGO, E.T.; ALEXANDRE, V.P.; SOUZA, R.G.M.; MOURA, E.R. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência em Goiânia, Goiás, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1323-1333, jun. 2008.

PICCINELLI, M.; TESSARI, E.; BORTOLOMASI, M.; PIASERE, O.; SEMENZIN, M.; GARZOTTO, N.; TANSELLA, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. **British Medical Journal**, v. 314, n. 8, p. 420-424, 1997.

POMERLEAU, J.; MCKEE, M.; ROSE, R.; HAERPFER, C.W.; 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.

POWELL, J.E.; MCLNNESS, E. Alcohol use among older hospital patients: findings from an Australian study. **Drug and Alcohol Review**, v. 13, p. 5-12, 1994.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL. Brasília, DF, 28 a 30 de novembro, 2005.

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. **Revista de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 280-286, set./dez. 2004.

REA, L.M., PARKER, R.A. **Metodologia de pesquisa**. 1 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda, 2000, 262p.

REGO, R.A.; BERARDO, F.A.N.; RODRIGUES, S.S.R.; OLIVEIRA, Z.M.A.; OLIVEIRA, M.B.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L.V.O.; MONCAU, J.E.C; RAMOS, L.R. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 277-285, 1990.

REIS, N.T.; RODRIGUES, C.S.C. **Nutrição clínica: alcoolismo**. Rio de Janeiro: Livraria Rubio Ltda, 2003. 303p.

RIGMAIDEN, R.S.; PISTORELLO, J.; JOHNSON, J.; MAR, D.; VEACH, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: prevalence patterns in internal medicine. **Substance Abuse**, v. 16, p. 49 -57, 1995.

SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; AMUNDSEN, A.; GRANT, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - I. **Addiction**, v. 88, p. 349-362, 1993a.

SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; BABOR, T.F.; FUENTE, J.R.; GRANT, M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. **Addiction**, v. 88, p. 791-804, 1993b.

SELZER, M.L. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. **American Journal of Psychiatric**, v. 127, p. 1653-1658, 1971.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística**. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. 120p.

SILVEIRA, E.A.; ARAÚJO, C.L.; GIGANTE, D.P.; BARROS, A.J.D.; LIMA, M.S. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 235-245, jan./fev. 2005.

SINCLAIR, M.; MCREE, B.; BABOR, T.F. Evaluation of the reliability of AUDIT, University of Connecticut School of Medicine. **Alcohol Research Center**, (unpublished report), 1992.

SKIPSEY, K.; BURLESON, J.A.; KRANZLER, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 45, p. 157-163, 1997.

STAHRE, M.; NAIMI, T.; BREWER, R.; HOLT, J. Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity-frequency calculations. **Addiction**, v. 101, p. 1711-1718, 2006.

STEINBAUER, J.R.; CANTOR, S.B.; HOLDER, C.E.; VOLK, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. **Annals of Internal Medicine**, v. 129, p. 353-362, 1998.

THE WORLD HEALTH REPORT. **Reducing risks, promoting health life**. Geneva: World Health Organization, 2002. 230p.

TOMKINS, S.; SABUROVA, L.; KIRYANOV, N.; ANDREEV, E.; MCKEE, M.; SHKOLNIKOV, V.; LEON, D.A. Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25-54 years in Izhevsk, Russia. **Addiction**, v. 102, p. 544-553, 2007.

TROIS, C.C.; FRANTZ, B.C.; YALUK, J.B.; TARONCHER, C.A.; SCHNEIDER, W.; SCHONELL, L.H.B.; BORDIN, R. Prevalência de GAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1994. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 489-495, jul./set. 1997.

TUUNANEN, M.; AALTO, M.; SEPPÄ, K. Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. **Drug and Alcohol Review**, v. 26, p. 295-299, mar. 2007.

VAZ-SERRA, A.S.; LIMA, M.M.V. O uso do "Michigan Alcoholism Screening Test" como instrumento discriminador entre grupos de alcoólicos e de não-alcoólicos. **Coimbra Médica**, v. 20, p. 39-56, 1973.

VOLK, R.J.; STEINBAUER, J.R.; CANTOR, S.B.; HOLZER, C.E. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. **Addiction**, v. 92, n. 2, p. 197-206, 1997.

WEI, H.; DERSON, Y.; SHUIYUAN, X.; LINGJIANG, L. Drinking patterns and related problems in a large general population sample in China. In: DEMERS, A.; ROOM, R.; BOURGAULT, C. **Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. p. 115-129.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol: Part I**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004a. 94p.

_____. **Global status report on alcohol: Part II: Country profiles – Region of the Americas**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004b. p. 21-27.

_____. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2000. 209p.

_____. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 2004c. 256p.

_____. **Physical status:** the use interpretation of antropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1995. (Technical Report series 854).



Anexos

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP, Araraquara.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araraquara



Protocolo CEP/FCF/CAr nº 09/2007

Interessado: JULIANA ALVARES DUARTE BONINI CAMPOS

Projeto: ALCOOLISMO – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO
DE ARARAQUARA (SP)

Parecer nº 27/2007 – Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto "Alcoolismo – estudo epidemiológico no município de Araraquara SP", encontra-se adequado em conformidade com as orientações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade considera o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos e é de PARECER FAVORÁVEL à sua execução.

O relatório do projeto de pesquisa deverá ser entregue em junho de 2009.

Araraquara, 2 de agosto de 2007.

Prof^a. Dr^a. MARIA VIRGINIA C. SCARPA
Coordenadora do CEP

ANEXO 2 – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): versão em português do Brasil, proposta por Mendéz (1999).

1. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?				
(0) 1 ou 2 “doses”	(1) 3 ou 4 “doses”	(2) 5 ou 6 “doses”	(3) 7 a 9 “doses”	(4) 10 ou mais “doses”
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano		
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano		



Fonte: http://www.previ.com.br/noticias/boletins/revista_200701_121/images/6_4.gif