



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E FATORES
ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA

LUCIANO NERY FERREIRA

Jequié-BA
2010

LUCIANO NERY FERREIRA

**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E FATORES
ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Enfermagem de Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.
Linha de Pesquisa – Vigilância em Saúde,

Orientadora: Prof^ª. DSc. Zenilda Nogueira Sales

Co-orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**Jequié/BA
2010**

Ferreira, Luciano Nery.

F441 Prevalência da dependência de álcool e fatores associados na Zona Urbana de Jequié-Ba/Luciano Nery Ferreira.- Jequié, UESB, 2010.

103 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.
Orientadora Profª. DSc. Zenilda Nogueira Sales.

1. Alcoolismo. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 3. Estudos Transversais
I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD 616.861

Luciano Nery Ferreira. Prevalência da dependência de álcool e fatores associados na zona urbana de Jequié-BA. 2010. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

Prof^a. DSc. Zenilda Nogueira Sales

Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Orientadora e Presidente da Banca

Prof^a. DSc. Edna Maria de Araújo

Doutora em Saúde pública. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Prof. DSc. Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Jequié/BA, 17 de Dezembro de 2010

Esta pesquisa contou com recursos financeiros provenientes do Edital de Financiamento Interno de Projetos de Pesquisa (Edital UESB 025/2009).

RESUMO

Estudo transversal que objetivou estimar a prevalência da dependência de álcool e verificar o perfil do consumo de bebidas alcoólicas de acordo com gênero, idade, renda e escolaridade na população urbana de Jequié, Bahia, Brasil. Amostra aleatória composta por 270 indivíduos maiores de 14 anos residentes na zona urbana, pesquisados entre Janeiro e Março de 2010. Como instrumento utilizou-se o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e o CAGE (*Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*). Os resultados mostraram que 21,8% consomem quatro ou mais doses em dia típico; 14,1% admitiram já terem causado algum prejuízo após ter bebido; 26,3% relataram que alguém já sugeriu que parasse de beber; entre os homens 40% bebem mais que quatro doses no dia típico; 50,5% dos jovens bebem com alguma frequência. A prevalência da dependência de álcool foi 10,4% e apresentou associação com o Gênero Masculino (OR = 2,87; p = 0,015) e com o tabagismo (OR = 2,58; p = 0,057). Crença religiosa Evangélica (OR = 0,26; p = 0,081) e ter mais que 8 anos de estudo (OR = 0,49; p = 0,122) apareceram como fator de proteção. A distribuição característica das variáveis estudadas é compatível com maior frequência e quantidade de uso de álcool entre os homens e entre os jovens. A ocorrência do padrão de consumo pesado episódico de álcool foi marcante. São apresentados grupos vulneráveis, ainda não considerados dependentes e que também devem ser alvo de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção. Espera-se que os resultados tenham ampla capacidade de influenciar e subsidiar o direcionamento de políticas públicas de promoção da saúde, com características locais específicas no sentido de prevenir agravos à saúde e controlar riscos e danos.

Palavras-Chave: Consumo de bebidas alcoólicas. Alcoolismo. Transtornos relacionados ao uso de álcool. Estudos transversais.

ABSTRACT

A cross-sectional study aimed to estimate the prevalence of alcohol dependence and to verify the profile of alcohol consumption by gender, age, income and education in the urban population from Jequié, Bahia, Brazil. The random sample comprised 270 individuals over 14 years residing in urban areas, researched between January and March 2010. To check the consumption profile was used the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the CAGE (Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener). The results showed that 21.8% consume four or more drinks on a typical day, 14.1% admitted that they have caused any harm after drinking, 26.3% reported that someone has already suggested that he would stop drinking, 40% among men drink more than four drinks on a typical day, 50.5% of young drink with some frequency. The prevalence of alcohol dependence was 10.4% and was associated with male gender (OR = 2,87; $p = 0,015$) and smoking (OR = 2,58; $p = 0,057$). Evangelical religious beliefs (OR = 0,26; $p = 0,081$) and having more than 8 years of schooling (OR = 0,49; $p = 0,122$) appeared as a protective factor. The characteristic distribution of the variables is consistent with higher frequency and quantity of use among men and among young people. The occurrence of the pattern of heavy episodic consumption of alcohol was notable. It's showed the most vulnerable groups, not yet considered dependent and should also to be targeted for public health promotion. It is hoped that the results have ample capacity to influence and support the direction of public policy for health promotion, with specific local characteristics in order to prevent health hazards and control risks and damage.

Key Words: Alcohol Drinking. Alcoholism. Alcohol-Related Disorders. Cross-Sectional Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagramas

DIAGRAMA 1: EXEMPLO DA DISPOSIÇÃO SEQUENCIAL DAS QUADRAS NO SETOR CENSITÁRIO.	25
DIAGRAMA 2: FORMA DE PERCORRER A QUADRA E SORTEAR O DOMICÍLIO.....	26

Quadro

QUADRO 1: DOSE PADRÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. (ADAPTADO DE BARBOR ET AL., 2001. P. 32).....	28
--	----

Gráficos

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE DOENÇA REFERIDA ENTRE OS QUE DECLARARAM POSSUIR ALGUMA DOENÇA. JEQUIÉ, 2010.	32
GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA ENTRE OS INDIVÍDUOS QUE BEBEM. JEQUIÉ, 2010.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. 33
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO EM ZONAS DE RISCO DO AUDIT. JEQUIÉ, 2010.....	33

Tabelas

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA (N = 270) SEGUNDO AS VARIÁVEIS DO ESTUDO – JEQUIÉ-BA, 2010.	31
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM %) SEGUNDO O GÊNERO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010.	35
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM %) SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010.....	36
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM %) SEGUNDO ANOS DE ESTUDO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010.....	37
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM %) SEGUNDO FAIXAS DE RENDA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010.....	39
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM %) SEGUNDO O ESCORE OBTIDO NO AUDIT NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010.	40
TABELA 7: DESCRIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E TABAGISMO, PREVALÊNCIA DE CONSUMO ALCOÓLICO DE RISCO (AUDIT \geq 8) E ANÁLISE BRUTA (REGRESSÃO SIMPLES) ENTRE O CONSUMO DE RISCO E OS PREDITORES - JEQUIÉ-BA, 2010.	42
TABELA 8: ANÁLISE AJUSTADA (REGRESSÃO MÚLTIPLA) ENTRE O CONSUMO DE RISCO (AUDIT \geq 8) E OS PREDITORES – JEQUIÉ-BA, 2010.....	44
TABELA 9: DESCRIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E TABAGISMO, PREVALÊNCIA DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL (CAGE \geq 2) E ANÁLISE BRUTA(REGRESSÃO SIMPLES) ENTRE A DEPENDÊNCIA E OS PREDITORES - JEQUIÉ-BA, 2010.....	46
TABELA 10: ANÁLISE AJUSTADA (REGRESSÃO MÚLTIPLA) ENTRE A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL (CAGE \geq 2) E OS PREDITORES - JEQUIÉ-BA, 2010.	47

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT.....	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE.....	Acrônimo para Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener
CID-10.....	Código Internacional de Doenças – 10ª Edição
DALY.....	Disability Adjusted Life Years
DSM-IV.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª Edição
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH.....	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
OR.....	Odds Ratio
PPGES.....	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB.....	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de Estudo	24
4.2 Local do Estudo	24
4.3 Amostragem.....	24
4.4 Instrumentos	27
4.5 Treinamento e estudo piloto.....	28
4.6 Análise dos dados.....	29
4.7 Aspectos éticos e financeiros.....	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Caracterização da amostra	31
5.2 Perfil de consumo	32
5.3 Prevalências e fatores de risco	41
6 DISCUSSÃO	48
7 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados	74
APÊNDICE C – Planilha de Custos.....	77
ANEXO A – Mapas dos Setores Censitários de Jequié-BA	78
ANEXO B – Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	99

ANEXO C – Quadro Resultado Parcial Edital 025/2009 – Financiamento Interno de Projetos de Pesquisa.....	100
ANEXO D – Certificado de Apresentação de Resultados da Pesquisa em Simpósio Internacional.....	102

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que me provê de vida, força e inspiração.

À minha família de origem (Aureliano, Sônia e Thiago), que constituiu o meu balizamento moral.

À família que constituí (Vívian e Marina), que soube entender a minha dedicação a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo financiamento da pesquisa através do Edital 025/2009.

Aos membros da equipe de coleta de dados: Alisson Moreira Luz, Jaqueline Maia Santos, Jamile de Souza Silva, Noyvanne da Silva Cerqueira e Pietro Araújo dos Santos; pelo empenho demonstrado em campo.

À Prof^ª. Dsc. Zenilda Nogueira Sales pela orientação respeitosa, acolhedora e tranquila.

Ao Prof. Dsc. Cezar Augusto Casotti pela co-orientação sempre disponível.

Ao colega e amigo Prof. Msc. José Patrício Bispo Júnior pela parceria nas publicações.

Ao Prof. Msc. Antônio Carlos Ricardo Braga Júnior pela parceria na análise estatística.

Ao Prof. Dsc. Marcos Henrique Fernandes pelas contribuições durante a qualificação do projeto.

À Prof^ª. Dsc. Edna Maria de Araújo pelas contribuições durante a qualificação do projeto.

Aos amigos fraternos Wanderley, Helca e Davi, que tantas vezes trouxeram a suavidade do convívio familiar para quebrar a austeridade da dedicação ao trabalho.

À Supervisão de Disseminação de Informações do IBGE – Unidade Estadual Bahia. Pelo suporte dos dados populacionais.

Ao Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas pela doação de material bibliográfico.

Às pessoas que reconheceram a credibilidade da UESB, abriram as portas das suas casas e participaram do estudo.

A todo o *staff* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela disponibilidade em viabilizar tudo o que fosse de sua competência.

Aos colegas da 1^a turma de Mestrado do PPGES por compartilharem os conhecimentos, dúvidas, angústias e sucessos.

Ao Departamento de Saúde pela flexibilização da carga horária de trabalho e pela liberação de reuniões.

EPÍGRAFE

Vivendo se aprende; mas o que se aprende mais, é só a fazer outras maiores perguntas.

Guimarães Rosa

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um hábito pré-histórico. Há evidências arqueológicas da sua utilização em celebrações, ritos ou simples aglomerações de indivíduos (KELLER, 1979). Com o processo civilizatório, o consumo de bebidas alcoólicas foi incorporado aos padrões sociais aceitáveis. No entanto, a associação do consumo de álcool com a dependência, comportamentos antissociais e violência deixou ao longo da história a percepção de que há um limite tênue entre o consumo aceitável e os seus efeitos psicotrópicos (BARBOR et al., 2010; EDWARDS, 1998).

No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas antecede a chegada dos portugueses. O cauim - bebida resultante da fermentação do milho e da mandioca - já era produzido e consumido pelos índios. Com a colonização portuguesa e a disponibilidade da cana-de-açúcar, popularizou-se a cachaça, que é uma bebida destilada com teor alcoólico consideravelmente alto (GALDURÓZ; CARLINI, 2007).

Não obstante a longa convivência da humanidade com o consumo de bebidas alcoólicas, pode-se considerar que se trata de um grave problema de saúde pública relacionado a diversos agravos à saúde (BARBOR et al., 2010; BURGER et al., 2004). O consumo de bebidas alcoólicas influencia diretamente o perfil de morbimortalidade, tanto em sua relação com a violência (BYE; ROSSOW, 2010; SILVA et al., 2009; ZALESKI et al., 2010), quanto pelo aumento do risco de doenças crônicas como hipertensão, cirrose e neoplasias.

Apesar de serem relatados os benefícios do consumo moderado de bebidas alcoólicas como fator protetor para algumas doenças cardiovasculares, os efeitos deletérios do consumo de álcool predominam sobre as potenciais vantagens (O'KEEFE et al., 2007).

No que se refere aos problemas de saúde relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, destaca-se, de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a intoxicação alcoólica aguda, o uso nocivo para a saúde, também chamado de uso abusivo e o alcoolismo crônico ou síndrome de dependência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A intoxicação alcoólica aguda é caracterizada por um estado agudo e transitório de perturbação da consciência e/ou do estado cognitivo secundário ao consumo de bebida alcoólica. O uso abusivo compreende um modo de consumo caracterizado pelas complicações físicas e/ou psíquicas. O alcoolismo crônico, ou síndrome de dependência, é caracterizado como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de bebida alcoólica, tipicamente associado ao desejo poderoso de consumi-lo, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, a uma maior prioridade dada ao seu uso em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância de doses e, por vezes, a um estado de abstinência física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Estima-se que 20% a 40% dos pacientes internados em hospitais gerais, apresentam problemas relacionados ao uso do álcool e que 5% das mortes de pessoas entre 15 e 29 anos em todo o mundo estejam relacionadas ao uso excessivo de álcool (FOXCROFT et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, publicou o relatório da situação global sobre Álcool e estima que 2 bilhões de pessoas no mundo consomem álcool, e 76,3 milhões possuem diagnóstico de consumo abusivo. O consumo de álcool é responsável por 1,8 milhões de mortes por ano (3,2% da mortalidade total) e 4% dos anos potenciais de vida perdidos. Um terço dessas mortes é atribuído aos acidentes e causas não intencionais.

Recentemente, o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil apurou uma prevalência de 74,6% de uso de álcool na vida e 12,3% de dependência alcoólica no Brasil. Neste cenário, a região Nordeste desponta com a maior prevalência de dependência, com 13,8% (CARLINI et al., 2007).

Diversos estudos apontam para uma maior prevalência da dependência de álcool entre homens do que entre mulheres (CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007), embora esta tendência esteja diminuindo com a emancipação feminina (KERR-CORRÊA et al., 2008). Com relação à idade, embora as maiores prevalências sejam encontradas entre adultos jovens, chama à atenção a grande quantidade de adolescentes que fizeram uso na vida de álcool e dos que já são dependentes (CARLINI et al., 2007). O uso precoce de álcool demanda

preocupação, na medida em que quanto mais cedo o jovem começa a beber, mais danoso será o seu padrão de consumo de álcool no futuro (VIEIRA et al., 2007).

Fatores locais e regionais, ligados às variáveis sociodemográficas, exercem influência diferenciada nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas e na dependência do álcool (ALMEIDA-FILHO et al., 2004). Grandes centros urbanos brasileiros já foram pesquisados a este respeito (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; BARROS et al., 2008; CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007), no entanto, ainda há lacunas quanto ao conhecimento epidemiológico deste fator em municípios de pequeno e médio porte.

O interesse pelo tema surgiu do desejo de pesquisar em epidemiologia, aliado às leituras de diversos assuntos, o que me permitiu identificar a elegância e a viabilidade do desenho epidemiológico dos estudos de perfil de consumo de bebidas alcoólicas e prevalência da dependência de álcool.

A investigação epidemiológica do perfil do consumo de bebidas alcoólicas, bem como da prevalência da dependência de álcool no município, pode ser o ponto de partida para o enfrentamento de um problema de saúde, na medida em que buscou produzir uma medida muito próxima da real sobre como as pessoas consomem bebidas alcoólicas, qual é o tamanho da parcela da população que pode ser considerada dependente, e com quais fatores este grupo está associado.

A partir da relevância social e acadêmica no campo da saúde pública, este estudo pode contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre um problema de saúde relativamente comum, e com forte impacto social na comunidade local.

Neste sentido, este estudo teve por objetivo Analisar a dependência de álcool na população da zona urbana de Jequié-BA, o perfil de consumo e fatores associados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a dependência de álcool na população da zona urbana de Jequié-BA, o perfil de consumo e fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

Estimar a prevalência da dependência de álcool na população da zona urbana de Jequié-BA.

Identificar a prevalência do consumo de risco de álcool.

Averiguar a existência de fatores associados à dependência de álcool.

Verificar o perfil do consumo de bebidas alcoólicas de acordo com gênero, idade, renda e escolaridade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Recentemente, o interesse científico pelo tema “Dependência do álcool” e/ou “Consumo de bebidas alcoólicas” tem sofrido algumas modificações. Classicamente, as pesquisas eram voltadas para a compreensão do Alcoolismo, desde a epidemiologia até os prejuízos que o álcool causa diretamente ao dependente. No entanto, atualmente, a partir do entendimento ampliado dos problemas relacionados ao uso e o abuso do álcool e a percepção de que os danos têm uma abrangência social que transcende o indivíduo que bebe (ROOM et al., 2003), o interesse tem se estendido também, para a compreensão do perfil ou padrão de consumo de bebidas alcoólicas (EDWARDS, 1998; BARBOR et al., 2010).

Na tentativa de forjar um campo de conhecimentos mais amplo e compreensivo, novas designações têm sido propostas. A este respeito, na Europa existe uma denominação que mais recentemente vem sendo introduzida no Brasil, que é a Alcoologia. De uma forma geral, Lima (2008) afirma que a Alcoologia:

Compreende um enfoque abrangente, que interliga de forma sistêmica, os diferentes problemas relacionados ao alcoolismo, decorrentes do uso, abuso e dependência, os diversos determinantes ou fatores envolvidos na causalidade do processo, concepção esta avançada em relação ao enfoque estritamente médico, dado até então, pela medicina convencional, que visa tão somente a questão da doença orgânica com o seu substrato anatomopatológico, deixando de considerar as outras manifestações psicológicas e sociais, as quais se restringiram aos aspectos de natureza ético-moral (LIMA, 2008, p. 6).

Independentemente de adotar ou não a nomenclatura europeia, o Brasil gradativamente tem direcionado as pesquisas para a investigação de fatores associados ao uso, abuso e dependência alcoólica. Nesta perspectiva de pesquisa, a epidemiologia tem demonstrado inequivocamente que o consumo de bebidas alcoólicas é influenciado de forma contundente por questões culturais, sociais e demográficas, além do que, o padrão de consumo pode variar com o tempo num mesmo grupo com características sociodemográficas e culturais similares (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

A partir desta perspectiva de abordagem, ampliou-se também a concepção do que sejam os prejuízos causados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

A questão que se coloca atualmente ultrapassa a ideia de unicausalidade. Perde importância saber, por exemplo, qual o papel do álcool como causador da Cirrose Hepática. Entende-se agora que o consumo abusivo de álcool traz prejuízos de diversas ordens, com potenciais desdobramentos das mais diversas naturezas para pessoas e sociedade muito além do indivíduo que bebe.

Ao tratar dos prejuízos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, a Organização Mundial de Saúde refere-se aos danos sociais e à carga global de doenças, cujo principal indicador é o DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), entendido no Brasil como Anos Potenciais de Vida Perdidos por doenças, incapacidades ou mortalidade precoce atribuíveis ao álcool, neste caso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

É relevante salientar que os prejuízos sociais relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas não estão uniformemente distribuídos entre os países. Embora exista uma tendência diretamente proporcional entre consumo e problemas, fatores socioeconômicos acabam por determinar com que força o álcool “impacta” a carga de doenças ou os anos potenciais de vida perdidos (MELONI; LARANJEIRA, 2004). Além do que, tão importante quanto o volume de consumo de álcool, é o padrão de consumo (BOBAK et al., 2004).

A este respeito, a OMS (2004) admite que o consumo de álcool lidera o fator de risco para a carga global de doenças de baixa mortalidade nos países em desenvolvimento, enquanto é “apenas” o terceiro fator de risco nos países desenvolvidos.

No âmbito da comunidade, existe uma dificuldade de transposição de entendimento a respeito da ponderação entre os efeitos positivos e nocivos do álcool. Em inúmeras culturas, atravessando séculos, o consumo de álcool acompanha a humanidade como um hábito lícito e socialmente aceitável, ligado à gratificação imediata, ao relaxamento e à facilitação da sociabilidade (EDWARDS, 1998), um ingrediente “perfeito” tanto para as celebrações quanto para acalmar as decepções.

Em oposição, os cientistas vêm tentando alertar para a íntima relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e as doenças cardiovasculares, as neoplasias, doenças neuropsiquiátricas, Síndrome Alcoólica Fetal, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, absenteísmo ao trabalho, suicídio, envolvimento em brigas,

violência intrafamiliar, violência sexual, criminalidade, dentre outros (BARBOR et al., 2010).

Por outro lado, há também preconceito social sobre o dependente de álcool. Muitas vezes, a dependência de álcool é socialmente representada como um desvio moral (CAMPOS, 2004), embora já existam vastas evidências de que se trata de uma dependência química (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Dada a importância do potencial de prejuízos do uso de bebidas alcoólicas, há algum tempo vigora entre os cientistas a ideia de que é preciso aprofundar o conhecimento sobre como se distribuem ao redor do mundo os padrões de consumo de álcool, a prevalência do consumo de risco, da dependência e os fatores a ela associados. Esforços também têm sido envidados no sentido de desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de políticas públicas direcionadas à redução dos riscos e controle de danos causados pelo álcool. Ao longo de algumas décadas, evidências foram acumuladas a este respeito e vêm sendo gradativamente incorporadas à concepção e aplicação das políticas públicas relativas ao álcool (BARBOR et al., 2010).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde publica um relatório global sobre a situação do álcool, no qual faz um vasto e detalhado diagnóstico mundial sobre o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências, coaduna-se com a ideia de que o álcool não é uma mercadoria qualquer (BARBOR et al., 2010), e justamente por isso, requer políticas públicas específicas que disciplinem sua disponibilidade, acesso e consumo, no intuito de reduzir os riscos e danos provenientes do seu uso e abuso.

No mesmo ano, é publicado no Brasil o Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool, que representou um uníssono dos cientistas e universidades brasileiras a partir das evidências disponíveis na época, no sentido de propor políticas públicas a serem implementadas pelos poderes constituídos no Brasil (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

No ano seguinte acontece no Brasil a Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, que recomendou no seu relatório final que as Américas implementem políticas, estratégias eficazes e programas capazes de prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo do álcool (DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, 2005).

Dois anos mais tarde, foi decretada no Brasil a Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007), que dispunha sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Este documento se propunha a estabelecer:

princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007, p. 2).

Um ano depois, o Código Nacional de Trânsito Brasileiro foi modificado pela lei nº. 11.705, mais conhecida como “Lei Seca”, que reduz a tolerância da concentração de álcool no sangue de condutores de veículos e impõe sanções criminais aos infratores que transgredirem o limite de 0,6g de álcool por litro de sangue (BRASIL, 2008). Em nota técnica publicada em 2010, o Ministério da Saúde demonstra que houve redução da frequência de óbitos e internações por acidentes de transporte terrestres em todo o Brasil no período subsequente à sanção da lei seca, entretanto, a mesma nota alerta para a importância de se manter e ampliar as medidas de educação, comunicação e fiscalização de forma sistemática (MALTA et al., 2010).

De uma forma geral, segundo Alves (2009), as políticas públicas brasileiras que dão conta de usuários de álcool e outras drogas, conseguiram constituir-se num modelo singular de atenção à saúde que conseguiu transpor a ideia da abstinência vitalícia, como no caso americano, e avançar do proibicionismo para o controle de danos, no entanto, alerta que:

a estruturação e o fortalecimento de uma rede pública de saúde especializada na assistência a usuários de álcool e outras drogas e às suas famílias, centrada na atenção comunitária, orientada pela concepção ampliada de redução de danos e articulada com outras redes de serviços sociais e de saúde constitui, na atualidade, um importante desafio (ALVES, 2009, p. 2317).

Os fundamentos que subsidiam o conhecimento a respeito do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, são fruto de estudos epidemiológicos de abrangência

nacional e alguns outros, de abrangência local. Os três maiores estudos nacionais que tratam do consumo de bebidas alcoólicas atualmente no Brasil, são o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001, que realizou uma pesquisa com 8.589 indivíduos nas 107 maiores cidades brasileiras (CARLINI et al., 2002), o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005, que pesquisou 7.939 indivíduos nas 108 maiores cidades brasileiras (CARLINI et al., 2007), e finalmente o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira – 2007, que pesquisou 3.007 indivíduos em 143 municípios brasileiros (LARANJEIRA et al., 2007).

Os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil mostram que 49,8% das pessoas referiram ter consumido bebidas alcoólicas no ano, e 38,3% referiram ter consumido alguma bebida alcoólica no mês da entrevista. A prevalência de dependentes encontrada (12,3%) corresponde a uma estimativa de 5.799.005 pessoas nesta condição na população brasileira em 2005. É possível observar ainda, no mesmo estudo, que as maiores proporções de dependentes estão na faixa etária de 18 a 24 anos. Percebe-se, também, que a prevalência de dependentes no gênero masculino é três vezes maior do que no gênero feminino, no total e em todas as idades acima de 24 anos (CARLINI et al., 2007).

Na comparação entre o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001 (CARLINI et al., 2002) e a sua segunda edição em 2005 (CARLINI et al., 2007), percebe-se que houve aumento na proporção de 68,7% para 74,6%, de pessoas que relatam uso de álcool na vida, aumento da prevalência total de dependentes de álcool de 11,2% para 12,3% e que, embora a tendência de predomínio da prevalência de dependentes de álcool entre os homens tenha se mantido, a de dependentes de álcool no gênero feminino aumentou de 5,7% para 6,9%. No comparativo por região, embora o nordeste tenha se mantido como a região com a maior prevalência, houve uma redução de 16,9% para 13,8% entre os períodos estudados.

Mais recentemente temos o estudo brasileiro de abrangência nacional que trata de um levantamento abordando, especificamente, os padrões de consumo de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). O mais importante neste estudo não foi a

dependência de álcool apurada de 9% entre os adultos, e sim o detalhamento de quanto e como bebem os brasileiros.

Neste sentido, observou-se que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano, sendo 65% entre os homens e 41% entre as mulheres. Percebeu-se ainda que, no grupo de adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram cinco doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Entre os homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana. Com relação à região Nordeste, aponta que 13% dos bebedores reportaram consumo usual de 12 ou mais doses por dia de consumo, e 25% dos bebedores relataram consumir entre cinco e 11 doses nestas ocasiões (LARANJEIRA et al., 2007).

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas, caracterizado pela ingestão acentuada numa mesma ocasião (cinco doses para homem e quatro doses para mulheres), é denominado “beber pesado episódico”, mais conhecido internacionalmente como “binge drinking” (BLAZER; WU, 2009). Este padrão de consumo de álcool é o mais associado a problemas. Nestes casos, aumentam as chances de câncer, cirrose hepática e infarto (JENKINS; ZUCKER, 2010), além das mais diversas formas de violência (BREWER; SWAHN, 2005), incluindo brigas, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, violência sexual e violência doméstica (WONG et al., 2010; ZALESKI et al., 2010), além do aumentar o risco de gravidez não planejada e de contágio por doenças sexualmente transmissíveis.

No que diz respeito às diferenças no padrão de consumo, admite-se que um indivíduo que não seja considerado dependente, mas que faça o uso pesado episódico de álcool (*binge drinking*), possa causar mais prejuízos a si próprio ou a outras pessoas, do que um indivíduo considerado dependente, cujo padrão de consumo apresente um grande volume de bebida espaçado de forma contínua (MILLER et al., 2005).

Em 2004, Galduróz et al. (2010) investigaram os fatores associados ao uso pesado de álcool entre os estudantes das 27 capitais brasileiras. Foram investigados 48.155 estudantes de escolas públicas, na faixa de 10 a 18 anos. Ligações familiares coesas e seguir uma religião foram apontados como fatores de proteção para o uso pesado episódico de álcool entre eles.

A busca incessante pelo entendimento dos fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências, tem mobilizado os pesquisadores ao redor do mundo a aprimorarem os instrumentos de pesquisa, de modo a perseguirem a fidedignidade e confiabilidade das informações obtidas.

Atualmente, em epidemiologia, o instrumento mais utilizado para investigar o padrão ou o perfil de consumo de bebidas alcoólicas é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), que é uma escala psicométrica com alta sensibilidade e especificidade, validada em diversas culturas, capaz de avaliar três domínios conceituais, a saber: uso arriscado de álcool, sintomas de dependência e uso nocivo de álcool (BARBOR et al., 2001).

A classificação de risco de acordo com o AUDIT depende do escore obtido que pode variar de 0 a 40 pontos e pode ser dividida em zonas de risco assim definidas: Zona I – Baixo risco ou abstinência – escore de 0 a 7; Zona II – Uso excessivo – escore de 8 a 15; Zona III – Uso de risco e nocivo – escore de 16 a 19 e Zona IV – Sugestivo de dependência – escore de 20 a 40 (BARBOR et al., 2001). Entretanto, é mais comum os pesquisadores agruparem as Zonas II, III e IV, classificando-a como Consumo de Risco.

A utilização do CAGE como instrumento de rastreamento da dependência alcoólica é relativamente mais simples. A sua classificação também depende do escore obtido, que pode variar de 0 a 4. Epidemiologicamente, considera-se caso de dependência de álcool todos os indivíduos que obtiverem pontuação igual ou superior a 2 (PAZ FILHO et al., 2001). Cabe ressaltar que, para diagnóstico clínico de dependência alcoólica, rotineiramente utiliza-se critérios diferentes do CAGE, para este fim, os critérios DSM-IV tem se mostrado mais apropriados (GRANT et al., 2007).

O envolvimento das diversas variáveis na determinação dos desfechos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas é bastante complexo. Desta maneira, busca-se entender as variáveis na sua acepção mais ampla. Como exemplo, pode-se citar o entendimento das diferenças entre homens e mulheres. Classicamente poder-se-ia tratar da variável sexo, no entanto, é notório que as diferenças no padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre homens e mulheres transcendem a questão biológica, e são fortemente influenciadas por traços culturais da própria diferenciação dos papéis e comportamentos, típicos, masculino e

feminino. Desta forma, é preferível que esta variável seja denominada gênero, ao invés de sexo.

Destarte, diante do panorama da pesquisa sobre o álcool, o seu perfil de consumo, os fatores associados ao abuso e a dependência, bem como os prejuízos deles decorrentes, pode-se depreender que se trata de grave problema de saúde pública. Apesar do consumo de bebidas alcoólicas ser milenar e disseminado pelo mundo, é fortemente influenciado por fatores locais ligados às questões sócio-demográficas e a valores e padrões culturais, além de variar ao longo do tempo. Isto abre enormes possibilidades e desafios à pesquisa científica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico transversal tipo inquérito domiciliar de base populacional, com indivíduos com idade maior ou igual a 14 anos, residentes na zona urbana do município de Jequié-BA. Adotou-se a contagem populacional de 2007 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009b) de 145.964 habitantes. Descontados os habitantes da zona rural e os menores de 14 anos vivendo na zona urbana, o universo do estudo foi de 99.941 indivíduos.

4.2 Local do Estudo

Foram pesquisados domicílios da zona urbana do município de Jequié, cidade localizada no interior da Bahia, na mesorregião Centro-Sul do estado, a 365Km da capital. Sua população estimada em 2009 segundo o IBGE (2010), foi de 150.541 habitantes, índice de Gini 0,49 e índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,694.

4.3 Amostragem

O cálculo amostral, realizado com o programa Epi Info™ Versão 3.5.1 (2008), levou em consideração os dados de prevalência da dependência de álcool para a região Nordeste do Brasil no ano de 2005 (CARLINI et al., 2007), 13,8%, margem de erro de 5%, o que apontou para uma amostra inicial de 129 indivíduos, adotando o nível de confiança de 90%. A partir daí foram feitos ajustes para efeito desenho, usando o fator de correção 2 e ajustes para perdas amostrais, prevendo uma taxa de não resposta máxima de 10% para uma amostra sem reposição, o que resultou em uma amostra de 287 indivíduos.

A amostra foi estratificada por conglomerados, em três estágios, respectivamente: setores censitários, domicílio e indivíduo. Para pesquisar este contingente, 15 setores censitários urbanos de um total de 148 foram sorteados de forma aleatória sistemática. Outrossim, foram pesquisados os setores censitários de número 2, 12, 22, 32, 41, 51, 61, 71, 81, 91, 101, 111, 120, 130 e 140 (Anexo A) (IBGE, 2009a).

Em cada setor, 20 domicílios foram sorteados e visitados no período de Janeiro a Março de 2010, por uma equipe de 6 pesquisadores treinados, onde as quadras foram enumeradas e dispostas sequencialmente conforme pode ser visto no Diagrama 1.



Diagrama 1: Exemplo da disposição sequencial das quadras no setor censitário.

O setor foi percorrido em suas quadras no sentido horário, considerados os domicílios do lado direito do logradouro pertencente à quadra. Levando em consideração a média de 250 domicílios por setor, adotou-se intervalo sistemático de 12 domicílios.

O Diagrama 2 demonstra um exemplo em que no setor 47, utiliza-se o último dígito que identifica o setor censitário para a escolha do primeiro domicílio que foi

pesquisado na primeira quadra do setor. As demais quadras foram sucessivamente percorridas até atingir os 20 domicílios sorteados em cada setor censitário.



Diagrama 2: Forma de percorrer a quadra e sortear o domicílio.

Em cada setor, o primeiro domicílio a ser pesquisado foi definido pelo último dígito do número que identifica o setor. Os domicílios seguintes seguiram a lógica do intervalo sistemático de 12 domicílios e do ordenamento sequencial das quadras.

Foi considerado domicílio, o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que estivesse sendo utilizado com esta finalidade. Foram excluídos estabelecimentos onde existisse relação de convivência de longa permanência de caráter institucional como abrigos, asilos, presídios, casas de acolhimento noturno, quartéis, orfanatos, conventos, hospitais ou alojamentos de trabalhadores.

Nos casos de edifícios, cada apartamento foi considerado como um domicílio e foram numerados contiguamente, junto com os demais domicílios do logradouro sem nenhuma diferenciação.

Em cada domicílio, o sorteio do indivíduo a ser entrevistado foi feito por meio da contagem sequencial contínua dos residentes no domicílio com idade maior ou igual a 14 anos, dispostos em ordem crescente de idade, até que se atingisse um número aleatório, que foi previamente definido e impresso na capa do formulário de entrevista.

Funcionários como cuidadores de idosos, babás e empregadas domésticas só foram incluídos no sorteio se, efetivamente, residissem naquele domicílio. Trabalhadores que retornavam para o seu domicílio diariamente não entraram no sorteio do local de trabalho. Por outro lado, nos domicílios em que o indivíduo sorteado não se encontrava no momento da visita do entrevistador, foi agendada uma visita em horário cômodo para o indivíduo a ser entrevistado. Foram admitidas quatro tentativas de visita para entrevistar o indivíduo.

Todos os indivíduos foram esclarecidos sobre a pesquisa, convidados a participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A). No caso dos menores, um dos pais ou responsável foi também esclarecido e perguntado se concordava com a participação do menor e, em caso afirmativo, o responsável era convidado a assinar o TCLE. Não foi permitido aos responsáveis dos menores que presenciassem a entrevista. Todos os indivíduos pesquisados receberam uma cópia do TCLE.

4.4 Instrumentos

O instrumento utilizado era composto de variáveis sócio-demográficas e de questões relacionadas ao consumo do álcool.

As Variáveis independentes que constaram no instrumento foram: idade, gênero, profissão, cor da pele, crença religiosa, renda familiar, escolaridade, estado civil, hábito de fumar e o conhecimento sobre a existência de comorbidades.

Para as variáveis dependentes, foram utilizadas as versões brasileiras do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (BARBOR et al., 2001) e do CAGE

(*Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) (CASTELLS; FURLANETTO, 2005).

O AUDIT é um questionário relacionado ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, traduzido e validado para o Brasil, com capacidade de verificar os domínios de uso arriscado do álcool, sintomas de dependência e uso nocivo. Apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 76% para população brasileira (FIGLIE, 1997; LIMA et al., 2005). Adotou-se como ponto de corte o escore ≥ 8 obtido no AUDIT para definir uso arriscado ou prejudicial de álcool (BARBOR et al., 2001).

O questionário CAGE, traduzido e validado para o Brasil, é um acrônimo formado pelas letras iniciais das expressões *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener* (CASTELLS; FURLANETTO, 2005). É utilizado para o rastreamento epidemiológico de dependência do álcool, adotando-se duas ou mais respostas positivas como ponto de corte para definir o caso (PAZ FILHO et al., 2001). Parâmetro adotado por este estudo. Apresenta sensibilidade de 84,74% e especificidade de 73,33% para o diagnóstico de dependência de álcool.

Para efeito de consideração do que seja uma dose de bebida alcoólica, adotou-se o estabelecido pelas diretrizes do AUDIT da Organização mundial de saúde (BARBOR et al., 2001), conforme o Quadro 1:

Tipos de Bebida	Teor alcoólico (%)	Dose padrão Vol. (ml)	Quantidade de álcool puro / dose padrão (g)
Cerveja	5	330	13
Vinho	12	140	13,3
Destilada (Cachaça, uísque, Vodka)	40	40	12,6

Quadro 1: Dose padrão de bebidas alcoólicas. (Adaptado de Barbor et al., 2001. p. 32)

4.5 Treinamento e estudo piloto

Antes da coleta de dados, a equipe foi selecionada (5 estudantes de graduação da área de saúde) e passou por um treinamento intensivo com duração de 40 horas, com o intuito de padronizar os procedimentos, familiarizar-se com o instrumento e com o Termo de Consentimento. O treinamento também buscou sistematizar a dinâmica de exploração do setor censitário, ordenamento das quadras, forma de percorrê-las, sorteio do domicílio e sorteio do indivíduo. A

primeira parte do treinamento compreendeu as reuniões e discussões em grupo, a segunda parte compreendeu o estudo piloto.

O estudo piloto aconteceu num setor censitário sorteado exclusivamente para este fim, setor 47 (anexo A). Foi determinada uma amostra de 30 domicílios e seguiram-se os procedimentos padronizados na primeira etapa do treinamento. No projeto original havia uma previsão de até três tentativas de agendamento e visitas, nos casos em que o indivíduo a ser pesquisado não fosse encontrado no domicílio. No entanto, durante o estudo piloto esta estratégia não se mostrou adequada, pois se percebeu o risco de extrapolar a taxa de não resposta máxima de 10%, portanto, decidiu-se que durante o estudo seriam admitidas 4 tentativas de agendamento e visitas nestes casos. Ademais, a experiência do estudo piloto demonstrou que a metodologia estava adequada, uma vez que os entrevistadores conseguiram executá-la sem dificuldades.

4.6 Análise dos dados

O banco de dados foi construído em planilha eletrônica em formato “.xls”. Os dados foram processados em única entrada e conferidos em uma amostragem aleatória correspondente a 10% do total de questionários respondidos. A conferência detectou concordância de 100% dos questionários sorteados, ao que se seguiu a análise estatística. Durante a análise, observou-se a necessidade de se agrupar algumas classes de respostas para algumas variáveis. Procederam-se os agrupamentos necessários segundo a melhor adequação à análise estatística sem, no entanto, ferir a lógica da apresentação e caracterização intrínseca a cada variável.

Na análise estatística utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, X^2 , para verificar a existência de associação entre os itens que compõem o AUDIT e as variáveis gênero, faixa etária, escolaridade e renda familiar. Ainda, este teste foi aplicado nestas últimas variáveis versus a classificação segundo escore obtido no AUDIT.

Como medida de associação, optou-se pelo *Odds Ratio*, entendido como razão de chances, ou classicamente como “razão de produtos cruzados”. Numa

análise comparativa com a Razão de Prevalência, Rumel (1986) considera o *Odds Ratio* mais adequado, desde que sejam apresentados os Intervalos de Confiança.

Para a obtenção do *Odds Ratio* bruto, foi empregada regressão logística simples para os desfechos de consumo de risco (AUDIT) e dependência de álcool (CAGE), usando diversos fatores como variáveis independentes. Também foi empregada regressão múltipla para análise do *Odds Ratio* ajustado pelas variáveis independentes que apresentaram significância estatística na etapa anterior, tanto para o desfecho consumo de risco (AUDIT) como para o desfecho dependência de álcool (CAGE). Adotou-se um nível de confiança de 95% em todas as análises consideradas. Todos os procedimentos de análise foram realizados utilizando-se o programa computacional R versão 2.12.0 (2009).

4.7 Aspectos éticos e financeiros

A pesquisa foi analisada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – protocolo 044/2009 (Anexo B). Foram observados todos os dispostos da ética em pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa concorreu ao edital de financiamento interno de Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Edital UESB 025/2009) e foi contemplada (Anexo C) com financiamento de R\$: 5.228,80 (Cinco mil, duzentos e vinte oito reais e oitenta centavos). Orçamento demonstrado no Apêndice C.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Dos 287 indivíduos selecionados no processo de amostragem, foram pesquisados 270. A taxa de não resposta real foi de 6%, incluídos aí os indivíduos que se recusaram a participar do estudo e aqueles que não foram encontrados, mesmo após quatro tentativas de visitas e ou agendamentos.

A média de idade foi de 39 anos, desvio padrão 17,4. A amostra obtida foi composta por 60,7% do sexo feminino conforme pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra (n = 270) segundo as variáveis do estudo – Jequié-BA, 2010.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
14-29	97	35,9
30-59	135	50,0
≥ 60	38	14,1
Gênero		
Masculino	106	39,3
Feminino	164	60,7
Ocupação		
Desempregado	7	2,6
Dona de casa	38	14,1
Estudante	39	14,4
Aposentado	21	7,8
Trabalhando	164	60,7
Cor da pele		
Preta	53	19,6
Parda	170	63,0
Branca	47	17,4
Crença religiosa		
Nenhuma	40	14,8
Católica	150	55,6
Espírita	2	0,7
Evangélica	78	28,9
Renda Familiar		
≤ 5 salários mínimos	245	90,7
6 ou mais salários mínimos	20	7,4
Escolaridade		
≤ 8 anos de estudo	148	54,8
9 ou mais anos de estudo	122	45,2
Estado Civil		
Vivendo sem companheiro	129	47,8
Vivendo com companheiro	133	49,3
Tabagismo		
Sim	30	11,1
Não	240	88,9
Consumo de risco de álcool		
Sim (AUDIT ≥ 8)	50	18,5
Não (AUDIT < 8)	220	81,5
Dependência de álcool		
Sim (CAGE ≥ 2)	28	10,4
Não (CAGE < 2)	242	89,6

A amostra foi composta predominantemente por indivíduos na faixa etária compreendida entre 30 e 59 anos, do gênero feminino, trabalhando, de cor da pele parda, católicos, com renda familiar igual ou inferior a cinco salários mínimos, escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo, vivendo com companheiro e não tabagistas.

No que se refere à existência de doenças, as pessoas foram perguntadas se sabiam ter alguma das doenças relacionadas (Doença do Fígado, Diabetes, Hipertensão, Gastrite) ou alguma outra. De toda a amostra, 29,3% referiram ter pelo menos uma patologia.

Como pode ser visto no Gráfico 1, a doença mais referida foi a Hipertensão Arterial Sistêmica com 68,4%, seguida de 31,6% para Gastrite, 13,9% para Diabete e 2,5% para Doença do Fígado. Além disso, 5,1% referiram possuir diversas outras doenças.

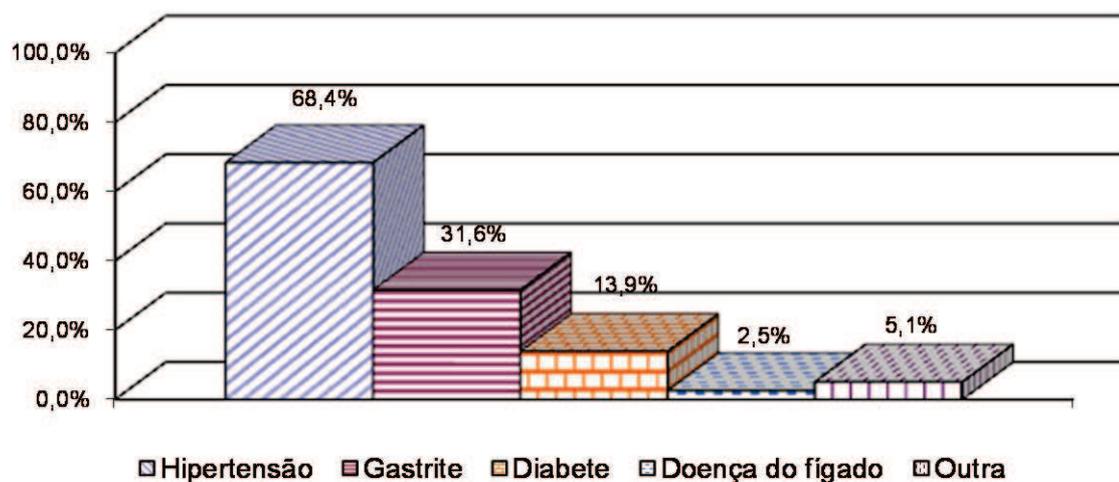


Gráfico 1: Distribuição do tipo de doença referida entre os que declararam possuir alguma doença. Jequié, 2010.

5.2 Perfil de consumo

Com relação ao tipo de bebida consumida, o Gráfico 2 demonstra que entre os que declararam consumir bebidas alcoólicas, 81% disseram que consomem cerveja, 21,6% declararam consumir vinho, 4,3% consomem uísque. Vodka,

conhaque e cachaça apresentaram o mesmo nível de consumo com 2,6% das pessoas.

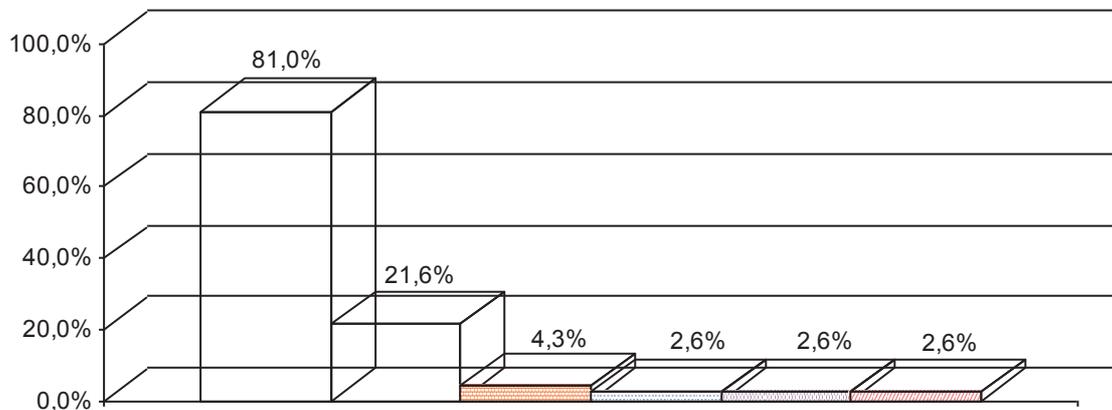


Gráfico 2: Distribuição percentual do tipo de bebida consumida entre os indivíduos que bebem. Jequié, 2010.

Quanto à Classificação em zonas de risco segundo o AUDIT, o Gráfico 3 evidencia que 81,5% das pessoas foram classificadas na Zona I de risco (escore 0 a 7), 14,8% foram classificados na Zona II (escore 8 a 15), 2,2% na Zona III (escore 16 a 19) e 1,5% da amostra foi classificada na zona IV, cujo escore vai de 20 até 40, limite máximo do AUDIT.

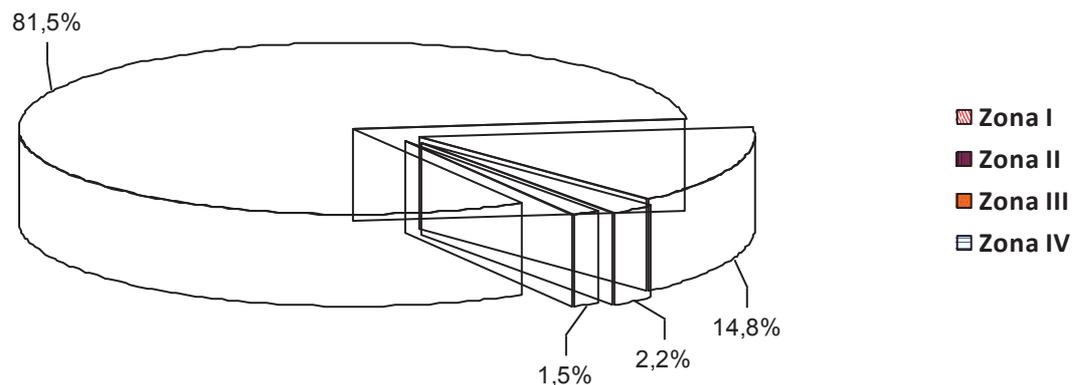


Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a Classificação em Zonas de Risco do AUDIT. Jequié, 2010.

Na tabela 2, são descritos todos os itens do perfil de consumo de bebidas alcoólicas do AUDIT. Para o item Frequência de consumo, observa-se que 3,7% das pessoas consomem bebidas alcoólicas duas ou mais vezes por semana. Com

relação à quantidade de doses que se bebe num dia típico, 21,8% das pessoas relataram consumir quatro ou mais doses.

A respeito da frequência com que se consome a quantidade de seis ou mais doses em uma ocasião, 13,3% das pessoas referiram que o fazem pelo menos uma vez ao mês. Quando perguntados sobre sentimentos de culpa ou de remorso após terem bebido, 12,9% referiram que isso aconteceu pelo menos uma vez no último ano.

Em relação à ocorrência, no último ano, de episódios de amnésia após uma bebedice, 7,8% das pessoas confirmaram a ocorrência de pelo menos um episódio. Ao serem questionados sobre já terem causado algum prejuízo a si mesmo ou a outrem após o consumo de bebidas alcoólicas, 14,1% das pessoas admitiram que sim.

Sobre o aconselhamento de terceiros para que diminuíssem a bebida ou parassem de beber, 26,3% das pessoas relataram já terem sido sugeridas por algum parente ou profissional de saúde.

Em todos os itens, as prevalências de respostas compatíveis com perfil de beber de risco foram mais elevadas no gênero masculino (Tabela 2). Foi encontrada significância estatística entre o gênero e oito dos dez itens do perfil de consumo estabelecidos pelo AUDIT. Apenas os itens necessidade de bebida pela manhã e deixar de fazer o esperado devido à bebida não se mostraram significativamente associados com gênero.

No que se refere ao número de doses, em dia típico, observa-se que 90% das mulheres não consomem mais do que três, ao passo que 40% dos homens bebem mais que quatro doses. Destaca-se, ainda, que 17% dos homens bebem mais que oito doses em dia típico, proporção consideravelmente maior à observada entre as mulheres, que foi de 1,8%.

Entre os homens, também se observou maior proporção no item causou ferimentos ou prejuízo após ter bebido. Enquanto 6,1% das mulheres relataram prejuízos a si ou a terceiros por causa da bebida, entre os homens esse percentual eleva-se para 26,4%. No que se refere à sugestão de outrem sobre parar de beber, entre os homens, 46,3% já foram aconselhados a abandonar o hábito da bebida. Entre as mulheres, o percentual é de apenas 13,4%.

Tabela 2: Distribuição do Perfil de consumo de bebidas alcoólicas (em %) segundo o gênero no Município de Jequié-BA, 2010.

Variável	Homens n = 106	Mulheres n = 164	P ^a	Ambos n = 270 Prevalência (IC _{95%}) ^b
Frequência de consumo			0,007	
Nunca	44,3	64,6		56,7(50,8-62,6)
Mensalmente ou menos	20,8	15,9		17,8(13,2-22,4)
2 a 4 vezes / mês	30,2	16,5		21,9(17,0-26,8)
2 a 3 vezes / semana	4,7	1,8		3,0(1,0-5,0)
4 ou mais vezes /semana	-	1,2		0,7(0,0-1,7)
Número de doses em dia típico			< 0,001	
0-1	49,1	75,0		64,8(59,1-70,5)
2-3	10,4	15,2		13,3(9,2-17,4)
4-5	14,2	6,7		9,6(6,1-13,1)
6-7	9,4	1,2		4,4(2,0-6,8)
8 ou mais	17,0	1,8		7,8(4,6-11,0)
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião			< 0,001	
Nunca	56,6	84,1		73,3(68,0-78,6)
Menos que mensalmente	19,8	9,1		13,3(9,2-17,4)
Pelo menos 1 vez ao mês	23,6	6,7		13,3(9,2-17,4)
Frequência de beber sem conseguir parar			0,024	
Nunca	90,6	97,6		94,8(92,2-97,4)
Menos que mensalmente	7,5	1,2		3,7(1,4-6,0)
Pelo menos 1 vez ao mês	1,9	1,2		1,5(0,1-2,9)
Deixou de fazer o esperado devido à bebida			0,238	
Nunca	93,4	97,6		95,9(93,5-98,3)
Menos que mensalmente	4,7	1,8		3,0(1,0-5,0)
Pelo menos 1 vez ao mês	1,9	0,6		1,1(0-2,3)
Necessidade de bebida pela manhã			0,482	
Nunca	92,5	95,7		94,4(91,7-97,1)
Menos que mensalmente	4,7	3,0		3,7(1,4-6,0)
Pelo menos 1 vez ao mês	2,8	1,2		1,9(0,3-3,5)
Sentiu-se culpado depois de beber			0,003	
Nunca	78,3	92,7		87,0(83,0-91,0)
Menos que mensalmente	17,0	5,5		10,0(6,4-13,6)
Pelo menos 1 vez ao mês	4,7	1,8		3,0(1,0-5,0)
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida			< 0,001	
Nunca	84,0	97,6		92,2(89,0-95,4)
Menos que mensalmente	13,2	1,2		5,9(3,1-8,7)
Pelo menos 1 vez ao mês	2,8	1,2		1,9(0,3-3,5)
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido			< 0,001	
Não	73,6	93,9		85,9(81,7-90,1)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	18,9	4,3		10,0(6,4-13,6)
Sim, nos últimos 12 meses	7,5	1,8		4,1(1,7-6,5)
Alguém sugeriu que parasse de beber			< 0,001	
Não	53,8	86,6		73,7(68,4-79,0)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	25,5	6,1		13,7(9,6-17,8)
Sim, nos últimos 12 meses	20,8	7,3		12,6(8,6-16,6)

^a Valor de p referente ao teste χ^2

^b IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%

A análise da distribuição do perfil de consumo de bebidas alcoólicas por faixas etárias (Tabela 3) revelou no grupo etário mais jovem, com idade de 14 a 29 anos, as maiores prevalências para o hábito de beber e suas consequências. No que tange a frequência de consumo, 50,5% dos jovens bebem com alguma

frequência, ao passo que esse comportamento é observado em 44,4% dos adultos de 30 a 59 anos e, em 21,1% dos idosos, apenas.

Tabela 3: Distribuição do Perfil do consumo de bebidas alcoólicas (em %) segundo faixas etárias no Município de Jequié-BA, 2010.

Variável	Faixas etárias			P ^a
	14-29 n = 97	30-59 n = 135	60 ou mais n = 38	
Frequência de consumo				0,037
Nunca	49,5	55,6	78,9	
Mensalmente ou menos	20,6	17,0	13,2	
2 a 4 vezes / mês	26,8	23,7	2,6	
2 a 3 vezes / semana	2,1	3,7	2,6	
4 ou mais vezes /semana	1,0	-	2,6	
Número de doses em dia típico				0,010
0-1	53,6	65,2	92,1	
2-3	18,6	12,6	2,6	
4-5	14,4	8,1	2,6	
6-7	4,1	5,2	2,6	
8 ou mais	9,3	8,9	-	
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião				0,005
Nunca	66,0	72,6	94,7	
Menos que mensalmente	20,6	11,1	2,6	
Pelo menos 1 vez ao mês	13,4	16,3	2,6	
Frequência de beber sem conseguir parar				0,438
Nunca	92,8	95,6	97,4	
Menos que mensalmente	6,2	3,0	-	
Pelo menos 1 vez ao mês	1,0	1,5	2,6	
Deixou de fazer o esperado devido à bebida				0,725
Nunca	95,9	94,8	100	
Menos que mensalmente	3,1	3,7	-	
Pelo menos 1 vez ao mês	1,0	1,5	-	
Necessidade de bebida pela manhã				0,631
Nunca	93,8	94,1	97,4	
Menos que mensalmente	5,2	3,7	-	
Pelo menos 1 vez ao mês	1,0	2,2	2,6	
Sentiu-se culpado depois de beber				0,459
Nunca	83,5	87,4	94,7	
Menos que mensalmente	13,4	9,6	2,6	
Pelo menos 1 vez ao mês	3,1	3,0	2,6	
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida				0,324
Nunca	90,7	91,1	100	
Menos que mensalmente	6,2	7,4	-	
Pelo menos 1 vez ao mês	3,1	1,5	-	
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido				0,368
Não	88,7	83,7	86,8	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	6,2	11,9	13,2	
Sim, nos últimos 12 meses	5,2	4,4	-	
Alguém sugeriu que parasse de beber				0,003
Não	71,1	74,8	76,3	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	7,2	16,3	21,1	
Sim, nos últimos 12 meses	21,6	8,9	2,6	

^a Valor de p referente ao teste χ^2

As prevalências mais elevadas na faixa etária jovem possuem, também, significância estatística para número de doses em dia típico, frequência de seis ou

mais doses, sentir-se culpado após beber e sugestão de outrem que pare de beber. A faixa etária dos idosos apresenta os maiores índices de abstinências em todos os itens.

Tabela 4: Distribuição do Perfil do consumo de bebidas alcoólicas (em %) segundo anos de Estudo no Município de Jequié-BA, 2010.

Variável	Anos de estudo		p ^a
	≤ 8 n =148	9 ou mais n =122	
Frequência de consumo			0,058
Nunca	62,1	50,0	
Mensalmente ou menos	14,9	21,3	
2 a 4 vezes / mês	21,6	22,1	
2 a 3 vezes / semana	0,7	5,7	
4 ou mais vezes /semana	0,7	0,9	
Número de doses em dia típico			0,714
0-1	64,9	64,8	
2-3	12,8	13,9	
4-5	11,5	7,4	
6-7	3,4	5,7	
8 ou mais	7,4	8,2	
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião			0,616
Nunca	75,0	71,3	
Menos que mensalmente	13,5	13,1	
Pelo menos 1 vez ao mês	11,5	15,6	
Frequência de beber sem conseguir parar			0,181
Nunca	93,9	95,9	
Menos que mensalmente	3,4	4,1	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,7	-	
Deixou de fazer o esperado devido à bebida			0,722
Nunca	96,6	95,1	
Menos que mensalmente	2,7	3,3	
Pelo menos 1 vez ao mês	0,7	1,6	
Necessidade de bebida pela manhã			0,487
Nunca	93,2	95,9	
Menos que mensalmente	4,1	3,3	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,7	0,8	
Sentiu-se culpado depois de beber			0,139
Nunca	86,5	87,7	
Menos que mensalmente	8,8	11,5	
Pelo menos 1 vez ao mês	4,7	0,8	
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida			0,027
Nunca	94,6	89,3	
Menos que mensalmente	2,7	9,8	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,7	0,8	
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido			0,202
Não	83,8	88,5	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	12,8	6,6	
Sim, nos últimos 12 meses	3,4	4,9	
Alguém sugeriu que parasse de beber			0,602
Não	71,6	76,2	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	15,5	11,5	
Sim, nos últimos 12 meses	12,8	12,3	

^a Valor de p referente ao teste X²

Na tabela 4 são apresentados os resultados da distribuição entre perfil de consumo e escolaridade. Mostraram-se significantes os itens: frequência de consumo e incapacidade de lembrar o que aconteceu devido à bebida. O grupo de

peças com nove ou mais anos de estudo apresenta maiores prevalências de consumo, comparado ao grupo com até oito anos de estudo. No grupo de maior escolaridade, 50% fazem algum tipo de consumo, e 28,7% consomem pelo menos duas vezes ao mês. O grupo de menor escolaridade apresenta prevalência de 37,9% de indivíduos que fazem algum tipo de consumo, 23% consomem duas ou mais vezes ao mês. No que se refere à incapacidade de se lembrar de acontecimentos, provocada pela bebida, o grupo de menor escolaridade apresentou prevalência de 5,4%, ao passo que no grupo de maior escolaridade foi 10,6%.

A distribuição do perfil de consumo segundo a renda familiar (Tabela 5) mostrou-se significativa apenas para o item frequência de consumo. O grupo de menor renda apresentou uma prevalência de 58,4% de abstêmios e 55% bebem pelo menos duas vezes por mês, enquanto no grupo de maior renda 25,2% bebem com essa mesma frequência e 35% declararam não beber. Embora tenha sido observada grande discrepância entre os grupos econômicos da amostra nos outros itens do perfil de consumo, esses resultados não mostraram associação relevante do ponto de vista estatístico.

A Análise da tabela 6, na qual se verificam as respostas de cada item do perfil de consumo distribuídas de acordo com a categoria de pontuação obtida no AUDIT, revela que há significância estatística relevante ($p < 0,001$) em todos os itens. Observou-se, conforme esperado, prevalências elevadas de abstinência no grupo AUDIT < 8 , ao passo que os perfis de consumo e consequências de risco foram maiores no grupo AUDIT ≥ 8 .

Com relação à frequência de consumo, a tabela 6 mostra que o grupo de risco apresenta prevalência de 86% para o consumo de bebidas alcoólicas duas ou mais vezes por mês. No que se refere à quantidade de doses, 86% consomem quatro ou mais doses num dia típico e 38% consomem seis ou mais doses, em uma ocasião, pelo menos uma vez por semana. Destaca-se ainda, que neste grupo, 42% relataram já ter, devido à bebida, causado algum prejuízo a si mesmo ou a outrem alguma vez na vida. Chama a atenção que no grupo de menor risco, 11,9% relatam já ter consumido seis ou mais doses em uma ocasião, e 16,4% afirmam já ter sido interpelados sobre parar de beber.

Tabela 5: Distribuição do Perfil do consumo de bebidas alcoólicas (em %) segundo faixas de Renda familiar no Município de Jequié-BA, 2010.

Variável	Renda familiar (salários)		p ^a
	≤ 5 n =245	6 ou mais n =20	
Frequência de consumo			< 0,001
Nunca	58,4	35,0	
Mensalmente ou menos	18,4	10,0	
2 a 4 vezes / mês	21,2	30,0	
2 a 3 vezes / semana	1,2	25,0	
4 ou mais vezes /semana	0,8	-	
Número de doses em dia típico			0,768
0-1	65,3	60,0	
2-3	12,7	15,0	
4-5	9,8	10,0	
6-7	4,1	10,0	
8 ou mais	8,2	5,0	
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião			0,407
Nunca	73,9	60,0	
Menos que mensalmente	13,1	20,0	
Pelo menos 1 vez ao mês	13,1	20,0	
Frequência de beber sem conseguir parar			0,813
Nunca	94,7	95,0	
Menos que mensalmente	3,7	5,0	
Pelo menos 1 vez ao mês	1,6	-	
Deixou de fazer o esperado devido à bebida			0,148
Nunca	96,3	90,0	
Menos que mensalmente	2,4	10,0	
Pelo menos 1 vez ao mês	1,2	-	
Necessidade de bebida pela manhã			0,523
Nunca	93,9	100	
Menos que mensalmente	4,1	-	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,0	-	
Sentiu-se culpado depois de beber			0,865
Nunca	86,9	85,0	
Menos que mensalmente	10,2	10,0	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,9	5,0	
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida			0,182
Nunca	92,7	85,0	
Menos que mensalmente	5,3	15,0	
Pelo menos 1 vez ao mês	2,0	-	
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido			0,394
Não	86,1	80,0	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	10,2	10,0	
Sim, nos últimos 12 meses	3,7	10,0	
Alguém sugeriu que parasse de beber			0,478
Não	73,1	80,0	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	14,7	5,0	
Sim, nos últimos 12 meses	12,2	15,0	

^a Valor de p referente ao teste X²

Tabela 6: Distribuição do Perfil de consumo de bebidas alcoólicas (em %) segundo o escore obtido no AUDIT no Município de Jequié-BA, 2010.

Variável	Padrão de consumo		p ^a
	AUDIT < 8 n =220	AUDIT ≥ 8 n =50	
Frequência de consumo			< 0,001
Nunca	69,1	2,0	
Mensalmente ou menos	19,1	12,0	
2 a 4 vezes / mês	10,5	72,0	
2 a 3 vezes / semana	1,4	10,0	
4 ou mais vezes /semana	-	4,0	
Número de doses em dia típico			< 0,001
0-1	79,1	2,0	
2-3	13,6	12,0	
4-5	5,5	28,0	
6-7	0,5	22,0	
8 ou mais	1,4	36,0	
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião			< 0,001
Nunca	88,2	8,0	
Menos que mensalmente	10,0	28,0	
Mensalmente	1,4	26,0	
Semanalmente	0,5	36,0	
Todos ou quase todos os dias	-	2,0	
Frequência de beber sem conseguir parar			< 0,001
Nunca	99,1	76,0	
Menos que mensalmente	0,9	16,0	
Mensalmente	-	4,0	
Semanalmente	-	2,0	
Todos ou quase todos os dias	-	2,0	
Deixou de fazer o esperado devido à bebida			< 0,001
Nunca	99,1	82,0	
Menos que mensalmente	0,9	12,0	
Mensalmente	-	2,0	
Semanalmente	-	4,0	
Todos ou quase todos os dias	-	-	
Necessidade de bebida pela manhã			< 0,001
Nunca	98,6	76,0	
Menos que mensalmente	1,4	14,0	
Mensalmente	-	6,0	
Semanalmente	-	2,0	
Todos ou quase todos os dias	-	2,0	
Sentiu-se culpado depois de beber			< 0,001
Nunca	95,5	50,0	
Menos que mensalmente	4,5	34,0	
Mensalmente	-	8,0	
Semanalmente	-	4,0	
Todos ou quase todos os dias	-	4,0	
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida			< 0,001
Nunca	98,6	64,0	
Menos que mensalmente	0,9	28,0	
Mensalmente	0,5	6,0	
Semanalmente	-	2,0	
Todos ou quase todos os dias	-	-	
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido			< 0,001
Não	92,3	58,0	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	7,3	22,0	
Sim, nos últimos 12 meses	0,5	20,0	
Alguém sugeriu que parasse de beber			< 0,001
Não	83,6	30,0	
Sim, mas não nos últimos 12 meses	13,2	16,0	
Sim, nos últimos 12 meses	3,2	54,0	

^a Valor de p referente ao teste X²

5.3 Prevalências e fatores de risco

A prevalência de consumo de risco de álcool, estabelecida pela pontuação maior ou igual a oito no escore do AUDIT, encontrada na amostra foi de 18,5%. A análise bruta do *Odds Ratio* (OR) entre o consumo de risco de bebida alcoólica, escore ≥ 8 para o AUDIT, e as variáveis independentes, pode ser observada na tabela 7. A regressão logística simples revelou que para a variável faixa etária, a maior prevalência de consumo de risco está entre jovens, 22,7% para a faixa etária de 14 a 29 anos, apresentando OR = 5,28 quando comparado com o grupo de referência (≥ 60 anos). Para o grupo de adultos (30 a 59 anos), a prevalência de 19,3% de pessoas apresentando escore compatível com consumo de risco é maior do que a prevalência do grupo dos idosos, o que resulta num OR = 4,29. Para esta variável houve significância estatística nos dois grupos de comparação.

Para a variável gênero, a associação mostrou-se muito forte ($p < 0,001$), certificando que a maior prevalência de consumo de risco de álcool no gênero masculino (34,9%), quando comparada com a prevalência de 7,9% encontrada no gênero feminino, resulta num OR = 6,23 (Tabela 7).

Com relação à ocupação e consumo de risco, pode-se ver na tabela 7 que, embora não tenha havido significância estatística para associação com nenhum grupo, as diferenças de prevalências entre os grupos resultaram numa amplitude relativamente grande nos valores de OR entre eles: tomando como referência as pessoas que se encontravam trabalhando na época da pesquisa, o OR varia de 1,49 a 0,19 para os que estavam desempregados e para os aposentados respectivamente.

Para a variável cor da pele, a tabela 7 revela que, embora não tenha havido associação estatisticamente significativa, quando comparados com as pessoas que referiram cor da pele como branca, as pessoas que se declararam pardas apresentaram maior prevalência de consumo de risco, resultando num OR = 1,54, ao passo que as pessoas que declararam cor da pele como preta, tiveram menor prevalência, o que deu um valor de OR = 0,87.

A análise entre consumo de risco e a crença religiosa declarada, demonstrada na tabela 7, evidencia, com significância estatística ($p = 0,002$) que quando comparados com os católicos, os evangélicos apresentaram um índice muito baixo,

o que resultou num OR = 0,04. Com relação às pessoas que declaram não possuir crença religiosa, a prevalência de 35% revelou um OR = 1,77 quando comparado ao grupo de referência.

Ainda observando a tabela 7, para a variável renda familiar não houve associação significativa, embora o grupo de maior renda (seis ou mais salários mínimos) tenha apresentado OR = 1,48 quando comparado com o grupo de referência (renda ≤ 5 salários mínimos).

As diferenças de prevalência de consumo de risco entre os grupos com mais anos de estudo e com menos anos de estudo foram irrelevantes: 18,2% para o grupo com até oito anos de escolaridade, e 18,9% para o grupo com nove ou mais anos de estudo (Tabela 7).

Tabela 7: Descrição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e tabagismo, prevalência de consumo alcoólico de risco (AUDIT ≥ 8) e análise bruta (regressão simples) entre o consumo de risco e os preditores - Jequié-BA, 2010.

Variável	n	Prevalência (%)	IC (95%)	Odds ratio	IC (95%)	p
Faixa etária (anos)						
14-29	97	22,7	17,7 a 27,7	5,28	1,18 a 23,69	0,030
30-59	135	19,3	14,6 a 24,0	4,29	0,97 a 18,99	0,055
≥ 60	38	5,3	2,6 a 8,0	1		
Gênero						
Masculino	106	34,9	29,2 a 40,6	6,23	3,11 a 12,46	<0,001
Feminino	164	7,9	4,7 a 11,1	1		
Ocupação						
Desempregado	7	28,6	23,2 a 34,0	1,49	0,28 a 7,99	0,645
Dona de casa	38	13,2	9,2 a 17,2	0,56	0,21 a 1,55	0,266
Estudante	39	17,9	13,3 a 22,5	0,81	0,33 a 2,00	0,651
Aposentado	21	4,8	2,2 a 7,4	0,19	0,02 a 1,43	0,106
Trabalhando	164	21,3	16,4 a 26,2	1		
Cor da pele						
Preta	53	13,2	9,2 a 17,2	0,87	0,28 a 2,69	0,808
Parda	170	21,2	16,3 a 26,1	1,54	0,64 a 3,71	0,342
Branca	47	14,9	10,7 a 19,1	1		
Crença religiosa						
Nenhuma	40	35,0	29,3 a 40,7	1,77	0,83 a 3,75	0,137
Católica	150	23,3	18,3 a 28,3	1		
Espírita	2	-	-	-	-	
Evangélica	78	1,3	0 a 2,7	0,04	0,01 a 0,32	0,002
Renda Familiar						
≤ 5 salários mínimos	245	18,4	13,7 a 23,1	1		
6 ou mais salários mínimos	20	25,0	19,8 a 30,2	1,48	0,51 a 4,29	0,468
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	148	18,2	13,6 a 22,8	1		
9 ou mais anos de estudo	122	18,9	14,2 a 23,6	1,04	0,56 a 1,93	0,898
Estado Civil						
Vivendo sem companheiro	129	20,2	15,3 a 25,1	1,21	0,65 a 2,25	0,553
Vivendo com companheiro	133	17,3	12,7 a 21,9	1		
Tabagismo						
Sim	30	36,7	31,0 a 42,4	2,97	1,31 a 6,73	0,009
Não	240	16,3	11,9 a 20,7	1		

Para a variável estado civil, as classes estão agrupadas. Desta forma, o grupo “vivendo sem companheiro” compreende os solteiros, viúvos e divorciados, ao passo que o grupo “vivendo com companheiro” engloba os casados e as pessoas em união estável. A tabela 7 evidencia que, embora não tenha havido significância estatística, o grupo de pessoas que vivem sem companheiro apresentou prevalência de 20,2% de consumo de risco, ao passo que o grupo de referência (pessoas vivendo com companheiros) apresentou prevalência de 17,3%.

Com relação ao tabagismo, a tabela 7 evidencia a existência de associação deste hábito com o consumo de risco de álcool. Quando comparados aos não tabagistas, o grupo de fumantes apresentou OR = 2,97, com associação significativa ($p = 0,009$).

A tabela 8 mostra a análise ajustada, através de regressão múltipla, entre o consumo de risco ($AUDIT \geq 8$) e as variáveis que apresentaram significância durante a regressão simples.

Para a variável faixa etária, observa-se associação estatisticamente significativa para a faixa etária jovem ($p = 0,036$) com o consumo de risco, resultando em OR ajustado igual a 5,41, quando comparado com a faixa etária dos idosos. Para a faixa etária dos adultos, observa-se associação com o consumo de risco ($p = 0,087$), apresentando OR ajustado igual a 3,9, quando comparado ao grupo de referência (Tabela 8).

No caso da variável gênero, pode-se perceber na tabela 8 que a forte associação ($p < 0,001$) do consumo de risco com o gênero masculino se manteve após o ajuste para as demais variáveis. Neste caso o OR ajustado comparado com o feminino foi 5,56.

No que se refere à variável crença religiosa, a tabela 8 mostra que para aqueles que responderam não ter religião, o OR ajustado foi de 1,18, enquanto que para os evangélicos, mesmo após o ajuste o OR se manteve igual a 0,04, demonstrando uma associação inversa entre esta crença religiosa e o consumo de risco de bebidas alcoólicas ($p = 0,002$).

Na análise ajustada (Tabela 8), a variável tabagismo perdeu a significância e o OR diminuiu (1,68) quando comparado com a análise bruta.

Tabela 8: Análise ajustada (regressão múltipla) entre o consumo de risco (AUDIT ≥ 8) e os preditores – Jequié-BA, 2010.

Variável	N	Prevalência (%)	IC (95%)	Odds ratio	IC (95%)	p
Faixa etária (anos)						
14-29	97	22,7	17,7 a 27,7	5,41	1,11 a 26,30	0,036
30-59	135	19,3	14,6 a 24,0	3,90	0,82 a 18,45	0,087
≥ 60	38	5,3	2,6 a 8,0	1		
Gênero						
Masculino	106	34,9	29,2 a 40,6	5,56	2,66 a 11,60	< 0,001
Feminino	164	7,9	4,7 a 11,1	1		
Crença religiosa						
Nenhuma	40	35,0	29,3 a 40,7	1,18	0,52 a 2,70	0,691
Católica	150	23,3	18,3 a 28,3	1		
Espírita	2	-	-	-	-	
Evangélica	78	1,3	0 a 2,7	0,04	0,01 a 0,31	0,002
Tabagismo						
Sim	30	36,7	31,0 a 42,4	1,68	0,66 a 4,24	0,274
Não	240	16,3	11,9 a 20,7	1		

A prevalência da dependência de álcool encontrada na amostra foi de 10,4%. Outros detalhes podem ser vistos na tabela 9, que analisa as prevalências de dependência de álcool segundo as variáveis independentes do estudo, tomando como referência pontuação igual ou superior a dois no questionário CAGE para definição de caso positivo para dependência alcoólica, indicando o *Odds Ratio* (OR) bruto para cada associação.

Para a variável faixa etária, embora não tenha havido significância estatística, pode-se observar que a faixa etária jovem apresenta a maior prevalência de dependentes, com 12,4%. Entre os adultos, 9,6% foram classificados como dependentes. Estas prevalências não produziram diferenças relevantes de OR quando comparadas com os idosos.

Pode-se observar ainda que entre os homens a prevalência foi de 17%, enquanto que entre as mulheres foi de 6,1% (Tabela 9). Isto resultou num OR = 3,15 para o gênero masculino quando comparado com o feminino, mostrando uma associação significativa ($p = 0,006$) entre dependência alcoólica e o gênero masculino.

Com relação à ocupação, não foram encontrados dependentes entre os aposentados, e as prevalências de dependentes distribuíram-se de forma razoavelmente parecida entre as outras classes de ocupação, de modo que não houve oscilações consideráveis de OR entre os grupos.

No que concerne à cor da pele referida, embora não tenha havido significância estatística, pode-se perceber maior prevalência de dependentes

(12,9%) entre as pessoas que se declararam de cor parda, quando comparado aos que declararam cor da pele preta (5,7%) e aos que referiram pele branca (6,4%). Isso resultou em OR = 2,18 para os de pele parda e OR = 0,88 para os de pele preta, ambos comparados aos de pele branca (Tabela 9).

No que se refere à variável crença religiosa, pode-se perceber, na tabela 9, que foi encontrada maior prevalência de dependência entre as pessoas que declararam não possuir religião (20%), seguida dos católicos (12%) e dos evangélicos (2,6%). Não foram encontrados dependentes entre os espíritas. Na comparação com os católicos, o OR dos que não tinham religião foi igual a 1,83. Para os evangélicos, comparado ao grupo de referência, observou-se OR = 0,19. Esta associação inversa entre dependência e pertencer à crença evangélica mostrou significância estatística ($p = 0,03$).

O teste de associação entre a dependência alcoólica e a renda familiar não demonstrou diferenças relevantes entre as classes (tabela 9).

Com relação à escolaridade, conforme pode ser observado na tabela 9, foi encontrada associação ($p = 0,067$) entre possuir escolaridade menor ou igual a oito anos de estudo e ser dependente de bebidas alcoólicas. A prevalência de dependência neste grupo foi de 13,5%, ao passo que no grupo com nove ou mais anos de estudo a prevalência foi de 6,6%. Tomando o grupo de menor escolaridade como referência, o OR do grupo de maior escolaridade foi igual a 0,45.

Ainda na tabela 9, embora não haja significância estatística, pode-se perceber que a prevalência de dependentes entre as pessoas que vivem sem companheiro (solteiros, viúvos e divorciados), é de 13,2%, contra 8,3% das pessoas vivendo com companheiro (casados ou em união estável). A comparação entre ambos resulta num OR = 1,68 para os que vivem sem companheiro.

A tabela 9 também revela forte associação ($p = 0,004$) entre tabagismo e dependência alcoólica, evidenciada pela maior prevalência de dependentes entre os tabagistas (26,7%) do que entre os não tabagistas (8,3%). A comparação entre eles resulta num OR = 3,98 para os tabagistas.

Tabela 9: Descrição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e tabagismo, prevalência de dependência de álcool (CAGE \geq 2) e análise bruta (regressão simples) entre a dependência e os preditores - Jequié-BA, 2010.

Variável	n	Prevalência (%)	IC (95%)	Odds ratio	IC (95%)	P
Faixa etária (anos)						
14-29	97	12,4	8,5 a 16,3	1,65	0,44 a 6,20	0,460
30-59	135	9,6	6,1 a 13,1	1,24	0,34 a 4,61	0,745
\geq 60	38	7,9	4,7 a 11,1	1		
Gênero						
Masculino	106	17,0	12,5 a 21,5	3,15	1,39 a 7,13	0,006
Feminino	164	6,1	3,2 a 9,0	1		
Ocupação						
Desempregado	7	14,3	10,1 a 18,5	1,45	0,17 a 12,78	0,737
Dona de casa	38	13,2	9,2 a 17,2	1,32	0,45 a 3,83	0,611
Estudante	39	12,8	8,8 a 16,8	1,28	0,44 a 3,71	0,649
Aposentado	21	-	-	-	-	-
Trabalhando	164	10,4	6,8 a 14,0	1		
Cor da pele						
Preta	53	5,7	2,9 a 8,5	0,88	0,17 a 4,59	0,879
Parda	170	12,9	8,9 a 16,9	2,18	0,62 a 7,63	0,223
Branca	47	6,4	3,5 a 9,3	1		
Crença religiosa						
Nenhuma	40	20,0	15,2 a 24,8	1,83	0,73 a 4,59	0,196
Católica	150	12,0	8,1 a 15,9	1		
Espírita	2	-	-	-	-	-
Evangélica	78	2,6	0,7 a 4,5	0,19	0,04 a 0,85	0,030
Renda Familiar						
\leq 5 salários mínimos	245	10,6	6,9 a 14,3	1		
6 ou mais salários mínimos	20	10,0	6,4 a 13,6	0,94	0,21 a 4,26	0,932
Escolaridade						
\leq 8 anos de estudo	148	13,5	9,4 a 17,6	1		
9 ou mais anos de estudo	122	6,6	3,6 a 9,6	0,45	0,19 a 1,06	0,067
Estado Civil						
Vivendo sem companheiro	129	13,2	9,1 a 17,3	1,68	0,76 a 3,75	0,202
Vivendo com companheiro	133	8,3	5,0 a 11,6	1		
Tabagismo						
Sim	30	26,7	21,4 a 32,0	3,98	1,57 a 10,09	0,004
Não	240	8,3	5,0 a 11,6	1		

Na tabela 10 podem ser observados os *Odds Ratios* ajustados por meio de regressão múltipla, entre a dependência alcoólica (CAGE \geq 2) e as variáveis que foram significantes na regressão simples.

Para a variável gênero, pode-se observar associação com o gênero masculino ($p = 0,015$), OR ajustado igual a 2,87 quando comparado com o gênero feminino.

A análise ajustada do OR para a variável crença religiosa (Tabela 10), demonstrou que, apesar de mantida a tendência de associação inversa entre a classe de pessoas de crença evangélica e a dependência alcoólica, OR ajustado igual a 0,26, a força da associação diminuiu ($p = 0,081$) quando comparado com a análise da regressão simples.

Caso similar aconteceu com a variável escolaridade. O grupo com 9 ou mais anos de estudo manteve um valor baixo de OR ajustado (0,49) comparado com o grupo de menor escolaridade, embora tenha diminuído a significância da associação ($p = 0,122$) quando comparado com a análise da regressão simples.

Para o tabagismo, houve discreta redução do OR durante a análise ajustada (2,58), além do $p = 0,057$, que põe a associação no limite da significância.

Tabela 10: Análise ajustada (regressão múltipla) entre a dependência de álcool (CAGE ≥ 2) e os preditores - Jequié-BA, 2010.

Variável	n	Prevalência (%)	IC (95%)	Odds ratio	IC (95%)	p
Gênero						
Masculino	106	17,0	12,5 a 21,5	2,87	1,22 a 6,71	0,015
Feminino	164	6,1	3,2 a 9,0	1		
Crença religiosa						
Nenhuma	40	20,0	15,2 a 24,8	1,51	0,58 a 3,92	0,398
Católica	150	12,0	8,1 a 15,9	1		
Espírita	2	-	-	-	-	
Evangélica	78	2,6	0,7 a 4,5	0,26	0,06 a 1,18	0,081
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	148	13,5	9,4 a 17,6	1		
9 ou mais anos de estudo	122	6,6	3,6 a 9,6	0,49	0,20 a 1,21	0,122
Tabagismo						
Sim	30	26,7	21,4 a 32,0	2,58	0,97 a 6,84	0,057
Não	240	8,3	5,0 a 11,6	1		

6 DISCUSSÃO

A identificação do perfil de consumo de bebidas alcoólicas pode ser bastante útil para o entendimento da distribuição de vários aspectos ligados a este hábito. Uma melhor compreensão sobre as características sociodemográficas, ligadas a grupos com maior exposição a fatores e comportamentos de risco, contribui para a elaboração de políticas e programas de saúde mais eficazes e equânimes.

No presente estudo, a prevalência de pessoas que declararam consumir bebidas alcoólicas com alguma frequência no último ano foi de 43,3%. Esse valor apresenta-se levemente inferior ao encontrado em levantamento nacional realizado em 2005 em 108 grandes cidades brasileiras, no qual foi identificado que 49,8% da população fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses (CARLINI et al., 2007).

Quanto à existência de doenças, a metodologia adotada, de autodeclaração, está sujeita a diversos vieses, que acabaram prejudicando a possibilidade da análise de associação com o consumo de bebidas alcoólicas. Desta forma, é provável que este relato sobre a existência de doenças esteja influenciado pela idade, pela acessibilidade ao sistema de saúde e pela memória, entre outros.

Entre as pessoas que bebem, foi apurado neste estudo, o tipo de bebida consumida. É apresentado um rol de tipos de bebidas que se sobrepõem. Os resultados apontam para uma similaridade no que se refere à preferência nacional pela cerveja, seguida do vinho e outras bebidas destiladas. Tal qual é apontado pelo I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, 61% dos adultos relataram consumir cerveja, seguidos de 25% que relataram consumir vinho, 12% destiladas e 2% bebidas tipo *ice*. Entre os adolescentes, o mesmo estudo apurou que 52% consomem cerveja, 35% consomem vinho, 7% consomem bebidas destiladas, e 6% consomem bebidas do tipo “*ice*” (LARANJEIRA et al., 2007).

O achado da classificação dos indivíduos segundo Zonas de risco indica que mais de 80% das pessoas podem ser caracterizadas como abstinentes ou em baixo risco. Este resultado é bastante similar aos achados de Ronzani (2008), em estudo com dois municípios mineiros, no qual encontrou 82,2% classificados na Zona I, 12,2% na Zona II, 1,8% na Zona III e 3,7% na Zona IV.

Os resultados apontam para maior parcela da população, 56,7% que declara não consumir bebidas alcoólicas. Índice elevado de abstinência constitui-se em um bom indicador de saúde. No entanto, essa situação não pode ser descuidada e a vigilância constante deste fator deve ser objeto de ação perene de políticas intersetoriais e de saúde (LARANJEIRA et al., 2007). No Brasil, a publicidade de bebidas alcoólicas se destaca pela sua qualidade e criatividade. Assim, o *marketing* mercadológico é direcionado a essa população-alvo, vista como importante nicho de mercado pela indústria de bebidas alcoólicas (GALDURÓZ et al., 2010; PINSKY et al., 2010).

No que se refere ao número de doses em dia típico, 21,8% dos entrevistados referiram consumir quatro ou mais doses. Este resultado corrobora com estudo realizado em Campinas por Barros et al. (2008), no qual 21,2% das pessoas referiram consumir mais de 3 doses tipicamente ao beber. Em estudo realizado no sul do Brasil por Bortoluzzi et al. (2010), observou-se que 14,9% dos sujeitos pesquisados consumiram 4 ou mais doses numa única ocasião. Por outro lado, em outro estudo que levava em consideração apenas os bebedores, Laranjeira et al. (2009) encontraram prevalências superiores de elevado consumo em dia típico. Neste caso, 29% consumiam usualmente cinco ou mais doses.

Importante também analisar a frequência com que o elevado consumo acontece. Os resultados demonstram que 13,3% das pessoas referiram que, pelo menos uma vez ao mês, consomem 6 ou mais doses em uma ocasião. Quantitativo superior ao encontrado em Campinas por Barros et al. (2008), em que 9,6% da amostra referiram consumir seis ou mais doses em uma ocasião pelo menos uma vez ao mês.

O padrão de consumo de 4 ou mais doses em uma ocasião é internacionalmente denominado *Binge Drinking* (BURAZERI; KARK, 2010), equivalente no Brasil a beber pesado episódico. É especialmente relevante identificar o *Binge Drinking* na população, uma vez que está fartamente documentado que este comportamento está intimamente relacionado com diversos problemas de saúde e com casos de violência (BREWER; SWAHN, 2005; ZALESKI, 2009).

A detecção deste tipo de nuance nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas de uma população deve servir de alerta para as diversas consequências

sociais, decorrentes do consumo elevado episódico do álcool. No que se refere a prejuízos por conta de bebida, em Rio Grande-RS, 2,4% afirmaram ter sido causadores no último ano, ao passo que 5,4% responderam que já causaram, mas não no último ano. (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003). Estas proporções foram mais elevadas em Jequié-BA, encontrando-se, respectivamente, 4,1% e 10%.

Comumente, os prejuízos causados pelo elevado consumo de bebidas alcoólicas estão associados aos índices de acidentes de trânsito, brigas, violência contra a mulher, absenteísmo, acidentes de trabalho e até mesmo homicídios (ZALESKI et al., 2010). Essa situação pode ser um indicativo de que as políticas para redução da violência, grave problema social contemporâneo, devem perpassar pelo incentivo à diminuição do consumo de álcool.

Um indicativo importante dos problemas causados pelo consumo de bebidas alcoólicas corresponde à proporção de pessoas que admitem já ter sido aconselhadas por um amigo, parente e ou profissional de saúde a parar de beber. Essa situação demonstra que o consumo de álcool, rotineiro ou episódico, tem despertado preocupação de outrem sobre esse hábito. Mesmo que o usuário não perceba, o consumo de bebidas alcoólicas tem suscitado inquietação sobre os possíveis danos a si ou a terceiros, provenientes desse costume.

Os resultados do estudo demonstraram que 26,3% da amostra já foram aconselhados a parar de beber, sendo que 12,6% admitiram ter sido aconselhados nos últimos 12 meses. Se forem consideradas as pessoas que apresentaram escore < 8 para o AUDIT, percebe-se que 16,4% relatam que algum amigo, parente ou profissional de saúde já sugeriu que parassem de beber. Isto mostra que, apesar destes indivíduos terem sido classificados como consumidores de baixo risco, as pessoas à sua volta conseguem perceber sinais de uso nocivo ou prejudicial de bebida alcoólica.

Essas proporções são consideravelmente mais elevadas quando comparadas às encontradas em outros estudos que também utilizaram o AUDIT. Barros et al. (2008) encontraram 6,3% de pessoas que, alguma vez na vida, foram abordados com sugestões para que parassem de beber. Em Rio Grande-RS, no estudo de Mendoza-Sassi e Béria (2003), esse percentual foi de 16%. Destaque-se que 8,1% relataram que foram aconselhados nos últimos 12 meses.

A ingestão de álcool e o seu consumo de alto risco mantêm forte associação com as relações de gênero. Estudos epidemiológicos demonstram que os homens, quando comparados com as mulheres, consomem bebidas alcoólicas em maior frequência, em quantidades mais elevadas e tem se envolvido em episódios de violência ou conduta socialmente reprovada por conta do consumo de álcool. A Mortalidade precoce, em decorrência da violência urbana ou dos acidentes de trânsito, e sua associação com o consumo de bebidas alcoólicas é um problema que atinge os homens em proporção, consideravelmente, mais elevada (LARANJEIRA et al., 2007; PINSKY et al., 2010).

Os resultados encontrados nessa pesquisa corroboram com os achados da literatura de maior prevalência de consumo de álcool entre os homens. No entanto, embora menor do que entre os homens, a prevalência de mulheres que consomem álcool com alguma frequência é consideravelmente elevada. Essa situação de elevado consumo de álcool entre as mulheres foi também encontrada em outros estudos (BARROS et al., 2008; BORTOLUZZI et al., 2010) e apresenta crescente tendência no Brasil (GALDURÓZ; CARLINI, 2007).

O crescente consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres pode estar associado ao aumento da independência feminina, maior participação no mercado de trabalho e, conseqüente, ampliação da renda própria. A condição de independência moral e financeira tende a induzir o desenvolvimento de hábitos, antes predominante entre os homens, como frequentar bares com amigas para o consumo bebidas alcoólicas (KERR-CORRÊA et al., 2008).

Outro contexto importante é a distribuição e o perfil do consumo entre as faixas etárias. Os achados concordantes entre este estudo e diversos estudos epidemiológicos no Brasil, mostram que os padrões de risco para o consumo de bebidas alcoólicas são mais frequentes nas faixas etárias dos jovens (CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009). Em Jequié-BA, na faixa etária jovem, mais da metade das pessoas relatam consumir bebidas alcoólicas, e o padrão de beber em *Binge* é maior quando comparado aos outros dois grupos etários.

O Hábito de beber em *Binge* entre os mais jovens pode estar associado às descobertas e prazeres da adolescência, a sensação de independência e amadurecimento que o consumo de álcool pode trazer. É comum, adolescentes e

adultos jovens saírem, em grupo, para episódios de bebedeiras e não rara é a competição entre eles de quem consegue beber em maior quantidade. (PINSKY; PAVARINO FILHO, 2007; PINSKY et al., 2010)

Este padrão de consumo elevado de bebidas alcoólicas entre os jovens tem sido, também, atribuído ao forte apelo do *marketing* da indústria de bebidas e do pequeno poder de regulação do estado brasileiro (VENDRAME et al., 2009). Barbor et al. (2010) têm chamado a atenção de que o álcool não é uma mercadoria comum, portanto, deve ser alvo de políticas públicas especialmente planejadas, que levem em consideração todos os seus efeitos negativos individuais e sociais, bem como considerando as evidências de custo efetividade para a sua aplicação.

Dentre os itens que compõem o perfil de consumo, neste estudo, apenas a frequência do consumo apresentou significância com os níveis de renda e escolaridade. O grupo de maior escolaridade e maior renda demonstrou consumo de bebidas alcoólicas de maneira mais frequente.

As variáveis socioeconômicas, a exemplo de escolaridade e renda, tem se apresentado em associação controversa com o uso e abuso de álcool. A prevalência de uso e abuso de álcool apresenta-se em alguns estudos associados aos segmentos de maior escolaridade (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; BORTOLUZZI, et al., 2010; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009), enquanto em outros, à menor escolaridade (BARROS et al., 2007; COSTA et al., 2004). No que se refere à renda, também há discrepância, sendo encontrada tanto associação positiva entre consumo de álcool e renda mais elevada (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; BARROS et al., 2008), como também associação inversa entre essas variáveis (COSTA et al., 2004).

Vargas, Oliveira e Araújo (2009), ao refletirem sobre essa situação, afirmam que a maioria dos estudos encontrou um consumo mais frequente entre os segmentos de maior nível socioeconômico. No entanto é, nos segmentos mais pauperizados, que o consumo abusivo e de alto risco se faz presente em maior proporção. É provável que outros fatores culturais e religiosos se conjuguem com as variáveis escolaridade e renda, influenciando de forma complexa o perfil de consumo de bebidas alcoólicas na população. A análise da influência da escolaridade e da renda sobre comportamentos é deveras complicada, sobretudo

em países em desenvolvimento, vez que incrementos individuais de anos de escolaridade têm um efeito restrito no aumento da renda.

No que se refere ao padrão de consumo, em Jequié 18,5% da amostra enquadra-se no padrão de risco elevado, pontuação maior ou igual a 8 no AUDIT. Esse resultado é maior do que os encontrados em Campinas (BARROS et al., 2008), 8,4%, e Pelotas (COSTA et al., 2004), 14,3%. Por outro lado, apresenta-se menor do que os resultados de Bebedouro (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009), 21,6 %. Interessante notar que o consumo de maior risco apresenta-se mais elevado em cidades de menor porte, a exemplo de Jequié-BA e Bebedouro-SP.

Essa situação pode ser um indicativo de que o consumo de álcool apresenta características de maior risco nas cidades de menor porte. Este fato pode estar relacionado às dificuldades das cidades menores em desenvolver políticas públicas de cultura, bem como da escassez de equipamentos públicos de lazer e esporte. Como opção de divertimento, as populações desses municípios se inclinariam ao consumo mais elevado de bebidas alcoólicas.

Destaca-se que na amostra pesquisada, no grupo de menor risco (AUDIT < 8), foram encontrados indícios de padrões de *binge drinking* em parcela significativa das pessoas. Estudos têm indicado que o beber pesado episódico está associado a mais e maiores problemas físicos, sociais e mentais do que padrões de consumo que se aproximam da dependência (BARBOR et al., 2010; LARANJEIRA et al., 2007).

A investigação epidemiológica do perfil de consumo de bebidas alcoólicas, na população maior de 14 anos da zona urbana de Jequié-BA, revelou valores que podem ser comparados a outros cenários distintos. Entretanto, todas elas devem ser relativizadas por conta de diferenças metodológicas, objetivos e, principalmente, pelas características socioculturais diferenciadas das populações em questão. Fatores socioeconômicos e traços culturais acabam por influenciar sobremaneira questões de hábito, tal qual é o consumo de bebidas alcoólicas.

Com relação às prevalências de consumo de risco de bebidas alcoólicas e dependência de álcool, as comparações com outros estudos precisam ser relativizadas, entre outros aspectos, no que se refere ao critério adotado para definir caso positivo para dependência. Muitos estudos utilizam os critérios do DSM-IV (GRANT et al., 2007), outros consideram a prevalência de possível dependência ou

abuso de álcool em todos os casos que se obtém pontuação maior ou igual a oito no AUDIT (BARROS et al., 2007), e ainda os que adotam o critério de duas ou mais respostas afirmativas para o CAGE (PRIMO; STEIN, 2004).

Para definir dependência de álcool, o presente estudo adotou o ponto de corte 2 obtido no CAGE. Considerou também o ponto de corte 8 no escore obtido no AUDIT, para definir “Consumo de risco de álcool”.

Considerando a prevalência de consumo de risco de álcool encontrada em Jequié (18,5%), estima-se que 18.489 indivíduos maiores de 14 anos, vivendo na zona urbana do município, apresentem este padrão de consumo.

No Brasil, a prevalência da dependência de álcool em adultos foi de 9% (LARANJEIRA et al., 2009) e de 12,3%, na população a partir de 12 anos (CARLINI et al., 2007), em Jequié-BA, o valor obtido foi 10,4%, o que permite estimar que existam 10.393 pessoas maiores de 14 anos dependentes de álcool na população urbana de Jequié.

No município pesquisado, foi identificado que os jovens apresentam maior chance de consumo de risco (OR = 5,28) e dependência (OR = 1,65) quando comparados aos demais grupos etários. Percebe-se que os jovens apresentam maior associação ao consumo de risco de bebidas alcoólicas do que à dependência. Tal fato é justificável do ponto de vista de que a dependência de álcool se estabelece ao longo da vida (GIGLIOTTI; BESSA, 2004), enquanto que o consumo de risco pode ser detectado tão logo se estabeleça.

A associação entre consumo de risco e faixa etária se manteve após análise ajustada pelas demais variáveis significantes. Desta forma, é possível afirmar que os jovens, independente das outras variáveis, apresentam cinco vezes mais chance de consumo de risco de bebidas alcoólicas do que os idosos. Corroboram com este estudo os dados obtidos em Campinas (BARROS et al., 2007) e Rio Grande-RS (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003), ao passo que em dois estudos da Região Sul do Brasil (COSTA et al., 2004; PRIMO; STEIN, 2004) e Salvador-BA (ALMEIDA-FILHO et al., 2004), apresentaram maior chance de consumo de risco entre as faixas etárias de maior idade.

A despeito destas diferenças encontradas, o cenário da pesquisa mundial aponta para o entendimento do consumo de bebidas alcoólicas em grupos etários jovens, sobretudo adolescentes, como um grave problema de saúde pública. A

grande importância dada ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes (ALVES et al., 2005; NOAL et al., 2010; PINSKY et al., 2010; SOUZA et al., 2010) e entre estudantes (GALDURÓZ, et al., 2010; GOMES, et al., 2010; RIOS, 2008) tem sido demonstrada pelo crescente volume de pesquisas nesta área.

Os principais fatores relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas entre jovens, que têm sido apontados, são o forte apelo do marketing (PINSKY; PAVARINO FILHO, 2007; VENDRAME et al., 2009) e a parca fiscalização da oferta e disponibilidade de bebidas alcoólicas para menores (ROMANO et al., 2007), além de fatores socioculturais (NOAL et al., 2010).

Há indícios, também, de que o contexto em que se bebe, influencia o padrão de consumo e a iniciação precoce de novos bebedores (BARBOR et al., 2010; EDWARDS, 1998). Neste sentido, o consumo de risco em maiores prevalências entre os jovens pode estar influenciado, no caso específico deste estudo, pelas escassas opções de lazer que não tenham apelo ao consumo de bebidas alcoólicas. O município de Jequié-BA é de médio porte, não possui cinema nem parque urbano. Há carência de áreas públicas com finalidade recreativa e a oferta de atrações teatrais é relativamente pequena.

Estudos têm alertado para as implicações futuras nas pessoas que começam precocemente a experimentação de bebidas alcoólicas. Os prejuízos vão desde os clássicos problemas orgânicos relacionados ao consumo (MATTHEWS, 2010) até problemas relacionados à violência (SILVA et al., 2009), passando pela influência que a experimentação precoce exerce sobre o próprio padrão de consumo futuro (VIEIRA et al., 2007).

Por outro lado, apesar de ter sido encontradas menores associações para ambos os desfechos com a faixa etária dos idosos, é importante monitorar os padrões de consumo entre as faixas etárias num seguimento de tempo. Na Finlândia, Ilomäki et al. (2010) seguiram uma coorte durante 11 anos e encontraram incrementos nos riscos potenciais de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as faixas etárias a partir de 42 anos.

As associações entre consumo de risco e dependência de álcool com a variável gênero mostraram significância estatística e se mantiveram mesmo após ajustadas, com razões de chance brutas de 6,23 e 3,15 enquanto as ajustadas foram de 5,56 e 2,87 para o gênero masculino. Este padrão de associação com o

gênero masculino é repetido em diversos estudos (CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007).

Em Jequié-BA, a prevalência da dependência de álcool no gênero feminino foi 6,1%. Em estudos nacionais sobre uso de drogas psicotrópicas (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2007) a análise comparada revela que, para o gênero feminino houve aumento na prevalência da dependência entre os anos de 2001 e 2005, de 5,7% para 6,9%. No mesmo período houve ainda um aumento na proporção de uso de álcool na vida, passando de 60,6% para 68,3% no gênero feminino (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2007).

A argumentação plausível para esta tendência de aumento da prevalência da dependência de álcool e consumo de bebidas alcoólicas no gênero feminino, é a de que, à medida que os papéis das mulheres se tornam semelhantes aos dos homens, o seu padrão de consumo de álcool tende a modificar-se (KERR-CORRÊA et al., 2008).

Mesmo que as prevalências no gênero masculino sejam mais altas, é preocupante a tendência de redução das diferenças. As mulheres são mais susceptíveis aos prejuízos do consumo de bebidas alcoólicas do que os homens (WILSNACK et al., 2000), tanto para fatores biológicos (CEYLAN-ISIK et al., 2010), quanto para a vulnerabilidade à violência associada ao consumo de bebidas alcoólicas (WONG et al., 2010; ZALESKI et al., 2010). E neste último caso, a vulnerabilidade da mulher à violência é maior, mesmo que ela não beba. Estudos revelam que os casos de violência entre parceiros íntimos estão até quatro vezes mais associados a relatos de homens alcoolizados quando comparados aos relatos sobre mulheres alcoolizadas (ZALESKI et al., 2010).

Além disso, analisando os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, Carlini et al. (2007) apontam que no Brasil, para cada 6 pessoas que fazem uso de álcool, uma se torna dependente. Entre os homens a proporção é de 4:1 e entre as mulheres é aproximadamente 10:1.

No que se refere à ocupação das pessoas pesquisadas e sua relação com o consumo de risco de bebidas alcoólicas, bem como com a dependência de álcool, embora outros estudos tenham evidenciado maior prevalência de dependência entre as pessoas que estavam trabalhando (BARROS et al., 2007; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009), os dados desta pesquisa não evidenciaram diferenças

significativas suficientes para inferir sobre a variável. A única associação significativa encontrada foi a razão de chances de 0,19 entre o consumo de risco de bebidas alcoólicas e a classe “aposentado”, o que indicaria uma associação inversa entre estes fatores. No entanto, é provável que este valor esteja influenciado pela variável faixa etária, vez que as associações para faixa etária se mantiveram na análise ajustada, fato que não ocorreu com a variável ocupação.

Para a variável cor da pele, mesmo que a significância estatística tenha sido baixa, as maiores prevalências e razões de chance para consumo de risco e dependência de álcool deram-se na classe de respostas “parda”. Em estudo realizado em Salvador, Almeida-Filho et al. (2004) não encontraram diferenças significantes entre os grupos étnicos e o padrão de consumo de bebidas. Em dois outros estudos no Rio Grande do Sul (COSTA et al., 2004; PRIMO; STEIN, 2004), ao agruparem a variável em grupos de “brancos” e “não brancos”, os pesquisadores encontraram maiores prevalências e razões de chances para o abuso e a dependência de álcool entre os não brancos. É possível que no presente estudo, a variável tenha sido influenciada pela metodologia da autodeclaração, vez que questões sociais históricas de preconceito e discriminação levam algumas pessoas a não se reconhecerem integrantes de um grupo étnico.

Com relação à crença religiosa, as maiores prevalências de consumo de risco e dependência de álcool encontradas nos grupos de católicos e dos que não tem religião, comparadas às prevalências dos evangélicos, confirmam que a filiação religiosa, tem forte influência sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Os modelos de regressão ajustada, em ambos os desfechos, evidenciaram a manutenção da associação inversa com a classe “evangélicos”. As razões de chance evidenciadas também apontam que, comparados aos católicos, os que não tinham religião tiveram pouco mais de 50% de “risco” adicional de serem dependentes de álcool e 18% para consumo de risco de bebidas alcoólicas. Já os evangélicos, ao serem comparados com os católicos, apresentaram 96% de “proteção” para consumo de risco e 74% de “proteção” para a dependência.

Em estudo nacional, Nagib (2009) encontrou que não frequentar religião implica chance em torno de duas vezes maior de consumo de bebidas alcoólicas, beber em *Binge*, abuso ou dependência, comparado com aqueles que frequentam pelo menos uma vez por semana. Observou também, que o grupo que diz não ter

religião, apresentou 2,4 vezes mais chance de abuso de álcool e dependência comparados com os católicos, e que evangélicos apresentam menor risco de uso de álcool e de beber em *Binge*.

Para a variável renda familiar, há controvérsias no cenário nacional. Alguns estudos encontraram associação de abuso e ou dependência de álcool com grupos de maior renda (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; BARROS et al., 2007) e outros que encontraram maior prevalência para os grupos de menor renda (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009). No presente estudo, embora tenha sido encontrada maior prevalência para consumo de risco entre as pessoas de maior renda, e maior prevalência de dependência para o grupo de menor renda, os testes estatísticos não permitem inferir sobre a influência desta variável nestes desfechos. A distribuição da amostra, predominantemente formada por indivíduos com renda familiar inferior a 5 salários mínimos, dificultou a obtenção de significância estatística suficiente para sustentar as diferenças nas razões de chances.

No caso da escolaridade, não houve diferenças de prevalência de consumo de risco entre os grupos de maior e menor escolaridade, ao passo que foi percebido que o fato de ter mais que oito anos de estudo apresentou-se como um “fator de proteção” para a associação com a dependência de álcool, quando comparado ao grupo com menor escolaridade. Mesmo após a análise ajustada, embora tenha perdido o poder de significância estatística, a tendência de menor razão de chance de dependência para o grupo com maior escolaridade, se manteve.

Ao comparar os resultados com diversos estudos no Brasil, foram observadas similaridades com o estudo realizado em Campinas-SP (BARROS et al., 2007) e em Rio Grande-RS (PRIMO; STEIN, 2004) que encontraram maiores prevalências e razões de chance para dependência e abuso de álcool entre as pessoas com menor escolaridade. No entanto, percebem-se divergências de outros estudos em que existia associação de abuso ou dependência alcoólica com maior nível de escolaridade (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; BORTOLUZZI et al., 2010; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009).

Estas diferenças, relacionadas ao papel da escolaridade influenciando o risco de dependência e o consumo de bebidas alcoólicas, indicam que este último,

embora amplamente distribuído na população brasileira, sofre múltiplas e diversas influências que se conjugam de uma forma complexa.

A escolaridade, particularmente, é uma variável influenciada por diversas outras: renda, religião, valores culturais, laços familiares, entre outros. Apesar da boa precisão dos modelos estatísticos de regressão ajustada, quase sempre os resultados não conseguem fornecer uma resposta exata sobre como a variável influencia o desfecho.

Desta forma, ganham relevância os estudos epidemiológicos locais, que conseguem agrupar uma amostra relativamente homogênea no que se refere a valores culturais.

Para a variável estado civil, embora não tenha sido encontrada significância estatística para nenhum dos dois desfechos, os dados apontam, principalmente no caso da dependência de álcool, maiores prevalências entre os que vivem sem companheiro.

Poucos estudos identificaram diferenças estatísticas para esta variável e, naqueles que o fizeram, os resultados obtidos são discrepantes. Em Salvador-BA (ALMEIDA-FILHO et al., 2004) a chance de consumo de risco foi 23% maior entre os casados do que entre solteiros; enquanto em Bebedouro-SP (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009), foi encontrada maior razão de chance de dependência entre os viúvos quando comparados com os solteiros.

Mais uma vez, os diversos dados de estudos diferentes apontam tendências distintas. Supõe-se que os solteiros façam mais uso de álcool, devido ao potencial de desinibição social que o álcool proporciona, no entanto, ao se estudar um desfecho como dependência de álcool, há que se levar em consideração o tempo de consumo durante a vida.

Presume-se que a média de idade entre os solteiros seja menor que entre os casados, desta forma, é fácil entender que boa parte dos solteiros, que fazem uso pesado episódico de álcool não sejam, ainda, dependentes e não entrem na contabilização deste desfecho. Por isso, é provável que a variável estado civil, seja influenciada por outras variáveis como faixa etária e crença religiosa.

No que se refere ao tabagismo, o presente estudo encontrou prevalência de 11,1% de fumantes, proporção muito parecida aos 10,1% encontrados em levantamento nacional (CARLINI et al., 2007). Foi possível observar que o hábito de

fumar estava associado ao consumo de risco e à dependência de álcool. Embora a significância estatística tenha diminuído durante a análise ajustada para ambos os desfechos, é possível perceber que há uma razão de chance 68% maior de associação de consumo de risco de álcool entre os tabagistas, comparados aos não tabagistas. Para a dependência de álcool, a razão de chances ajustada foi de aproximadamente duas vezes e meia maior entre os tabagistas que os não tabagistas.

A associação entre o tabagismo e consumo abusivo e/ou dependência alcoólica é uma condição clássica (LEEMAN et al., 2010), marcada pela potenciação de um hábito sobre o outro. Observa-se farta documentação desta associação nos estudos epidemiológicos (GUIMARÃES et al., 2010; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; PRIMO; STEIN, 2004; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009).

Há que se considerar algumas limitações do estudo, a exemplo das dificuldades inerentes a um inquérito domiciliar. Por se tratar de pesquisa que investiga hábitos e comportamentos relacionados à saúde, existe a possibilidade de interferência na fidedignidade das respostas obtidas.

A este respeito, é razoável afirmar que os inquéritos domiciliares contendo questões sobre o consumo de bebidas alcoólicas estão sujeitos a diversos vieses, sobretudo aqueles de memória e de resposta, que podem subestimar a frequência e o volume do consumo (EDWARDS, 1998). No que se refere à amostra, a mesma foi representativa da população em questão para o estudo do perfil de consumo e a prevalência da dependência, no entanto, mostrou-se inapropriada para a detecção de desfechos menos comuns e para teste de associação com variáveis que apresentavam muitas classes de respostas.

7 CONCLUSÃO

O estudo foi representativo da população e encontrou prevalência de dependência alcoólica de 10,4% na amostra, o que permite estimar que pouco mais de 10.000 pessoas maiores de 14 anos, vivendo na zona urbana de Jequié sejam dependentes de bebidas alcoólicas.

A dependência de álcool associou-se ao gênero masculino, à menor escolaridade e ao tabagismo. Ter filiação religiosa evangélica esteve inversamente associado a este desfecho. Apesar de encontrar maior proporção de dependentes entre os solteiros, não é possível afirmar a real influência desta variável com o desfecho em questão, além do que, não foi possível estabelecer estas associações com faixa etária, ocupação, cor da pele e renda familiar.

O estudo mostrou-se sensível às diferenças encontradas na distribuição do perfil de consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com as variáveis gênero, idade, escolaridade e renda. A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que a distribuição característica das variáveis estudadas nesta população é compatível com maior frequência e quantidade de uso de álcool entre os homens, quando comparados com as mulheres, e entre os jovens do que entre os idosos. No que tange a escolaridade e a renda observou-se uma distribuição mais complexa, na qual o consumo revelou-se mais elevado nos grupos de maior escolaridade, bem como nos de maior renda, no entanto, o relato de problemas relacionados ao consumo aparece, mais nos grupos de menor escolaridade. A ocorrência do padrão de consumo pesado episódico de álcool foi algo marcante, e deve servir de alerta para o fato de que os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas transcendem o alcoolismo.

Também foi possível estabelecer associação entre o consumo de risco de bebidas alcoólicas com a faixa etária jovem, gênero masculino, e tabagismo, ao passo que se observou associação inversa deste desfecho com possuir crença religiosa evangélica. Para as variáveis renda, escolaridade, estado civil e ocupação os dados não foram conclusivos.

A prevalência de consumo de risco de bebidas alcoólicas encontrada foi de 18,5%, o que permite estimar aproximadamente 18.500 indivíduos com este desfecho na população.

O entendimento das relações que se conjugam no perfil de consumo de bebidas alcoólicas para a determinação de problemas é multifacetado, e as variáveis que influenciam a dependência alcoólica exercem influências, umas sobre as outras, de forma muito intrincada.

As propostas de ação para o enfrentamento do uso de risco e da dependência de álcool são igualmente complexas. Espera-se que os resultados tenham ampla capacidade de influenciar e subsidiar o direcionamento de políticas públicas de promoção da saúde, com características locais específicas no sentido de prevenir agravos à saúde e controlar riscos e danos.

Neste sentido, para a população estudada são também apresentados grupos vulneráveis, ainda não considerados dependentes de bebidas alcoólicas, e que diante dos conhecimentos gerados, podem ser protegidos dos riscos aos quais estão expostos.

Indica-se a necessidade de monitoramento constante do perfil de consumo, das prevalências de consumo de risco e dependência de álcool. A realização de pesquisas de seguimento de coortes seria ideal tanto para a consolidação do conhecimento dos fatores de risco, como para melhor compreender as suas relações reais com os prejuízos atribuíveis ao álcool.

O fortalecimento da pesquisa na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pode contribuir significativamente para a produção de conhecimentos que possam melhorar as condições de vida da população. Neste sentido, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde tem o potencial de despontar como um vetor de desenvolvimento da pesquisa epidemiológica regional, e quiçá, em breve teremos *Know-How* para desenvolver estudos de seguimento.

A execução desta pesquisa foi facilitada pelo aporte financeiro institucional, que permitiu a contratação de equipe de coleta de dados e apoio logístico em veículos oficiais, dentre outras coisas. Isto ajudou a superar as dificuldades próprias dos estudos populacionais. O treinamento e a padronização dos procedimentos foram essenciais para que a adesão da população fosse satisfatória. A fidelidade à metodologia foi crucial para a representatividade da amostra e credibilidade dos dados. Resultados preliminares foram apresentados em forma de painel durante o IX Simpósio Internacional sobre Álcool e outras Drogas/I Simpósio Latino-americano da International Drug Abuse Research Society (Anexo D).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.

ALVES, M. V. Q. M. et al. Uso de Bebidas Alcoólicas entre adolescentes: Perfil de Experimentação, Uso Regular e Fatores de Risco. Feira de Santana - Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, v. 29, n. 1, p. 91-104, 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2309-2319, nov, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 6023 - Informação e documentação - Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

_____. NBR 14724 - Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação. 2. ed. Rio de Janeiro, 2005. 9p.

BARBOR, T. F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2010. 360 p.

_____. **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care**. 2. ed. Geneva: World Health Organization / Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

BARROS, M. B. D. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

_____. Perfil do Consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, out-dez, 2008.

BLAZER, D. G.; WU, L.-T. The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 166, n. 10, p. 1162-1169, 2009.

BOBAK, M. et al. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations.(Research Report). **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 58, n. 3, p. 238-242, 2004.

BORTOLUZZI, M. C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 679-685, mai, 2010.

BRASIL. **Decreto Nº 6.117, de 22 de Maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool e Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, 2007.

_____. **Lei Nº 11.705, de 19 Junho de 2008**. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília, 2008.

_____. **Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BREWER, R. D.; SWAHN, M. H. Binge Drinking and Violence. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 294, n. 5, p. 616-618, 2005.

BURAZERI, G.; KARK, J. D. Prevalence and Determinants of Binge Drinking in Middle Age in a Transitional Post-communist Country: A Population-based Study in Tirana, Albania. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 45, n. 2, p. 180-187, 2010.

BURGER, M. et al. Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 39, n. 1, p. 111-127, July, 2004.

BYE, E. K.; ROSSOW, I. The impact of drinking pattern on alcohol-related violence among adolescents: An international comparative analysis. **Drug and Alcohol Review**, Surry Hills v. 29, n. 2, p. 131-137, mar, 2010.

CAMPOS, E. A. D. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, set-out, 2004.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas / UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo / SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

_____. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país 2005**. Brasília: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas / UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo / SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 472 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epi Info™**. Versão 3.5.1, 2008.

CASTELLS, M. A.; FURLANETTO, L. M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 54-57, 2005.

CEYLAN-ISIK, A. F. et al. Sex difference in alcoholism: Who is at a greater risk for development of alcoholic complication? **Life Sciences**, Arizona, v. 87, n. 5-6, p. 133-138, 2010.

COSTA, J. S. D. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL. **Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas Sobre Álcool**. Brasília, 2005.

EDWARDS, G. et al. **A Política do álcool e o bem comum**. Tradução: Gisele Klein. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 241 p.

FIGLIE, N. B. P. et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 11, p. 589-593, 1997.

FOXCROFT, D. R. et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. **Addiction**, Edinburgh, v. 98, n. 4, p. 397-411, 2003.

GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil - 2001. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 367-375, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 267-273, 2010.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 11-13, 2004.

GOMES, B. D. M. R. et al. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 706-712, abr, 2010.

GRANT, B. F. et al. DSM-IV alcohol dependence and abuse: Further evidence of validity in the general population. **Drug and Alcohol Dependence**, Richmond, v. 86, n. 2-3, p. 154-166, 2007.

GUIMARÃES, V. V. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 314-325, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conteúdo do diretório** <ftp://geofp.ibge.gov.br/MUE2007/BA/Setor/Jequié/>. Acessado em 15/12/2009. 2009a.

_____. IBGE – Conteúdo do diretório Cidades@ - disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> acessado em 15/12/2009. 2009b.

_____. IBGE - Conteúdo do diretório Cidades@ - disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> acessado em 10/08/2010. 2010.

_____. IBGE – Normas de Apresentação Tabular 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62p.

ILOMÄKI, J. et al. Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the FinDrink study. **The European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 20, n. 2, p. 133-138, 2010.

JENKINS, K. R.; ZUCKER, R. A. The Prospective Relationship Between Binge Drinking and Physician Visits Among Older Adults. **Journal of Aging and Health**, London, v. 22, n. 8, p. 1099-1113, 2010.

KELLER, M. A Historical Overview of Alcohol and Alcoholism. **Cancer Research**, Philadelphia, v. 39, n. 7_Part_2, p. 2822-2829, 1979.

KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n.3, p. 235-242, 2008.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, set, 2009.

_____. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. In: **ANTIDROGAS**, Brasília, 2007.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 68-77, 2004.

LEEMAN, R. F. et al. Nicotine dependence severity as a cross-sectional predictor of alcohol-related problems in a sample of adolescent smokers. **Nicotine & Tobacco Research**, Oxford, v. 12, n. 5, p. 521-524, 2010.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and Construct Validity of the AUDIT in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

LIMA, J. M. B. **Alcoologia - O Alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica, 2008. 229 p.

MALTA, D. C. et al. Impacto da Legislação Restritiva do Álcool na Morbimortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre – Brasil, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 77-78, jan-mar, 2010.

MATTHEWS, D. B. Adolescence and alcohol: recent advances in understanding the impact of alcohol use during a critical developmental window. **Alcohol**, Indianapolis, v. 44, n. 1, p. 1-2, 2010.

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

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

MILLER, P. et al. Spreading out or concentrating weekly consumption: Alcohol problems and other consequences within a UK population sample. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 5, p. 461-468, 2005.

NAGIB, M. G. S. **Associação entre religiosidade e uso de álcool na população brasileira** 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2009.

NOAL, R. B. et al. Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 1937-1944, out, 2010.

O'KEEFE, J. H. et al. Alcohol and Cardiovascular Health: The Razor-Sharp Double-Edged Sword. **Journal of the American College of Cardiology**, San Diego, v. 50, n. 11, p. 1009-1014, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde / CID-10**. Ed 10. Geneva: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD, 1993.

PAZ FILHO, G. J. D. et al. 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, 2001.

PINSKY, I. et al. Exposure of adolescents and young adults to alcohol advertising in Brazil. **Journal of Public Affairs**, Bognor Regis, v. 10, n. 1-2, p. 50-58, feb-may, 2010.

PINSKY, I.; PAVARINO FILHO, R. V. A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade no trânsito no Brasil: considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 110-118, jan-abr, 2007.

PINSKY, I. et al. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, set, 2010.

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 do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 280-286, set-dez, 2004.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, ISBN 3-900051-07-0, 2009.

RIOS, P. A. A. Consumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários do município de Jequié-BA. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 4, n. 2, p. 105-116, 2008.

ROMANO, M. et al. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 495-501, 2007.

RONZANI, T. M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde: estudo comparativo. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 163-171, abr-jun, 2008.

ROOM, R. et al. Drinking and Its Burden in a Global Perspective: Policy Considerations and Options. **European Addiction Research**, Basel, v. 9, n. 4, p. 165-175, 2003.

RUMEL, D. "Odds Ratio": Algumas considerações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 253-258, 1986.

SILVA, R. A. D. et al. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2737-2745, dez, 2009.

SOUZA, S. D. L. et al. A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 733-741, mai, 2010.

UNIVERSIDADE ESATUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB). Manual de Normatização de Dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, 2010. 29p.

VARGAS, D. D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1711-1720, ago, 2009.

VENDRAME, A. et al. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-365, fev, 2009.

VIEIRA, D. L. et al. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, set, 2007.

WILSNACK, R. W. et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural. **Addiction**, Edinburgh, v. 95, n. 2, p. 251-265, 2000.

WONG, F. Y. et al. Intimate Partner Violence, Depression, and Alcohol Use Among a Sample of Foreign-Born Southeast Asian Women in an Urban Setting in the United States. **Journal of Interpersonal Violence**, London, no prelo, p. 1-19, May, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Geneva, 2004. 88 p.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.

ZALESKI, M. J. B. **1º Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira: metodologia, estudo da violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento**. 2009. 284 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA**”, sob responsabilidade dos pesquisadores **Prof^a. Dr^a. Zenilda Nogueira Sales e Prof. Luciano Nery Ferreira**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - Mestrado do Departamento de **Saúde**, os seguintes aspectos:

Objetivos: Investigar a Prevalência da dependência de álcool, o seu perfil de consumo e os fatores associados na população da zona urbana de Jequié-BA. Averiguar a existência de fatores associados à dependência de álcool. Verificar se há associação de variáveis sociodemográficas com o consumo de bebida alcoólica.

Metodologia: Uma pessoa da casa será sorteada para responder a pesquisa e o pesquisador perguntará a sua idade, profissão, renda familiar, cor da pele, escolaridade, religião, e estado civil. O pesquisador fará 10 perguntas de um formulário chamado AUDIT sobre consumo de bebidas alcoólicas e depois fará mais 4 perguntas de um formulário chamado CAGE sobre consumo de bebidas alcoólicas.

Justificativa e Relevância: Atualmente o alcoolismo é considerado um dos problemas de saúde pública que mais aparece entre os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, principalmente pela importância do efeito que exerce na morbimortalidade (risco de morrer ou ficar doente). Conhecer os aspectos locais do consumo de bebidas alcoólicas pode modificar a forma de intervenção (mudança) no problema.

Participação: As pessoas participarão respondendo as perguntas ao pesquisador.

Desconfortos e riscos: A pesquisa oferece risco mínimo à saúde das pessoas, pode causar desconforto caso a pessoa não goste de falar sobre o assunto, dependendo de como esta experiência foi ou é vivenciada pelo indivíduo.

Confidencialidade do estudo: O anonimato e o sigilo são garantidos pelos pesquisadores que se comprometem a utilizar os dados apenas para os fins

previstos no projeto e não divulgar dados que permitam a identificação de qualquer pessoa.

Benefícios: A pesquisa pode proporcionar benefícios coletivos na medida em que produz conhecimento e pode potencializar ações coletivas dirigidas para as particularidades da população de Jequié. Ressalta-se que não há benefício individual, que a participação é voluntária e que nenhum pesquisado receberá pagamento, vantagens ou favorecimento em troca da participação.

Dano advindo da pesquisa: Esta pesquisa não causa danos à saúde do pesquisado, o risco de desconforto é muito pequeno e o indivíduo pode de desistir de participar a qualquer momento.

Garantia de esclarecimento: Os pesquisadores se comprometem a esclarecer todos e quaisquer aspectos da pesquisa em qualquer tempo para todos os pesquisados e possíveis sujeitos da pesquisa.

Participação Voluntária: A participação nesta pesquisa é voluntária, o entrevistado não vai receber nenhum dinheiro ou favorecimento por isto. Pode desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, **aceito**
livremente participar do estudo intitulado “PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA
DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA”
desenvolvido pelo Mestrando Luciano Nery Ferreira, sob a responsabilidade da

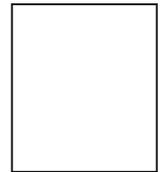
Professora Zenilda Nogueira Sales da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Polegar direito



Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Zenilda Nogueira Sales. Fone: 3528 9623

Luciano Nery Ferreira. Fone: 35289600

APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES

Formulário de coleta de dados da pesquisa: **PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA**

Tabela de Sorteio do morador a ser entrevistado		
Nº.	Moradores	Idade
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

Nº do morador a ser pesquisado: _____

Data da coleta: ___/___/___

Colaborador:

Agendamento 1 ___/___/___ às ___:___h

Agendamento 2 ___/___/___ às ___:___h

Agendamento 3 ___/___/___ às ___:___h

Agendamento 4 ___/___/___ às ___:___h

Identificação

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Sexo: ()M ()F Profissão: _____ Cor da pele (referida):

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Crença Religiosa: _____

Renda Familiar:

() <1Sal. () 1Sal. () 2-5 Sal. () 6-10 Sal. () 11-20 Sal. () >20 Sal.

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Nível Superior () Pós-Graduação

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União estável

Qual é a bebida alcoólica que mais costuma beber?

- () Nenhuma () Cerveja () Conhaque () Cachaça () Vodka () Vinho
 () Uísque () Drinks

Fuma?

- () Sim () Não

Sabe se tem alguma destas doenças?:

- () Doença do fígado. () Diabetes () Hipertensão () Gastrite
 () Outra _____

CAGE

Cut down/ Annoyed/ Guilty/ Eye-opener Questionnaire (CAGE)		
	0- NÃO	1- SIM
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

audit - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool

Anote no quadrado o número da alternativa assinalada e some no final

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca [vá para as questões 9-10]
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?

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

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

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

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

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

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

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

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

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

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

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

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

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

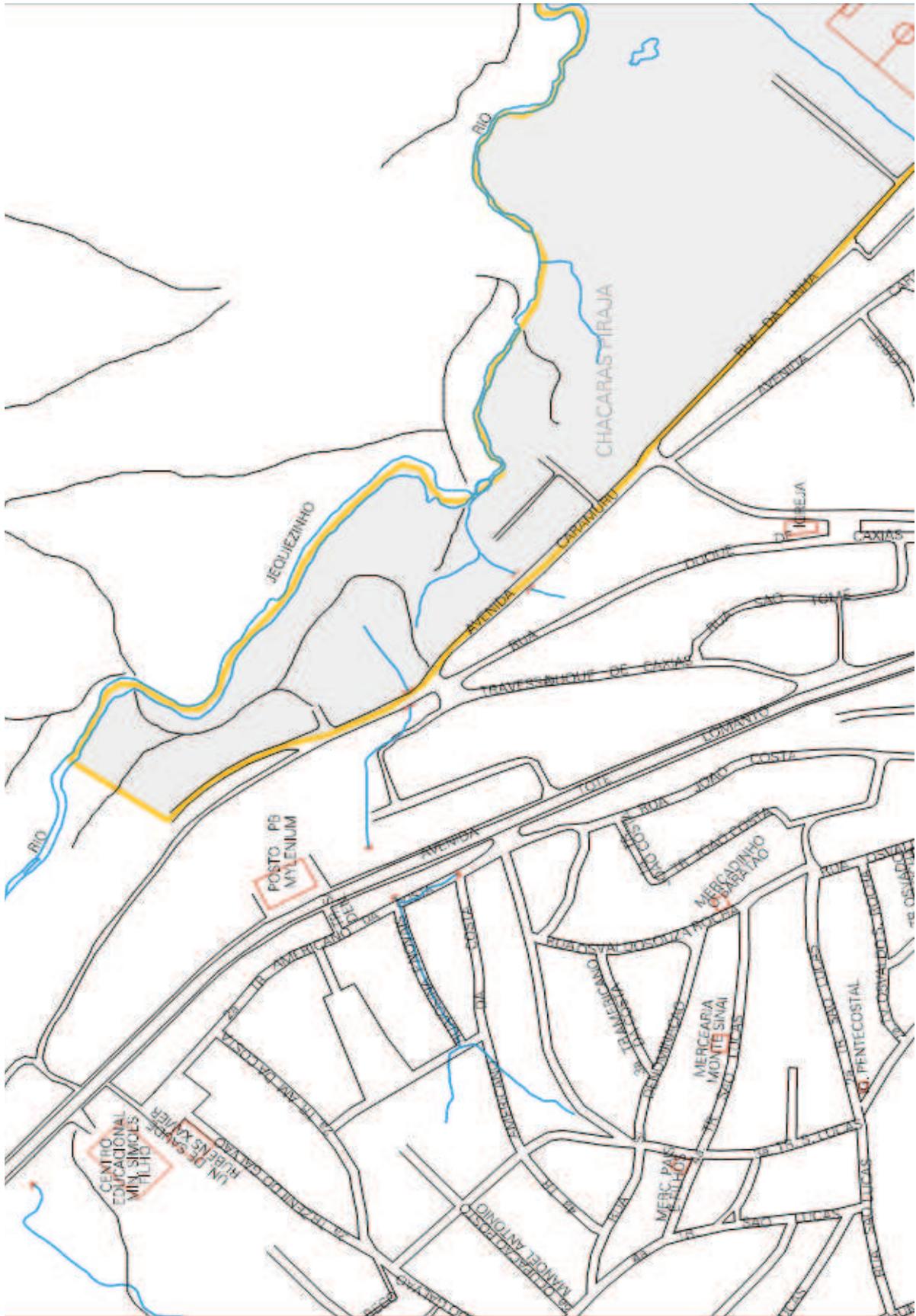
- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui a soma total:

APÊNDICE C – Planilha de Custos

<u>FASES</u>	<u>VALOR (R\$)</u>
Revisão da Literatura	
Material de escritório COMUT / SCAD Impressão de material didático Xerocópias	300,00
Coleta de Dados	
Impressão do Instrumento e do TCLE Crachás Xerocópias	200,00
Prestação de Serviços (coleta de dados)	2956,80
Transporte (coleta de dados)	720,00
Análise e Interpretação dos dados	
Xerocópias	200,00
Apresentação	
Material de escritório Impressão da Dissertação	150,00
Divulgação em evento nacional	1552,00
Subtotal (financiado)	5228,80
Subtotal (recursos próprios)	850,00
Total	6078,80

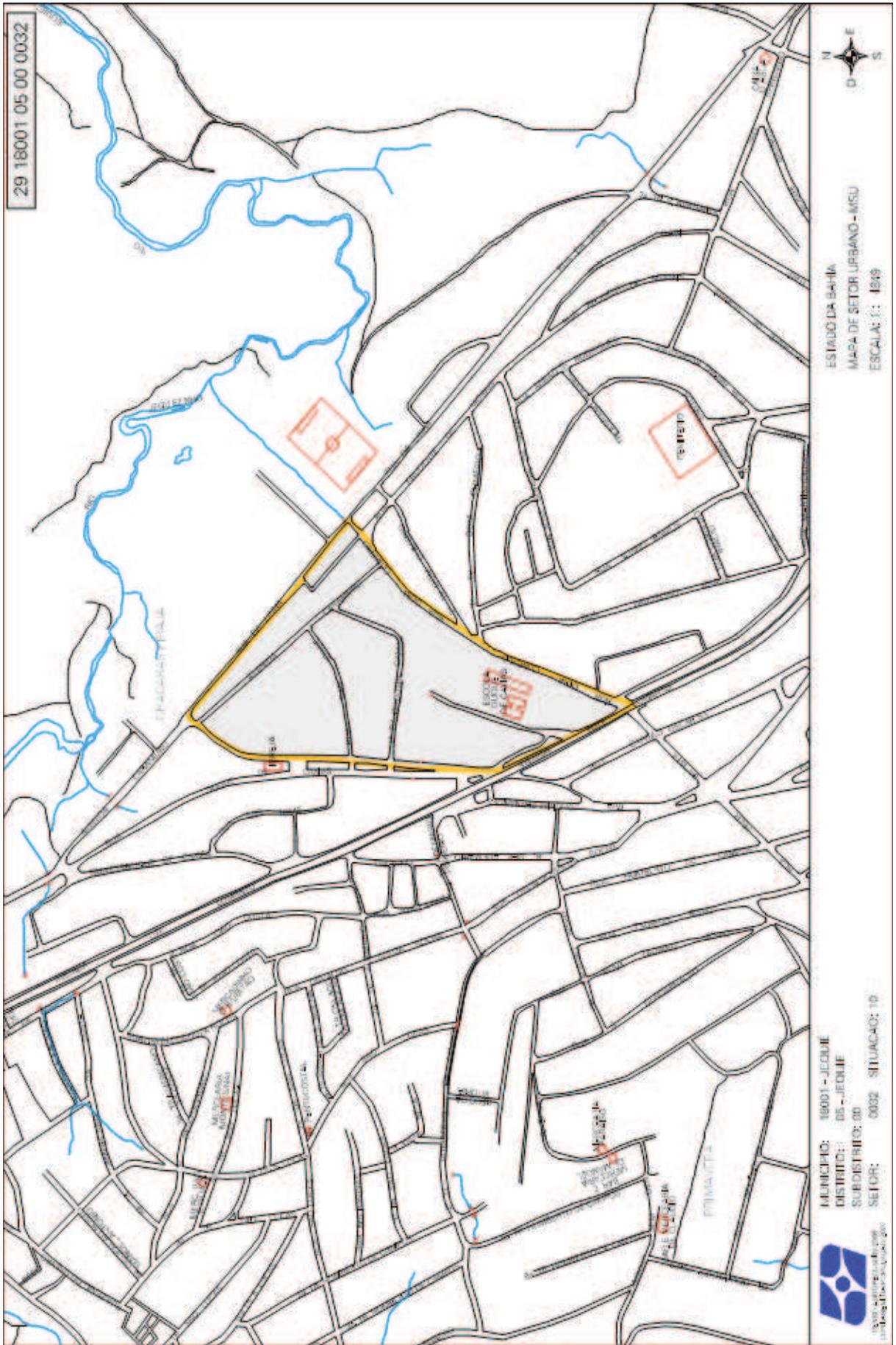
Obs.: Os itens “Prestação de Serviços (coleta de dados)”, “Transporte (coleta de dados)” e “Divulgação em evento nacional”, Foram financiados pela UESB pelos recursos provenientes do edital 025/2009 de Financiamento Interno de Projeto de Pesquisa. Os demais itens do orçamento correram por conta dos autores.





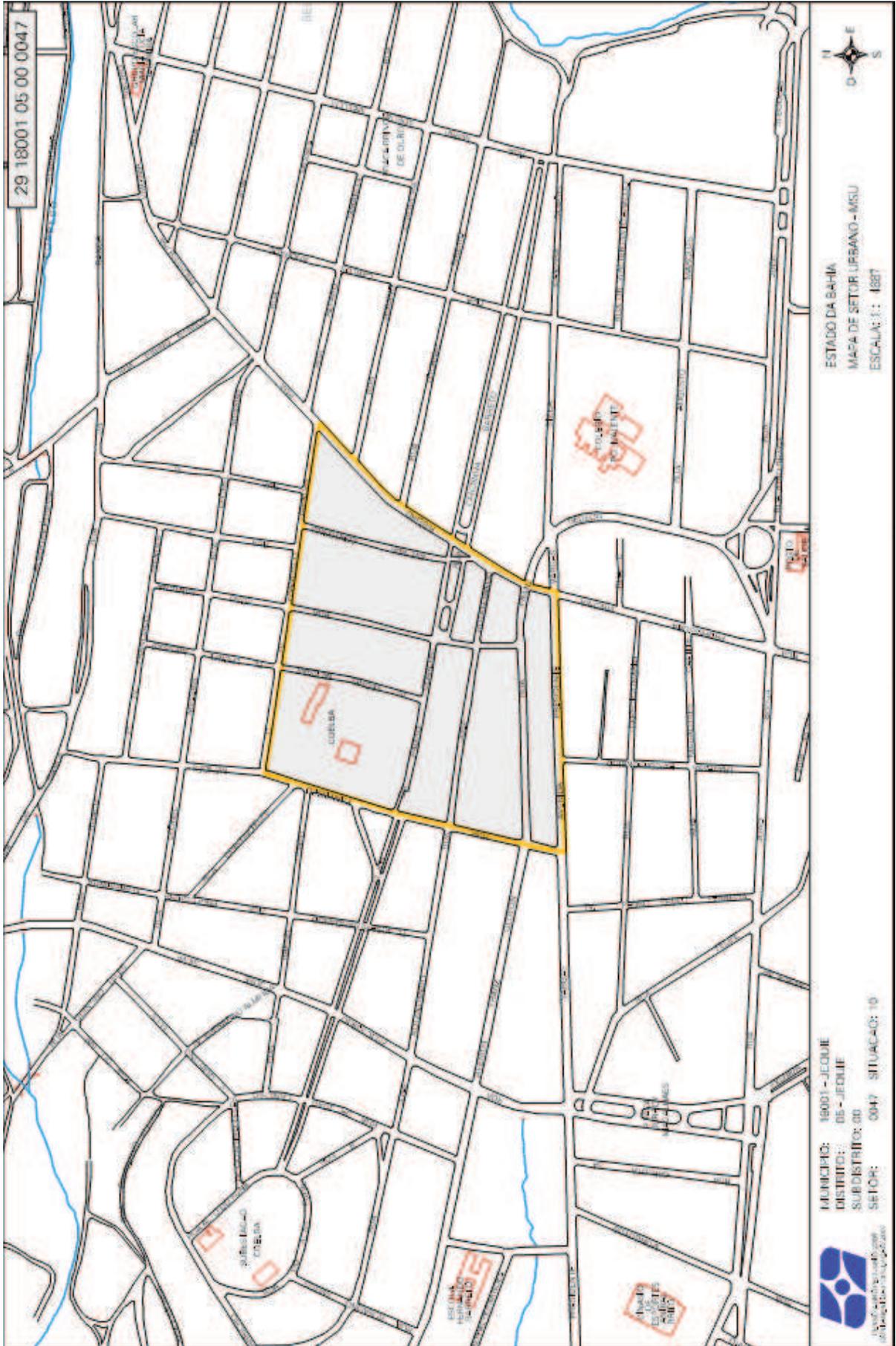


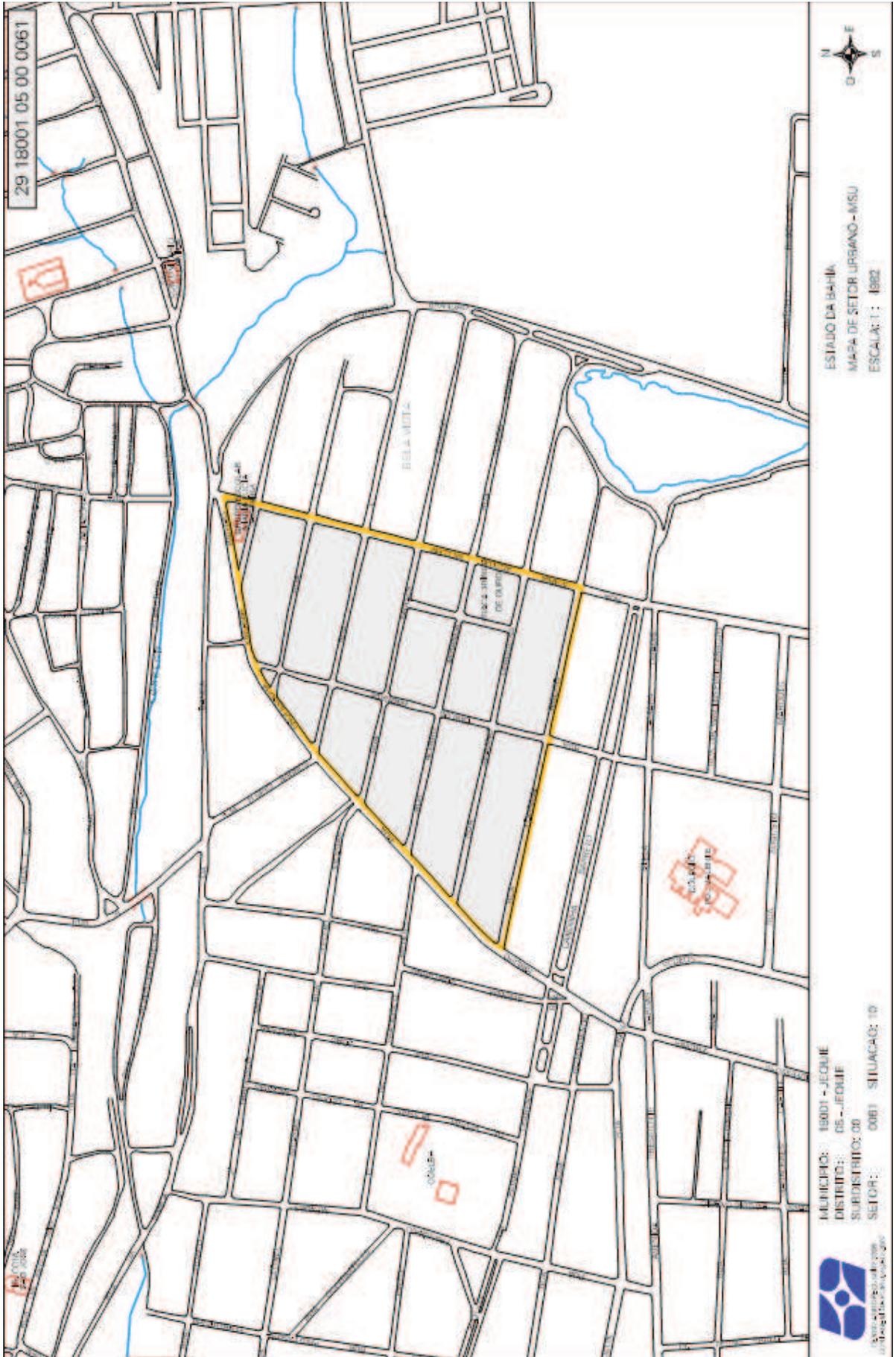
ESTADO DA BAHIA
MAPA DE SETOR URBANO - NSU
ESCALA: 1 : 3100

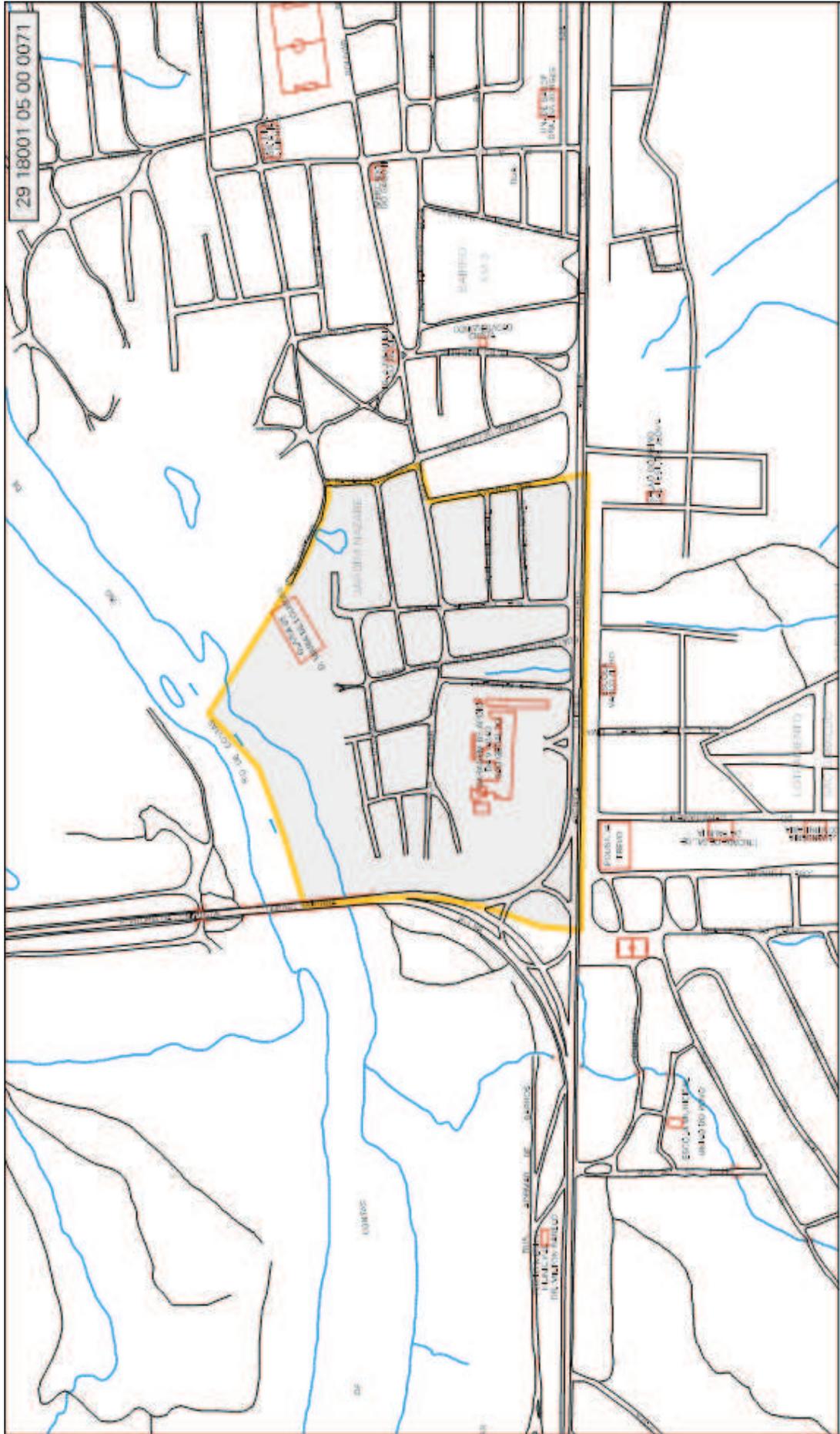








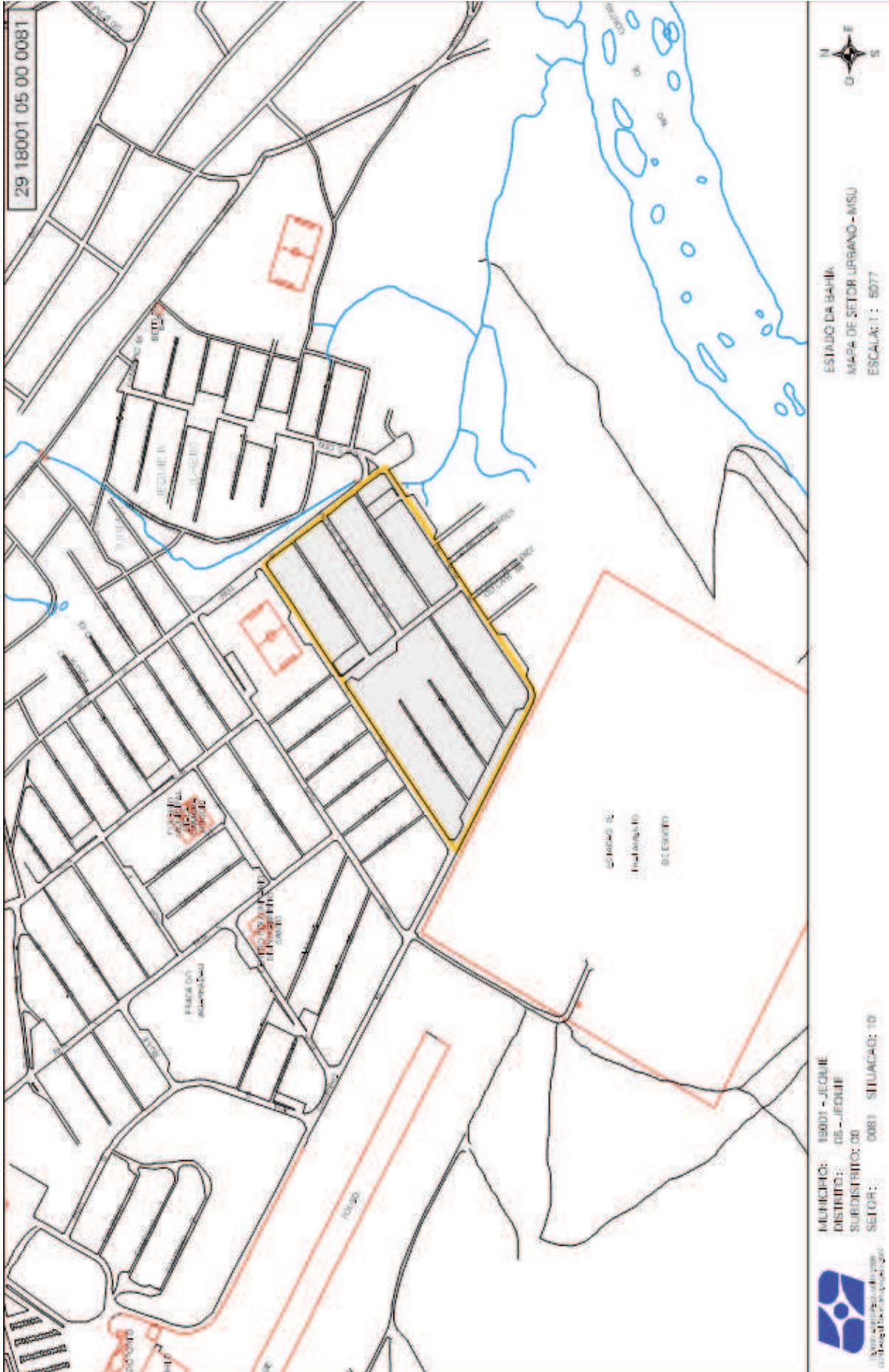


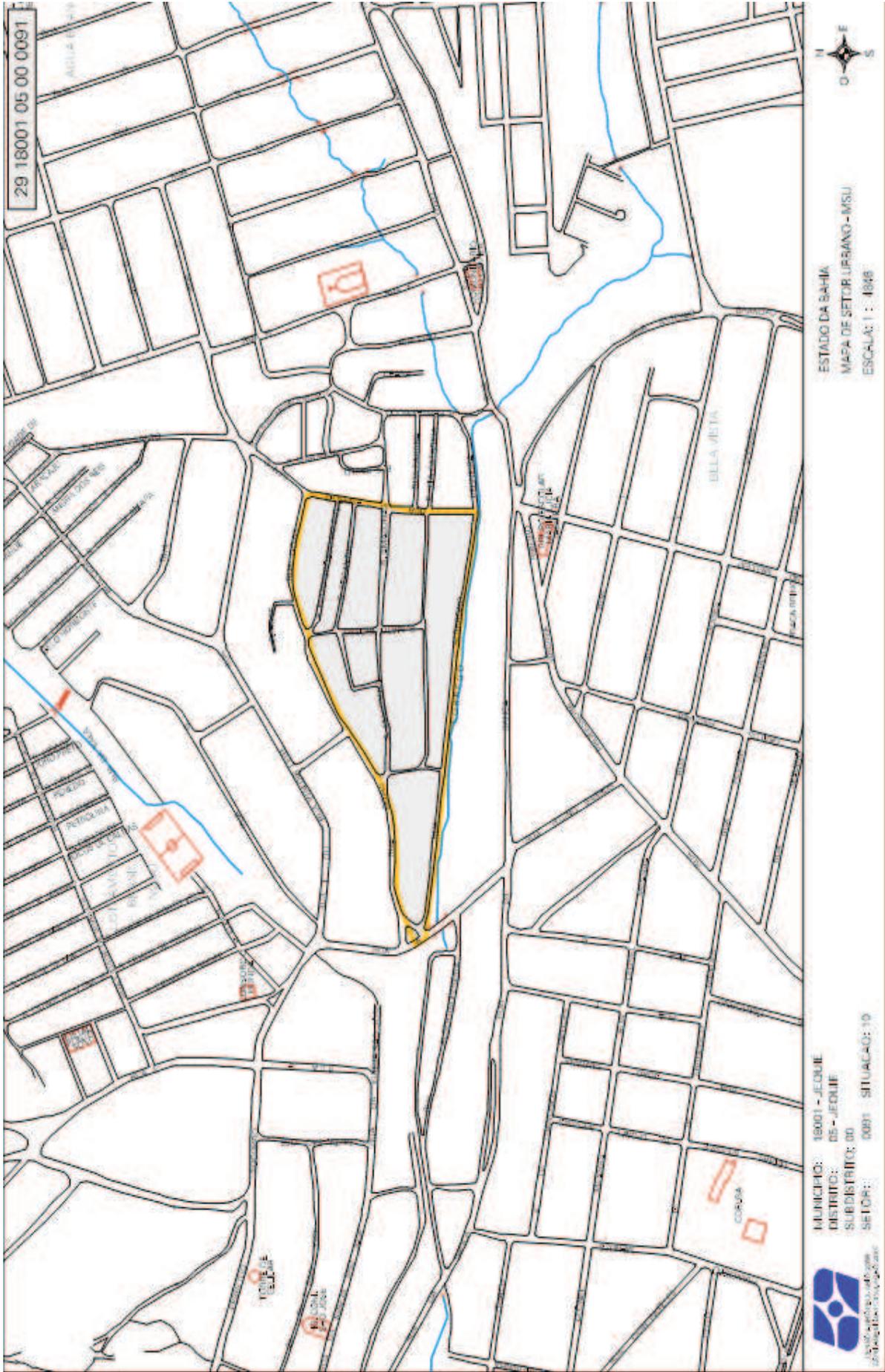


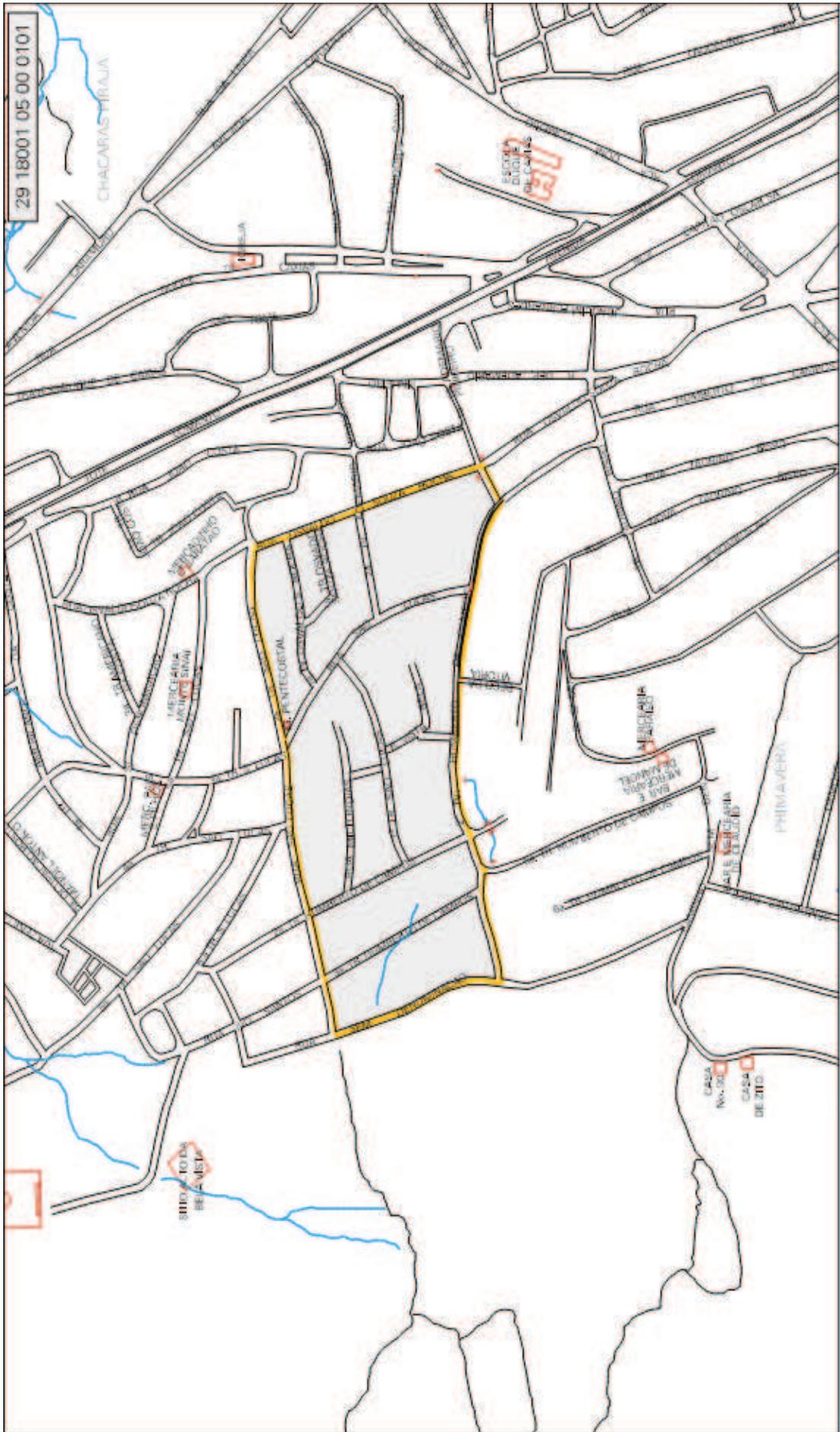
ESTADO DA BAHIA
 MAPA DE SETOR URBANO - MSU
 ESCALA: 1: 5322

MUNICÍPIO: 18001 - JEQUÉ
 DISTRITO: 05 - JEQUÉ
 SUBDISTRITO: 00
 SETOR: 0071 SITUAÇÃO: 10









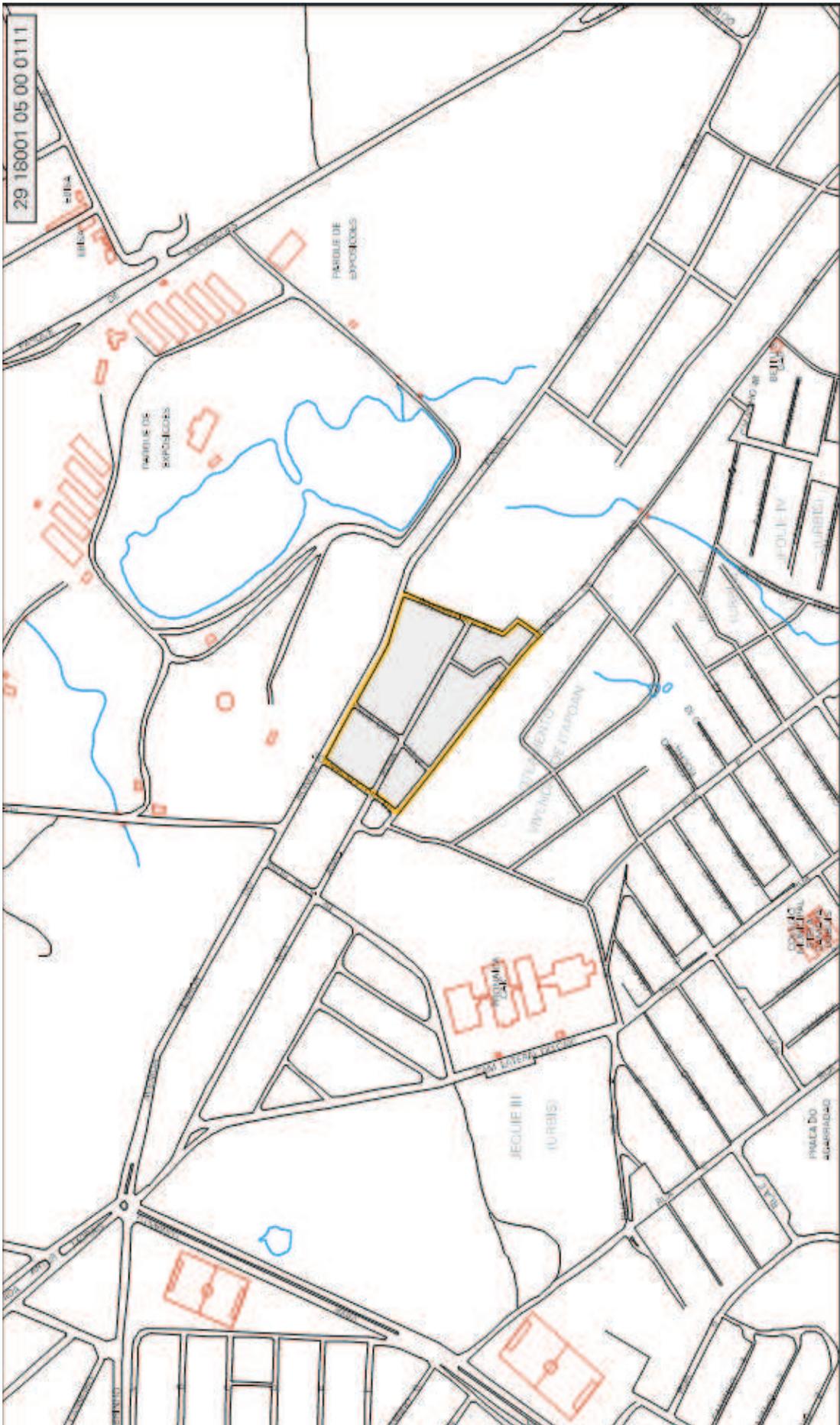
29 18001 05 00 0101



ESTADO DA BAHIA
MAPA DE SETOR URBANO - MISU
ESCALA: 1:10000

MUNICÍPIO: 18001 - JOCKIE
DISTRITO: 05 - JEQUIÉ
SUBDISTRITO: 03
SETOR: 0103 - SITUACAO: 10

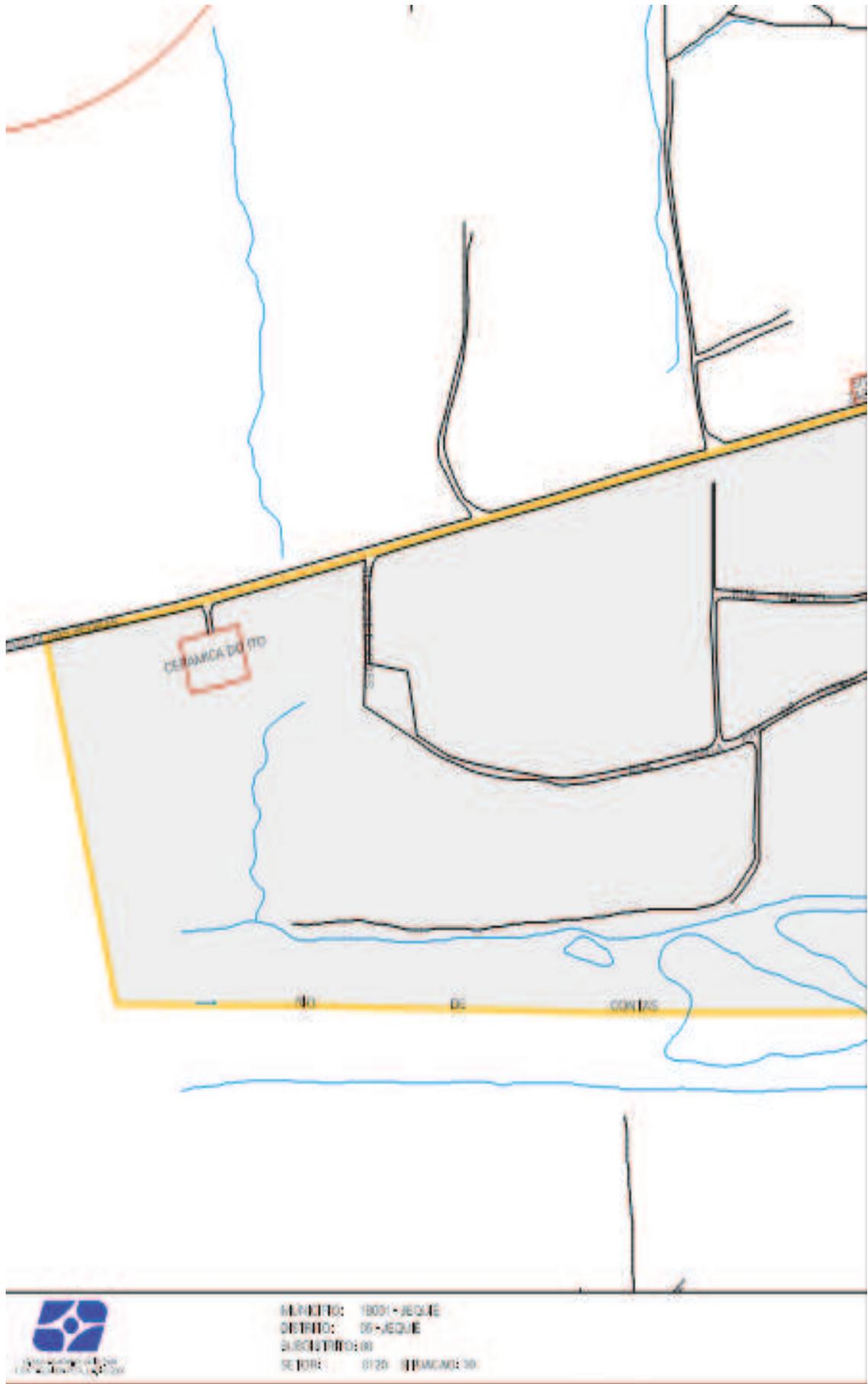




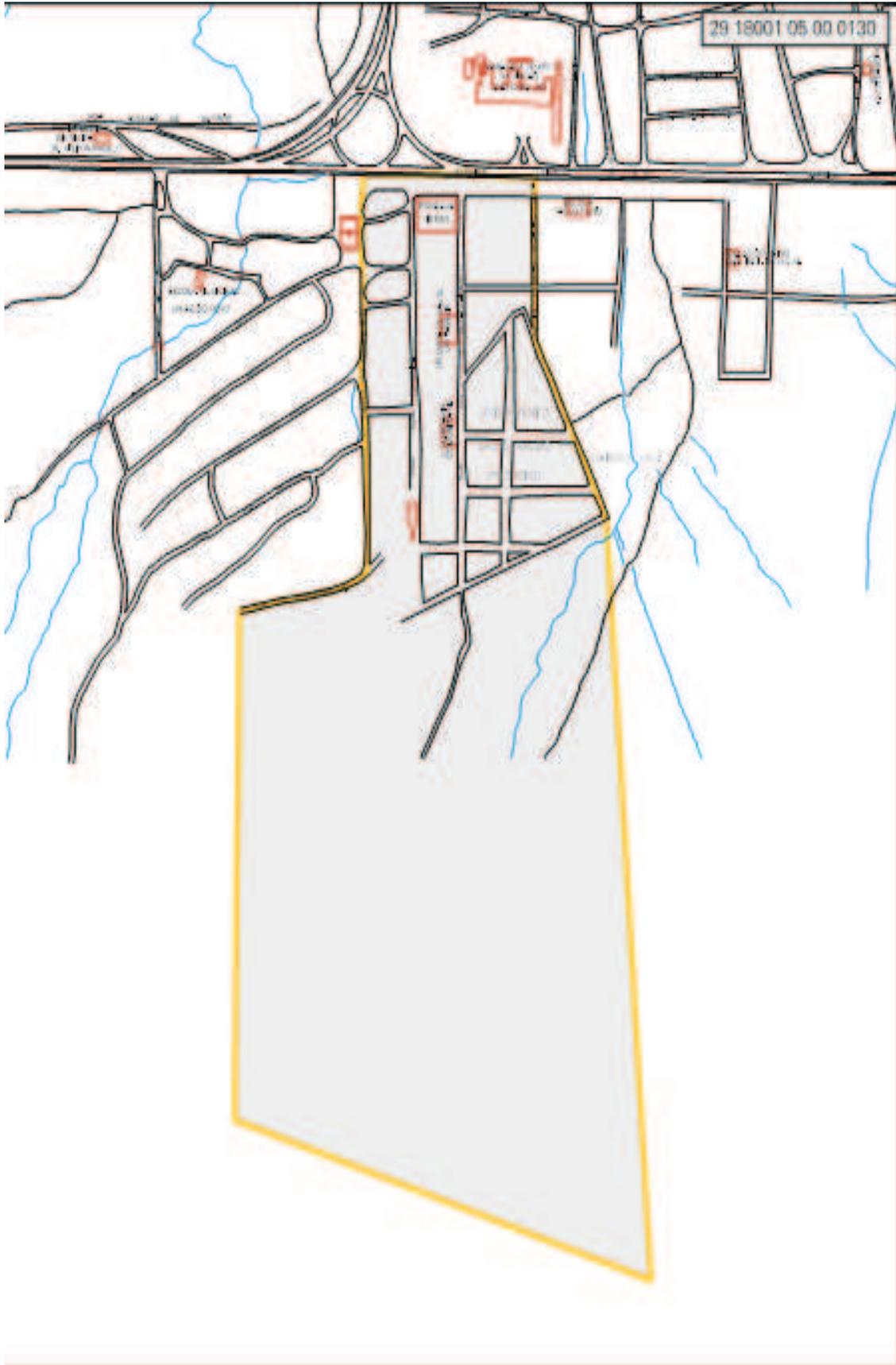
ESTADO DA BAHIA
MAPA DE SETOR URBANO - MSU
ESCALA: 1:1661

MUNICÍPIO: JECOUÉ
DISTRITO: JECOUÉ
SUBDISTRITO: 03
SETOR: 0111 SITUAC: 10





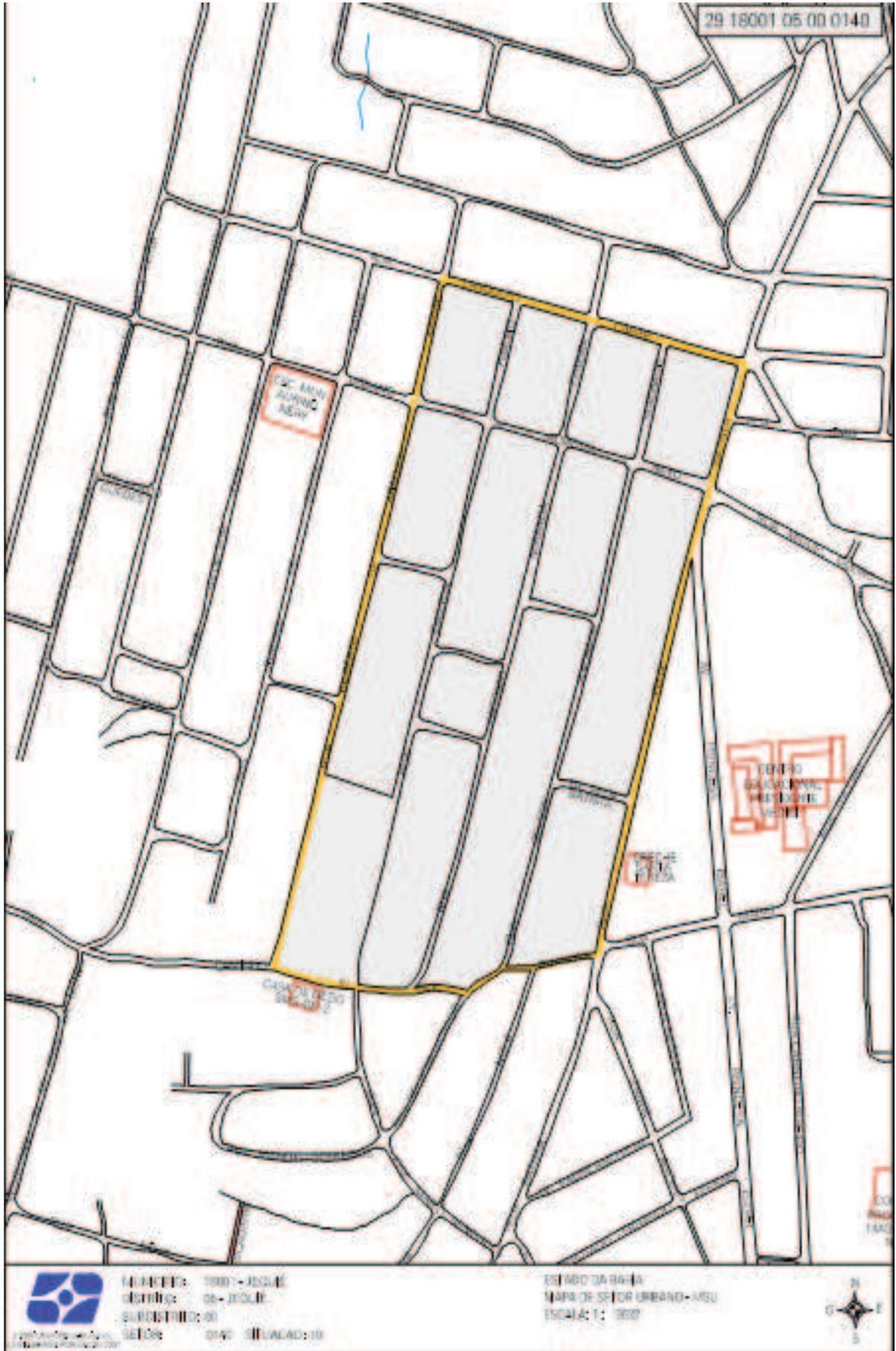




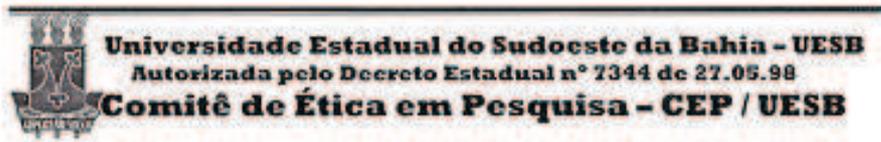
MUNICIPIO: 18001 • DISTRITO: 05 • ZONA: 01
SUBCENTRO: 01
SECTOR: 0100 • LOTEADO: 10

ESTADO DE SAN JUAN
MAPA DE SECTOR URBANO • NSU
ESCALA: 1 : 5000





ANEXO B – Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Jequié, 16 de julho de 2009

Of. CEP/UESB 196/2009

Ilma. Sra.
 Profa. Zenilda Nogueira Sales
 Departamento de Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. Sª que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **044/2009**

Projeto: **PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUIÉ-BA**

Pesquisadores: **Profa. Zenilda Nogueira Sales (orientadora)**
Prof. Luciano Nery Ferreira (mestrando)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Ana Barbosa
Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO C – Quadro Resultado Parcial Edital 025/2009 – Financiamento Interno de Projetos de Pesquisa



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PPG
GERÊNCIA DE PESQUISA - GP

Estrada do Bem Querer, Km 04, Cx. Postal 95, Cep. 45083-900 – Vitória da Conquista (BA)
Telefax: (77) 3424-8601 – gp@uesb.br / pesquisa.uesb@gmail.com

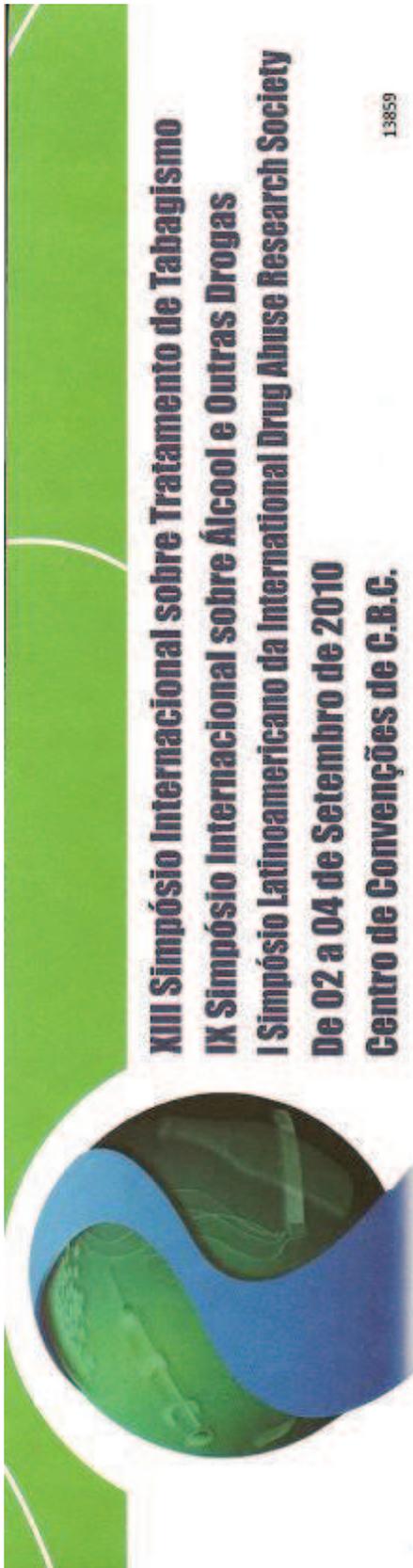


Resultado Parcial do Edital 025/2009 para Financiamento Interno de Projetos de Pesquisa, aprovado pelo Comitê de Pesquisa, reunido no dia 28 de agosto de 2009, e homologado pela Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação do CONSEPE, conforme previsto no referido Edital, item 3.3.1, alíneas “f)”, “g)”, “h)” e “i)”.

Obs.: De acordo com o item 4.1 do Edital 025/2009 – Financiamento Interno de Projeto de Pesquisa - Os pedidos de reconsideração do resultado deverão ser encaminhados por escrito ao Comitê de Pesquisa e entregues na PPG, até as 17 horas do dia 09/09/2009. Salientamos que não serão aceitos os pedidos que chegarem após o prazo ou encaminhados através do Protocolo.

MODALIDADE I (Recém-titulados)										
Nº	Nome do Projeto	Coordenador	Depto	Valor R\$	Área	Modalidade	Faixa	Nº de pareceres deferidos	Situação	Observação
1.	O debate do <i>Oslo</i> na Alemanha no final do século XIX e primeira metade do século XX	Alexandre Galvão Carvalho	DH	R\$ 2.277,00	CH	1 - Recém-Doutor	1	3	Contemplado	
2.	Risco de depressão e suporte social de pessoas idosas em contexto familiar/comunitário	Andréia dos Santos Souza	DS	R\$ 5.940,00	CS	1 - Recém-Mestre	2	3	Contemplado	
3.	Caracterização das xilanas da madeira do eucalipto	Andréia da Silva Magaton	DQE	R\$ 8.700,00	CA	1 - Recém-Doutor	3	2	Contemplado	
4.	Histórico dos rebanhos Nelore registrados no Nordeste Brasileiro: Melhoramento e Estrutura Genética	Carlos Henrique Mendes Malhado	DCB	R\$ 8.195,00	CA	1 - Recém-Doutor	3	2	Contemplado	

75.	O difícil encontro entre a não violação dos direitos e assistência de idosos nos serviços de saúde-cidade de Jequié-BA: opinião de idosos sobre o atendimento e a assistência recebida e, percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência a pessoas idosas	Edmécia Campos Meira	DS	R\$ 6.000,00	CS	II - Área 3	2	3	Contemplado
76.	Prevalência da dependência de álcool e fatores associados na zona urbana de Jequié-BA	Zenilda Nogueira Sales	DS	R\$ 2.956,80	CS	II - Área 3	1	4	Contemplado
77.	Cuidados bucais com uso de solução enzimática em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva	Maria da Conceição Andrade de Freitas	DS	R\$ 2.980,00	CS	II - Área 3	1	2	Contemplado
78.	Hipertensão e qualidade de vida dos motoristas de transporte de carga interestadual	Haroldo José Mendes	DS	R\$ 8.737,00	CS	II - Área 3	3	1	Não contemplado



13859

Certificamos que

Luciano Nery Ferreira; Zenilda Nogueira Sales; Cezar Augusto Casotti

Participaram do XIII Simpósio Internacional sobre Tratamento de Tabagismo - IX Simpósio Internacional sobre Álcool e Outras Drogas - I Simpósio Latinoamericano da International Drug Abuse Research Society

Como Autores do Trabalho

PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DE ALCOOL E FATORES ASSOCIADOS NA ZONA URBANA DE JEQUÉ-BA

RIO DE JANEIRO, 04 DE SETEMBRO DE 2010.

Analice Gigliotti
Presidente do Simpósio

Realização:



Apoio:



Patrocínio:

