

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Dissertação de Mestrado

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E
FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADULTOS DA ZONA RURAL DE UMA CIDADE
DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.**

Gustavo Pêgas Jaeger

Orientadora: Mariângela Freitas da Silveira

Coorientador: Christian Loret de Mola

Pelotas, 2016.

Gustavo Pêgas Jaeger

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE
ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADULTOS DA ZONA
RURAL DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Mariângela Freitas da Silveira

Coorientador: Christian Loret de Mola

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

J22p Jaeger, Gustavo Pêgas

Prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associado entre adultos da zona rural de uma cidade de médio porte do sul do Brasil : estudo de base populacional / Gustavo Pêgas Jaeger ; Mariangela Freitas Silveira, orientadora ; Christian Loret da Mola, coorientador. — Pelotas, 2016.

111 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Alcoolismo. 2. Transtorno relacionado ao uso de álcool. 3. Zonal rural. 4. Prevalência. 5. Consumo de álcool. I. Silveira, Mariangela Freitas, orient. II. Mola, Christian Loret da, coorient. III. Título.

CDD : 658

Gustavo Pêgas Jaeger

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do Título
de Mestre

Banca Examinadora:

Prof Dra Beatriz Franck Tavares

Prof Dr Fernando César Wehrmeister

Pelotas, RS
Novembro de 2016

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família e amigos. Em especial à minha mãe, Carmen Vera Pêgas Jaeger, à minha avó, Diva Borges Pêgas, à minha mulher, Daiane Schmachtenberg, a meu pai, Mauro José da Silva Jaeger e a meu amigo André Bianchini.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que, de certa maneira, têm contribuído na minha jornada de vida. A todos aqueles que sintam fazer parte do meu processo de evolução pessoal.

Para evitar cometer o erro de esquecer pessoas importantes, opto por citar aqueles que contribuíram de maneira mais próxima nos dois últimos anos de minha vida. Pessoas que contribuíram de diversas maneiras, em áreas bastante distintas, porém com a mesma importância.

Agradeço novamente à minha mãe. Sem ela, esta vida não existiria; não teria nenhum sentido.

À minha mulher e grande parceira Daiane Schmachtenberg. Sem ela, isto não estaria acontecendo.

À minha orientadora e amiga Mariângela Freitas da Silveira, cuja ajuda durante todo o processo de mestrado é imensurável.

Ao meu coorientador Christian Loret de Mola, parceiro e amigo. Um perspicaz guia em quem pude confiar durante esta jornada.

À Marília Arndt Mesenburg. Sempre muito amável e prestativa. Minha segunda coorientadora.

Ao meu “Mestre”, grande amigo e professor de tênis Mauro Brandão. Parceiro de todas as horas e para todas as coisas.

A dois médicos e parceiros: Dr. Othello Moreira Fabião Neto e Dr. Sérgio Haussen.

Finalmente, porém não menos importante, à minha turma de mestrado. Palavras não exprimem os sentimentos que tenho por cada um de vocês. Vocês sabem o quanto são importantes para mim. E seguirão para sempre sendo.

*“It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent,
but the one most responsive to change”*

Charles Darwin

Sumário

Apresentação

- 1. Projeto de Pesquisa**
- 2. Relatório do Trabalho de Campo**
- 3. Artigo Original**
- 4. Apêndices**
- 5. Nota para Imprensa**

Apresentação

A presente dissertação acadêmica é um pré-requisito à obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O volume está apresentado de acordo com o recomendado pelo manual de normas para teses, dissertações e trabalhos acadêmicos da UFPel, sendo composto pelo projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigo científico e nota para imprensa.

1. PROJETO DE PESQUISA

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Projeto de Pesquisa
Mestrado

**Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas entre Adultos na Zona Rural do
Município de Pelotas, RS: estudo de base populacional.**

Gustavo Pêgas Jaeger

Orientadora: Mariângela Freitas da Silveira

Coorientador: Christian Loret de Mola

Pelotas, 2016.

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	5
2.1 Prevalência de Transtornos Relacionados ao Uso de Bebidas Alcoólicas	8
2.2 Fatores Associados ao Consumo Alcoólico de Risco	12
3. Marco Teórico	15
3.1 Modelo Teórico	20
4. Justificativa	21
5. Objetivos	22
5.1 Gerais	22
5.2 Específicos	22
6. Hipóteses.....	23
7. Metodologia	23
7.1 Delineamento.....	23
7.2 Justificativa do Delineamento.....	24
7.3 População Alvo	24
7.4 Critérios de Inclusão.....	24
7.5 Critérios de Exclusão	24
7.6 Definição Operacional das Variáveis.....	25
7.6.1 Definição Operacional da Variável Dependente (Desfecho)	25
7.6.2 Definição Operacional das Variáveis Independentes	26
7.7 Tamanho de Amostra:.....	27
7.8 Amostragem.....	28
7.9 Instrumentos.....	28
7.10 Estudo Pré-Piloto	30
7.11 Estudo Piloto	30
7.12 Recrutamento, Seleção e Treinamento dos Entrevistadores.....	31
7.13 Trabalho de Campo	32
7.14 Controle de Qualidade.....	32
7.15 Análise dos Dados.....	33
7.16 Aspectos Éticos	33
7.17 Orçamento.....	34
7.18 Divulgação dos Resultados	34
7.19 Cronograma	35
8. Referências Bibliográficas.....	36
9. Anexos	39
9.1 Anexo 1 – A versão Brasileira do AUDIT	40
9.2 Anexo 2 : Questionário sobre variáveis independentes.....	42
9.3 Anexo 3 – Resumo de Artigos.....	44
10. Alterações no Projeto Original	48
11. Relatório.....	49
11.1 Relatório Trabalho de Campo	50
12. Artigo	76
13. Tabelas e Figuras	88

14 Nota para Imprensa.....	96
----------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 Definição operacional do desfecho

Tabela 2 Definição operacional das variáveis independentes .

Tabela 3 Tamanho de amostra de acordo com a prevalência estimada do desfecho
(AUDIT $\geq$ 8)

Tabela 4 Tamanho de amostra de acordo com fatores associados com o desfecho

Lista de Abreviaturas e Siglas

OMS	Organização Mundial da Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana adquirida
LENAD	Levantamento nacional de álcool e drogas
PNS	Pesquisa nacional de saúde
CID - 10	Classificação internacional de doenças - 10
DSM - 5	Manual diagnóstico e estatístico - 5
CAGE	Questionário de rastreamento para dependência de álcool – Acrônimo (<i>Cut-down; annoyed; guilty; eye opener</i>)
AUDIT	Questionário de rastreamento de transtornos relacionados ao álcool (<i>Alcohol use disorders identification test</i>)
MAST	Teste de rastreamento de consumo de álcool de Michigan (<i>Michigan alcohol screening test</i>)
HABLAS	Questionário para avaliação de consumo de álcool em hispano-americanos (<i>Hispanic americans alcohol survey</i>)
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

1. Introdução

O consumo de bebidas alcoólicas é um ato comum na grande maioria das sociedades contemporâneas. O álcool, conhecido como a “droga” favorita do mundo, tem sido utilizado há séculos em situações muito diferentes, desde atividades recreativas e sociais até rituais religiosos.¹

Nas sociedades ocidentais, incluindo a brasileira, o consumo de bebidas alcoólicas é ampla e socialmente aceito. Está entre as substâncias com efeitos psicoativos consideradas lícitas pela legislação nacional.

O álcool etílico é um componente químico muito simples. Faz parte de diversos tipos de bebidas produzidas ao redor do mundo. A partir de diferentes processos de produção, podem-se obter concentrações variadas desta substância. De maneira geral, a cerveja contém uma concentração de 2 a 5%, vinhos de 10 a 19% e destilados de 24 a 90% de álcool puro. A Escócia, por exemplo, é mundialmente conhecida pela produção de uísques, bebida com concentração elevada de álcool, obtida através do processo de destilação.^{2; 3}

Há, certamente, uma relação ambivalente em relação a esta substância. Por um lado, pode ser fonte de prazer e, por outro, fonte de grandes problemas de saúde, não somente no nível individual, mas também no âmbito de saúde pública de nações.²

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório sobre a situação atual do consumo de álcool e saúde pública em nível mundial, intitulado “*Global Status Report on Alcohol and Health*”. Neste, cita o álcool como uma substância psicoativa capaz de levar à dependência; causa de grandes problemas de saúde, sociais e econômicos nas sociedades.³

A OMS estima que o consumo mundial por pessoa no ano de 2010 tenha sido de 6,2 litros de álcool puro. Apesar das diferenças encontradas entre países, em todas as regiões do mundo o consumo de álcool durante a vida foi mais frequente entre os homens. Outro dado bastante relevante é o fato de que 16% dos consumidores de álcool já estiveram envolvidos em episódios de consumo pesado (cinco ou mais doses em uma única ocasião, em curto período de tempo).³

O consumo de bebidas alcoólicas, segundo a OMS, é maior, também com maior número de pessoas que consomem álcool, em países com maior pujança

econômica. Como regra, estes países têm um maior consumo *per capita* e maior prevalência de episódios de consumo pesado, ou *binge drinking*.³

O consumo de álcool, especialmente o consumo nocivo, aquele que já está causando danos evidentes a quem consome, está relacionado com maior frequência e maior volume consumido. É causa de mais de 200 tipos de doenças e danos pessoais. Como exemplos marcantes e bem estabelecidos estão a cirrose hepática, pancreatite e diversos tipos de câncer, como laringe, boca e esôfago. Além disso, a relação entre lesões por trauma em acidentes automobilísticos, quedas e relacionadas à violência e ao trabalho também já estão bem estabelecidas.^{3; 4}

O uso de álcool durante a gestação, principalmente em fases mais precoces, pode gerar diversos danos ao feto, até mesmo dar origem a grave síndrome alcoólica fetal. Além disso, vem sendo relatado um aumento de ocorrência doenças infectocontagiosas como tuberculose e HIV/AIDS relacionadas ao uso nocivo de álcool.³⁻⁴

A OMS estima que, no ano de 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% de todos os óbitos no mundo foram atribuídos ao consumo de álcool. Além disso, o consumo de álcool esteve fortemente relacionado os *DALYs* – (*Disabilities-adjusted life years*), o que de maneira simplificada significa anos de vida saudáveis perdidos, em comparação com a média populacional.³

Dados referentes ao Brasil, apresentados neste relatório, demonstram números preocupantes. Do início da década de 60 até o ano de 2010, houve um aumento significativo no consumo de álcool. No ano de 1960, os brasileiros tinham um consumo per capita (15 anos ou mais) de menos de 2,5 litros de álcool puro e passaram, no ano de 2010, para 8,7 litros, sendo este valor maior entre os homens. Quando se leva em conta apenas os dados daqueles que consomem álcool, o volume *per capita* chega a 15,1 litros. De maneira geral, a bebida mais consumida de forma lícita no Brasil é a cerveja, com 60% do total, seguida pelos destilados com 36% e vinhos com 4%.³

Ainda de acordo com dados deste mesmo relatório, encontrou-se uma prevalência no Brasil de transtornos relacionados ao uso álcool, que inclui uso nocivo e síndrome de dependência, em população com quinze anos ou mais, de 5,6%, sendo 8,2% em homens e 3,2% em mulheres. O consumo episódico pesado, ou em *binge*, 5-6 doses ou 60 gramas ou mais de álcool puro foi de 12,7% da população nos 30 dias anteriores à entrevista.³

O álcool é a droga que mais gera violência urbana e familiar. É responsável por cerca de 10% de toda a carga de doenças no Brasil. Os problemas ligados ao uso dessa substância estão diretamente relacionados com o padrão do consumo: a quantidade, a frequência e o tipo de bebida.⁵

Nos últimos anos, o Brasil apresentou um considerável crescimento econômico. Sabe-se, a partir de evidências científicas, que o consumo de álcool está diretamente relacionado com a pujança de uma nação. Dessa forma, o Brasil, que já era um grande consumidor deste tipo de substância, torna-se mais vulnerável a ter um aumento na quantidade de consumo e, conseqüentemente, a maiores e mais graves problemas advindos deste.⁵

No Brasil, nos anos de 2006 e 2012, foram realizados dois grandes levantamentos sobre uso de álcool e outras drogas. No primeiro levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD I), no ano de 2006, demonstrou-se que aproximadamente a metade da população brasileira não era consumidora de álcool; entretanto, entre os bebedores, foram demonstrados altos índices de uso nocivo e dependência.⁵

No segundo levantamento (LENAD II), no ano de 2012, a proporção de abstinentes manteve-se praticamente a mesma. Entre os consumidores, 62% eram homens e 38% mulheres. Entre os homens, 63% relataram beber pelo menos uma vez por semana, sendo que o consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião também foi maior entre os homens, 66%, comparados com apenas 49% em mulheres.⁵

Em relação à idade em que os brasileiros experimentam bebidas alcoólicas, encontrou-se uma prevalência de 37% até os 17 anos de idade. Houve uma clara tendência a experimentação mais precoce no sexo masculino.⁵

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicada em 2013, estudou o consumo de bebidas alcoólicas na seção que incluía os hábitos de vida. Demonstrou, entre outras coisas, que o consumo de bebidas alcoólicas é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, bem como para acidentes e violência.⁶

Ainda de acordo com a PNS, o percentual da população brasileira, com dezoito anos ou mais de idade, que relatou consumir bebidas alcoólicas uma vez ou mais por semana foi de 24%. Este hábito, foi bem mais prevalente entre os homens, com 36,3%, contra 13% em mulheres. Também foi encontrada diferença no hábito

de consumir bebidas alcoólicas uma vez ou mais por semana entre diferentes níveis de escolaridade, com aqueles que completaram o ensino superior apresentando uma prevalência de 30,5%, enquanto aqueles sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, uma prevalência menor, de 19%.⁶

Mesmo após séculos de uso de álcool pelos seres humanos, não há um consenso acerca da segurança dos diferentes tipos de beber. Nem mesmo um consenso sobre a possibilidade de haver algum tipo de consumo seguro. No entanto, há evidências científicas que apontam para o grande potencial que esta substância tem de levar a um aumento progressivo de seu consumo, culminando, em alguns casos, com a síndrome de dependência.²

A Organização Mundial da Saúde, através da Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10), e a Associação Psiquiátrica Americana, com sua mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-5), apresentam critérios clínicos para o diagnóstico das patologias relacionadas ao uso de álcool, sendo estes similares, porém com algumas nomenclaturas diferentes.^{7;8}

Na prática clínica, tais manuais são fundamentais para a avaliação de indivíduos que consomem e abusam de bebidas alcoólicas. Possibilitam diagnosticar indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool, o que permite elaborar estratégias individuais para prevenção e tratamento, de acordo com a gravidade de cada diagnóstico.^{7;8}

No entanto, o uso de critérios destes manuais em estudos de base populacional, apresenta algumas limitações. Entre elas, e muito importante, a necessidade de aplicação de entrevistas estruturadas baseadas nos critérios de cada manual, o que torna a logística de todo o processo muito mais complexa.^{4;9}

Desta forma, algumas estratégias mais simples são, às vezes, utilizadas com intuito de avaliar o *status* de populações em relação ao consumo de álcool. Alguns questionários, como CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*), MAST (*Michigan Alcohol Screening Test*) e AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), mais breves e com boa acurácia vêm sendo utilizados com esse objetivo.^{9; 10}

Em nosso país, alguns estudos têm sido realizados ao longo dos últimos anos utilizando questionários como os acima citados, com intuito de investigar o consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira. Entretanto, a imensa maioria tem sido realizada apenas com populações urbanas. Raros são os estudos realizados no Brasil que se propõem a estudar exclusivamente populações rurais.^{5; 6}

Tendo em vista o contexto apresentado, o presente estudo pretende avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas na população rural de um município de médio porte do sul do Brasil. Será utilizado, para tal fim, o questionário AUDIT, elaborado pela OMS, já validado em nosso país, como ferramenta de rastreamento para problemas relacionados ao consumo de álcool.^{4; 9; 10; 11; 12}

2. Revisão da Literatura

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados LILACS e PubMed. O objetivo principal foi encontrar artigos, relevantes para este estudo, que estimassem a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool, principalmente em zonas/populações rurais, e os fatores associados a estes transtornos.

Foram utilizados como descritores principais, os seguintes: “alcoolismo”, “transtornos relacionados ao uso de álcool”, “transtornos induzidos por álcool”; “alcoholism”, “alcohol-induced-disorders”, “alcohol-drinking”. Com cada um destes descritores, foram combinados, separadamente, os descritores “zona rural” e “população rural”. Além disso, os três descritores relacionados ao álcool foram combinados, também separadamente, com os descritores “prevalência” e fatores de risco”. Esta estratégia foi utilizada nas duas bases de dados, LILACS e PubMed, em português e inglês, respectivamente.

Além disso, utilizou-se a estratégia de pesquisar as referências bibliográficas dos artigos selecionados, com intuito de encontrar possíveis artigos de interesse para este estudo, que eventualmente não tivessem aparecido nas bases de dados.

Ao final, para elaboração desta revisão, foram selecionados 16 artigos para leitura na íntegra (tabela1). Além destes, foram utilizados dois grandes levantamentos nacionais sobre álcool e drogas (LENAD) e uma pesquisa nacional de saúde (PNS).

Atualmente, na literatura mundial, as duas fontes mais importantes para diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento, incluindo as relacionadas ao consumo de álcool são:

- A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), através de sua classificação de transtornos mentais e de comportamento.⁷
- O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana.⁸

Na CID-10, encontramos, na categoria F10, os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool. Serão descritas as duas subdivisões mais importantes para este estudo, a F10.1, uso nocivo de álcool, e a F10.2, síndrome de dependência de álcool.⁷

O Uso Nocivo de Álcool (F10.1), para esta classificação, é definido como um padrão de uso de álcool que esteja causando danos à saúde, tanto físico como mental. Este diagnóstico requer a presença de um dano real. Nos padrões de uso nocivo, o usuário normalmente é criticado por outras pessoas por seu hábito, está envolvido em negativas consequências sociais, familiares, laborais e, até mesmo, legais. O fato de um consumidor apresentar um ou mais episódios de intoxicação aguda por álcool não é por si mesmo evidência de dano para codificar como uso nocivo. Por outro lado, o diagnóstico de síndrome de dependência exclui o de uso nocivo.⁷

Por sua vez, a síndrome de dependência de álcool (F10.2) representa um diagnóstico mais grave. Muitas vezes, ocorre após um período de consumo nocivo que acaba por evoluir para dependência.⁷

A Síndrome de Dependência de Álcool (F10.2) tem critérios diagnósticos claros, definidos como a presença de três ou mais dos seguintes em algum momento do ano anterior:

- a) um desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- b) dificuldade em controlar o comportamento de consumo em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessa ou foi reduzido; síndrome de abstinência característica para o álcool ou uso da substância com intuito de aliviar os sintomas;
- d) evidência de tolerância;
- e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso do álcool;
- f) persistência no consumo do álcool, a despeito de evidências claras de consequências manifestamente nocivas, tais como dano hepático ou transtornos do humor.⁷

O DSM-5, na sua seção de transtornos relacionados ao álcool, apresenta nomenclaturas diferentes das encontradas na CID-10 para os diagnósticos

relacionados ao uso do álcool. O Transtorno por Uso de Álcool do DSM-5, de certa maneira, engloba os diagnósticos de uso nocivo e dependência da CID-10.^{7; 8}

O Transtorno por uso de álcool apresenta critérios diagnósticos semelhantes aos apresentados pela CID-10. No entanto, o transtorno por uso de álcool é dividido em categorias, de acordo com o número de sintomas presentes: leve (presença de dois ou três sintomas), moderada (presença de quatro ou cinco sintomas) e grave (presença de seis ou mais sintomas).⁸

O DSM-5 não inclui uma categoria diretamente correlata ao Uso Nocivo da CID-10. Entretanto, pode-se, dependendo dos critérios diagnósticos preenchidos, presumir que os níveis leves, ou até moderados, englobariam estes casos.⁸

Analisando as duas fontes citadas acima, as mais importantes para diagnósticos de transtornos psiquiátricos, já se percebe uma falta de uniformidade de termos para conceituar os diferentes diagnósticos relacionados ao uso de álcool. Na literatura pesquisada, e na vasta literatura mundial sobre o tema, encontram-se diversos termos distintos; muitas vezes, o mesmo termo utilizado em um artigo, é utilizado com significado diferente em outro.

Além disso, quando se utilizam questionários padronizados, como o CAGE ou o AUDIT, para rastreamento de casos, os pontos de corte nos escores dos questionários também podem variar. Por exemplo, pode-se encontrar estudos que usem, no questionário CAGE, o ponto de corte de um para diagnóstico de dependência de álcool, enquanto a maioria dos estudos utilizam o ponto de corte de dois. O AUDIT também é usado com diferentes pontos de corte; às vezes, até dentro do mesmo estudo, pontos de corte diferentes são usados de acordo com o sexo do entrevistado. Alguns estudos, utilizam pontos de corte menores para mulheres ou para pessoas com mais de 65 anos.⁴

A título de exemplo, encontramos na literatura termos como os seguintes: consumo abusivo de álcool, consumo excessivo de álcool, uso nocivo, uso de risco, consumo pesado, dependência de álcool, transtorno induzido por álcool, e muitos outros. Dessa forma, ao analisar a literatura sobre o tema, deve-se estar atento para as definições conceituais de cada termo, já que, infelizmente, não existe um consenso.^{13; 14; 15}

Um dos questionários amplamente utilizado em pesquisas de rastreamento ao redor do mundo é o AUDIT. Este questionário foi elaborado pela OMS com o propósito de identificar não somente casos mais graves relacionados com o uso de

álcool, mas também casos em estágios mais precoces, menos graves, os considerados bebedores de risco e os que fazem uso nocivo. Este questionário é composto por 10 perguntas, que, ao final, podem conduzir a um somatório total de 0 a 40 pontos.⁴

A própria OMS, em guias mais recentes, propôs uma subdivisão dos resultados do questionário AUDIT em quatro zonas (padrões), de acordo com os escores obtidos: zona I (0-7 pontos), sem risco; zona II (8-15 pontos), bebedores de risco; zona III (16-19 pontos), uso nocivo; zona IV (20 ou mais pontos), provável dependência.⁴

Outro questionário amplamente utilizado para rastreamento de problemas relacionados ao uso álcool é o questionário CAGE, composto apenas por quatro perguntas, de aplicação bem mais simples. Geralmente, a presença de duas respostas afirmativas neste questionário é considerada o ponto de corte para diagnóstico de síndrome de dependência de álcool. Diferente do AUDIT, o CAGE não consegue, normalmente, fazer diagnósticos de problemas relacionados ao álcool em estágios mais precoces.^{4; 11}

A literatura mundial apresenta um número bem maior de estudos relacionados ao uso de álcool utilizando amostras de populações urbanas. Estudos, principalmente no Brasil, com populações rurais são raros.^{5; 6}

A grande maioria dos estudos se utiliza de questionários de rastreamento para identificação de seus casos de interesse. Os resultados dos artigos, que serão apresentados a seguir, basearam-se, principalmente, nos questionários já citados CAGE e AUDIT. Optou-se por escolher estudos que utilizaram principalmente estes dois questionários, pois o primeiro, o CAGE, é largamente conhecido e utilizado, e o segundo, o AUDIT, também bastante utilizado, será o instrumento empregado no trabalho de campo deste estudo. No APÊNDICE 1 encontram-se os resumos dos artigos apresentados nesta revisão.

2.1 Prevalência de Transtornos Relacionados ao Uso de Bebidas Alcoólicas

A OMS, em relatório publicado em 2014, apresenta dados do Brasil referentes ao ano de 2010. Foi estimada uma prevalência de transtornos relacionados ao álcool, em indivíduos com quinze anos ou mais, de 5,6% e uma prevalência de dependência de álcool de 2,8%.³

Ainda, no mesmo relatório, a OMS estimou uma prevalência de consumo pesado de álcool, nos trinta dias anteriores à entrevista, de 22,1%, sendo este percentual ainda mais alto em homens, 29,9%. Também foi encontrada uma prevalência de abstêmios de 42,3%.³

Kumar et al, em 2013, realizaram um estudo transversal, de base populacional, na zona rural de Tamil Nadu, Índia. Selecionaram uma amostra de 946 indivíduos, os quais responderam ao questionário AUDIT. Encontraram uma prevalência geral, com ponto de corte >7, de 9,4%, sendo 16,8% em homens e apenas 1,3% em mulheres. Destes, 33,7% preenchiam critérios para provável dependência, ou seja, 20 ou mais pontos.¹⁶

Giang et al, realizaram em 2008 um estudo transversal em um distrito rural do Vietnã. Para consumo problemático de álcool consideraram, no questionário AUDIT, os pontos de corte >7 para homens e >5 para mulheres. Encontraram uma prevalência de 25,5% e 0,7% respectivamente.¹⁷

O segundo levantamento nacional de álcool e drogas, publicado no ano de 2012 – LENAD-II - , incluiu também a população rural. Não há dados, até o momento, discriminando o consumo de álcool nas populações rurais e urbanas. Neste levantamento foi encontrada uma prevalência de 6,8% de dependência e de 50% de prevalência geral de consumo, sendo 62% em homens e 38% em mulheres. Em relação à regularidade do consumo, 53% relataram consumir bebidas alcoólicas mais de uma vez por semana. Outro dado importante encontrado foi a alta prevalência, 59%, de consumo em *binge* (quatro doses para mulheres e cinco doses para homens em um intervalo de duas horas).⁵

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, pesquisou, dentro da seção de hábitos de vida, o consumo de bebidas alcoólicas. Não foi utilizado na descrição dos resultados, nomes de diagnósticos adotados pelos dois principais manuais, a CID-10 e o DSM-5. Entretanto, esta pesquisa levou em conta toda a população nacional, inclusive populações rurais, que carecem de estudos, principalmente no que diz respeito ao consumo de álcool.⁶

A PNS demonstrou que, em média, há menor consumo de bebidas alcoólicas na zona rural do Brasil. Em indivíduos com 18 ou mais anos, 26,5% relataram consumir álcool no mínimo uma vez por mês, contra 20,3% da zona rural. Em relação ao consumo de álcool uma vez ou mais por semana, a prevalência na

população urbana também foi maior do que na população rural, 24,9% e 17,9%, respectivamente.⁶

Os dados que mais podem aproximar-se de um consumo mais grave de álcool, dizem respeito ao consumo abusivo em quatro ou mais dias nos últimos 30 dias. Na amostra, com indivíduos com 18 anos ou mais, foi encontrada uma prevalência de 6,2% na zona urbana e de 4,2% na zona rural.⁶

A idade média de iniciação de consumo foi similar entre as populações, urbana e rural, em torno dos 18 anos de idade. Houve uma tendência de início mais precoce no sexo masculino.⁶

Mendoza-Sassi e Béria realizaram estudo transversal de base populacional na cidade de Rio Grande, RS, sul do Brasil, publicado no ano de 2003. Pesquisaram a prevalência de transtornos relacionado ao uso de álcool, utilizando o questionário AUDIT com ponto de corte >7, e fatores associados em uma amostra representativa da população, composta por 1260 pessoas com quinze anos ou mais. Os autores encontraram uma prevalência geral de 7,9%, com prevalência de 14,5% em homens e 2,4% em mulheres. Além disso, encontraram uma prevalência de consumo em qualquer momento da vida de 43%, sendo 56,8% em homens e 31,2% em mulheres.¹⁸

Também na cidade de Rio Grande, RS, no ano de 2004, Primo et al realizaram estudo transversal de base populacional. A amostra foi composta por 1044 indivíduos com idades de 12 a 75 anos. Para definir abuso de álcool, considerou-se o consumo de 30 gramas ou mais diárias para homens; para mulheres, 24 gramas ou mais. Para definir dependência, considerou-se duas ou mais respostas positivas no CAGE. Foi encontrada uma prevalência de abuso de álcool de 5,5% e de 2,5% de dependência de álcool.¹⁴

Em 2004, estudo transversal também de base populacional foi realizado na cidade de Pelotas, R.S. Obteve-se uma amostra da zona urbana, composta por 2177 indivíduos com idades entre 20 e 69 anos. O critério para consumidores abusivos de álcool foi definido como um consumo de 30 gramas ou mais de álcool puro diariamente, o que equivale a três doses padrão, como, por exemplo, três latas de cerveja. Encontrou-se uma prevalência geral de 14,3%, sendo 29,2% em homens e 3,7% em mulheres.¹³

Barros et al, no ano de 2007, aplicaram o questionário AUDIT em amostra composta por 515 indivíduos residentes em zona urbana da cidade de Campinas,

SP. Consideraram, como a maioria dos estudos, o ponto de corte >7, classificando os casos como abuso/dependência de álcool. Foi encontrada prevalência geral de 8,4%, sendo de 13,1% em homens e 4,1% em mulheres.¹⁹

No ano de 2009, em estudo transversal realizado na cidade de Bebedouro, SP, foi selecionada amostra de indivíduos que procuraram atendimento em serviço de saúde primário. Foi utilizado o questionário AUDIT, com ponto de corte igual ou maior do que 20, como classificação de dependência de álcool. Encontrou-se uma prevalência de 9,8%.²⁰

Laranjeira et al, em 2010, no estudo Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos, selecionaram uma amostra de 2346 indivíduos, obtida a partir de toda a população brasileira. Aplicaram o questionário HABLAS para rastreamento. Desta amostra, 3% preencheram critério para uso abusivo e 9% para dependência.²¹

Freitas et al, em 2011, realizaram estudo de base populacional em região urbana de Ribeirão Preto, S.P, com indivíduos com idade igual ou maior a 30 anos. Utilizaram o questionário AUDIT da seguinte maneira: 0-7 pontos, ausência de dependência; 8 a 40 pontos, algum grau de dependência. Dessa maneira, encontraram uma prevalência de dependência, ou seja, AUDIT igual ou maior a 8, de 20,2%, sendo 43,5% em homens e 10,2% em mulheres.²²

Em 2012, em estudo transversal de base populacional, realizado no sul do Brasil, na cidade de Florianópolis, por Reisdorfer et al, foi encontrada uma prevalência geral de consumo problemático de álcool, AUDIT com pontuação >7, de 18,4%. Em homens a prevalência encontrada foi de 29,9%, e em mulheres de 9,3%.¹⁵

Em estudo realizado em zona urbana de um município baiano no ano de 2013, Ferreira et al, utilizando o questionário AUDIT com ponto de corte >7 encontraram uma prevalência de uso abusivo de álcool de 18,5%, sendo 34,9% em homens e 7,9% em mulheres. No mesmo estudo, optaram por também utilizar o questionário CAGE, considerando como dependência alcoólica os casos com dois ou mais pontos. Encontraram uma prevalência de dependência de 10,4%, sendo 17% em homens e 6,1% em mulheres.²³

No ano de 2014, Brittes et al realizaram estudo transversal para avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores de um serviço público na cidade do Rio de Janeiro. Utilizaram o questionário AUDIT com ponto de corte >7. Aqueles que tiveram escores maiores ou iguais a 7 foram considerados como

tendo algum consumo de risco. A prevalência encontrada foi de 12,7%. Destes, 65,9% eram homens e 34,1% eram mulheres.²⁴

2.2 Fatores Associados ao Consumo Alcoólico de Risco

Diversos fatores estão associados ao consumo de álcool, bem como ao padrão de consumo, podendo atuar como risco ou proteção. Entre os grupos de fatores mais importantes associados ao consumo de álcool estão os seguintes: demográficos, socioeconômicos, comportamentais, relacionados à saúde mental e física, ambientais e genéticos.

Giang et al realizaram estudo em distrito rural do Vietnã no ano de 2008, com intuito de avaliar o consumo de álcool e os problemas relacionados em diferentes grupos sócio-demográficos. Encontraram uma prevalência mais alta entre homens, porém pouca diferença entre os grupos sociodemográficos estudados. Apesar disso, mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas e com maior nível de escolaridade, apresentaram maior risco para problemas relacionados ao consumo de álcool do que as casadas e com menor nível educacional.¹⁷

Em outro estudo transversal, realizado em 2013 na área rural de Cumanayagua, Cuba, Hidalgo Pereira et al pesquisaram a presença de alcoolismo e fatores de risco apenas em indivíduos do sexo masculino, maiores de quinze anos, já com diagnóstico de dependência de álcool, realizado pelo questionário CAGE e por entrevista baseada na CID-10. Como resultados deste estudo, cita-se que a maioria havia desenvolvido dependência de álcool após os trinta e cinco anos de idade; mais de um terço não tinha consciência da sua condição ou crítica de sua doença; a maioria apresentava problemas familiares, sociais e judiciais.²⁵

Merikangas et al, em estudo publicado em 1998, intitulado *“Familial Transmission of Substance Use Disorders”*, encontraram um risco duas vezes maior de transtornos relacionados ao uso de álcool em familiares de primeiro grau de indivíduos com este mesmo problema em comparação com familiares de um grupo controle. Além disso, demonstraram um maior risco de dependência de nicotina em familiares de primeiro grau de indivíduos alcoolistas.²⁶

A OMS, no relatório publicado em 2014, no qual, entre outros, cita o estudo acima, afirma que uma história familiar de transtornos relacionados ao álcool é considerada um grande fator de risco para o desenvolvimento destes transtornos, tanto por razões genéticas como por razões ambientais.³

Kumar et al, em estudo realizado no ano de 2013 em zona rural da Índia, encontraram como fatores associados positivamente ao consumo de álcool: idade, entre 15-44 anos (OR=3,56), sexo masculino (OR=11,23), analfabetismo (OR=6,16), baixos níveis educacionais (OR=2,57) e tabagismo (OR=17,78).¹⁶

Em estudo realizado por Mendoza-Sassi e Béria na cidade de Rio Grande, RS, publicado no ano de 2003, os seguintes fatores tiveram associação positiva, estatisticamente significativa, com o diagnóstico de transtornos relacionados ao consumo de álcool: sexo masculino (RP= 6,9; IC=3,6-13,2); classe social E (RP= 2,36; IC=1,1-5,2); tabagismo, (RP= 3,3; IC=1,9-5,6); e presença de transtornos psiquiátricos menores (RP= 2,5; IC=1,4-4,6). Além disso, os testes de tendência para classe social e tabagismo foram estatisticamente significativos ($P < 0,001$) com maiores prevalências entre as classes sociais mais baixas e entre ex-fumantes e fumantes.¹⁸

Também em Rio Grande, RS, no ano de 2004, Primo et al, em estudo de base populacional, encontraram associação positiva entre alcoolismo e sexo masculino (OR=6,3; IC=2,8-14,0); classe social E (OR=5,4; IC=1,3-22,0) e tabagismo (OR=5,4) e condição atual de ex-tabagista (OR=3,4), com P-valor $< 0,001$.¹⁴

Estudo de base populacional realizado por Costa et al, no ano de 2004, com população urbana do município de Pelotas, R.S, encontrou associação positiva entre consumo abusivo de álcool e os seguintes fatores, após análise ajustada: sexo masculino (OR=10,1; IC=7,1-14,3), idades entre 30 e 39 anos (OR=1,6; IC=1,1-2,4), idades entre 60 e 69 anos (OR=2,3; IC=1,46-3,7); cor da pele preta ou parda (OR=1,9; IC=1,4-2,7), nível social E (ANEP) (OR=2,8; IC=1,3-6,2); presença de doença crônica (OR=1,6; IC=1,1-2,2) e tabagismo, com fumantes pesados apresentando maior OR (OR=4,6; IC=3,04-7,0).¹³

Barros et al, em estudo realizado em 2007 na cidade de Campinas, S.P, com residentes de região urbana, encontraram os seguintes fatores associados positivamente ao consumo abusivo de álcool (AUDIT ≥ 20): idade, de 14-39 anos com maior risco; renda > 2500 US\$ (P-valor $<0,001$); educação, menos do que 12 anos de estudo, comparados com 12 anos ou mais (OR=13,42; IC=3,0-61,0); uso de drogas ilícitas durante a vida (OR=4,47; IC=1,8-10,1). A religião evangélica teve associação inversa com o consumo abusivo de álcool, sendo, portanto, um fator de proteção, com significância estatística.¹⁹

Em Bebedouro, S.P., estudo realizado em serviços de atenção primária por Vargas et al, encontrou-se associação positiva entre dependência alcoólica e os seguintes fatores: sexo masculino e escolaridade, maiores razões de Odds em indivíduos com ensino médio e superior em comparação com os da categoria de referência, ensino fundamental ($P<0,001$).²⁰

Em estudo realizado no ano de 2011 em região urbana de Ribeirão Preto, S.P, Freitas et al encontraram os seguintes fatores associados, de forma positiva, à dependência de álcool: sexo masculino ($RP=3,3$; $IC=2,5-4,5$); idade, entre 30-39 anos ($RP=2,5$; $IC=1,5-4,0$); nível educacional, de 4-7 anos ($RP=1,3$; $IC=1,1-1,7$); estado marital sem companheiro ($RP=1,5$; $IC=1,2-1,8$); condição de trabalho positiva ($RP=1,4$); hábito de fumar, com maiores riscos em ex-fumantes ($RP=1,9$) e fumantes ($RP=2,8$), teste de tendência linear com $P<0,001$; estado de saúde, regular/ruim/péssimo ($RP=1,3$; $IC=1,1-1,7$). Ao contrário das acima, a religião protestante teve associação inversa com a dependência de álcool ($RP=0,37$; $IC=0,21-0,64$).²²

Em 2012, estudo realizado na cidade de Florianópolis, S.C., Reisdorfer et al encontraram associação positiva entre transtornos relacionados ao uso de álcool, medido pelo questionário AUDIT, e os seguintes fatores: sexo masculino ($RP=3,2$; $IC=2,4-4,2$); idade(20-29) ($RP=2,1$; $IC=1,1-2,1$); estado civil solteiro ($RP=2,03$; $IC=1,3-2,0$) e tabagismo, com maiores riscos entre os fumantes mais pesados ($P<0,001$).¹⁵

Ferreira et al, em estudo realizado na Bahia, encontraram associação positiva, estatisticamente significativa, após análise ajustada entre o uso abusivo de álcool e sexo masculino ($OR=5,56$), indivíduos jovens, de 14 a 29 anos, ($OR=5,41$). Diferente das acima, foi encontrada associação inversa, de proteção, com prática de religião evangélica ($p=0,002$).²³

No estudo de Brittes et al, publicado em 2014, com trabalhadores de serviço público na cidade do Rio de Janeiro, foram encontradas associações positivas, estatisticamente significativas, com sexo masculino e menor nível de escolaridade, até ensino médio completo. ($P<0,01$)²⁷

3. Marco Teórico

Há a possibilidade de entender a relação do ser humano com o consumo de bebidas alcoólicas sob a forma de um *continuum*. Em um extremo, encontram-se os abstêmios, que em levantamento nacional feito em 2012, eram cerca de 50% da população brasileira; no extremo oposto, estão os alcoolistas ou dependentes de álcool. No meio deste *continuum* encontra-se um grande número de pessoas que consomem álcool das mais diversas maneiras.^{5; 28}

Para fins deste texto, salienta-se o consumo de risco, aquele que ultrapassa valores máximos de consumo, convencionados por diferentes órgãos de saúde, e o uso nocivo, aquele que já causa danos evidentes aos que consomem bebidas alcoólicas. Entre estas duas últimas categorias, há em comum a possibilidade real de evoluírem para níveis mais avançados de gravidade, até alcançar o extremo mais grave.⁷

Mesmo havendo a possibilidade de evolução para padrões mais graves de consumo, a grande maioria daqueles que usam bebidas alcoólicas consegue fazer um uso “controlado”. Apesar disso, não há consenso sobre níveis seguros de consumo de álcool. Há, por outro lado, evidências de que o consumo de pequenas quantidades diárias de álcool seja um fator de proteção contra doenças cardiovasculares.^{3; 24}

Os transtornos relacionados ao álcool, como os demais transtornos psiquiátricos, não têm uma origem etiológica uni causal. Os transtornos psiquiátricos são entendidos como o resultado da ação de diversos fatores, isto é, transtornos de origem multicausal.^{8; 29}

O alcoolismo ou dependência de álcool, que serão tratados ao longo deste trabalho como sinônimos, é fruto, em uma análise mais ampla, de uma interação entre ambiente e genética. Entretanto, ainda não há evidências suficientes que consigam apontar algum deles como fator causal principal.²⁹

No primeiro nível deste modelo teórico, encontram-se as variáveis sexo e idade. Variáveis que, da maneira conceitual como pensamos este processo etiológico, precedem os transtornos relacionados ao uso de álcool.

Ainda neste primeiro nível encontram-se o ambiente rural e a carga genética dos indivíduos em permanente interação. Ou seja, o ambiente no qual vive o indivíduo, considerado em toda a sua gama de particularidades, pode interferir sobre a constituição genética do indivíduo, podendo, até mesmo, alterar características fenotípicas e comportamentais deste. Por outro lado, a genética individual, principalmente a relacionada às características comportamentais e cognitivas, pode levar a mudanças do ambiente, sejam elas positivas ou negativas.^{26; 29}

Neste modelo teórico, optou-se por posicionar fatores ambientais e genéticos no primeiro nível hierárquico, principalmente por entender que sejam fatores que agem muito precocemente no desfecho estudado. Como variáveis que pudessem refletir estes fatores acima, de maneira indireta, se inclui as variáveis história familiar de problemas com álcool e cor da pele.

O ambiente rural, que será objeto de estudo desta pesquisa, difere dos ambientes urbanos. De maneira geral, o ambiente rural tem pior acesso à educação, serviços de saúde e informação. Estes três componentes, que estão melhor caracterizados no segundo nível hierárquico deste modelo, são indissociáveis do ambiente. Um ambiente com pior acesso a estes componentes pode ser um fator de risco para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Pode ser um elemento importante na cadeia de eventos que leva um indivíduo a tornar-se um dependente de álcool.

Os fatores genéticos, apesar de esquematicamente estarem colocados no topo do modelo hierárquico, assim como o ambiente, permeiam todos os demais níveis. Há evidências de que indivíduos que tenham familiares com problemas relacionados ao álcool, têm um risco mais elevado de também desenvolverem estes problemas.²⁶

Descendo um pouco na cadeia hierárquica, no segundo nível, é importante salientar o ambiente social e cultural em que a população brasileira, de maneira geral, está inserida. Este ambiente inegavelmente é extremamente permissivo ao consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, fomenta-o de diversas maneiras. Provavelmente os maiores incentivos ao consumo de álcool venham através de enormes campanhas publicitárias, veiculadas em meios de comunicação de massa. O álcool, nestas campanhas, frequentemente aparece associado a “mulheres bonitas”, jovens felizes e saudáveis, festas, diversão, etc. Cenário muito parecido com o que havia com a publicidade de cigarros anos atrás.^{30; 31}

Além disso, o álcool no Brasil é uma substância lícita, acessível, em teoria, a qualquer indivíduo maior de 18 anos. Na prática, o acesso a bebidas alcoólicas é obtido facilmente por crianças e adolescentes, sem que haja uma restrição e fiscalização efetivas.²⁸

Neste cenário de grande incentivo ao consumo, tolerância legal, frágil fiscalização e acesso fácil a diversos tipos de bebidas alcoólicas, é previsível que o consumo de bebidas que contenham álcool e os problemas relacionados a ele sejam enormes. É exatamente neste ponto em que se encontra a sociedade brasileira e, por conseguinte, o ambiente rural desta sociedade.

Neste contexto, tenta-se compreender o papel da família na origem destes transtornos relacionados ao álcool, seja ele protetor ou promotor. A família está inserida neste ambiente atual, descrito acima, em que as bebidas alcoólicas são onipresentes. Famílias estruturadas, saudáveis e sem histórico de problemas relacionados ao álcool agem como um fator de proteção aos seus membros. No sentido oposto, famílias desestruturadas, nas quais, algumas vezes, haja um membro dependente de álcool, ou uma história familiar positiva para este problema, agem como importante fator contribuinte nesta cadeia causal.²⁸

Ainda neste mesmo nível hierárquico, influenciando e sendo influenciado pelo ambiente cultural e familiar, estão as condições socioeconômicas e demográficas. Este grande grupo de características pode ser desmembrado, por exemplo, em escolaridade e estado civil, sendo a baixa escolaridade geralmente um fator de risco para problemas relacionados ao álcool, e estado civil casado ou amasiado como fator de proteção.¹⁵

De forma um tanto resumida, teríamos o seguinte cenário concernente aos elementos socioeconômicos e demográficos, que estão no segundo nível hierárquico do modelo, interagindo com os ambientes familiar, social e cultural: indivíduos do sexo masculino são mais vulneráveis a transtornos relacionados ao álcool; aqueles que possuem relacionamentos estáveis apresentam menores taxas de consumo abusivo de álcool; a prática de religião evangélica é, geralmente, um fator de proteção. Quanto a escolaridade, há divergência entre os estudos; entretanto, a maioria apresenta dados que demonstram maiores prevalências de consumo, principalmente de padrões mais graves de consumo nos grupos com menor escolaridade. Quanto a renda individual, parece haver maior prevalência de problemas em pessoas com menor renda.^{13; 15; 23}

No terceiro nível deste modelo, encontram-se a predisposição individual, que engloba a resiliência, a saúde mental e a exposição a bebidas alcoólicas, sendo esta mais prejudicial, quanto mais precoce ocorrer. Aqui, os elementos hierárquicos parecem confundir-se e sobrepor-se. De certa maneira, não há como evitar que isto de fato aconteça, pois, a cadeia causal deste tipo de doença, como de tantas outras, é complexa e imbricada.

A ideia, ao longo deste modelo teórico, é tentar montar uma linha que parta, hipoteticamente, do ambiente rural e do indivíduo abstêmio que nele vive, com sua carga genética, até chegar ao quarto nível hierárquico. Nele, estarão em um polo os abstêmios, e no outro os dependentes de álcool.

Sabe-se que quanto mais precocemente o indivíduo for exposto a bebidas alcoólicas, maior é a probabilidade de que venha a tornar-se um bebedor problemático no futuro. Além disso, quanto maior a oferta de bebidas alcoólicas, mesmo que não em estágios precoces da vida, maiores também serão as probabilidades de que um indivíduo tenha problemas com o álcool.^{5; 21; 28}

Neste mesmo nível hierárquico estão a saúde mental e a predisposição individual. Estes podem atuar como fatores de risco ou proteção. Podem interferir na resiliência do indivíduo, que, de maneira simplificada seria a capacidade de alcançar objetivos, vencer obstáculos, mesmo enfrentando situações sociais, econômicas e familiares adversas.

Neste ponto do caminho, o indivíduo que iniciou a trajetória em um ambiente rural, pode ter atravessado diversos tipos de cenários ao longo dos níveis hierárquicos. Para fins deste tema, o desenvolvimento de problemas relacionados ao consumo de álcool, vamos supor um cenário hipotético, desfavorável: um indivíduo de baixa renda e escolaridade; solteiro; não religioso. Oriundo de família pobre, desestruturada e com forte histórico familiar de alcoolismo. Pertencente a sociedade moderna, permissível e incentivadora ao consumo de álcool. Se a isto forem somadas a exposição precoce ao álcool, a exposição permanente às possibilidades de consumo, uma baixa resiliência e a comorbidade com outro transtorno mental, temos o caminho ideal para conduzir o indivíduo ao polo mais grave do quarto nível hierárquico, a dependência de álcool.

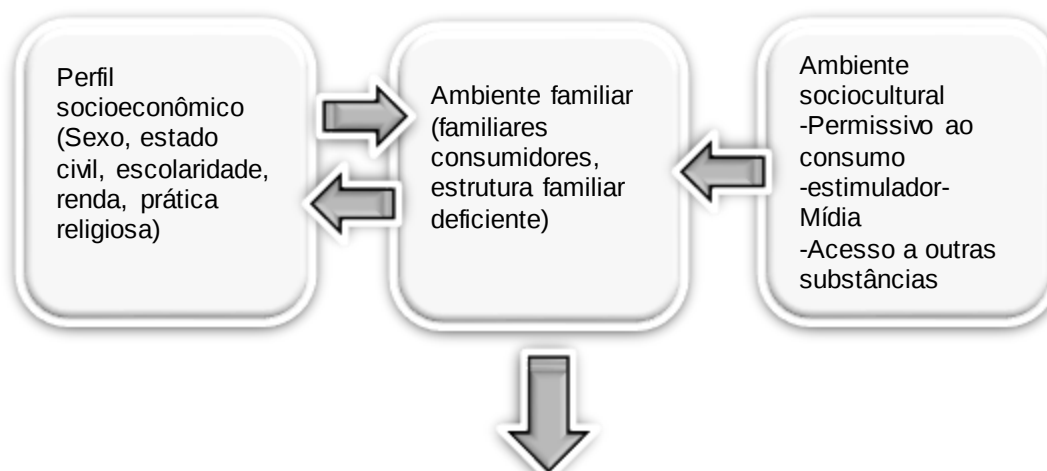
Por fim, chega-se ao quarto nível hierárquico: o *continuum* que parte, em nosso modelo, de indivíduos abstêmios em um polo, até indivíduos alcoolistas no outro polo. Normalmente, o caminho percorrido por aqueles que tornar-se-ão

indivíduos alcoolistas segue do consumo eventual, para o consumo de risco, passando pelo consumo nocivo até chegar à dependência.

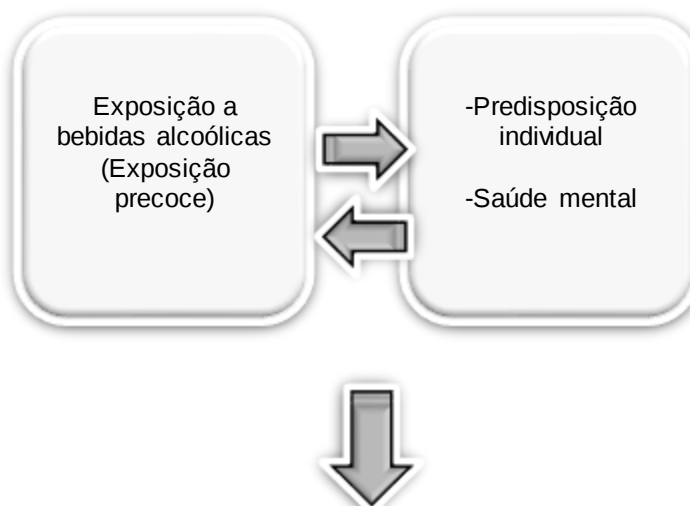
3.1 Modelo Teórico



Nível 2



Nível 3



Nível 4



4. Justificativa

O consumo de bebidas alcoólicas é um hábito presente há séculos na história da humanidade. Consumido com propósitos diversos ao longo do tempo, os problemas oriundos deste consumo, mais especificamente a dependência de álcool, foram entendidos, predominantemente até o final do século XVIII, a partir de um ponto de vista moral, considerado pela igreja como um pecado passível de arrependimento e “cura” através de penitências. Mais claramente, a partir do fim século XIX e início do século XX, a dependência de álcool passou a ser entendida, de forma mais racional, como uma enfermidade, a qual necessitava de tratamento com base na ciência.¹

Este consumo, tão frequente atualmente, com prevalência que pode chegar a 50% de consumidores nos últimos doze meses, e prevalência de consumo durante a vida que pode aproximar-se dos 75%, pode dar origem a diversos tipos de transtornos. Entre eles, encontram-se o uso nocivo e a dependência de álcool, que são os de maior importância para este estudo.⁵

As prevalências de dependência de álcool diferem de acordo com as populações estudadas. Países, culturas, religiões, métodos diagnósticos diferentes, entre outros, acabam por fornecer dados de prevalência, por vezes, muito distintos.^{3;8}

Nos Estados Unidos, estima-se que a prevalência geral seja de 8,5% em adultos a partir dos 18 anos de idade, com importantes diferenças entre gêneros e faixas etárias.⁸

A OMS, no ano de 2010, encontrou uma prevalência de 5,6% de transtornos relacionados ao álcool no Brasil, os quais incluem uso nocivo e síndrome de dependência. Além disso, demonstrou que neste mesmo ano, 22,1% da população brasileira havia apresentado, nos últimos trinta dias, pelo menos um episódio de consumo pesado, ou *binge drinking*.³

No Brasil, dados do II LENAD, apontaram uma prevalência de dependência de 6,8% e prevalência geral de consumidores de 50%. A PNS, publicada em 2013, demonstrou que 24% da população brasileira, com dezoito anos ou mais, referiu consumir bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana.^{5; 6}

A intoxicação aguda, o uso nocivo e, principalmente, a dependência de álcool constituem problemas de saúde pública. Os efeitos tóxicos causados pelo uso do álcool, especialmente pelo uso crônico, são fatores de risco para diversos tipos de doenças, como cirrose e alguns tipos de câncer. Além disso, as consequências advindas do consumo exagerado de bebidas alcoólicas são de grande impacto para a sociedade como um todo. Há forte associação entre o consumo de álcool e violência, acidentes, consumo de outras substâncias lícitas e ilícitas, etc. Além disso, em termos de saúde pública, os custos financeiros decorrentes do consumo exagerado de álcool são enormes para o estado.³

Pelos dados apresentados pela literatura até o momento, constata-se altas prevalências de consumo de álcool, bem como de dependência, principalmente em populações urbanas. Além disso, percebe-se o grande custo financeiro e humano que estes problemas representam para a sociedade. No entanto, há ainda uma lacuna de conhecimento acerca deste problema em populações rurais, que por sua própria posição geográfica, afastada dos grandes centros, muitas vezes de meios de informação e, mais importante, de serviços de saúde que poderiam agir sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool, ao realizar prevenção em diversos níveis e tratamento de indivíduos doentes.

5. Objetivos

5.1 Gerais

- Estudar o padrão de consumo de álcool entre pessoas com 18 anos ou mais residentes na zona rural do município de Pelotas- RS.

5.2 Específicos

- Estimar a prevalência de uso de risco, uso nocivo e provável dependência de álcool na zona rural do município de Pelotas – RS.

- Avaliar fatores associados aos transtornos relacionados ao uso de álcool, tais como: gênero, idade, estado civil, religião, história familiar, ocupação, renda, escolaridade, tabagismo e sintomas depressivos.

6. Hipóteses

- Será encontrada uma prevalência maior de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT>7) na zona rural de Pelotas em comparação com as encontradas em estudos prévios em populações urbanas.

- Será encontrada prevalência maior de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT>7) na população rural de Pelotas do que as encontradas nos grandes estudos nacionais que incluíram as zonas urbana e rural do país.

- Os transtornos relacionados ao uso de álcool estarão associados diretamente com sexo masculino, faixa etária de 18 a 40 anos, menor nível de escolaridade e renda, estado civil (solteiros, divorciados, viúvos), tabagismo, presença de sintomas depressivos e história familiar positiva para alcoolismo.

- Os transtornos relacionados ao uso de álcool serão menores em indivíduos que professem ser adeptos a religião evangélica. Além disso, a prática religiosa, de forma independente do tipo de religião, também será fator de proteção.

- A prevalência de alcoolismo será mais alta em indivíduos cujas atividades principais de trabalho estejam relacionadas à pesca.

7. Metodologia

7.1 Delineamento

Neste estudo será utilizado o delineamento do tipo transversal na população rural do município de Pelotas, RS.

7.2 Justificativa do Delineamento

Os estudos transversais são adequados para descrever as condições de saúde e doença de populações. Permitem a coleta de informações sobre o objeto em estudo bem como os possíveis fatores relacionados a ele no mesmo momento. Dessa forma, são, em geral, realizados em um período de tempo mais curto e demandam menores custos para sua execução, quando comparados com outros delineamentos.

Como os objetivos do estudo são descrever o padrão de consumo de bebidas alcoólicas na população estudada, a prevalência dos diferentes níveis de gravidade deste consumo e os fatores relacionados a eles, entende-se que um estudo do tipo transversal será adequado para alcançar os objetivos propostos.

Além dos objetivos acima, pretende-se também analisar os resultados obtidos em busca de possíveis associações entre fatores de exposição e diferentes tipos de consumo. Desta maneira, é importante ressaltar que o delineamento escolhido possibilita este tipo de análise, porém não permite que inferências causais sejam feitas, pela maneira com que os dados são coletados, devendo-se ficar atento para a possibilidade de ocorrência de causalidade reversa.

7.3 População Alvo

Indivíduos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, com idade igual ou superior a 18 anos.

7.4 Critérios de Inclusão

Residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, com idade igual ou superior a 18 anos.

7.5 Critérios de Exclusão

- Pessoas com deficiência mental e/ou transtorno mental grave que não tenham a capacidade de fornecer informações confiáveis, e que não tenham um cuidador ou responsável capaz de responder adequadamente ao questionário.

- Pessoas que estejam institucionalizadas durante todo o período de pesquisa de campo.

- Pessoas que estejam residindo na zona rural do município de Pelotas há menos de um ano, cujos locais anteriores de domicílio tenham sido sempre em zonas urbanas.

7.6 Definição Operacional das Variáveis

7.6.1 Definição Operacional da Variável Dependente (Desfecho)

O desfecho deste estudo será pesquisado através do questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (ANEXO 1). Serão considerados positivos, usuários de álcool com consumo de risco, aqueles indivíduos que tiverem uma pontuação maior ou igual a oito.

O questionário AUDIT será também utilizado para definir desfechos secundários, como usuários de risco, de 8 a 15 pontos; usuários nocivos de álcool, de 16 a 19 pontos; e possíveis dependentes, aqueles com 20 ou mais pontos.

Quadro 1: Definição Operacional do Desfecho:

Variável	Definição	Tipo
Consumo de Bebidas Alcoólicas	Consumo de Bebidas Alcoólicas medido pelo questionário AUDIT. Escore > 7 – Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool Escore 8 a 15 = Uso de Risco Escore de 16 a 19 = Uso Nocivo Escore de 20 ou mais = Provável Dependência	Categórica Ordinal.

7.6.2 Definição Operacional das Variáveis Independentes

Quadro 2: Variáveis independentes

Variável	Definição	Tipo
Variáveis Demográficas e Socioeconômicas		
Sexo	Masculino / Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Idade em anos completos	Numérica Discreta
Cor da Pele	Cor da pele autorreferida	Categórica Nominal
Escolaridade	Anos completos	Numérica Discreta
Estado Civil	Solteiro / Casado – Morando Junto / Divorciado – Separado / Viúvo	Categórica Nominal
Nível Econômico	ABEP (A/B/C/D/E)	Categórica Ordinal
Religião	Católica / Evangélica / Espírita / Afro-brasileiras / Outras / Sem Religião / Não sabe	Categórica Nominal
Variáveis Comportamentais e Relacionadas à Saúde		
Depressão	Sim / Não	Categórica Dicotômica
Tabagismo	Nunca fumou / Ex-fumante / Fumante	Categórica Ordinal
História Familiar de Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool	Sim / Não	Categórica Dicotômica
Idade em que experimentou bebidas alcoólicas	< 18 anos ≥ 18 anos	Categórica Dicotômica

7.7 Tamanho de Amostra:

Quadro 3: Cálculo de Tamanho de Amostra de acordo com Prevalência de Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT $\geq$ 8)

Prevalência Antecipada	Erro Aceitável / Limite de Confiança	Efeito de Delineamento	Intervalo de Confiança (%)	Tamanho de Amostra (10% para perdas e recusas)
10%	1	2	95	7.580
10%	2	2	95	1.901
10%	3	2	95	845
15%	1	2	95	10.723
15%	2	2	95	2.691
15%	3	2	95	1.197
20%	1	2	95	13.440
20%	2	2	95	3.376
20%	3	2	95	1502

Quadro 4: Cálculo de Tamanho de Amostra para Fatores Associados ao Desfecho (AUDIT > 7):

Variável	Nível de Significância	Poder	Razão Expostos/Não Expostos	Prevalência em Não Expostos	Risco Relativo Odds Ratio	Total (10% para perdas e recusas)	Total (10% para perdas e recusas + 15% para fatores de confusão)
Sexo (Masculino)	95	80	1.32	3.8	9.53	97	112
Idade (Anos completos)	95	80	2.29	11.9	1.81	937	1078
Escolaridade (0 anos)	95	80	3.8	7	2.21	690	794
Cor da Pele (Preta/Parda)	95	80	4.9	12.6	1.76	1460	1679
Nível Social (ANEP Classe E)	95	80	1.23	13.8	2.59	270	311
Estado Civil Solteiro	95	80	2.07	13.9	RP 2.02	357	411
Tabagismo (Fumante Pesado)	95	80	3.36	6.2	RP 6.13	142	164
Religião (Evangélica)	95	80	0.3	33	RP 0.37	204	235
História Familiar de Uso Abusivo de Alcool ²⁶	95	80	1.6	13.9	2	351	404

7.8 Amostragem

O processo de amostragem será realizado em múltiplos estágios, cujas particularidades de cada estágio serão definidas posteriormente em oficina de amostragem.

7.9 Instrumentos

O estudo faz parte de um consórcio de pesquisa integrado por mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. A partir dos dados coletados neste consórcio, cada mestrando desenvolverá seu

tema de pesquisa. Estes dados serão coletados através de aplicação de questionário único, composto por questões socioeconômicas, demográficas e comportamentais, de uso comum de todos os mestrandos.

Além disso, será utilizado o questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Anexo2) que é de interesse principal deste estudo. Também serão utilizadas questões acerca de fatores relacionados ao consumo de álcool, demonstrados em diversos estudos, como, por exemplo, história familiar de transtornos relacionados ao uso de álcool, religião e prática religiosa, ocupação e idade em que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas. (ANEXO 2)⁹

O AUDIT foi desenvolvido pela OMS com o propósito de ser um método simples para rastreamento de consumo excessivo de álcool, e uma ferramenta para avaliação breve, que possibilitasse intervir nos consumidores de risco, ajudando-os à cessação ou à redução do consumo. A primeira edição do manual para uso do AUDIT foi publicada em 1989, e atualizada no ano de 1992. Em 2001, foi publicada a segunda edição, que será utilizada como um dos pilares teóricos deste trabalho.⁴

Inicialmente criado para ser usado em serviços de atenção primária de saúde, o AUDIT, desde sua publicação, passou a ser utilizado nos mais diversos contextos, como em estudos epidemiológicos populacionais, e traduzido e validado em diversas línguas e países.⁴

O AUDIT é um questionário composto por 10 perguntas; em sua maioria, apresentam cinco opções de resposta, de 0 a 4, que ao final, podem gerar um somatório de 0 a 40 pontos. O AUDIT pode ser utilizado como um questionário autoaplicável ou aplicado por entrevistador treinado. O ponto de corte sugerido pela OMS para detectar algum tipo de problema relacionado ao álcool é o escore igual ou superior a 8.⁴

Há a possibilidade, sugerida pela OMS em seu último guia, de subdividir os escores acima de 8 da seguinte maneira: 8 a 15 - usuários de risco; 16 a 19 – usuários nocivos; 20 ou mais – provável dependência.⁴

Os usuários de risco constituem um grupo que apresenta um padrão de consumo que aumenta o risco de consequências danosas para si ou para outrem. O padrão de consumo de risco é de grande importância para a saúde pública, apesar de que em alguns casos não haja dano ao indivíduo.⁷

Os que fazem consumo nocivo apresentam necessariamente algum tipo de dano físico ou mental. Muitos também consideram os aspectos sociais como possível terreno para danos.⁷

A síndrome de dependência é um grupo de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem desenvolver-se após consumo longo e repetido de álcool. Apresenta diversas características, como uma grande compulsão para o consumo, dificuldade de controlar o uso após iniciado e sintomas físicos de abstinência quando o consumo cessa ou diminui.⁷

7.10 Estudo Pré-Piloto

Um estudo pré-piloto será realizado no município de Arroio do Padre, próximo a Pelotas, cujas características assemelham-se, em muitos aspectos, as da zona rural do município de Pelotas.

Uma subamostra será selecionada em uma unidade básica de saúde desta cidade vizinha à Pelotas no mês de agosto de 2015. Os indivíduos, que preencherem os critérios de inclusão para a pesquisa final, serão convidados a participar do estudo pré-piloto.

O objetivo do estudo pré-piloto será avaliar o desempenho dos instrumentos de pesquisa, bem como detectar possíveis falhas e/ou dificuldades no entendimento de questões ou na aplicação de métodos de aferição antropométrica.

7.11 Estudo Piloto

Um estudo piloto está previsto para ser realizado nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, em município vizinho a Pelotas, o mesmo em que será realizado o estudo pré-piloto.

Neste estudo serão entrevistados aproximadamente 300 indivíduos. O processo de amostragem para a seleção dos indivíduos para o estudo piloto será definido posteriormente.

As características sociodemográficas deste município vizinho assemelham-se muito as da população que será estudada neste consórcio. Sendo assim, o estudo piloto servirá como uma preparação, um ensaio, para o trabalho de campo da

pesquisa a ser realizada na zona rural do município de Pelotas. Os instrumentos de pesquisa serão novamente avaliados, possibilitando a detecção de falhas e inadequações.

Além disso, o estudo piloto possibilitará aos entrevistadores exercitarem a aplicação dos questionários, bem como o surgimento de possíveis dúvidas em relação a aplicação destes, que poderão, assim, ser solucionadas, antes da pesquisa propriamente dita.

7.12 Recrutamento, Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Esta parte da pesquisa será realizada em mais de uma etapa. Inicialmente, serão recrutadas entrevistadoras do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos e grau mínimo de escolaridade de ensino médio completo. A opção por entrevistadoras (sexo feminino) vem sendo adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia devido ao fato de que mulheres, geralmente, são melhor recebidas nas residências para a realização de entrevistas, principalmente por questões relacionadas à segurança.

O processo de treinamento será baseado em aulas teórico-práticas, com carga horária mínima de 40h, e realizado nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016. No treinamento, as entrevistadoras serão informadas acerca de questões relacionadas ao projeto de pesquisa, temas dos mestrados, trabalho de campo e processo de trabalho. Além disso, serão familiarizadas com os instrumentos de pesquisa, e, principalmente, treinadas para a aplicação destes, com os manuais de instrução e com os instrumentos digitais para o registro dos dados de cada entrevistado.

Ainda como parte do treinamento, as entrevistadoras que forem selecionadas nas primeiras etapas participarão do estudo piloto, que também servirá como forma de avaliação. Nesta fase, o treinamento ocorrerá no campo de trabalho, bem como em aulas expositivas para sanar dúvidas que eventualmente tenham surgido e corrigir possíveis falhas de aplicação dos questionários.

Ao final do processo, baseando-se em critérios teóricos e práticos, observados e avaliados durante todo processo de treinamento, será selecionado um grupo com as entrevistadoras melhor colocadas.

7.13 Trabalho de Campo

O trabalho de campo será realizado na zona rural do município de Pelotas. Terá como objetivo principal a coleta de dados para os mestrandos da turma de 2015/2016 que integram o consórcio do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel.

O trabalho de campo será realizado no período de janeiro a maio de 2016. Neste trabalho, as entrevistadoras aplicarão os instrumentos de pesquisa nos indivíduos selecionados para compor a amostra.

As entrevistadoras serão divididas em grupos e supervisionadas pelos mestrandos que integram o consórcio. Os mestrandos participarão ativamente do trabalho de campo, estando presentes, na maioria das vezes, nos distritos da zona rural em que estejam sendo realizadas as entrevistas.

As entrevistas com os indivíduos se darão nos domicílios selecionados para compor a amostra. Cada entrevistadora terá uma meta diária de entrevistas a ser realizada. Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas terá que ser feita pelo supervisor do trabalho de campo.

O Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amílcar Gigante da UFPel servirá como base para o trabalho de campo do consórcio. Será o local do trabalho no qual um determinado número de mestrandos estará presente diariamente para lidar com as tarefas desta etapa do processo.

7.14 Controle de Qualidade

O controle de qualidade será realizado em 10% dos domicílios já entrevistados, sorteados aleatoriamente, sob a forma de contato telefônico realizado pelos próprios mestrandos. Estes contatos deverão ser feitos em um período não superior a 15 dias após a visita inicial, na qual terá sido realizada a entrevista completa, por uma entrevistadora.

Neste segundo contato, realizado pelos mestrandos, será aplicado um determinado número de questões, ainda não definidas, com o objetivo de encontrar falhas e/ou respostas falsas, possibilitando, assim, a correção imediata.

A consistência das informações obtidas será realizada através da análise de concordância com o Índice de *Kappa*, comparando as respostas obtidas nas entrevistas iniciais, com aquelas obtidas nos segundos contatos.

Além disso, para garantir ainda mais qualidade aos dados coletados, os mestrandos manterão supervisão das entrevistadoras e verificação semanal dos bancos de dados.

7.15 Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 13.1. Inicialmente, será realizada uma análise descritiva dos desfechos e variáveis independentes para caracterização da amostra.

Serão realizadas análises bivariadas e multivariáveis para as associações entre cada desfecho e as variáveis independentes de interesse para o estudo (sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, classe social, religião, história familiar de doenças relacionadas ao álcool e tabagismo).

Nas análises multivariáveis será utilizada a técnica de regressão (logística, Poisson, linear, etc.), para o controle das possíveis variáveis de confusão. Os possíveis fatores de confusão serão analisados através de modelo hierarquizado. As análises levarão em conta o efeito de delineamento amostral.

7.16 Aspectos Éticos

O projeto final, composto pelos projetos de cada mestrando integrante do consórcio 2015/2016, será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, para que seja submetido a processo de avaliação e possível aprovação.

Em relação aos aspectos éticos envolvidos no processo de entrevista, será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo será entregue aos entrevistados, em duas cópias, para que possa ser apreciado e assinado, se houver concordância em participar da pesquisa. Uma cópia ficará com o próprio entrevistado/responsável e a outra ficará armazenada no Centro de Pesquisas em saúde Dr. Amilcar Gigante, sob a responsabilidade dos mestrandos integrantes do consórcio.

Além disso, aos entrevistados será garantido o direito de recusa à participação na pesquisa, bem como a não responder quaisquer perguntas do questionário, ou mesmo interromper a participação na pesquisa ou entrevista a qualquer momento.

7.17 Orçamento

O Consórcio de Pesquisa será financiado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, se necessário, pelos mestrandos da turma de 2015/2016.

O orçamento será destinado, principalmente, a pagamento de pessoal, transporte e materiais de consumo necessários ao longo de todo o trabalho de pesquisa.

7.18 Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação de dissertação, exigida para obtenção do título de mestre em Epidemiologia, bem como da publicação dos resultados em formato de artigo em periódico científico.

Os principais resultados da pesquisa também serão divulgados em notas à imprensa local. Além disso, materiais informativos sobre estes resultados serão entregues à população-alvo do estudo.

7.19 Cronograma

[illegible]

8. Referências Bibliográficas

- ¹ EDWARDS, G.; JANE MARSHALL, E.; C H COOK, C. O Tratamento do Alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ² EDWARDS, G. Alcohol: the world's favorite drug. London: Penguin Books, 2000.
- ³ WORLD HEALTH ORGANIZATION - W.H.O. Global Status Report on Alcohol and Health. W.H.O. Geneve, Switzerland 2014.
- ⁴ BABOR, T. F. et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guideline for Use in Primary Care. WHO 2001.
- ⁵ LARANJEIRA, R.; AL, E. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD), UNIFESP. São Paulo 2014.
- ⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE - FIOCRUZ - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde - Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. IBGE, I. B. D. G. E. E.-. Rio de Janeiro - R.J. 2014.
- ⁷ WHO. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- ⁸ APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ⁹ MENDEZ, B. E. Uma versão brasileira do Audit: Alcohol use disorders identification test. Pelotas, R.S: Universidade Federal de Pelotas 1999.
- ¹⁰ LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. Alcohol Alcohol, v. 40, n. 6, p. 584-9, Nov-Dec 2005.
- ¹¹ BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in primary care. WHO 2001.
- ¹² MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Cad Saude Publica, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.
- ¹³ COSTA, J. S. D. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev Saude Publica, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

- ¹⁴ 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. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 26, n. 3, p. 280-286, 2004.
- ¹⁵ REISDORFER, E. et al. Prevalência e fatores associados a transtornos devido ao uso de álcool em adultos: estudo populacional no sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*, v. 15, n. 3, p. 582-594, 2012.
- ¹⁶ KUMAR, S. G. et al. Prevalence and Pattern of Alcohol Consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Rural Tamil Nadu, India. *J Clin Diagn Res*, v. 7, n. 8, p. 1637-9, Aug 2013.
- ¹⁷ GIANG, K. B. et al. Alcohol use and alcohol consumption-related problems in rural Vietnam: an epidemiological survey using AUDIT. *Subst Use Misuse*, v. 43, n. 3-4, p. 481-95, 2008.
- ¹⁸ MENDOZA-SASSI, R. A.; BERIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, v. 98, n. 6, p. 799-804, Jun 2003.
- ¹⁹ BARROS, M. B. D. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saude Publica*, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.
- ²⁰ VARGAS, D. D.; OLIVEIRA, M. A. F. D.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 8, p. 1711-1720, 2009.
- ²¹ LARANJEIRA, R. et al. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.
- ²² FREITAS, I. C. M. D.; MORAES, S. A. D. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saude Publica*, v. 27, n. 10, p. 2021-2031, 2011.
- ²³ FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.

- ²⁴ FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2011.
- ²⁵ HIDALGO PEREIRA, F. I. et al. Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. *Medwave*, v. 13, n. 1, 2013
- ²⁶ MERIKANGAS, K. R. et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, v. 55, n. 11, p. 973-9, Nov 1998.
- ²⁷ BRITES, R. M. R.; ABREU, Â. M. M. D. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. *Acta paul. enferm*, v. 27, n. 2, p. 93-99, 2014.
- ²⁸ VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 29, n. 3, p. 222-7, Sep 2007.
- ²⁹ MESSAS, G. P.; VALLADA FILHO, H. P. The role of genetics in alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 26 Suppl 1, p. S54-8, May 2004.
- ³⁰ PINSKY, I.; EL JUNDI, S. A. Alcohol advertising and alcohol consumption among youngsters: review of the international literature. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, n. 4, p. 362-74, Dec 2008.
- ³¹ VENDRAME, A.; PINSKY, I. Inefficacy of self-regulation of alcohol advertisements: a systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 33, n. 2, p. 196-202, Jun 2011.

9. Anexos

9.1 Anexo 1 – A versão Brasileira do AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?

- | | | | | |
|-----------|-------------|--------------|------------|--------------------|
| (0) Nunca | (1) Uma vez | (2) Duas a | (3) Duas a | (4) Quatro ou mais |
| | por mês ou | quatro vezes | três vezes | vezes por semana |
| | menos | por mês | por semana | |

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma beber?

- | | | | | |
|------------|------------|------------|-----------|----------------|
| (0) 1 ou 2 | (1) 3 ou 4 | (2) 5 ou 6 | (3) 7 a 9 | (4) 10 ou mais |
| "doses" | "doses" | "doses" | "doses" | "doses" |

3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos | (2) Uma vez | (3) Uma vez | (4) Todos os dias ou |
| | que uma vez | ao mês | por semana | quase todos |
| | ao mês | | | |

9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido?

- | | | |
|---------|---------------|--------------------|
| (0) Não | (2) Sim, mas | (4) Sim, durante o |
| | não no último | último ano |
| | ano | |

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

- | | | |
|---------|---------------|--------------------|
| (0) Não | (2) Sim, mas | (4) Sim, durante o |
| | não no último | último ano |
| | ano | |

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana” ; nas de 4 a 8, substitua por “de quanto em quanto tempo”.
- Nas questões de 4 a 8, caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de _____ (corrente) do ano passado”.
- Na questão 3, substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é (são) consumida(s). Ex: “três garrafas de cerveja ou mais”.

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”, baseado no quadro abaixo)

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350mL). 1 lata – 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES”
VINHO: 1 copo comum grande (250mL) – 2 “DOSES” ou 1 garrafa – 8 “DOSES”
CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60mL) – 2 “DOSES”
1 “martelo” (100mL) – 3 “DOSES” ou 1 garrafa – mais de 20 “DOSES”
UISQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 “dose de dosador” (45-50mL) – 1 “DOSE”

9.2 Anexo 2 : Questionário sobre variáveis independentes

1 – O(a) Sr.(a) consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica em algum momento da vida?			
(1) Não			
(2) Sim			
2- Se sim, com que idade o(a) Sr.(a) experimentou bebidas alcoólicas pela primeira vez?			
Resposta em anos completos:			
3 - Algum familiar do(a) Sr.(a) já teve problemas relacionados ao consumo de álcool a ponto de precisar de algum tipo de tratamento?			
NAO	SIM	IGN	(4) Recusa em responder
4 - Se sim, qual o grau de parentesco familiar?			
(1) Pai			
(2) Mae			
(3) Irmãos(especificar quantos)			
(4) Avós maternos			
(5) Avós Paternos			
(6) Parentes de segundo grau maternos(tio/tia/primos)			
(7) Parentes de segundo grau paternos(tio/tia/primos)			
(8) Outro (Especificar):			
5 - O(a) Sr.(a) tem alguma religião?			
(1) NAO			
(2) SIM			
(3) IGN			
6 - Sem sim, qual religião?			
(1) Católica			
(2) Evangélica			
(3) Espírita			
(4) Afro- Brasileira			
(5) Outra. Qual?			
(6) NSA			
(7) IGN			

7 - Nos últimos 30 dias, quantas vezes o (a) Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa
8 – O(a) Sr.(a) tem atualmente algum trabalho ou ocupação?
(1) NÃO
(2) SIM
(3) IGN
9 – Se, sim, qual o tipo de profissão ou ocupação? Especificar detalhadamente:

9.3 Anexo 3 – Resumo de Artigos

Título Autores	País Ano de Publicação	Tipo de Estudo	População Amostra	Resultados
Brites RMR, Abreu AMMd Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. Acta paul enferm. 2014;27(2):93-9. ²⁷	Brasil 2014	Estudo Transversal.	322 trabalhadores de um serviço público no Rio de Janeiro que responderam ao questionário AUDIT. Utilizaram ponto de corte maior ou igual a 8 no AUDIT.	Prevalência de 12,7% consumo de risco. Entre estes, 65,9% do sexo masculino. Encontrada associação estatisticamente significativa ($>0,001$) com sexo masculino e menores níveis de escolaridade. Entre aqueles com AUDIT menor do que 8, 29,5% apresentaram episódio de <i>binge drinking</i> .
Hidalgo Pereira FI, Martínez López G, Fernández Juviel AI González Suárez V, Hidalgo Fernández Y. Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. Medwave. 2013;13(1). ²⁵	Cuba 2013	Estudo Transversal.	Amostra composta por 77 indivíduos masculinos maiores de 15 anos já diagnosticados como alcoolistas no Conselho Popular do local.	A maioria tinha desenvolvido a enfermidade após os trinta e cinco anos. Mais de um terço não tinha crítica em relação à condição de alcoolista. Grande parte apresentava problemas sociais, familiares e judiciais.
Kumar SG, K CP, L S, E S, Vinayagamoorthy, Kumar V. Prevalence and Pattern of Alcohol Consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Rural Tamil Nadu, India. J Clin Diagn Res. 2013;7(8):1637-9. ¹⁶	Índia 2013	Estudo Transversal.	Amostra de 946 indivíduos, com idade igual ou maior a 10 anos, da zona rural de Tamil Nadu, Índia. Indivíduos responderam ao questionário AUDIT. Utilizado ponto de corte maior ou igual a 8.	Prevalência geral de uso de 9,4% , sendo 16,8% em homens e 1,3% em mulheres. Entres estes, 29,2% eram bebedores de risco, 56,2% faziam uso nocivo e 33.7% prováveis dependentes. Variáveis associadas ao desfecho: sexo masculino (OR=11.2 (IC=4,5 - 27,7)); grupo etário de 15-44 anos (OR=3,5 (IC=1,4 - 9,0)); analfabetismo (OR=6,1 IC=2,1- 17,7)); tabagismo (OR=17,7 (IC=8,2 - 38,1))

Ferreira LN, Bispo Júnior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. Ciênc saúdecoletiva.2013;18(11):3409-18. ²³	Brasil 2013	Estudo Transversal	Amostra de 270 indivíduos, com 14 anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Jequié Baiano. Utilizado AUDIT (≥ 8) e CAGE (> 2).	Prevalência de 18,5% (AUDIT ≥ 8) e 10,4% para dependência. (CAGE) Após análise ajustada, associação entre uso abusivo e sexo masculino (O.R=5.56 IC=2,66 - 11,6)), indivíduos jovens, de 14-29 anos (O.R=5.41 (IC=1,11 - 26,3)). Associação inversa com prática de religião evangélica (OR= 0,4 IC=0,01 - 0,31)).
Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. Rev bras epidemiol. 2012;15(3):582-94. ¹⁵	Brasil 2012	Estudo Transversal de base populacional. Parte do estudo <i>EpiFloripa</i> .	Amostra de 1720 pessoas de 20 a 59 anos da população urbana de Florianópolis. O uso problemático de álcool foi mensurado pelo AUDIT, com escore ≥ 8 .	A prevalência geral foi de 18,4% . Em homens 29,9% e em mulheres 9,3%. Variáveis associadas ao desfecho após análise multivariada: sexo masculino (RP=3,18 (IC=2,41-4,19)); estado civil solteiro (RP=1,59 (IC=1,29 - 1,97)) e divorciado ou viúvo (RP=1,60 (IC=1,11 - 2,3)); idade de 20 a 29 anos (RP=1,51 IC=1,07 - 2,11)); tabagismo (RP=3,46 IC=2,65 - 4,51)).
Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Cad Saude Publica. 2011;27(3):497-509. ¹²	Brasil 2011	Estudo Transversal. Validação de Instrumento (AUDIT).	Amostra de 361 habitantes de uma população ribeirinha do interior da Amazônia.	A versão do AUDIT validada mostra-se internamente consistente e estável no contexto investigado. O ponto de corte ≥ 7 apresentou sensibilidade de 76,5% e especificidade de 75% O ponto de corte ≥ 8 apresentou sensibilidade de 73,5% e especificidade de 76,4%.
Freitas ICMd, Moraes SAd. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saude Publica. 2011;27(10):2021-31. ²²	Brasil 2011	Estudo Transversal de base populacional realizado em Ribeirão Preto-SP.	Amostra com 930 indivíduos com idade igual ou maior a 30 anos. Participantes responderam ao questionário AUDIT. Ponto de corte ≥ 8 .	Utilizando o escore ≥ 8 como ponto de corte para dependência, foi encontrada prevalência de 20,18% . Entre os homens 43,47% e entre as mulheres 10,18%. Fatores associados após análise ajustada: Sexo masculino (RP=3.32 (IC=2,48 - 4,45)); idade de 30 a 39 anos (RP=2,48 (IC=1,53 - 4)), nível educacional de 4 a 7 anos de estudo (RP=1,33 (IC=1,05 - 1,68)); estado marital solteiro (RP=1,45 (IC=1,18 - 1,77), condição de trabalho (RP=1,4 (IC=1,08 - 1,81)), tabagismo (RP=2,75) ex-tabagista (RP=1,86) P-Valor para tendência linear $< 0,001$; filiação religiosa protestante

				(RP=0,37 (IC=0,21 - 0,64)) e autopercepção do estado de saúde regular/ruim/péssimo (RP=.1,33 (IC=1,05-1,69)).
Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(3):231-41. ²¹	Brasil 2010	Estudo Transversal.	Amostra obtida a partir de toda a população brasileira. Foram selecionados 2346 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Utilizado questionário HABLAS.	Entre os estudados, 3% preencheram critérios para uso abusivo e 9% para dependência. Neste estudo, 48% dos indivíduos relataram não ter consumido álcool no último ano. Na amostra total, 28% de <i>binge drinking</i> ; 25% de problemas relacionados ao álcool.
Vargas Dd, Oliveira MAFd, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25(8):1711-20. ²⁰	Brasil 2009	Estudo Transversal.	Amostra composta por 755, com 18 anos ou mais, indivíduos que procuraram atendimento em serviço de saúde primário em Bebedouro, SP. Foi utilizado o questionário AUDIT, com ponto de corte ≥ 20 , para provável dependência.	Adotando como ponto de corte o escore ≥ 20 pontos, encontrou-se uma prevalência de dependência de 9,8% . Associações estatisticamente significativas com: sexo masculino (OR=5,18 (IC=4,68 - 5,74)); tabagismo (OR=7,02 (IC=6,37 - 7,33)); nível médio de educação (OR=1,5 IC(1,42 - 1,78)), nível superior de educação (OR=2,11 (IC=1,7 - 2,64)); renda de 1-5 salários (OR=0,7 (IC=0,63 - 0,77)) e ≥ 6 salários (OR=0,58 (IC=0,46 - 0,75)); religião evangélica (OR=0,43) e católica (OR=0,62).
Giang KB, Allebeck P, Spak F, Van Minh H, Dzong TV. Alcohol use and alcohol consumption-related problems in rural Vietnam: an epidemiological survey using AUDIT. Subst Use Misuse. 2008;43(3-4):481-95. ¹⁷	Vietnã 2008	Estudo Transversal.	Amostra obtida em um distrito rural do Vietnã, composta por 3423 indivíduos. Utilizado o questionário AUDIT.	Utilizados os escores >7 em homens e >5 em mulheres para detecção de consumo problemático de álcool. Encontrada prevalência de 25,5% em homens e de 0,7% em mulheres. Entre as mulheres, estado civil (divorciadas, viúvas) e com maior nível de escolaridade, houve maior associação com o uso problemático de álcool.

Barros MBdA, Botega NJ, Dalgalarrodo P, Marín-León L, Oliveira HBd. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saude Publica. 2007;41(4):502-9. ¹⁹	Brasil 2007	Estudo Transversal de base populacional (parte de estudo multi-cêntrico sobre suicídio da OMS).	Amostra composta por 515 indivíduos de 14 anos ou mais residentes em região urbana. Utilizados o S-R Q e o AUDIT com ponto de corte ≥ 8 .	Prevalência geral (abuso/dependência) de 8,4% , sendo de 13,1% em homens e 4,1% em mulheres. O abuso/dependência de álcool mostrou-se significativamente relacionado com: idade maior ou igual a 60 anos (OR=0,2 IC(0,06 - 0,73)); renda de US\$ 2.501-10.000 (OR=10,29 IC(1,87 - 56,59)) e $\geq$ US\$ 10.000 (OR=10,20 IC=1,38 - 75,54)); escolaridade menor do que doze anos (OR=13,42 IC=3,00-59,99)), religião não evangélica (OR=4,77) e sem religião (OR=9,16) ; uso de drogas ilícitas (OR=4,47 IC=1,82-10,59).
Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. 2004;26(3):280-6. ¹⁴	Brasil 2004	Estudo Transversal de Base Populacional.	Amostra composta por 1044 indivíduos, na cidade de Rio Grande, com idades entre 12 e 75 anos. Utilizado questionário CAGE e relato de consumo diário.	Neste estudo encontrou-se uma prevalência de abuso de álcool, considerado pelo consumo de mais de 30 gramas diárias para homens e de 24 gramas para mulheres, de 5,5% . Dentre estes, obteve-se uma prevalência de dependência de 2,5%. (CAGE $\geq$ 2) Encontrada associação significativa com: sexo masculino (OR=6,28 IC=2,82 - 14,00)), tabagismo (OR=5,42 IC=2,18 - 13,49)) e ex-fumante (OR=3,36 IC=1,05 - 10,75)); classe social E (OR=5,37 IC=1,31-21,96)).
Costa JSDd, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev Saude Publica. 2004;38(2):284-91. ¹³	Brasil 2004	Estudo transversal de base populacional.	Amostra selecionada em zona urbana da cidade de Pelotas - RS, composta por 2177 indivíduos com idades entre 20 e 69 anos.	Considerando como consumidores abusivos aqueles com uso de 30g/d ou mais, encontrou-se uma prevalência de 14,3% , sendo 29,2% em homens e 3,7% em mulheres. O consumo abusivo esteve associado com: sexo masculino (OR=10,09 IC=7,13 - 14,28)); idade de 30 a 39 anos (OR=1,6) e 60 a 69 anos (OR=2,33) (P=0,01 em teste de tendência linear); cor preta ou parda (OR=1,94 IC=1,39 - 2,71)), menor nível social -ANEP E (OR=2,81 IC=1,27 - 6,22)) (P=0,001 para tendência linear); ex-fumante (OR=2,34), fumante leve/moderado (OR=2,54) e fumante pesado (OR=4,62) (P<0,001 em teste para heterogeneidade); e presença de doença crônica (OR=1,60 IC=1,14 - 2,24)).

10. Alterações no Projeto Original

O nome original do projeto intitulado “Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre adultos residentes em uma população rural de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil: estudo de base populacional” foi modificado para Prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados entre adultos residentes na zona rural de uma cidade de médio porte do sul do Brasil: estudo de base populacional.

Os autores optaram pela mudança seguindo a sugestão da banca examinadora do projeto de qualificação, que entendeu, assim como nós, após processo de reflexão que o título agora adotado condiz muito mais com a pesquisa realizada.

11. Relatório

11.1 Relatório Trabalho de Campo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2015/2016

Pelotas - RS

2016

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota “7”, conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de “Consórcio de Pesquisa”, o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrados do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrados e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE estudou a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrados, sob a coordenação de quatro docentes do Programa (Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Maria Cecília Assunção) e uma professora colaboradora do Programa (Dra. Renata Moraes Bielemann). Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrados ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com lideranças da zona rural do município e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, líderes comunitários e religiosos atuantes na zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrados. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrado (Tabela 1), juntamente com informações

demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum. Além da aplicação do questionário, também foram coletadas algumas medidas antropométricas que serão explicadas com mais detalhes no decorrer deste documento.

Tabela 1. Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono
Ana Carolina Oliveira Ruivo	Medicina	Serviços de saúde
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas
Mariana Otero Xavier	Nutrição	Tabagismo
Mayra Pacheco Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física
Roberta Hirschmann	Nutrição	Depressão
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo, também chamado de projeto geral, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas em novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979 (Apêndice 1).

2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Todos os mestrandos participaram das comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, o referido consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti Ruas e Maria del Pilar Flores Quispe). Os três participaram das comissões e do trabalho de campo durante os dois primeiros meses. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio. O aluno do curso de Doutorado do PPGE, Bernardo Agostini, também contribuiu durante o trabalho de campo, nos dois últimos meses de coleta de dados, para ampliar seu aprendizado.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos: Ana Carolina Ruivo; Gustavo Pêgas Jaeger; Luis Paulo Ruas.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos de cada mestrando e professores. Este projeto, denominado “projeto”, foi composto por 14 projetos individuais, sendo nove de mestrandos e cinco de professores. Os projetos individuais que formavam o projeto geral foram nele descritos separadamente. De cada projeto individual foram abordados os seguintes itens: justificativa para realização, objetivos gerais e específicos e hipóteses do estudo.

O projeto geral contemplou também alguns aspectos comuns a todos os projetos individuais, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem (amostras necessárias para cada projeto individual), instrumentos utilizados, logística, seleção e treinamento de entrevistadoras, estudo piloto, controle de qualidade, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

Os questionários completos aplicados e cartões visuais, utilizados para auxílio durante a entrevista, foram anexados como apêndices no Projeto. Além disso, ao longo do texto, duas

tabelas foram apresentadas: (1) especificando o tamanho amostral necessário para cada projeto individual e (2) a descrição detalhada do orçamento do projeto.

Elaboração do questionário: Mariana Xavier; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Essa comissão foi responsável pela incorporação dos instrumentos de cada mestrando em um questionário comum, bem como a coordenação dos pulos e filtros dos diferentes blocos. Além disso, elaborou o questionário de controle de qualidade da pesquisa.

Elaboração do manual de instruções: Adriana Machado; Janaína Calu Costa.

Comissão responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral e de cada mestrando, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta. As instruções inerentes aos procedimentos adotados para aplicação ou tomada das medidas de cada mestrando foram elaboradas pelos próprios estudantes.

Amostragem e banco de dados: Adriana Machado; Mayra Fernandes; Rafaela Martins.

A comissão do banco de dados foi responsável por transcrever o questionário para meio digital através do *website* para pesquisas *online* chamado *REDCap (Research Electronic Data Capture)*³ e inserir este questionário digital nos *tablets* Samsung GalaxyTab E. Além disso, tinha como responsabilidade checar as inconsistências do questionário e das respostas, assim como organizar e gerenciar os dados. Por fim, foi responsável pela entrega da versão final do banco de dados a ser utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

Controle de planilhas: Rafaela Costa Martins.

O controle de entrevistas de cada setor, mantendo uma planilha sempre atualizada com as informações repassadas pelos mestrandos ao final de cada dia e durante todo o período de trabalho de campo ficou sob responsabilidade de uma mestranda. Cada setor possuía uma planilha individual, que alimentava a planilha geral com dados agrupados do trabalho de campo. Cada uma dessas planilhas era dividida em 31 abas, sendo uma para resumo do setor e, as outras 30 correspondiam a cada casa. A aba de cada domicílio possuía informações sobre código de identificação (ID), nome, idade, telefone e o melhor turno para encontrar o participante em casa, além de informar qual morador do domicílio respondeu o “Bloco B” (questionário domiciliar), bem como qual morador havia sido sorteado para o controle de

qualidade. A aba de resumo de cada setor informava o percentual de entrevistas realizadas e pendentes, perdas, recusas, critérios de exclusão, número de moradores, número de adultos, controle de qualidade sorteado, domicílios completos, amostrados e com pendência. Todos esses dados eram convergidos em um dado geral de cada setor e do total do campo com as informações por setor resumidas.

Logística e trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Comissão responsável pela aquisição e controle do material utilizado em campo, previsão de orçamentos, processo de seleção das candidatas a entrevistadoras e organização dos treinamentos. Além disso, ficou a cargo dessa comissão a escolha de empresas de transporte para deslocamento durante todo o trabalho de campo.

Divulgação do trabalho de campo: Gustavo Pêgas Jaeger; Maria del Pilar Quispe; Mayra Fernandes.

Essa comissão trabalhou com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, especificamente com Silvia Pinto (comunicação) e Cíntia Borges (*design* gráfico). Foi de responsabilidade dessa comissão a elaboração de todo o material de divulgação prévia da pesquisa, bem como do material utilizado pelos mestrands e entrevistadoras durante o trabalho de campo, como camisetas, bonés e crachás. Ainda, auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes e instituições de saúde.

Financeiro: Ana Carolina Ruivo; Roberta Hirschmann.

Comissão encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa. Essa comissão estava constantemente em contato com o setor financeiro do PPGE e era responsável também por controlar o número de entrevistas de cada entrevistadora para posterior pagamento, a utilização mensal das vans, fornecimento de vales-transportes para as entrevistadoras e toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Mariana Xavier; Rafaela Martins.

Comissão responsável pelo registro de todas as decisões tomadas nas reuniões com a coordenação, informações relevantes do trabalho de campo, preenchimento de tabela com datas de encontros e reuniões com pessoas que auxiliaram antes de iniciar o trabalho de campo, e pela elaboração do presente relatório do Consórcio de Pesquisa “Saúde Rural” 2015-2016.

3. QUESTIONÁRIOS

O questionário foi dividido em duas partes chamadas de “Bloco A” e “Bloco B” (Apêndice 2). As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A”.

O “Bloco A” foi aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento era composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no “Bloco B”, sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência sorteada, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

4. MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras. A versão do manual encontra-se no Apêndice 3 deste documento.

O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para

perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continha, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

Também foi criado um manual para a “batedora” (termo utilizado para se referir a pessoa que realiza a contagem e identificação de domicílios antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito), o qual possuía um roteiro com explicações sobre o procedimento correto a ser realizado na “bateção”. Porém, por dificuldades logísticas específicas da zona rural, especialmente as distâncias a serem percorridas, as más condições das estradas e o dispêndio excessivo de tempo nesse processo, a “bateção” não ocorreu conforme esperado, tendo-se então optado por não realizar essa abordagem prévia aos participantes do estudo na zona rural.

5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof^a. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário (n=2.016 adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010². A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Nesses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte maneira:

$$24 \text{ setores} * 2 \text{ adultos em média por domicílio} = 48 \text{ domicílios por setor}$$

Tabela 2. Descrição dos distritos conforme tamanho populacional e número de setores.

Distrito	População	Nº de setores	Nº de setores selecionados
Z3	3165	8	3
Cerrito Alegre	3075	6	4
Triunfo	2466	4	2
Cascata	3074	6	4
Santa Silvana	2443	8	2
Quilombo	2649	5	3
Rincão da Cruz	1970	7	2
Monte Bonito	3201	6	4

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença na distribuição geográfica das residências na zona rural em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo – maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto

pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. Se, eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a implementação do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após estas definições, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho, organização e relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do *website* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando referente ao seu instrumento e pela apresentação da comissão quanto a parte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em

papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos do treinamento foi aplicada (Apêndice 4). Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

Além dos treinamentos para aplicação dos questionários foi realizada a padronização de medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), coordenada por duas mestrandas (Thaís e Caroline) consideradas “padrão-ouro” na tomada das mesmas. Além das entrevistadoras, os mestrandos também foram padronizados, como uma prevenção para eventual perdas da equipe.

A padronização de medidas ocorreu nos dias 14, 15, 18 a 20 de janeiro de 2016. Realizou-se o treinamento prático para a padronização da coleta das medidas antropométricas, com carga horária de 20 horas com as pré-selecionadas na sede do PPGE. Durante o processo de padronização, as candidatas foram orientadas sobre a realização da técnica correta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura. Todo o procedimento foi baseado na metodologia proposta por Habicht⁴, a qual diz respeito à adequação da técnica de coleta para aumentar sua precisão e exatidão.

Para cada candidata, assim como para os mestrandos, foi construída uma planilha (Apêndice 5) com as médias dos erros técnicos das medidas de peso, altura e circunferência da cintura observadas, segundo os erros intra e inter-observador e de acordo com a metodologia supracitada – erros entre os resultados obtidos pela própria entrevistadora e erros de cada entrevistadora comparados ao padrão-ouro, respectivamente. Durante o treinamento, as mestrandas padrão-ouro mensuraram o peso, altura e circunferência da cintura de 10 voluntários, em duas rodadas distintas (Apêndice 5). O mesmo processo foi realizado pelas

candidatas ao cargo de entrevistadora, quantas vezes fosse necessário até se obter concordância entre os resultados encontrados.

As medidas foram digitadas em planilhas Excel® para cálculo dos valores de precisão e exatidão aceitáveis conforme a metodologia de Habicht⁴. O processo de padronização foi realizado novamente 60 dias após o início do campo, a fim de manter a qualidade das medidas mensuras durante o processo.

O início do trabalho de campo ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kits* que continham: mochila, crachá de identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação (Apêndice 6), questionários impressos (Apêndice 2), termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 7), *tablet* (com *case*), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas, cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono) (Apêndice 8), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

7. DIVULGAÇÃO

O trabalho da comissão de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. Este trabalho iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal “Saúde Rural”; complementado por “Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”. Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o estudo.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definir a logomarca que representasse

bem os objetivos e o alvo da pesquisa. Com a logomarca e o nome do projeto definidos, a comissão começou a colocar em prática a divulgação do estudo. Um dos primeiros e mais importantes passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos juntamente com as professoras coordenadoras, como na reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas conhecedoras da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável (Apêndice 9). O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumasse, entendendo a importância do projeto. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrandos foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastantes frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidades Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades

Básicas de Saúde, os próprios funcionários colocaram-se à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive as rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas, dadas em momentos diferentes, por professores e mestrands para explicar o projeto.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e mais panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa. Estes serviram para identificar mestrands e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação continuou sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrands em todos os dias de trabalho de campo sendo entregues aos participantes da pesquisa e também aos demais moradores das localidades visitadas. Neste período, também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrands participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

Após a conclusão de todo o consórcio de pesquisa, com os resultados das pesquisas individuais de cada mestrando, será realizado um amplo processo de divulgação dos achados mais relevantes para toda a comunidade de Pelotas, RS. Ênfase maior será dada a divulgação dos resultados a população rural da cidade de Pelotas, RS, que foi a população alvo desta pesquisa, e que dela efetivamente participou.

Não serão poupados esforços para que estes importantes resultados sejam devolvidos à população, com objetivo principal de que estes possam contribuir para a melhora das condições de vida da população rural do município de Pelotas, RS. Melhoras que, pelo caráter da pesquisa, estão diretamente relacionadas com o conhecimento sobre a saúde e necessidades relacionadas a ela desta população específica.

Tendo em vista que este foi o primeiro estudo de base populacional que dedicou-se a estudar exclusivamente a população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS, supõe-se que os achados desta pesquisa serão pioneiros e de grande importância para a população e também, muito importante, para os gestores municipais e estaduais de saúde.

O grupo que coordenou e realizou este grande trabalho de pesquisa pretende divulgar seus achados de maneira diversificada e de acordo com as pessoas que a receberão. Para as comunidades, será elaborado um material gráfico informativo, de fácil compreensão, contendo os principais achados, os quais serão distribuídos em pontos chave de cada distrito, locais onde a população possa ter fácil acesso.

Além disso, em uma etapa mais elaborada de divulgação, a equipe responsável, com auxílio do pessoal de comunicação social, irá divulgar o trabalho realizado e os achados da pesquisa em meios de comunicação mais abrangentes, como em rádios locais, jornais de veiculação local e estadual, e através de espaços em meios televisivos.

Finalmente, o CPE irá realizar um evento de divulgação em suas dependências, para divulgar de maneira mais detalhada os achados e a importância de seu trabalho, para o qual serão convidadas personalidade locais, como gestores públicos, aí incluídos os subprefeitos de cada distrito, vereadores e imprensa.

8. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte da zona rural de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características muito semelhantes às que seriam observadas posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *checklist* criado pela comissão de logística e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das entrevistadoras.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

9. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário realizar o controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e *tablet*. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos, escalados para irem a campo no dia, deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido *a priori*. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada casa. Após todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrandos que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então.

O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de algumas entrevistadoras. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os

moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrados responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa (Planilha de domicílio - Apêndice 10). Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Quando aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrados realizassem entrevistas.

Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental e que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato pessoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para as medidas antropométricas os critérios de exclusão foram os seguintes:

→ ALTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→ PESO:

Indivíduos com gesso em qualquer parte do corpo.

Indivíduos impossibilitados de ficar em pé (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→ CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Devido ao pouco acesso à rede telefônica na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e 30 minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrandos que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

10. CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões (Apêndice 11). Este controle era feito pelos mestrandos por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados, a fim de identificar

possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística Kappa.

11. RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016 com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após a conclusão do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrados.

Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrados e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrados e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

Conforme a Tabela 3, observa-se que dos 1.697 indivíduos elegíveis, 1.519 (89,5%) responderam o questionário e 178 (10,5%) foram computados como perdas ou recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (51,7%), com idade entre 40 e 59 anos e a maior proporção (cerca de 17%) morava no distrito Cascata. As perdas e recusas foram diferentes entre os indivíduos que responderam ou não ao questionário em relação às variáveis sexo, idade e distrito de moradia ($p < 0,05$).

A mediana de idade foi 47 anos (intervalo interquartil = 28 anos) e a amplitude foi de 18 a 93 anos. O percentual atingido no final do trabalho de campo foi de 89,5%. Já o percentual de controle de qualidade atingido foi de 9,7% da amostra, 3 pontos percentuais abaixo do esperado.

Tabela 3. Percentual de perdas e recusas no estudo “Saúde Rural - Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”

Variáveis	Total N (%)	Perdas N (%)	Recusas N (%)	Amostra N (%)	Valor- p*
Sexo					
Masculino	860 (50,7%)	63 (7,3%)	63 (7,3%)	734 (85,4%)	<0,001
Feminino	837 (49,3%)	28 (3,3%)	24 (2,9%)	785 (93,8%)	
Idade (anos completos)					
18 – 24	206 (12,2%)	11 (5,3%)	21 (10,2%)	174 (84,5%)	0,007
25 – 39	387 (22,9%)	25 (6,5%)	21 (5,4%)	341 (88,1%)	
40 - 59	658 (38,8%)	31 (4,7%)	34 (5,2%)	593 (90,1%)	
60 ou mais	441 (26,1%)	19 (4,3%)	11 (2,5%)	411 (93,2%)	
Distrito					
Z3	196 (11,6%)	14 (7,1%)	19 (9,7%)	163 (83,2%)	<0,001
Cerrito Alegre	266 (15,7%)	10 (3,8%)	11 (4,1%)	245 (92,1%)	
Triunfo	201 (11,8%)	11 (5,5%)	6 (3,0%)	184 (91,5%)	
Cascata	279 (16,4%)	23 (8,2%)	5 (1,8%)	251 (90,0%)	
Santa Silvana	184 (10,8%)	14 (7,6%)	3 (1,6%)	167 (90,8%)	
Quilombo	180 (10,6%)	8 (4,5%)	15 (8,3%)	157 (87,2%)	
Rincão da Cruz	134 (8,0%)	6 (4,5%)	8 (6,0%)	120 (89,5%)	
Monte Bonito	256 (15,1%)	5 (2,0%)	20 (7,8%)	232 (90,2%)	
Total	1697 (100)	91 (5,1)	87 (5,4)	1519 (89,5)	

*Qui-quadrado para diferença entre a amostra e as perdas/recusas

Foram totalizados 27 indivíduos como critério de exclusão, ou seja, 1,6% dos adultos moradores nas residências selecionadas. A caracterização desses indivíduos encontra-se na Figura 1, estratificada por sexo. Cada indivíduo poderia ser classificado como com incapacidade física, ou seja, algum problema físico que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de paralisia cerebral) ou com incapacidade mental, ou seja,

algun problema mental que o impedía de responder o cuestionário (por exemplo alguén que sofria de depresión profunda e non se comunicaba nem mesmo con agentes comunitarios de saúde) ou, aínda, foron considerados como criterios de exclusión tamén aqueles que só falaban a lingua pomerana. Os individuos con incapacidade física contabilizaron 33,3%, os con incapacidade mental, 44,5%, e os que só falaban pomerano contabilizaron 22,2%.

12. CRONOGRAMA

As atividades do consórcio iniciaram em março de 2015 e terminaram em agosto de 2016.

[illegible]

13. ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recursos provenientes da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.000,00, por recursos obtidos através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrados (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$ 5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Amostragem*	-	2.663,67
Vales transporte	3.600	9.900,00
Transporte (Van)	103 diárias	35.570,00
Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
Bonés / Serigrafia	50	900,00
Cases para Tablets	10	165,40
Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total		96.442,17

* Pró-labore e custeio/despesas de viagem da Profa. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo

** Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo

*** Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00

**** Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, *flyers*, folders e cartazes

Tabela 5. Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPS <i>Garmin nuvi 2415_{LT}</i> *	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01 balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção**	1	1.600,00
Total		3.289,90

* Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado

** Embora não tenha sido finalizado o processo de “bateção”, houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa durante sua execução

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. *oletin de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1974

12. Artigo

Prevalência de Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool e Fatores associados entre Adultos da Zona Rural de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil: estudo de base populacional.

Jaeger, Gustavo Pêgas¹; Loret de Mola, Christian²; Silveira, Mariangela Freitas³.

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel

2 Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPel

3 Departamento Materno Infantil e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of alcohol use related disorders and associated factors in an exclusively rural population.

Methods: A cross-sectional population-based study, part of a larger rural research consortium was conducted in a mid-sized city in southern Brazil, with an estimated target population of 22,000 people, using the AUDIT (Alcohol Use Disorders identification Test). Analysis included the prevalence of disorders related to alcohol use and associated factors, with a confidence interval (CI) of 95%, and a Poisson regression using a hierarchical model.

Results: The final sample was of 1519 people. The prevalence of alcohol use related disorders (AUDIT ≥ 8) was 8.4% (95% CI 7.0-9.8). Risk factors for disorder related to alcohol use were male (PR 7.99; 95% CI 4.65- 13.53), aged between 18-24 years (PR 3.72; 95% CI 1.53-5.00) and smoking (PR 2.15; 95% CI 1.22-3.78). Practicing a religion was a protective factor with statistical significance (PR 0,38; IC 95% 0,25-0,58). Marital status, education and income were not associated with the study outcome.

Conclusions: The prevalence of disorders related to alcohol use in this population is high, however, on average, lower than those found in studies based on urban populations. Risk and protective factors were similar to those already found in previous studies. In relation to rural populations in other countries, there were divergent results regarding to prevalence and associated factors. There is a lack of information on rural populations in this subject and a clear need for more studies.

Key Words: Alcoholism, alcohol drinking, alcohol-induced disorder, alcohol related disorder, rural population, rural zone, prevalence.

Resumo

Objetivo: Pesquisar a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em uma população exclusivamente rural.

Métodos: Estudo transversal de base populacional, integrante de um consórcio maior de pesquisa rural, realizado em cidade de médio porte do sul do Brasil, com população alvo estimada em 22.000 pessoas, utilizando o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). A análise incluiu a prevalência dos transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados, com intervalo de confiança (IC) de 95% sendo utilizada regressão de Poisson utilizando modelo hierárquico.

Resultados: A amostra final foi de 1519 indivíduos. A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) foi de 8,4% (IC 95% 7,0-9,8). Os fatores de risco para transtorno relacionado ao uso de álcool foram sexo masculino (RP 7,99; IC 95% 4,52-13,56), faixa etária entre 18-24 anos (RP 3,71; IC 95% 1,53-5,00) e tabagismo (RP 2,15; IC 95% 1,15-5,00). Como fatores de proteção com significância estatística encontramos a prática de religião (RP 0,38; IC 95% 0,25-0,58). Estado civil, escolaridade e renda não estiveram associados com o desfecho estudado.

Conclusões: A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool na população estudada é alta, porém, em média, mais baixa do que as encontradas em populações urbanas. Os fatores de risco e proteção foram similares aos encontrados em estudos prévios. Em relação a populações rurais de outros países, houve divergência de resultados de prevalência e de alguns fatores associados. Há falta de informação sobre populações rurais e clara necessidade de mais estudos.

Descritores: Alcoolismo, consumo de álcool, transtorno relacionado ao uso de álcool, transtorno induzido por álcool, alcoolismo, população rural, zona rural, prevalência.

1. Introdução

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre adultos da população brasileira vem sendo objeto de diversas pesquisas nas últimas décadas. A importância de tais estudos advém do fato de que o padrão de consumo está relacionado a diversos problemas de saúde, além de sociais e econômicos.¹

Em relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2014, o álcool, mais especificamente as bebidas alcoólicas, é descrito como substância capaz de levar à dependência química, causador de agravos sérios à saúde, como cirrose hepática, diversos tipos de câncer, pancreatite, entre outros. Estima-se que no ano de 2012, 3,3 milhões (5,9%) de todos os óbitos ocorridos no mundo foram atribuídos ao consumo desta substância.² O consumo nocivo de álcool, aquele que começa a gerar danos mais importantes ao indivíduo, também leva a enormes custos econômicos às nações. A Coreia do Sul, um país de renda média, teve no ano de 2006 um custo total com o uso abusivo de bebidas alcoólicas de aproximadamente 3,3% de seu produto interno bruto (PIB).³

No Brasil, grandes estudos nacionais têm pesquisado o consumo de álcool. O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD-II), em 2012, encontrou uma prevalência geral de dependência de álcool de 6,8%.⁴ Outro grande inquérito, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, demonstrou uma prevalência de 10,3% de consumo abusivo de álcool, cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião nos últimos 30 dias, nas zonas rurais do Brasil.⁵

Além destes grandes estudos de âmbito nacional, uma maior quantidade de estudos de menor porte tem sido realizados visando conhecer e estudar de maneira mais detalhada o padrão, a prevalência e os fatores associados ao consumo de álcool no Brasil. Um exemplo destes foi o estudo realizado em 2012⁶, com população urbana da cidade de Florianópolis, SC, utilizando o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁷, no qual foi encontrada uma prevalência de 18,4% de transtornos relacionados ao uso de álcool. Em Pelotas, RS, no ano de 2004, em estudo também realizado com

população urbana, demonstrou-se uma prevalência de 14,3% de consumo abusivo de álcool (30 gramas ou mais por dia).⁸

Alguns fatores de risco para um maior consumo de álcool são conhecidos e consistentes na literatura atual sobre o tema, como, por exemplo, ser do sexo masculino, estado civil solteiro/divorciado e tabagismo. No entanto, a relação com alguns importantes fatores sociodemográficos, como faixa etária, classe social, escolaridade, renda, e alguns outros, não está bem estabelecida.^{1; 4; 5; 6; 8; 9}

Apesar de o conhecimento acerca do padrão de consumo de álcool na população brasileira ter crescido bastante, com algumas pesquisas de abrangência nacional, poucos dados são encontrados na literatura sobre o consumo de bebidas alcoólicas em populações rurais. Exceção feita aos grandes inquéritos que incluíram estas populações rurais, pouquíssimos estudos dedicaram-se a estudar este tema exclusivamente nestas populações.^{5; 9} Em um dos poucos estudos realizados em uma população rural do Brasil, com comunidades quilombolas, em 2015 foi encontrada uma prevalência de 10,7% de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo regular de 15 ou mais doses ou esporádico de 5 ou mais doses para homens e 10 ou mais doses e 4 ou mais doses, regular e esporádico, respectivamente, para mulheres, estando associado com maior escolaridade, tabagismo e exercício de atividade laborativa.¹⁰ Em estudo realizado em região rural da Índia em 2013 encontrou-se uma prevalência de 9,4% de qualquer tipo de consumo de álcool e de 3,7% de consumo de risco. Neste estudo indiano, o consumo de álcool esteve associado com sexo masculino, faixa etária intermediária (15-44 anos), baixa escolaridade e tabagismo.¹¹ Já em outra pesquisa realizada em uma população rural do Vietnã, em 2013, os autores encontraram uma prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool de 11,8%, estando fortemente associado com sexo masculino.¹²

O presente estudo, com delineamento transversal, de base populacional, teve como objetivo principal estudar a prevalência dos transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores relacionados a eles na população rural de uma cidade de médio porte do sul do Brasil.

2. Materiais e Métodos

O presente estudo teve um delineamento transversal, de base populacional, sendo realizado em indivíduos com 18 anos ou mais de idade, na zona rural do município de Pelotas, RS. O município de Pelotas localiza-se na região sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A população total do município, no ano de 2010, era de 328.275, sendo 22.082 destes, residentes na zona rural. Esta, por sua vez, é composta por oito distritos, divididos de acordo com critérios do IBGE, em 50 setores censitários.¹³

Este estudo faz parte do consórcio de pesquisa do biênio 2015/16 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).¹⁴

A amostra foi composta por indivíduos de todos os distritos da zona rural do município de Pelotas, RS, com o tamanho da amostra do consórcio definido a partir das necessidades de cada projeto dos nove mestrados pertencentes a este consórcio. O tamanho amostral mínimo necessário foi de 1440 indivíduos, para este estudo em particular, sendo calculado no programa OpenEpi.¹⁵ Os parâmetros utilizados para o cálculo do tamanho amostral foram uma prevalência estimada de 15% do desfecho principal (transtornos relacionados ao uso de álcool) com erro aceitável de 3 pontos percentuais (p.p.), efeito de delineamento de 2, intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, razão de Odds mínima de 1,8, acrescidos de 10% para perdas e recusas e 15% para fatores de confusão.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Inicialmente foram sorteados 24 dos 50 setores censitários da zona rural. Após, 30 domicílios de cada setor foram selecionados aleatoriamente para alcançar o valor amostral mínimo, estimando-se que em cada domicílio haveria no mínimo dois adultos. Utilizou-se o *software GoogleEarth* para identificação dos possíveis domicílios a serem sorteados em cada setor.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de janeiro e junho de 2016. Um grupo de entrevistadoras foi treinado na aplicação dos instrumentos da pesquisa, com questionários eletrônicos em *tablets*, através do *software RedCap (Research Electronic Data Capture)*, e também em questionários tradicionais, em papel, além de terem recebido treinamento e padronização nas aferições de medidas antropométricas. O trabalho de campo tinha a supervisão de, no mínimo, dois mestrados responsáveis pelo consórcio.

No campo de pesquisa, foi fundamental a utilização de um aparelho de GPS (*Global Positioning System*). A partir de processo previamente definido para seleção amostral, iniciava-se percurso utilizando as coordenadas geográficas fornecidas pelo GPS, para a localização das residências a serem pesquisadas. Maiores detalhes sobre a metodologia do trabalho de campo estão disponíveis em artigo metodológico deste consórcio de pesquisa.

Para a avaliação do consumo de álcool, utilizamos o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). O AUDIT é um instrumento de rastreamento elaborado pela OMS, já validado no Brasil.^{7; 16; 17}, sendo constituído por dez perguntas cuja soma pode gerar um escore de 0 a 40 pontos. A OMS^{7; 18} propõe uma subdivisão, de acordo com os escores alcançados no AUDIT, em quatro categorias ou padrões de consumo de álcool: 0 a 7, uso sem risco; 8 a 15, uso de risco; 16 a 19, uso nocivo e 20 ou mais, provável dependência. Além disso, o AUDIT é utilizado de forma dicotomizada, sendo de 0 a 7 pontos considerado uso sem risco, e de 8 a 40 pontos, transtornos relacionados ao uso de álcool.

As variáveis de exposição estudadas foram assim categorizadas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (18-24, 25-39, 40-59 e ≥ 60 anos), cor da pele autorreferida (branca; negra, preta ou mulata; parda, amarela ou indígena), descendência familiar auto referida (alemã ou pomerana; brasileira ou mista; italiana; portuguesa; africana ou quilombola; polonesa ou polaca; outras), história familiar de problemas com uso de álcool (não ou sim), escolaridade em anos completos (0, 1-4, 5-8, 9-11 e ≥ 12), estado civil (casado e/ou companheiro – divorciado e/ou separado e/ou viúvo – solteiro), trabalho atual (não ou sim), classe social(ABEP), quintis de renda familiar anual em salários mínimos, religião (não ou sim), opção religiosa (católica, evangélica, afro-brasileira, espírita e outras), prática religiosa nos últimos 30 dias (nenhuma ou ≥ 1 vez), tabagismo (atual, ex-tabagista e nunca fumou), provável diagnóstico atual de depressão(não ou sim)^{19; 20}, uso de álcool em algum momento da vida (não ou sim), idade em que experimentou bebidas alcoólicas (<18 ou ≥ 18 anos).

Para realizar as análises de associação, bivariada e multivariável, optou-se pelo uso da variável de consumo de álcool dicotomizada, por questões de poder estatístico. Nestas análises, foi utilizado o teste de heterogeneidade de Wald e de tendência para calcular os valores de p. As análises multivariáveis foram realizadas a partir de modelo

conceitual e teórico hierarquizado²¹, em quatro diferentes níveis, partindo do mais distante para o mais proximal ao desfecho.

No primeiro nível do modelo incluímos as variáveis sexo, idade, descendência familiar e história familiar de alcoolismo. No segundo, estado civil, escolaridade, trabalho atual, quintis de renda, ABEP e tipo de religião. O terceiro nível foi composto apenas pela variável prática religiosa. O quarto, e último nível hierárquico, incluiu tabagismo, provável diagnóstico de depressão e idade em que experimentou bebidas alcoólicas.

As análises foram realizadas através de regressão de Poisson, com ajuste de variância robusta, para o cálculo de razões de prevalência (RP), tendo permanecido a cada nível no modelo, as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, ou aquelas consideradas de grande relevância para o modelo teórico pensado para este estudo. Em todo o processo de análise estatística, utilizou-se o comando SVY, para lidar com o fato de que o processo amostral foi realizado em múltiplas etapas, sendo sorteados clusters, e não indivíduos. As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico *Stata*14.1.

O controle de qualidade foi realizado através da aplicação de questionário contendo dez questões do questionário original. Estes foram aplicados por telefone à 10% da amostra total. A concordância foi calculada através do teste de *Kappa*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em 11 de dezembro de 2015, com o parecer de número 1.363.979. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

3. Resultados

O consórcio de pesquisa identificou 1697 indivíduos residentes na zona rural. Destes, 1519 indivíduos completaram a pesquisa, o que caracterizou 10,5% de perdas e recusas. O coeficiente de *Kappa* ponderado foi de 0,81 para questão sobre tabagismo, e de 0,51 para a que perguntava a idade em que o indivíduo havia experimentado bebidas alcoólicas. Da amostra, 51,7% eram do sexo feminino, 58,9% tinham trabalho no momento da pesquisa, a maior parte se auto-definiu como branca (85,2%), 41,6% declarou-se descendente de alemães ou pomeranos, e 25,4% de brasileiros. Quanto ao

estado civil, 60,6% declararam ser casados ou morar com companheiro e apenas 4,4% declararam ser divorciados ou separados. A maioria (86%) relatou ser adepto a algum tipo de religião. Destes, 45,9% declararam-se católicos e 45,6% evangélicos. Além disso, 50,6% relataram a prática da religião no mínimo uma vez por mês.

O transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) foram encontrados em 8,4% dos 1519 indivíduos adultos estudados, com uma diferença marcante entre os sexos, sendo 15,5% nos homens e 1,9% nas mulheres. Entre os padrões de consumo, o de provável dependência apresentou uma prevalência de apenas 0,7%. (Tabela 1.)(Figuras 1 e 2.)

Na análise multivariável encontrou-se que o risco de transtornos relacionados ao uso de álcool foi maior no sexo masculino, (RP=7,99 [IC 95% 4,5-13,63]); a faixa etária de 18-24 anos apresentou um risco 3,7 vezes maior (IC 95% 1,5-5,0) em relação à categoria de 60 anos ou mais, constatando-se, além disso, que o risco diminuía à medida em que a faixa etária aumentava ($p < 0,001$). (Tabela 2.)

Indivíduos que autodeclararam-se evangélicos apresentaram menor risco, ou seja, proteção, [RP=0,73 (IC 95% 0,4-1,3)], porém com o IC incluindo a unidade. A prática religiosa uma ou mais vezes nos últimos trinta dias também foi um fator de proteção relacionado com a presença de transtornos relacionados ao uso de álcool, tendo aqueles que não praticaram sua religiões nos últimos trinta dias um risco 1,8 vezes maior [RP= 1,86 {1,2-2,7}]. (Tabela 2.)

Também foi encontrada relação entre tabagismo e transtornos relacionados ao uso de álcool. Após análise ajustada, os fumantes atuais apresentaram um risco 2,1 vezes maior (IC 95% 1,2-3,7) em relação aqueles que nunca haviam fumado. (Tabela 2.)

4.Discussão

A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool encontrada neste estudo foi de 8,4%. No entanto, o diagnóstico de provável dependência foi de apenas 0,7%. Encontramos riscos mais elevados no sexo masculino, na faixa etária de 18-24 anos, nos que não praticavam atividade religiosa pelo menos uma vez por mês e nos tabagistas.

No entanto, neste estudo, não encontramos associação entre transtornos relacionados ao uso de álcool com história familiar de problemas com álcool, estado civil, escolaridade, renda, opção religiosa, provável diagnóstico de depressão e idade em que experimentou bebidas alcoólicas.

Os achados de prevalência deste estudo são similares aos encontrados em alguns estudos, porém diferentes aos encontrados em outros. A PNS, por exemplo, encontrou uma prevalência de consumo abusivo de álcool de 10,3% em indivíduos adultos residentes nas zonas rurais do Brasil.^{5; 7}. Em estudo realizado em comunidades, predominantemente rurais, quilombolas na Bahia, foi encontrada prevalência de 10,7% de consumo excessivo. Estudo recente, realizado em algumas regiões rurais da Índia, encontrou uma prevalência de 33,2% de consumo de risco (AUDIT $\geq$ 8) ²². Em 2013, também na Índia, estudo com mesmo instrumento e ponto de corte, encontrou prevalência de 9,4%. Tais diferenças encontradas, em parte, devem ser explicadas pelas peculiaridades de cada população estudada. Entretanto, parte dessas diferenças devem-se aos diferentes métodos de mensuração.

Alguns estudos realizados em populações urbanas do Brasil demonstraram resultados tanto diferentes quanto similares aos encontrados por nós utilizando o AUDIT com mesmo ponto de corte^{6; 23}. As diferenças podem indicar que a prevalência e os padrões de consumo de bebidas alcoólicas realmente sejam diferentes de acordo com os hábitos e características de cada população.^{8; 23; 24}.

Principalmente no Brasil, temos dificuldade em encontrar estudos realizados exclusivamente com populações rurais. Isto limita, de certa forma, a comparabilidade entre os resultados encontrados. No entanto, percebe-se uma tendência de valores mais altos de prevalência em relação aos encontrados neste estudo. Além disso, analisando resultados da PNS e de Pelotas, por exemplo, parece haver maiores prevalências de consumo de risco em populações urbanas^{5; 8}. A menor prevalência encontrada de consumo de risco em nosso estudo em comparação ao realizado na zona urbana de Pelotas possivelmente seja explicada, em parte, pelos diferentes métodos de mensuração utilizados nos dois estudos.⁸ No entanto, parte desta diferença talvez possa ser explicada realmente pelas diferenças entre os indivíduos que residem nestas duas zonas distintas^{13; 25}.

De maneira geral, a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool de 8,4% mostrou-se mais baixa do que as encontradas na maioria dos estudos^{8; 11; 12; 23}. Além disso, a prevalência de provável dependência de apenas 0,7% foi notavelmente menor do que as encontradas em diversos estudos nacionais^{1; 24; 27}

É possível que estas menores prevalências, principalmente a de provável dependência, bem como a ausência de algumas associações, estejam relacionadas ao perfil da população estudada, a qual, boa parte, reside em áreas mais isoladas.^{13; 25} Talvez o estilo de vida desta população, com menor comunicação interpessoal, hábitos mais reservados quanto à expressão de seus comportamentos e costumes, possa ter influenciado os valores mais baixos de prevalências de nossos achados.^{23; 25}

O fator mais fortemente associado aos transtornos relacionados ao uso de álcool encontrado neste estudo foi pertencer ao sexo masculino. Este achado corrobora os encontrados em praticamente todos os estudos sobre o tema.^{8; 9; 23} A literatura ainda não tem explicações sólidas para tal achado. Entretanto, os autores acreditam que uma combinação de fatores genéticos e comportamentais inerentes ao sexo expliquem essa forte associação²⁶.

Em relação à faixa etária, encontrou-se como fator de risco pertencer à situada entre 18-24 anos. Este achado vai ao encontro dos demonstrados por alguns autores, porém divergem dos encontrados por outros^{8; 23}. Alguns fatores poderiam atuar como risco para os mais jovens, como a fase transicional de vida, com a entrada na vida adulta, uma maior frequência de conflitos pessoais e familiares e uma maior susceptibilidade às apelativas campanhas publicitárias que incentivam o consumo. De maneira geral, a maior parte dos estudos encontra maiores riscos em populações mais jovens^{8; 27; 28}.

Este estudo não encontrou associação entre estado civil e maior risco de transtornos relacionados ao uso de álcool. Encontrou-se maiores riscos entre os solteiros, assim como muitos estudos, porém sem significância estatística na análise ajustada.^{6; 29; 30} Tal achado pode ser entendido de diversas maneiras. Talvez aqueles que estejam em, relacionamentos mais estáveis apresentem melhores hábitos relacionados à saúde e, conseqüentemente, menor consumo de bebidas alcoólicas.^{30; 31}

Em relação à opção religiosa, encontramos resultados que seguem a mesma direção da grande maioria dos estudos sobre o tema. Indivíduos que alegam ser adeptos de religião evangélica apresentam proteção a ter transtornos relacionados ao uso de

álcool²⁷. Além disso, indivíduos que praticam suas religiões, ou seja, frequentam uma vez ou mais por mês os locais de prática, também apresentaram proteção a ter este tipo de transtorno. Provavelmente tal associação protetiva também esteja relacionada a um contexto mais amplo de suporte e apoio social. Além disso, também pode-se tentar compreender tal proteção pensando nos dogmas e orientações de cada religião, que podem ser seguidos mais fortemente pelos adeptos a algumas.²⁷

Este estudo também encontrou associação positiva entre tabagismo e transtornos relacionados ao uso de álcool. Os tabagistas apresentaram maior risco do que os ex-fumantes e do que aqueles que nunca fumaram. Tal achado corrobora os encontrados na literatura atual^{8; 11; 22; 23}. Provavelmente a explicação para esta dupla adição esteja na complexa interação genético-ambiental^{32; 33}.

O grande diferencial desta pesquisa está no fato de ser um estudo de base populacional realizado em uma população exclusivamente rural. No entanto, algumas limitações deste estudo são relevantes e devem ser discutidas. A melhor forma encontrada para realizar um processo amostral adequado para este estudo pode ter levado à possibilidade de que domicílios muito distantes, realmente isolados, possam não ter tido a mesma chance de entrar na pesquisa. Entretanto, mesmo que possa ser uma limitação, acredita-se que não tenha sido capaz de distorcer os resultados. Além disso, e muito importante, o consumo de álcool foi pesquisado através da aplicação de questionário por entrevistadoras, o que pode ter levado alguns indivíduos, por constrangimento, a minimizar seus padrões de consumo de bebidas alcoólicas.

A pesquisa chega à conclusão de que, como em todo o país, a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool é alta e preocupante. Os fatores de risco para apresentar tais problemas tendem a se repetir nos diversos estudos realizados em diversos contextos, o que torna mais fácil a adoção de medidas de saúde pública em níveis diferentes de prevenção. Há uma evidente falta de dados sobre este tema em populações rurais. Certamente mais estudos devem ser realizados com estas populações com intuito de conhecer de maneira mais aprofundada suas características e necessidades.

13. Tabelas e Figuras

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, em 2016. (N=1519)

Características		%	N*
Sexo			
	Masculino	48,3	734
	Feminino	51,7	785
Faixa Etária (anos)			
	18-24	11,5	174
	25-39	22,5	341
	40-59	39,0	593
	60 ou mais	27,0	411
Cor da Pele			
	Branca	85,2	1296
	Preta/Negra	6,1	92
	Mulata/Parda	6,7	101
	Amarela	1,4	21
	Indígena	0,6	9
Descendência Familiar			
	Alemã/Pomerana	41,6	632
	Brasileira/Mista	25,4	386
	Italiana	11,3	171
	Portuguesa	5,8	88
	Africana/Quilombola	4,9	75
	Polonesa/Polaca	0,9	14
	Outras	10,1	153
História familiar de problemas com álcool			
	Não	70,9	1074
	Sim	29,1	441
Escolaridade			
	0	2,6	39
	1-4	28,6	435
	5-8	42,7	648
	9-11	23,7	360
	12 ou mais	2,4	37
Estado Civil			
	Casado/Companheiro	60,6	920
	Divorciado/Separado	4,4	67
	Solteiro	26,1	397
	Viúvo	8,9	135
Trabalho atual			
	Não	41,1	624
	Sim	58,9	895
ABEP			
	A	1,7	25
	B	19,2	291
	C	53,5	814
	D	21,3	324
	E	4,3	65
Renda familiar			
	1º	20,1	286
	2º	19,9	284
	3º	20,1	286
	4º	20,1	286
	5º	19,8	282
Religião			
	Não	14,0	212
	Sim	86,0	1307

Opção religiosa			
	Evangélicos	45,6	595
	Católicos	45,9	599
	Espíritas	2,9	38
	Afro-brasileiras	0,9	11
	Outra	4,7	61
Prática religiosa (n/mês)			
	0	49,4	660
	1 ou mais	50,6	645
Tabagismo			
	Nunca Fumou	65,0	987
	Ex-Fumante	18,7	285
	Fumante Atual	16,3	247
Diagnóstico de Depressão[§]			
	Não	89,2	1287
	Sim	10,8	155
Uso de álcool			
	Nunca usou	11,1	169
	Pelo menos 1x	88,9	1350
Idade em que experimentou bebida alcoólica			
	< 18 anos	67,2	497
	18 ou mais	32,8	1022
Transtorno relacionado ao uso de álcool[¥]			
	Não	91,6	1392
	Sim	8,4	127
Padrão de consumo de bebidas alcoólicas[€]			
	Nunca bebeu	11,1	169
	Uso sem risco	80,4	1221
	Uso de risco	6,9	105
	Uso nocivo	0,9	14
	Provável Dependência	0,7	10

* diferentes valores amostrais devido a *missing*.

£ Renda familiar anual em quintis de salários mínimos

§ Escala de depressão pós-natal de Edimburgo – ponto de corte ≥ 13

¥ Instrumento AUDIT – ponto de corte = 8

€ Instrumento AUDIT – 0 a 7, 8 a 15, 16 a 19 e 20 ou mais.

Tabela 2. Análise multivariável entre o Transtorno relacionado ao uso de álcool (AUDIT>7) e variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

		Análise Bruta		Análise Ajustada	
		N(%)	Valor de P RP(95% IC)	N(%)	RP(95% IC)
1º Nível	Sexo		P<0,001#		P<0,001#
	Masculino	112(15,3)	7,99(4,61-13,80)	112(15,3)	7,99(4,65-13,73)
	Feminino	15(1,9)	1	15(1,9)	1
	Faixa Etária#		P<0,001##		P=0,001##
	18-24	22(12,6)	3,99(1,83-8,70)	22(12,7)	3,71(1,53-5,00)
	25-39	36(10,6)	3,34(1,80-6,13)	36(10,6)	3,03(1,60-5,71)
	40-59	56(9,4)	2,99(1,68-5,29)	56(9,4)	2,77(1,75-7,84)
	≥ 60	13(3,2)	1	13(3,2)	1
	Cor da Pele		P=0,278#		P=0,163#
	Demais	2(6,7)	0,84(0,19-3,55)	2(6,7)	0,67(0,17-2,67)
2º Nível	Negra/Preta Mulata/Parda	22(11,4)	1,42(0,92-2,23)	22(11,4)	1,43(0,99-2,06)
	Branca	103(8,0)	1	103(8,0)	1
	História familiar de problemas com álcool		P=0,187#		P=0,068#
	Não	82(7,6)	0,76(0,50-1,14)	82(7,6)	0,72(0,50-1,02)
	Sim	44(9,9)	1	44(9,9)	1
	Escolaridade		P=0,131#		P=0,962#
	0-4	30(6,3)	0,46(0,14-1,05)	30(6,3)	0,48(0,22-1,06)
	5-8	64(9,9)	0,61(0,24-1,49)	64(9,9)	0,68(0,33-1,39)
	9-11	27(7,5)	0,46(0,21-1,00)	27(7,5)	0,38(0,19-0,79))
	≥ 12	6(16,2)	1	6(16,2)	1
2º Nível	Estado civil		P=0,015#		P=0,327#
	Solteiro	55(13,9)	2,05(1,27-3,32)	55(13,9)	1,39(0,83-2,31)
	Divorciado	10(4,9)	0,73(0,40-1,32)	10(5,0)	1,28(0,68-2,41)
	Viúvo/Separado				
	Casado	62(6,7)	1	62(6,7)	1
	Trabalho atual		P<0,001#		P=0,11#
	Não	29(4,7)	0,42(0,29-0,60)	29(4,7)	0,71(0,47-1,09)
	Sim	98(11,0)	1	98(11,0)	1

ABEP			P=0,120		P=0,142
	A	4(16)	1,15(0,41-3,24)	4(16,0)	1,15(0,41-3,24)
	B	30(10,3)	0,74(0,27-2,04)	30(10,3)	0,74(0,27-2,04)
	C	55(6,8)	0,48(0,19-1,20)	55(6,8)	0,48(0,19-1,20)
	D	29(9,0)	0,64(0,28-1,48)	28(8,7)	0,64(0,28-1,48)
	E	9(13,9)	1	9(13,9)	1
Renda familiar!			P=0,564[#]		P=0,409[#]
	1	24(8,4)	1,12(0,57-2,20)	24(8,4)	0,82(0,43-1,72)
	2	16(5,6)	0,75(0,39-1,44)	16(5,6)	0,59(0,33-1,05)
	3	26(9,1)	1,22(0,60-2,47)	26(9,1)	0,83(0,41-1,70)
	4	25(8,7)	1,17(0,63-2,17)	16(8,7)	0,93(0,50-1,65)
	5	24(7,4)	1	24(7,4)	1
Opção Religiosa			P=0,012^{##}		P=0,051[#]
	Evangélicos	33(5,6)	0,47(0,28-0,78)	31(5,5)	0,73(0,41-1,31)
	Outras	8(7,3)	0,61(0,28-1,32)	5(5,0)	0,90(0,45-1,79)
	Católicos	61(10,2)	0,86(0,57-1,30)	53(9,4)	1,28(0,83-1,98)
	Sem religião	25(11,8)	1	23(11,7)	1
3°					
Nível					
Prática religiosa			P<0,001[#]		P=0,002[#]
	Nenhuma/mês	73(11,3)	2,58(1,71-3,87)	65(10,7)	1,86(1,27-2,70)
	≥ 1 /mês	29(4,4)	1	24(3,9)	1
4°					
Nível					
Tabagismo			P<0,001[#]		P=0,038[#]
	Fumante	43(17,4)	3,06(1,92-4,89)	43(17,4)	2,15(1,22-3,78)
	Ex-fumante	28(9,8)	1,73(1,19-2,50)	28(9,8)	1,57(0,98-2,52)
	Nunca fumou	56(5,7)	1	56(5,7)	1
Diagnóstico atual de depressão			P=0,472[#]		P=0,645[#]
	Não	114(8,9)	0,79(0,40-21,53)	83(8,0)	0,82(0,34-1,94)
	Sim	11(7,1)	1	4(3,3)	1
Idade em que experimentou bebida alcoólica			P=0,025[#]		P=0,344[#]
	<18 anos	65(8,3)	1,57(1,06-2,3)	65(8,3)	1,21(0,80-1,85)
	>18 anos	22(5,9)	1	22(5,9)	1

valor de P de teste de heterogeneidade.

valor de P de tendência linear.

¢ Análise ajustada para todas as variáveis do primeiro nível hierárquico: sexo, faixa etária, cor da pele, história familiar.

£ Análise ajustada 1° nível e para as variáveis do 2°: escolaridade, estado civil, trabalho atual, renda familiar e opção religiosa.

¥ Análise ajustada para as variáveis dos níveis superiores, e para prática religiosa.

€ Análise ajustada para as variáveis que permaneceram até o terceiro nível, além de tabagismo, diagnóstico atual de depressão e idade em que experimentou álcool.

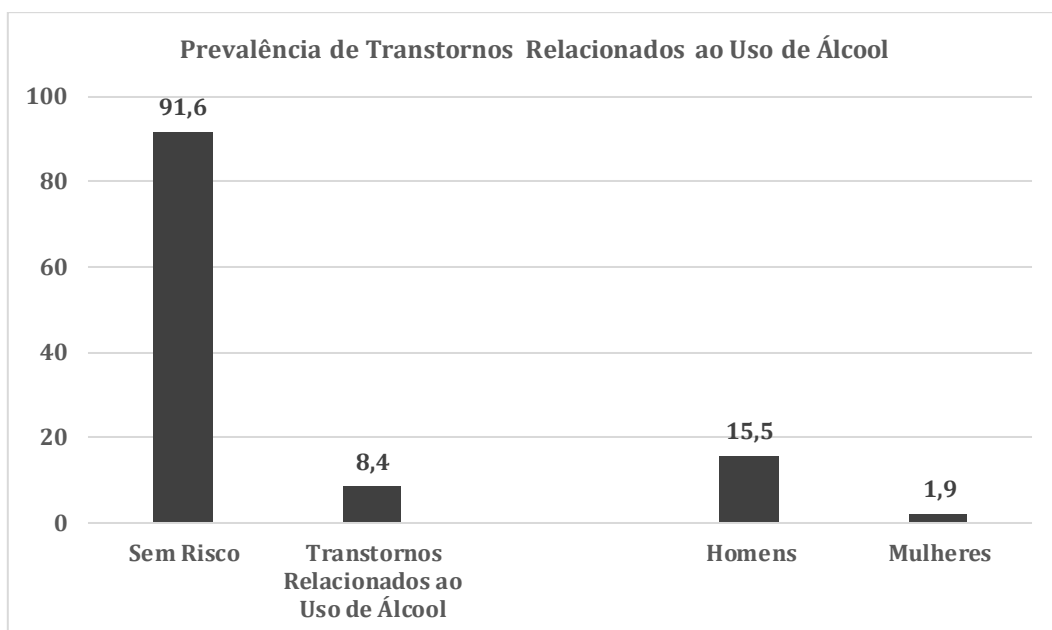
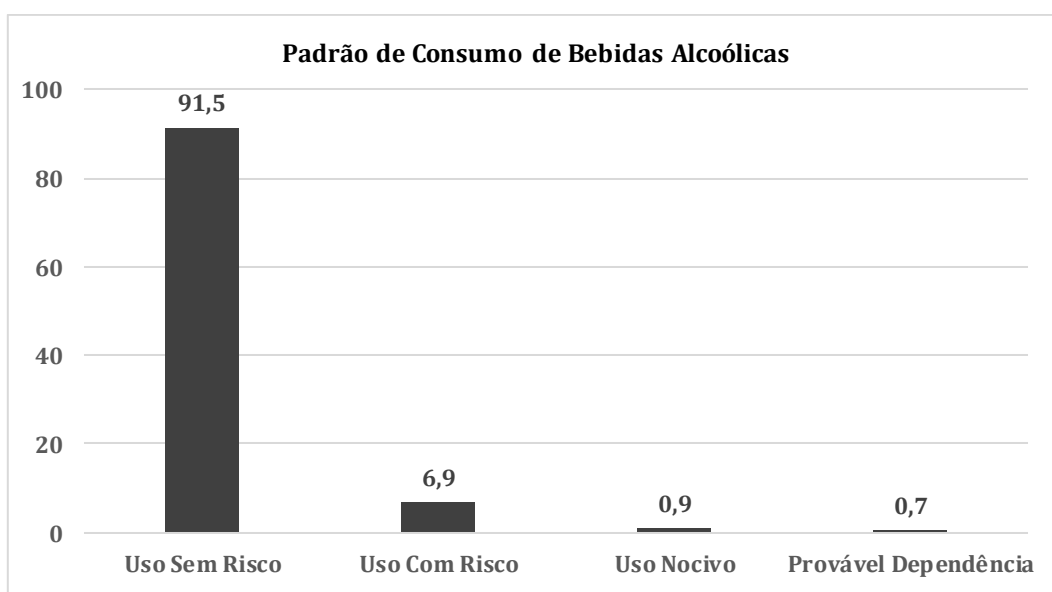
Figura 1. Prevalência de Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT $\geq$ 8)

Figura 2. Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas



Referências Bibliográficas

- 1 LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults
Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.
- 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION - W.H.O. **Global Status Report on Alcohol and Health**. W.H.O. Geneve, Switzerland, 2014.
- 3 REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2223-33, Jun 27 2009.
- 4 LARANJEIRA, R.; AL, E. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD),. São Paulo, 2014.
- 5 MINISTÉRIO DA SAÚDE - FIOCRUZ - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde - Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas**. IBGE, I. B. D. G. E. E.-. Rio de Janeiro - RJ, 2014.
- 6 REISDORFER, E. et al. Prevalência e fatores associados a transtornos devido ao uso de álcool em adultos: estudo populacional no sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 582-594, 2012.
- 7 BABOR, T. F. et al. **The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guideline for Use in Primary Care**. WHO 2001.
- 8 COSTA, J. S. D. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.
- 9 GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. D. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015.
- 10 CARDOSO, L. G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 809-820, 2015.
- 11 KUMAR, S. G. et al. Prevalence and Pattern of Alcohol Consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Rural Tamil Nadu, India. **J Clin Diagn Res**, v. 7, n. 8, p. 1637-9, Aug 2013.

- 12 GIAN, K. B.; VAN MINH, H.; ALLEBECK, P. Alcohol consumption and household expenditure on alcohol in a rural district in Vietnam. **Glob Health Action**, v. 6, p. 18937, 2013.
- 13 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. XII Censo Demográfico. Brasil, 12/07/2016, 2010.
- 14 BARROS, A. J. D. et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. supl.1, p. 133-144, 2008.
- 15 DEAN AG SULLIVAN KM SOE MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health 06/04/2013.
- 16 MENDEZ, B. E. **Uma versão brasileira do Audit: Alcohol use disorders identification test**. Pelotas, RS: Universidade Federal de Pelotas 1999.
- 17 LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v. 40, n. 6, p. 584-9, Nov-Dec 2005.
- 18 BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in primary care**. WHO 2001.
- 19 COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-6, Jun 1987.
- 20 MATIJASEVICH, A. et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 284, 2014.
- 21 VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, v. 26, n. 1, p. 224-7, Feb 1997.
- 22 RATHOD, S. D. et al. Epidemiological features of alcohol use in rural India: a population-based cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 5, n. 12, p. e009802, Dec 18 2015.
- 23 MENDOZA-SASSI, R. A.; BERIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, n. 6, p. 799-804, Jun 2003.
- 24 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. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 26, n. 3, p. 280-286, 2004.

- 25 SALAMONI, G. A imigração alemã no Rio Grande do Sul - O caso da comunidade pomerana de Pelotas. **História em Revista**, Pelotas, RS, v. 7, p. 25-42, dezembro/2001.
- 26 MERIKANGAS, K. R. et al. Familial transmission of substance use disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v. 55, n. 11, p. 973-9, Nov 1998.
- 27 FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 11, p. 3409-18, 2013.
- 28 PINSKY, I.; JUNDI, S. A. R. J. E. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional: [revisão]. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 4, p. 362-374, 2008.
- 29 FREITAS, I. C. M. D.; MORAES, S. A. D. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 10, p. 2021-2031, 2011.
- 30 DERRICK, J. L. et al. Relationship-specific alcohol expectancies in couples with concordant and discrepant drinking patterns. **J Stud Alcohol Drugs**, v. 71, n. 5, p. 761-8, Sep 2010.
- 31 ROBLES, T. F.; KIECOLT-GLASER, J. K. The physiology of marriage: pathways to health. **Physiol Behav**, v. 79, n. 3, p. 409-16, Aug 2003.
- 32 SKALAMERA, J.; HUMMER, R. A. Educational attainment and the clustering of health-related behavior among U.S. young adults. **Prev Med**, v. 84, p. 83-9, Mar 2016.
- 33 PRIMACK, B. A. et al. Tobacco, marijuana, and alcohol use in university students: a cluster analysis. **J Am Coll Health**, v. 60, n. 5, p. 374-86, 2012.
- 34 GIANG, K. B. et al. Alcohol use and alcohol consumption-related problems in rural Vietnam: an epidemiological survey using AUDIT. **Subst Use Misuse**, v. 43, n. 3-4, p. 481-95, 2008.

14 Nota para Imprensa

Pesquisa da UFPel avalia consumo de álcool na população rural de Pelotas

Um em cada doze moradores da zona rural de Pelotas consome bebidas de álcool em quantidades que representam risco para a saúde. É o que mostra estudo inédito da Universidade Federal de Pelotas, que investigou o consumo de bebidas alcoólicas entre pessoas de 18 anos de idade ou mais nos oito distritos da zona rural do município.

“São raros os estudos sobre o consumo de bebidas alcoólicas exclusivamente em populações rurais. O consumo exagerado, de risco, está ligado a doenças como cirrose, pancreatite e câncer. Nossa pesquisa investiga o hábito pela primeira vez na zona rural de Pelotas, preenchendo essa lacuna e atendendo à sugestão de lideranças comunitárias da região”, afirma o médico psiquiatra Gustavo Pêgas Jaeger, autor do trabalho de dissertação sobre o tema, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel, sob orientação da professora Mariângela Freitas da Silveira.

A coleta dos dados integrou o inquérito da Pesquisa sobre a Saúde da População Rural de Pelotas, realizada pelo curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. Entre janeiro e junho de 2016, o estudo entrevistou 1519 moradores da zona rural na faixa etária a partir dos 18 anos. Os participantes responderam a questões sobre a frequência e a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas e sobre a preocupação de médico, familiares ou amigos em relação ao hábito do entrevistado. De acordo com as respostas, os participantes somaram de 1 a 40 pontos, com o escore de oito pontos para classificação de consumo de risco de álcool. “Esse escore sinaliza o consumo de bebidas de álcool que começa a gerar danos à saúde de quem bebe: uma agressão pequena ao fígado, uma gastrite, um risco maior de se envolver em acidentes de qualquer tipo, de assumir comportamento violento”, explica Jaeger.

Os resultados apontam 8,4% de pessoas com consumo de risco de álcool na população rural. A prevalência é maior entre os homens, com proporção de oito homens para cada mulher com consumo de risco. Em relação à idade, quanto mais jovem, maior a propensão ao comportamento. O consumo de risco é mais frequente entre os jovens de 18 a 24 anos do que entre os adultos de 25 a 39 anos – nessas duas faixas etárias, é três vezes maior do que na faixa etária a partir dos 60 anos. Os dados também revelam maiores prevalências entre os que vivem sem companheiro, experimentaram o álcool antes dos 18 anos e são tabagistas. Além disso, os índices de consumo de risco tenderam a ser menores entre os praticantes de religião evangélica.

“O senso comum propaga que o consumo de bebidas de álcool é alto na zona rural, mas nosso estudo quantifica isso, apresenta dados concretos sobre a questão. Quase uma em cada dez pessoas tem problemas com álcool nessa população, e os dados despertam preocupação com o maior número entre os mais jovens. Os resultados fornecem subsídios para o planejamento de políticas na região, apontando para estratégias de prevenção do início precoce, antes dos 18 anos, e para intervenções dirigidas em especial ao público masculino”, conclui o autor.