

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE MENTAL**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL NUM  
MUNICÍPIO COM CARACTERÍSTICAS RURAIS  
NO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL**

**EVANI HELENA COELHO DE AZEVEDO MARQUES**

**Ribeirão Preto, 2007**

**EVANI HELENA COELHO DE AZEVEDO MARQUES**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL NUM  
MUNICÍPIO COM CARACTERÍSTICAS RURAIS  
NO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR.

ORIENTADOR: PROF. DR. FREDERICO GRAEFF  
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. AFONSO DINIS  
COSTA PASSOS

**RIBEIRÃO PRETO, 2007**

## DEDICATÓRIA

A TODO SER QUE CARREGA  
A CENTELHA DIVINA EM SEU CORAÇÃO,  
MEU IRMÃO NA LUZ!

## Agradecimentos

*Saiba que é o coração quem fala e suspira  
Quando a mão escreve  
é o coração quem manda  
(Alfred de Musset)<sup>77</sup>*

Peço licença para contar uma história...

Estimo que não se enfade e que compreenda a íntima ligação que ela tem com a realização deste trabalho.

Caso não agrade a idéia deste prólogo, convido para que siga adiante, pois não haverá qualquer prejuízo na compreensão do texto como um todo.

Além disso, não estranhe: psiquiatras adoram uma boa história...

Desde muito pequena tive espírito irrequieto e queria entender como “as coisas” funcionavam... Não raro, me perguntava, por exemplo, quem teria chamado a cadeira de “cadeira” e por que não de “azul”? Quem havia dado os nomes para “as coisas”, e por que esses nomes continuavam a ser repetidos e tínhamos que aprender que era assim? Para exaspero de meus pais, fazia algumas perguntas que, na maioria das vezes, deveriam soar incompreensíveis e, por essa razão, suscitavam respostas igualmente exasperadas...

E as dúvidas se alternavam e dissipavam, movendo-se dentro do imenso e colorido universo da infância e da ignorância, para retornarem sob outras formas.

As brincadeiras e rotinas se mesclavam de perfumes e sabores, de risos e lágrimas, enquanto ia aprendendo e tendo experiências com a vida.

Um dia, meu irmão iniciou a pré-escola. Nossa convivência seria profundamente alterada, pois os onze meses de idade que nos separavam e nos mantinham tão próximos iriam se tornar infinitos naquelas poucas horas durante sua ausência.

Fiquei triste, de início, mas fui me acomodando quando percebi que ele retornava sempre e trazia muitas novidades... uma delas, a mais emocionante, era a cartilha! O livro magrinho tinha um título que era anunciado dramaticamente: “Onde está o patinho?”.

Diariamente, quando chegava, ele abria a página da lição do dia e, com o dedo indicador deslizando sobre o papel, de forma compenetrada, colocava-me a par do “capítulo”, repetindo, metodicamente, a leitura feita em classe, a qual recheávamos de comentários e discussões acaloradas!

Num determinado momento, não sei quando, mas lembrado com clareza absoluta, aquele amontoado de riscos e desenhos se modificou de imediato e estava lá, impresso, tranqüila e indubitavelmente: “ovo”!

Meu olhar passeou pela página e era possível “ver” todas as palavras... elas simplesmente estavam lá, onde sempre estiveram; “igreja”, “casa” e “pato” se perfilavam num desfile lógico e ordenado.

Por ser simples, como deveria ser, quando meu irmão saía, era divertido debruçar sobre um jornal e “brincar” de descobrir diferentes palavras e frases. Por ser tão simples, não foi possível compreender o alarde que decorreu a descoberta fortuita de minha mãe acerca de minha nova habilidade.

Hoje compreendo que foi o amor imenso por meu irmão que alavancou a curiosidade e prontidão para a leitura. Não foi necessário memorizar qualquer regra, pois a alegria de nosso convívio e a intuição apreenderam o conteúdo!

Foi esse o caminho que, acredito, continuei marcadamente trilhando: aprendia rápida e apaixonadamente, de forma quase indisciplinada, o que, em muitas situações, se transformou em obstáculo. Quando a aquisição de uma nova habilidade exigia mais dedicação, era necessário grande esforço e, não raro, limites, experimentados como rígidos, o que despertava sofrimento.

Assim, na escola e durante a graduação médica, foi inevitável ter que aprender a “domar o cavalo selvagem” que era minha mente. O inconformismo, a rebeldia e a sensibilidade aguçada resfolegavam, desenhando um trajeto com tropeços e conquistas em que, não raro, a solidão era companheira freqüente. A curiosidade e o desejo de ser útil ao mundo acabaram por ajudar no processo de vencer o medo e a insegurança que o próprio mundo despertava.

O interesse por tudo o que existia era generalizado e se fazia transitar pela música, filosofia e mitologia. O amor pela arte era igualmente grande pelos esportes e religião, mesmo que o desempenho mediano não justificasse a dedicação apaixonada... Mas tudo falava da vida!

A experiência intensa de contato com o novo motivava freqüentemente um distanciamento, mesmo que temporário, dos projetos em andamento e, às vezes,

despertava um vagalhão de emoções que esboroavam outras tantas e quase as faziam sucumbir.

Mas, mesmo sem compreender de imediato as motivações e questionando-as, continua e dolorosamente, algo sempre impelia para que continuasse a busca: era isso que fazia cantar o coração!

Com o acúmulo de aprendizado e o encontro maravilhoso com pessoas especiais, também a mente foi se aquietando e aprendendo um novo método de sedimentar as experiências, menos doloroso ao que parece. No entanto, a estrutura permaneceu, daí o tom quase confessional deste relato...

A decisão pelo estudo do psiquismo foi uma resposta lógica aos questionamentos da infância: quem cria o mundo e toda a cultura que nele existe ou já existiu é a mente do Homem. E é a sua própria mente que o faz ser feliz e criativo e que também o faz adoecer!

Após vários anos de trabalho, que funcionaram como gatilho para inúmeros questionamentos, e do estudo da saúde para o fenômeno do adoecer, dos fatores etiológicos para os de aumento de risco, do individual para o coletivo, transgredir da Saúde Mental para a Saúde na Comunidade numa época em que não havia esta tradição no Departamento de Psiquiatria.

Ainda lembro a reação de divertida surpresa do Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos diante do pedido para que orientasse uma pesquisa sobre transtornos mentais em uma comunidade, alegando não ter conhecimento específico da área e que sempre havia trabalhado com variáveis que fossem concretamente mensuráveis. No entanto, sua curiosidade, coragem e disposição para ampliar conhecimento o contagiaram e fizeram-no abraçar o projeto, que foi se modificando até chegar ao modelo que foi desenvolvido.

A tolerância necessária por parte do Prof. Dr. Afonso, que orientou meu mestrado e graciosamente concordou em permanecer como co-orientador do doutorado, foi indescritível. Durante esses anos de convivência, meu amor e respeito pela pessoa e pelo profissional que ele é vêm crescendo imensamente. Apenas lastimo que o encontro especial não tenha sido mais estreito em decorrência da turbulência de meu comportamento, que se manifestou em alguns momentos, inclusive no desejo de abandonar a consecução deste projeto. Os ganhos na amizade com o Prof. Afonso ultrapassam qualquer mensuração: ele estimulou, ajudou, realizou, ensinou, disciplinou, criticou, respeitou, tornou lúdico,

serviu de modelo, permitiu ser copiado, trocou, deu apoio e proteção, o que vem permitindo definir minha identidade como pesquisadora. Fico honrada e agradecida, pessoal e profissionalmente, pela oportunidade desse encontro.

Diferentemente do que aconteceu com o Prof. Afonso, o encontro com meu orientador, Prof. Dr. Frederico Guilherme Graeff, foi inusitado. Todos os dados já haviam sido colhidos no início do mestrado e, por sugestão do Prof. Afonso, optamos por apresentar apenas aqueles referentes ao uso de tabaco na população, postergando a apresentação dos relativos ao uso de álcool.

Após a conclusão do mestrado e imersa novamente num caldeirão de emoções, tive dúvidas se seria capaz de iniciar o doutorado de imediato.

Diferentes argumentos oriundos de diversas pessoas serviram de estímulo para que continuasse, sob o risco concreto de que o ânimo “esfriasse” e, pior, desaparecesse.

Como não havia a possibilidade de fazer o doutorado no Departamento de Medicina Social, uma vez que este departamento passava por reestruturação, voltei ao Departamento de Psiquiatria, por sugestão do próprio Prof. Afonso: “o bom filho...”, pensei!

Apesar de distante alguns anos, a recepção no Departamento de Psiquiatria foi respeitosa e acolhedora, na pessoa da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Regina Loureiro, que expôs os alcances e limites daquele Departamento no momento e sugeriu que conversasse com o Prof. Graeff. Ele dava início ao trabalho naquele Departamento após muitos anos na Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras da USP, com histórico de dedicação intensa à carreira docente e pesquisador exemplar, de renome internacional.

Após a leitura prévia do mestrado e do projeto do doutorado, o Prof. Graeff disse direta e claramente que “o trabalho estava praticamente pronto” e se dispôs a auxiliar no que fosse preciso para a consecução da tese, o mais breve possível, dada a excelência do conteúdo. Informou que não possuía experiência na área de pesquisa epidemiológica, mas que ficaria tranquilo se contássemos com a co-orientação do Prof. Afonso nesse quesito, mesmo nunca tendo trabalhado desta forma. Colocava à disposição seu conhecimento na pesquisa com substâncias psicoativas e avaliava ser pertinente que prestasse o exame para ingresso no Departamento de Psiquiatria.

Lembro de como aquela conversa despertou uma mescla de emoções em mim: meu trabalho estava sendo submetido à avaliação de uma pessoa estranha, tinha a idéia de estar perambulando num limbo mal definido entre duas áreas conflitantes e estava diante de um pesquisador profícuo e experiente, que me causara forte impressão, pois falava de forma concisa e com muita propriedade.

Mas a intuição sinalizou que podia me lançar no abismo... e foi o que fiz!

Com uma atitude aberta e compreensiva, o Prof. Graeff disse, um dia, que tinha aprendido o quanto percebia ser de extrema importância que o aluno pudesse ter espaço para desenvolver uma maneira própria de realizar seu trabalho. As pessoas não eram idênticas, logo, a forma de desenvolver um projeto também não... O papel do orientador seria o de ajudar a definir certas “margens” dentro das quais o barco pudesse navegar em segurança, sem comprometer o resultado, otimizando as ações. Brilhante!

O que não computávamos no processo era minha “velha e familiar” estrutura, novamente tomando as rédeas: emoções intensas, mudanças nas prioridades, doenças, rupturas e reconstruções em relações próximas, novas necessidades e... lá estava o barco, soçobrando nos vagalhões, apesar de todos os chamados e oferecimentos de ajuda em inúmeros momentos... Em alguns períodos, acreditei realmente que não conseguiria, pois faltavam forças... houve períodos em que me esforçava para cumprir medianamente os compromissos e uma tristeza sem nome povoava minha vida, sem que soubesse sua origem...

A situação cobrou seu preço: muito do que me competia ficou a desejar e o desempenho em alguns cursos foi mediano, prazos quase venceram, a intermediação entre as duas áreas ficou comprometida, um distanciamento grande se delineou com os orientadores e algumas tentativas mal executadas de resolução levaram-me a um isolamento. Foi necessário tempo para uma reestruturação. Muito foi possível reparar, muito não, simplesmente porque o momento havia passado!

Ao redigir este relato pessoal, persisto me perguntando se vale a pena mantê-lo neste trabalho, alguns argumentos, porém, me convencem de sua permanência.

Lembro que raramente é visto algo semelhante nos trabalhos científicos; geralmente autores geralmente contam como foi a pesquisa, nunca o processo pessoal, que fica a cargo de sua própria mente ou do trabalho com o terapeuta



ou, talvez, do esquecimento! Claro está que, num trabalho científico, tal texto poderia ser dispensável meramente por se tratar de prosa literária, de qualidade discutível!

Argumento, entretanto, que é o relato de um processo, no qual todas as motivações pessoais interferem na pesquisa, mesmo que de forma inconsciente. A escolha da Instituição e do orientador, o objeto de estudo, os dados obtidos, a maneira como são descritos e todos os pressupostos em que se baseiam são definidos com base nas necessidades pessoais e traduzem o olhar do pesquisador!

Nossa atitude perante a vida denota a perspectiva do Homem e de Mundo que escolhemos abraçar e permeia continuamente todas as nossas ações, inclusive numa pesquisa científica!

Mas é claro que podemos jamais abarcar a totalidade de nossas motivações! Podemos, entretanto, exercitar a reflexão...

Mas é claro que esta história é um recorte da realidade, também feito neste momento, com vieses que lhe são próprios. Podemos, no entanto, permitir sua permanência, ainda que fugidia...

Mas é claro que tudo isto pode não ter qualquer utilidade prática. Podemos, no entanto, permitir que permaneça simplesmente pelo fato de que será único e último...

Podemos honrar e agradecer por todas as experiências e relações que nos trouxeram até este momento e que permanecerão, pois já fazem parte de nossa vida... e permitir que o coração conte uma história!

E podemos nos lembrar também das muitas pessoas que doaram seu tempo, participando de inúmeras tarefas, em diferentes etapas, contribuindo para que este projeto fosse completado. Sem o auxílio de cada uma delas, teria sido impossível concluí-lo.

Muitas participaram do projeto inicial, principalmente da coleta de dados, cuja primeira parte já foi apresentada, mas serão recordadas como um tributo a seu trabalho dedicado. Sem sua inestimável contribuição, a continuidade do projeto, na forma desta tese, não teria ocorrido.

Desculpamo-nos antecipadamente caso ocorra alguma omissão, por falha de memória, e expressamos nossa gratidão às seguintes pessoas e instituições:

Roberto Rodrigues da Silva, Sílvio Santos dos Reis Faria e Terezinha de Jesus dos Reis Menezes, do Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas, em Cássia dos Coqueiros, pelo auxílio inicial na coleta dos dados;

Patrícia dos Reis David e Romilda Lopes de Pádua, da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros, também pelo auxílio inicial na coleta dos dados;

Camila de Andrade Carvalho, enfermeira da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros, pelo auxílio inicial na coleta dos dados e na orientação direta do trabalho dos entrevistadores, contribuição que se estendeu de abril a julho de 2001;

Elisângela Cristina Lorencini, pelo auxílio no início da coleta dos dados;

Carolina Cecília Bruno Batista e Regina Helena Greggi, secretárias do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), pelo “apoio logístico”, sempre que necessário;

Sonia Mitiko Bueno e Ivana Geraldo Cintra Faria, secretárias do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP, pelo auxílio e orientação para cumprimento dos prazos, relatórios, documentos e toda sorte de exigências burocráticas;

Gilmar Mazzer, do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, pelo auxílio na área de informática;

Vanessa Spagnul, pela revisão gramatical do texto final;

Professor Doutor Uilho Antônio Gomes, do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, pela revisão e sugestões no questionário;

Professora Cristina Marta Del Bem, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP e supervisora da pesquisa, pelo incentivo e compreensão;

Professor José Alexandre Crippa, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP, pela leitura crítica e contribuições ao texto por ocasião do exame de qualificação;

Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros;

Municípios de Cássia dos Coqueiros, sem os quais esta pesquisa não teria sido possível.

Gostaríamos de expressar agradecimentos especiais a algumas pessoas, cuja extraordinária dedicação fez que esta pesquisa pudesse ser viabilizada:

Renata Cristina Barbosa Gonçalves, trabalhadora incansável, dedicada e amorosa, responsável pela maioria das entrevistas realizadas, funcionária da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros;

Maria Imaculada de Faria Fernandes, pela inestimável contribuição na organização e no controle da realização das entrevistas e, posteriormente, como entrevistadora, também funcionária da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros;

Maria Cristina Franca da Cunha, cara amiga e Secretária de Saúde do Município de Cássia dos Coqueiros em exercício durante o procedimento de coleta dos dados, que mobilizou inestimáveis recursos humanos e materiais;

Lupércio Luiz de Oliveira, pelo auxílio sempre competente e tranqüilo na área de informática e revisão na diagramação das tabelas e gráficos;

João Mazzoncini de Azevedo Marques, marido, pai do Vitor e parceiro intelectual, por sua paciência ao longo de toda a pós-graduação, auxílio na revisão bibliográfica, nas contribuições para a confecção do texto e revisão do texto final;

Professor Doutor Antônio Ruffino Netto, do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, pela revisão e sugestões no questionário, leitura crítica e sugestões ao texto final por ocasião dos exames de qualificação do mestrado e doutorado e participação na banca do mestrado. Sua presença enternecedora e seu amor à vida, à Filosofia e à Arte têm a capacidade de elevar os encontros a situações de alegre lirismo. É também do Professor Ruffino o poema, gentilmente compartilhado, que abre a “Introdução” deste texto;

Professor Doutor Frederico Guilherme Graeff, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP, pela paciência infinita e fé para com esta orientada;

Professor Doutor Afonso Dinis Costa Passos, do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, por toda nossa história, já contada e ainda se contando...

Este escrito acabou se transformando num tributo a muitos que foram e têm sido professores, de alguma forma. Como é um texto final, desejo lembrá-los e agradecer de todo meu coração pelo nosso reencontro nesta vida: Ruth e Carlos, pais amorosos; Magda, “boadrasta” e amiga; Ida e Carla, irmãs angelicais; Marisa e Pedro, pais adotados pelo coração; Guiomar, Denise e Di Loretto, que ajudaram a disciplinar a mente; João Luiz e Cyro, que ajudaram a disciplinar o espírito; Carlos Augusto, irmão querido e “professor das primeiras letras”...

Agradeço a meu filho, Vitor, que está por nascer e cuja luz já se irradia generosamente ao Mundo;

Agradeço a todos os Mestres Ascensionados, Discípulos e Seres de todas as Eras e Esferas que vêm inspirando e trabalhando contínua e amorosamente para que a Humanidade neste planeta Terra reconheça, amplie e usufrua a maravilhosa permanência na LUZ!

Finalmente, faço minhas as palavras do Poeta Pessoa <sup>91</sup>:

*Eu, o que estive  
Em ilusão toda esta vida  
Aparecida,  
Sou grato Ao que do pó que sou  
Me levantou.  
(E me fez nuvem um momento  
de pensamento.)  
(Ao de quem sou, erguido pó,  
Símbolo só)*

**EU SOU LUZ!**

## RESUMO

Estima-se que dois bilhões de pessoas no mundo sejam usuárias atuais de bebidas alcoólicas e que seu uso indevido de álcool seja a terceira causa mais comum de anos de vida perdidos por incapacidades. A prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool varia nas diferentes regiões do mundo, atingindo cerca de 10% dos homens adultos na Europa e partes do Leste Europeu, em 2000. No Brasil, a totalidade dos estudos sobre o uso de álcool refere-se a grandes centros urbanos, sentindo-se carência de dados referentes às áreas rurais.

Esta pesquisa objetiva estudar algumas características referentes ao uso de álcool pelos habitantes de uma pequena cidade com características rurais, localizada na região nordeste do Estado de São Paulo (Cássia dos Coqueiros, 2.800 habitantes), tendo sido apresentada ao Programa de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) para obtenção do título de doutor.

Um questionário estruturado para investigar dados demográficos, padrões de consumo e problemas relacionados ao uso de álcool (o qual incluía o *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT) foi aplicado a 1.902 habitantes, com idade igual ou superior a 12 anos, correspondente a 87,6% da população-alvo.

A prevalência de usuários atuais de álcool foi de 30,8% (IC 95%: 28,7 – 32,9), com valores de 44,5% (IC 95%: 42,3 – 46,7) para os homens e 16,9% (IC 95%: 15,2 – 18,6) para as mulheres. Verificou-se aumento significativo dessa prevalência em relação à idade até a faixa dos 25-34 anos, com progressiva diminuição após essa faixa. Observou-se uma relação diretamente proporcional quanto à escolaridade, com valores extremos de 41,0% entre aqueles com curso superior e de 20,5% entre os que nunca freqüentaram escola. Fenômeno idêntico foi observado em relação ao estrato social, com valores de 40,4% e 28,8% para os indivíduos pertencentes ao conjunto dos estratos sociais B+C comparados àqueles dos estratos D+E, respectivamente, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil. Os indivíduos pertencentes às religiões denominadas “pentecostais” (aquelas que pregam algum tipo de abstinência) apresentaram grau significativamente menor de uso atual de álcool atual. Não foram

encontradas associações estatísticas significativas entre o uso atual de álcool e área de residência (rural ou urbana) ou estado civil.

Entre os usuários atuais de álcool, 3,2% iniciaram o seu uso com idade de 7 a 11 anos e 55,7% antes dos 18 anos. A maioria desses usuários consumia álcool numa frequência de até 2-4 vezes por mês. Cerveja foi o tipo de bebida mais consumida por ambos os sexos nos diferentes estratos sociais. A intenção de interromper o consumo foi demonstrada por 15,9% dos usuários atuais de álcool, dos quais a maioria pertencia a estratos de menor renda.

O uso indevido de álcool, conforme o AUDIT, associou-se diretamente ao sexo masculino e uso concomitante de tabaco e inversamente ao grau de escolaridade. Não foram observadas associações estatísticas entre o resultado do AUDIT e área de residência, estrato social, estado civil e religião.

Pela sua considerável relevância, o problema do uso indevido de álcool faz por merecer o desenvolvimento de programas dirigidos à sua profilaxia e ao seu controle nessa população de características rurais.

Palavras-chave: uso de álcool; uso indevido de álcool; área rural; AUDIT; epidemiologia; tabaco.

## ABSTRACT

It is estimated that two billion people world-wide currently consume alcoholic beverages and that their inappropriate use is the third most common cause of years of life lost due to incapacity. The prevalence of problems related to the use of alcohol varies in different world regions, reaching approximately 10% of adult males in Europe and parts of the European East in 2000. In Brazil, the most of the studies about the use of alcohol refer to large urban centres, therefore information referring to rural areas is lacking.

This research aims at studying some characteristics of the use of alcohol in a small town with rural characteristics in the northern region of the state of São Paulo (Cássia dos Coqueiros, 2.800 inhabitants), and it has been presented to the *Programa de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto* as a PhD thesis.

A structured questionnaire determining demographic data, consumption patterns and problems related to the use of alcohol (which included “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” - AUDIT) was applied to 1.902 inhabitants, at the age of 12 or older, corresponding to 87,6% of the target population.

The prevalence of current alcohol consumers was of 30,8% (CI<sub>95%</sub>: 28,7—32,9), 44,5% (CI<sub>95%</sub>: 42,3—46,7) of them being men while 16,9% (CI<sub>95%</sub>: 15,2—18,6) were women. A significant increase in this prevalence was verified in relation to ages ranging from 25 to 34, with progressive decrease afterwards. It was observed in relation directly proportional to educational levels, at extreme values of 41,0% among individuals with an university degree, and 20,5% among those who have never been to school. An identical phenomena was observed in relation to the social stratum, at extreme values of 40,4% and 28,8% for individuals belonging to the B+C social strata set compared to those belonging to the D+E set, in accordance with the *Critério de Classificação Econômica Brasil*. The individuals belonging to religions called “Pentecostalist” (grouped according to the prescription of one and/or more kinds of abstinence) show a significantly lower level of current alcohol consumption. Significant statistical associations were not found between the later and the residence area (rural or urban) or marital status.

Amongst the current alcohol consumers, 3,2% began to use it at an age between 7 and 11, and 55,7% before they were 18 years old. The majority of

these users consumed alcohol from 2 to 4 times a month. Beer was the most consumed beverage by both genders in different social stratum. The intention of interrupting the use of alcohol was demonstrated by 15,9% of the current consumers, the majority of which belonging to a low-income class.

The inappropriate use of alcohol, according to the AUDIT score, was significantly associated with the male group, education and the concomitant use of tobacco. Statistical associations were not observed between the AUDIT score and the residence area, social stratum, marital status and religion.

Due to its social relevance, the development of programmes aiming at its prophylaxis and control of the inappropriate use of alcohol deserves in this population of rural characteristics is recommended.

Keywords: alcohol; rural area; AUDIT; epidemiology; inappropriate use of alcohol.



## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO .....	19
1.1. Sobre o uso de substâncias psicoativas.....	19
1.2. Uso de álcool.....	22
1.2.1. Histórico: dos primórdios até nossos dias .....	22
1.2.2. O uso de álcool como problema .....	39
1.2.3. Mecanismo de ação do etanol.....	46
1.2.4. Definição de termos e categorias diagnósticas .....	51
1.2.5. Epidemiologia atual do uso de álcool .....	57
1.3. Características do município estudado.....	67
2 – OBJETIVOS .....	70
3 – MATERIAL E MÉTODOS.....	71
3.1. Considerações iniciais.....	71
3.2. População de referência.....	72
3.3. População de estudo.....	73
3.4. Definição do questionário .....	73
3.5. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT).....	78
3.6. Teste de Dependência de Nicotina de Fargerström (TDNF) .....	78
3.7. Termo de Consentimento .....	79
3.8. Seleção dos entrevistadores .....	80
3.9. Treinamento dos entrevistadores .....	82
3.10. Coleta de dados .....	82
3.11. Análise estatística.....	87
4 – RESULTADOS .....	88
5 – DISCUSSÃO .....	126
5.1. Considerações sobre a estrutura populacional do município .....	126
5.2. Estudo de associação do uso de álcool com algumas variáveis .....	130
5.3. Algumas características dos usuários atuais de álcool em Cássia dos Coqueiros .....	138

6 – CONCLUSÕES .....	149
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
ANEXOS .....	163
Anexo I: Questionário .....	163
Anexo II: Termo de Consentimento.....	167

## 1 – INTRODUÇÃO

*Solução ilusória*

*E porque meu amigo  
Tanto sofrimento  
Tanta dor?  
Se você...somente você...  
À sua vida pode acrescentar  
Mais vivência,  
Mais amor.  
Não fica esperando  
Que a solução venha  
Pronta e de fora,  
Como algo mágico que se aflora  
Na remoção de sua incontrolável dor.  
E, como esta nunca surge, aparece  
Se ilude com doses homeopáticas  
Buscando no álcool a falsa cura  
Uma vez que ele é apenas solvente do pudor.  
(Em comunicação pessoal,  
Antônio Ruffino Netto, 29/3/1991)*

### 1.1. Sobre o uso de substâncias psicoativas

A investigação das origens do hábito de usar substâncias psicoativas pode nos levar a um emaranhado de relatos e fatos. A consideração mais importante é que tal comportamento não nasceu em uma cultura específica e tampouco é recente; em praticamente todas as culturas encontram-se referências sobre o uso de substâncias psicoativas. Bebidas alcoólicas eram preparadas e consumidas em muitos países do mundo antes da expansão colonial europeia, e estudos antropológicos mostram que atualmente aborígenes de várias regiões ainda hoje produzem fermentados de cereais<sup>46,119</sup>.

O conhecimento histórico dos diferentes padrões de uso de substâncias psicoativas e o contexto em que ocorreram não têm apenas interesse acadêmico,

pois nos ajudam a compreender, pelo menos em parte, a realidade atual com relação ao uso dessas substâncias<sup>113,119</sup>.

Nas sociedades primitivas, o uso de substâncias psicoativas freqüentemente acontecia em atividades grupais, como na comemoração de uma boa colheita ou da vitória em batalha contra os inimigos. Nessas ocasiões, o vínculo entre os diferentes indivíduos era facilitado pelos efeitos relaxantes e euforizantes dessas substâncias, reforçando a coesão do grupo como um todo e suas normas de convivência e conduta. Este parece ser o traço cultural observado com mais freqüência ao longo dos tempos, em que diversas substâncias, inclusive o álcool obtido das mais diferentes fontes, sempre estiveram relacionadas aos momentos festivos. Em outros momentos, o consumo de certas substâncias psicoativas só era permitido a poucos indivíduos, após algum tipo de “iniciação”, com intuito de obter um estado de alteração da consciência que favorecesse o contato com os deuses/espíritos e, desse modo, conseguir seu auxílio e conhecimento. Derivados de plantas e animais com efeitos alucinógenos (incluindo algumas espécies de tabaco) preenchiam essa função. Finalmente, algumas outras substâncias eram usadas, porque seu efeito melhorava o desempenho em atividades como a colheita, a coleta de alimentos e mesmo a guerra, evitando o cansaço e melhorando a concentração: mascar a folha da coca e fumar a folha do tabaco, por exemplo<sup>46, 119</sup>.

Provavelmente dois fatores inibiam o surgimento de número significativo de indivíduos com uso problemático dessas substâncias, relativamente ao praticado pelo grupo onde viviam: 1) a dificuldade em consegui-las e prepará-las em grandes quantidades, em sociedades compostas por pequeno número de pessoas, com tecnologia e métodos de divisão do trabalho pouco produtivos para

esse fim; 2) normas sociais muito eficientes em pequenos grupos, que controlavam seu uso em ocasiões e situações específicas<sup>119</sup>.

O desenvolvimento de sociedades estruturadas de maneira mais complexa e heterogênea, reunindo milhares, centenas de milhares, e, mais tarde, milhões de pessoas, com um centro dirigente, possibilitou o acúmulo de excedentes de produção e o desenvolvimento de uma divisão do trabalho progressivamente mais eficiente para produzir bens. Como ocorreu com outros produtos, a oferta de substâncias psicoativas aumentou paulatinamente, criando a possibilidade de uso mais freqüente e contínuo, para um número cada vez maior de pessoas. É provável que, para algumas dessas pessoas, a sensação de torpor e leveza que experimentavam esporadicamente durante uma festividade não era suficiente; havia sim a compulsão de se inebriar com maior freqüência, para lidar com sensações desprazerosas (medos, tristezas, preocupações, raiva, dor física, etc.) e/ou para obter sensações prazerosas (bem-estar físico, alegria, relaxamento, etc.), desenvolvendo-se, com o tempo, tolerância para os efeitos da substância e manifestações da chamada Síndrome de Abstinência quando da diminuição ou cessação do seu uso. Assim, nos relatos mesopotâmios, egípcios e bíblicos, encontram-se descrições de pessoas com episódios de intoxicação pelo álcool e de seu uso compulsivo, e comentários sobre a contradição de produzir efeitos benéficos, quando ingerido em quantidade moderada, e malefícios, quando usado exageradamente. À medida que outras substâncias psicoativas de efeitos novos e diferentes foram sendo descobertas e/ou sintetizadas, ao longo dos séculos, e disponibilizadas em grandes quantidades, novos problemas relativos ao seu uso foram encontrados<sup>38, 119</sup>.

Seguindo a análise de Tancredi<sup>119</sup>:

a história mais recente mostra que as reações da sociedade, em resposta ao uso de substâncias tóxicas, são muitas vezes ambíguas e contraditórias (...) No caso do álcool, o uso tem sido tolerado desde sempre em situações em que a sociedade rotulou como permissíveis, como comemorações, onde sua imagem está ligada à idéia de lazer em grupo. A ingestão em quantidades excessivas e/ou frequência exagerada é uma atitude socialmente condenada (...).

## **1.2. Uso de álcool**

### **1.2.1. Histórico: dos primórdios até nossos dias**

Segundo Standage<sup>116</sup> a necessidade de líquidos só não é mais vital do que a de respirar, o que obrigava os grupos de homens nômades a ficarem próximos a rios e lagos, a fim de garantir um suprimento adequado de água. Somente há cerca de dez mil anos outras bebidas, todas produzidas deliberadamente pelo homem, surgiram para desafiar a primazia da água. Como alternativas seguras para suprimentos de água contaminada, elas assumiram funções variadas e:

(...) assim como as marés da história mostram fluxos e refluxos, bebidas diferentes atingiram alguma proeminência em momentos e lugares distintos, desde aldeias da Idade da Pedra até os salões de festa na Grécia Antiga ou nos Cafés do Iluminismo. Cada uma delas se tornou popular quando atendeu a uma necessidade específica ou se alinhou com alguma tendência histórica. Em algumas delas, a bebida veio mesmo a mudar o curso da história de formas inesperadas (...).

Também há dez mil anos aproximadamente, a Humanidade, por meio da atividade agrícola, iniciou o caminho em direção à modernidade; primeiro com a produção doméstica de cereais, inicialmente no Oriente Próximo, e depois com o aparecimento de uma forma rudimentar de cerveja<sup>116</sup>.

A razão exata pela qual o Homem decidiu reunir numerosas aldeias em torno de um centro diretor ainda permanece obscura, mas define o processo de civilização – palavra que significa “vivendo nas cidades” – que só foi possível por causa da existência de excedente de grãos, consumido em forma tanto líquida quanto sólida: pão e cerveja<sup>38,116</sup>.

A colheita de grãos desenvolveu-se independentemente em poucos lugares e civilizações do planeta, em épocas distintas. O Crescente Fértil pode ter sido a região na qual isso ocorreu em período mais antigo. Os grãos representavam uma fonte alimentar confiável, podendo ser armazenados e transportados com certa facilidade por longas distâncias. Embora pouco adequados para o consumo quando crus, tornavam-se comestíveis quando esmagados ou comprimidos e depois mergulhados em água. A esses grãos podiam ser adicionados diferentes ingredientes como peixes, castanhas e frutas, misturando-se com água numa cesta emplastada de betume. Descobriu-se, posteriormente, que, quando pedras aquecidas eram jogadas dentro do recipiente contendo grãos, eles absorviam umidade e arrebentavam, soltando o amido na sopa, engrossando-a consideravelmente<sup>38,116</sup>.

A segunda descoberta também foi importante, sendo ponto de debate entre arqueólogos sobre quem tenha surgido primeiro: o pão ou a cerveja? Um mingau grosso cozido ao sol ou numa pedra quente tornava-se pão. Mas, caso o mesmo mingau fosse deixado parado por alguns dias, ele passava por uma misteriosa transformação, principalmente se tivesse sido feito com cereais maltados, transformando-se em bebida efervescente e agradavelmente embriagante, a cerveja. Segundo Standage, “(...) os dois eram lados diferentes da mesma moeda: o pão era cerveja sólida, e a cerveja, pão líquido (...)”<sup>116</sup>.

A nova bebida, derivada de cevada e trigo, tornou-se parte do núcleo central da vida social, religiosa e econômica e foi a principal bebida de algumas das primeiras civilizações<sup>116</sup>.

Não se sabe ao certo quando a primeira cerveja foi fermentada, mas ela já estava espalhada pelo Oriente Próximo por volta de 4000 a.C., quando aparece num pictograma da Mesopotâmia que retrata duas pessoas tomando cerveja com canudos de junco num grande jarro de cerâmica. A cerveja antiga continha grãos, palhas e outros fragmentos flutuando na sua superfície, por isso a necessidade de bebê-la usando um canudo<sup>116</sup>.

Derivados etílicos podem ter sido conhecidos pelo Homem antes do processo de fermentação de cereais, mas os derivados da fermentação de frutas estavam sujeitos a variações de oferta sazonais, e tanto o vinho quanto o hidromel (mistura de água e mel) necessitaram do desenvolvimento da cerâmica, que só surge por volta de 6000 a.C., para seu armazenamento. Já a cerveja podia ser fermentada em cestas com piche, em sacos de couro ou em estômagos de animais, árvores ocas ou recipientes de pedras<sup>38,116</sup>.

A nova bebida passou a ser integrante de rituais e adquiriu conotações divinas, dado o misterioso processo da transformação dos grãos em uma substância inebriante que levava a um estado diferente de consciência.

O desenvolvimento da culinária e da agricultura nas sociedades ditas “civilizadas”, como as da Mesopotâmia, do Egito, da Síria e do Irã, possivelmente propiciou melhor cultivo de cereais, em geral ou por espécies: em primeiro lugar a cevada, na Mesopotâmia e no Egito; em seguida, a espelta (um trigo de qualidade inferior), o trigo e os alimentos preparados com eles (pães de massa fermentada ou não, bolos, biscoitos diversos, e a cerveja). A bebida também passou a ser



utilizada como moeda para pagamento de diferentes atividades profissionais e até os escravos tinham acesso a ela<sup>38,116</sup>.

A escrita, cujo início na Mesopotâmia é estimado por volta de 3400 a.C., permitiu o registro da cerveja e do vinho, inicialmente em listas de armazenagem e distribuição de pagamentos e, depois, na obra literária *Gilgamesh*, a mais antiga de que temos conhecimento. Nessa epopéia babilônica, escrita provavelmente em 2700 a.C, o ato de beber cerveja foi descrito como marca do processo de civilização: a natureza selvagem do amigo do protagonista, Enkidu, é associada à falta de familiaridade com o pão e a cerveja. Após consumi-los e se lavar, Enkidu torna-se totalmente humano, e seu estado de embriaguez não parecia ser condenável na época. Além disso, encontramos o relato em que o herói Gilgamesh entra nos domínios do sol e ali encontra um vinhedo encantado, cujo vinho, se pudesse bebê-lo, lhe daria a imortalidade que procurava<sup>3,38,116</sup>.

A cerveja participava ativamente da vida dos egípcios e mesopotâmios, desde o nascimento até a morte, e embora não seja mais usada como forma de pagamento, até hoje é considerada a bebida básica do trabalhador. Sua forte associação com a interação social amigável e despretensiosa permanece imutável: é uma bebida para ser compartilhada, diferentemente do vinho, cujo consumo transformou-se num ritual social mais elaborado e formal.

Uma das maiores festas na história foi promovida pelo rei Assurnasirpal, da Assíria, por volta de 870 a.C. para comemorar a inauguração de sua nova capital, em Mimrud. Os registros de consumo de alimentos e bebidas pelos 69.574 convidados computam dez mil jarros de cerveja e dez mil odres de vinho, numa demonstração impressionante de riqueza, já que este último era de difícil

produção e aquisição, e, por essa razão, muito caro. Com os assírios, o ato de consumir vinho tornou-se emblema de poder, prosperidade e privilégio<sup>116</sup>.

As origens desta bebida elegante estão perdidas na Pré-História, mas evidências arqueológicas sugerem que foi primeiramente produzida entre 9000 e 4000 a.C., na região do Irã. O conhecimento sobre o seu preparo espalhou-se para a Grécia, Turquia e Egito, mas era apenas acessível às elites, de tal forma que nas atividades retratadas pelas pinturas no Antigo Egito, principalmente nos túmulos de homens nobres, datando cerca de 3 a 5 mil anos a.C., observamos o registro e a celebração de plena atividade vinícola. As massas, no entanto, bebiam cerveja<sup>56,116</sup>.

Alguns mitos gregos posteriores a 2500 a.C. relatam que as videiras foram introduzidas na Grécia, ao invés de terem estado sempre lá: os deuses beberiam néctar, e o vinho foi introduzido depois para consumo humano, permanecendo como bebida de elite.

O cultivo do vinho se espalhou rapidamente pelas cidades gregas a partir do século VII a.C., pois tanto o clima quanto o terreno eram ideais para sua produção. A viticultura em larga escala permitiu que o produto pudesse ser consumido por um número cada vez maior de pessoas, inclusive pelos escravos, e tornou-se o principal produto de exportação, em detrimento da produção de grãos, que começaram a ser importados. Comercializado por mar e rios, em ânforas descartáveis de cerâmica, o vinho era trocado por mercadorias e trouxe riqueza a seus produtores<sup>56,116</sup>.

À medida que o vinho passou a ser amplamente disponível nas sociedades gregas, a diferença não era mais entre quem o tomava, e sim que tipo de vinho se tomava, o que ainda funcionava como discriminador social. O local de origem e

sua idade, mais do que sua safra, dava indícios do refinamento daquele que o consumia: eram preferíveis vinho à cerveja, os vinhos finos aos comuns, os mais antigos aos mais recentes; e se prestava muita atenção no comportamento das pessoas ao consumi-los.

A Antiga Grécia, em sua idade dourada, nos séculos VI e V a.C., é considerada o berço do pensamento ocidental contemporâneo, onde os pensadores enfocavam a investigação por meio de debates, testando um conjunto de idéias contra outro. Esta forma de proceder levou à democracia, à construção de um sistema de leis, ao desenvolvimento da Filosofia e a uma divisão clara entre a cultura ocidental e a oriental, ou “bárbara”<sup>116</sup>.

O entusiasmo pela competição civilizada e a superioridade presumida da Grécia sobre os estrangeiros eram vistos no amor do grego pelo vinho. O vinho era consumido, geralmente diluído em água, durante o *symposion* – festas formais de bebida que representavam o auge da sua cultura. Tratava-se de uma reunião de homens, destinada apenas ao consumo de vinho e debates, na qual os bebedores tentavam superar o outro em inteligência, poesia ou retórica. Alguns filósofos chegaram a defender a idéia de que poderíamos conhecer o caráter de um homem observando sua conduta durante o *symposion*. A embriaguez era considerada como descontrole, um comportamento bárbaro, e deveria ser evitada. Várias obras literárias foram escritas retratando este modelo cultural, como os Diálogos de Platão. Tal reunião adquiriu tanto prestígio que se tornou modelo para muitas culturas; podemos observar resquícios na atualidade<sup>38,116</sup>.

Mais do que o *symposion*, outros hábitos gregos, incluindo o de beber vinho, foram considerados dignos de serem imitados por outras culturas. O vinho tomou o lugar da cerveja, disseminando a civilização grega pelo Mediterrâneo e

permanecendo até então como a mais civilizada e sofisticada das bebidas, graças à sua associação com as realizações intelectuais da Grécia Antiga.

Em meados do século II a.C., os romanos, povo da Itália central, tinham tomado o lugar dos gregos como poder predominante na bacia do Mediterrâneo. Eles apropriaram-se da cultura grega: emprestaram dela os deuses e mitos associados a eles, a arquitetura, as bases das leis e o alfabeto, os quais modificaram. Os romanos instruídos estudavam os filósofos e a literatura gregos. Embora grande parte do povo romano admirasse a cultura grega, alguns romanos consideravam que esta havia se degenerado e era oposta à sua cultura, que se baseava na agricultura e tinha estilo prático e direto. O resultado paradoxal da assimilação cultural é que os romanos terminaram por estender a herança intelectual e artística grega para ainda mais longe, à medida que seu império se estendia em volta de todo o Mediterrâneo.

O vinho possibilitava uma ponte entre os valores romanos e gregos. Os romanos eram orgulhosos de sua origem, de fazendeiros despretensiosos que se transformaram em soldados e administradores, os quais, após campanhas bem-sucedidas, eram presenteados com extensões de terra. Nelas, desenvolviam a viticultura, que lhes permitia maior prestígio, dando aos romanos a idéia de se manterem fiéis as suas tradições<sup>116</sup>.

Por volta de 146 a.C., época em que Roma se transformava na principal potência mediterrânea, com a queda de Cartago e a pilhagem da cidade grega de Corinto, a produção de vinho italiano superou a de vinho grego. Assim como assimilaram vários aspectos da cultura grega, os romanos adotaram os vinhos mais finos e técnicas de preparo da Grécia e, por volta do ano 70 d.C., estima-se que existiam mais de 80 vinhos notáveis no mundo romano. A popularidade da

viticultura se fez à custa da produção de grãos, de modo que passou a ser necessário importá-los das colônias africanas, e houve um êxodo da população rural para a metrópole, que se tornou a maior do mundo, por volta do ano do nascimento de Cristo<sup>56,116</sup>.

O comércio de vinho se estendeu a toda área aonde a influência de Roma chegasse. Na Gália e Espanha a produção foi intensificada, embora os vinhos italianos continuassem a ser considerados os melhores. Mas a maior parte do melhor vinho continuava a ser consumida na cidade de Roma, vendidos em cântaros nas lojas, em ânforas ou por meio de entregas domiciliares. Bebido de forma universal, tanto pelos césaes como pelos escravos, mantinha a diferenciação pela qualidade, que marcava uma diferenciação social de riqueza e posição social. O ajuste da posição social com o vinho era tão preciso que num banquete romano, ou *convivium*, eram servidos vinhos diferenciados dependendo da posição do cidadão na sociedade, o que refletia o sistema de classes romano, hierarquizado e rígido<sup>56,116</sup>.

O vinho também era reconhecido como remédio. Galeno, cujos registros influenciaram muito a medicina ocidental por mais de mil anos, e que era médico do imperador Marco Aurélio, já conhecia suas propriedades anti-sépticas ao usá-lo para desinfetar feridas dos gladiadores e acreditava que, como outros alimentos, o vinho poderia auxiliar no equilíbrio dos “humores” do corpo.

O final da idade dourada romana, após a morte de Marco Aurélio em 180 d.C., foi sucedido por inúmeros imperadores que tentaram proteger a integridade do poderio romano, que terminou por ser dividido em uma multiplicidade de reinos separados. Após sofrer invasões e pilhagens, era de se esperar que a cultura romana fosse substituída pelo “barbarismo” apreciador de cerveja. Contudo, as

tribos do Norte, apesar de sua reputação de amantes de cerveja, tornaram-se apreciadoras do vinho, cuja disponibilidade foi diminuindo com o declínio do Império romano. Os bretões voltaram a consumir cerveja, mas houve também uma fusão cultural entre as tradições romana, cristã e germânica à medida que os novos governantes substituíam os anteriores. Um exemplo foi a sobrevivência da cultura mediterrânea, apreciadora de vinhos, que estava suficientemente enraizada e sua forte associação com o cristianismo, para o qual beber vinho era considerado uma forma sagrada de comunhão<sup>56,116</sup>.

Embora a cultura do vinho permanecesse razoavelmente intacta na cultura cristã, os padrões de bebida transformaram-se drasticamente em outras partes do antigo mundo romano, como consequência do crescimento do Islã. Maomé, que nasceu em torno de 570 d.C., sentiu-se chamado para ser profeta aos 40 anos: ele teve inúmeras visões, durante as quais o *Corão* lhe foi revelado por Alá. Perseguido em Meca, Maomé fugiu para Medina, de onde difundiu suas idéias que, na época de sua morte, em 632 d.C., tinham se tornado a crença dominante na maior parte da Arábia, estendendo-se para a Pérsia, Mesopotâmia, Palestina, Síria e Egito. Os deveres dos muçulmanos incluíam reza freqüente, caridade e abstenção de bebidas alcoólicas. Conta a tradição que Maomé, após observar uma briga entre dois de seus discípulos durante uma festa com bebidas, fez uma consulta direta a Alá que teria respondido inflexivelmente que aqueles que desejam prosperar devem evitar “(...) as duas coisas mais abomináveis inventadas por Satã: o vinho e os jogos de azar”<sup>116</sup>.

O banimento do álcool em alguns lugares do mundo não impediu que ele continuasse a ser consumido por inúmeras pessoas, inclusive por árabes, nem de ser produzido de outras frutas, como tâmaras. Na verdade, parece que festas

similares aos simpósios gregos foram populares em algumas partes do mundo muçulmano. Afinal, o fermentado de uvas é que havia sido proibido e a mistura do vinho com água reduzia a concentração de álcool e trazia a (...) visão do Paraíso descrita por Maomé: um jardim em que os corretos “irão beber o vinho puro temperado com a água de Tasnim, uma nascente da qual os favorecidos irão se refrescar”<sup>116</sup>.

O avanço do domínio do Islã foi impedido em 732 d.C. na batalha de Tours, na França Central, comandada por Carlos Martel, e registra o ponto culminante da influência árabe na Europa. A coroação de Carlos Magno, neto de Martel, como imperador de Roma em 800 d.C. anunciou novo período de consolidação e, depois, de renascimento da cultura européia.

No início do século IX d.C. o vinho estava escasso na Inglaterra e em outros locais do Norte da Europa. Nos lugares onde ele não podia ser produzido, a cerveja e o hidromel predominavam, mas a dieta mediterrânica, composta pela tríade pão-vinho-azeite, passou a dominar a Europa durante a Idade Média<sup>38,56,116</sup>.

Com o grande crescimento demográfico nas cidades, com o declínio do modelo agro-silvo-pastoril e com o incremento do comércio houve transformações no modo de produção, que afetaram principalmente a Europa a partir do século XI. Florestas inteiras foram derrubadas, o cultivo de terras cobriu planícies, colinas e montanhas. Com as más colheitas, escassez de carne, doenças como a peste negra e lenta recuperação da economia, delinearam-se duas formas de consumo de alimentos: “rural”, no qual se consumiam basicamente legumes, e o “citadino”, baseado no consumo de carne. O vinho foi considerado alimento e, juntamente com o pão, suplantaram outros alimentos, relegando-os à categoria de alimentos complementares. Vale lembrar que o vinho reunia várias vantagens que

o tornavam atraente, principalmente para as classes mais pobres: valor nutritivo considerável, um caráter ligeiramente anti-séptico e efeitos euforizantes. Apesar da concorrência da sidra, do hidromel e da cerveja, é significativo que as esmolas aos pobres incluíam também a distribuição de vinho<sup>38,56</sup>.

Com a lenta recuperação da economia e maior oferta de mão-de-obra, começou grande produção de cereais e de vinho. A expansão da economia feudal em alguns lugares ficou estreitamente ligada à viticultura, que passou de uma produção monástica e principesca, com prestígio, a suburbana e rústica, praticada por camponeses dotados de grande autonomia e alguns nobres desejosos de rendas substanciais e regulares. Estas mudanças acabam caracterizando uma cultura, baseada na qualidade e características dos alimentos, formas de preparo e etiqueta, transformando-se em atributos de classe. No século XVI, um habitante de Lyon (França) descreve que em regiões camponesas se faziam beberagens fermentadas com maçãs, pêras, cerejas, ameixas, que eram consumidas pelos homens, apenas em festividades, em lugar do vinho. No entanto, era uma economia basicamente de subsistência. O vinho só era bebido velho pelo pai de família e alguns trabalhadores de vinícolas que também consumiam zurrapa, um fermentado obtido colocando-se água no bagaço de uva, mais forte que o vinho consumido pelo senhor<sup>56</sup>.

O século XVI e o início do XVII foram marcados por um reforço do poder médico sobre as práticas alimentares. Até metade do século XVII, a dietética permaneceu uma disciplina viva, praticada pelos grandes médicos (em particular dos reis Francisco I, Henrique III, Henrique IV e Luís XIII) e continuou evoluindo. A idéia antiga que cada um deveria comer “segundo sua natureza” foi sendo substituída pelo “triumfo do contrário”, que sugeria, por exemplo, o fornecimento



de alimento de qualidade quente e úmida para aqueles com humor melancólico. O vinho deveria ser dado “aos idosos, servindo de *remédio*, porque seu calor sente repugnância pela frieza dos velhos; e é para jovens como carne (alimento) porque a natureza do vinho é semelhante à sua natureza. Mas para os adolescentes e crianças, serve de alimento e remédio porque, embora seu calor seja forte em substância, pode não ser pela grande abundância de seu humor. E porque o vinho fornece à natureza deles calor, crescimento e alimento, e lhes desseca o humor e lhes serve de remédio”<sup>38</sup>.

Muitos relatos da época sugerem padrões de ingestão de álcool diferentes, descrevendo problemas decorrentes de seu uso; havia predomínio de consumo de bebidas mais “fortes” por camponeses, enquanto que os “sedentários” consumiriam bebidas mais “leves”. Há registro de diferentes prescrições médicas em relação aos vinhos, segundo Flandrin:

“O vinho negro e muito tinto é muito substancial e grosseiro; ele causa embotamento e obstrução de fígado e baço, enjoa e dá azia no estômago (...). Todavia é bom para os vinhateiros e lavradores: porque depois de digerido pela força do estômago e do trabalho ele dá alimento consistente e copioso e revigora o homem para o trabalho (...). O vinho tinto está entre o branco e o negro (...). Ele alimenta mais do que o branco e o palhete e é mais adequado para os que levam uma vida dura”<sup>38</sup>.

Também a partir do século XVI, o hábito de beber aguardente difundiu-se na Europa, a começar pelos países do norte e do leste, inclusive nas áreas rurais.

É interessante lembrar que, ao final do primeiro milênio da era cristã, a maior e mais culta cidade da Europa ocidental era Córdoba, capital da Andaluzia árabe, localizada atualmente na área que corresponde ao sul da Espanha. Considerada apenas um dos grandes centros do conhecimento dentro do mundo árabe, num momento em que a sabedoria dos gregos havia se perdido na maior

parte da Europa, essa cidade possuía grande número de acadêmicos que se baseavam no conhecimento adquirido em fontes gregas, persas e indianas, desenvolvendo avanços adicionais na medicina, matemática, astronomia e filosofia. Dentre suas muitas realizações, eles refinaram e popularizaram uma técnica: a destilação, que deu origem a uma nova categoria de bebidas<sup>116</sup>.

O processo de destilação tem origens antigas, já tendo sido encontrado um equipamento simples ao norte da Mesopotâmia, por volta do quarto milênio a.C., possivelmente para ser utilizado na fabricação de perfumes. Os gregos e romanos também possuíam familiaridade com a técnica, mas somente depois, começando no mundo árabe, ela foi aplicada ao vinho. Tal técnica faz com que a bebida resultante tenha um teor alcoólico bem mais alto do que o líquido original, e que pode ser aumentado por destilações repetidas<sup>116</sup>.

A partir das obscuras origens em laboratórios de alquimistas, as novas bebidas que resultaram de destilação tornaram-se dominantes durante a era de conquistas de territórios, quando os exploradores europeus estabeleceram colônias e depois impérios pelo mundo todo. Os destilados representavam uma forma mais compacta e durável de álcool, o que facilitava seu transporte em navios; além disso uma série de outros usos foi aplicada a eles: por exemplo, como moeda de troca de mercadorias e remédios. Os destilados passaram a ser mais amplamente consumidos na Europa cristã quando o conhecimento da destilação se espalhou por seu território. A partir deste processo várias bebidas foram produzidas: aguardente, *aqua vitae*, *brandy* e uísque<sup>38,116</sup>.

A vodca russa, uma das bebidas que se difundiu muito pela Europa, era fabricada principalmente com aveia, um cereal não panificável. Com ela, assim como com outras bebidas, os camponeses se embriagavam de tal modo nas

festas, que impressionavam os viajantes, inclusive os alemães. A aguardente ganhou a Alsácia na segunda metade do século XVIII e se difundiu até mesmo para os dietistas, pois ela não era vista como danosa à saúde, e ainda lhe fora atribuído o poder de cicatrizar feridas, facilitar a digestão, proteger do frio e da fadiga dos trabalhos pesados e, principalmente, de fazer começar bem o dia. Sabe-se também que a partir de 1697 o rei proibiu, sob pena de multa, a destilação de grãos. Essa proibição explica em parte porque os alsacianos se voltaram para a destilação do bagaço de frutas, especialmente das cerejas, e, no final de século, para o álcool de batata<sup>38,56</sup>.

A conquista dos mares pelos europeus após o século XVI, o fato histórico mais importante do início dos tempos modernos, e a conseqüente integração dos outros continentes à sua rede comercial foram responsáveis pela incorporação de diferentes produtos – tomate, batata, milho e outras espécies alimentares americanas – na agricultura e no regime alimentar dos ocidentais. Outros produtos, utilizados como “energéticos”, passaram muito rapidamente a fazer parte dos regimes europeus, como o café, chá, chocolate, todos açucarados, juntamente com aguardentes, tanto de grãos como de vinho. Estas bebidas, inicialmente caras e raras, gradualmente se tornaram mais baratas e acessíveis, funcionando como moedas de troca aos traficantes de escravos africanos que comercializavam tal mão-de-obra para ser utilizada na produção de açúcar e álcool nas Américas. O conhaque era a bebida mais comumente comercializada nas mais diferentes atividades relacionadas ao comércio de mercadorias, cedendo, posteriormente, seu lugar ao rum: uma bebida forte e bem mais barata do que todas as outras, feita dos resíduos do processo de produção do açúcar<sup>116</sup>.

O rumbulião, logo encurtado para rum, era dado aos escravos, com encorajamento para que o bebessem freqüentemente, tanto para suportarem as demandas colocadas sobre eles, como para apagar os sofrimentos associados a isso. O rum também era popular entre os marinheiros, tornando-se, a partir de 1655, a bebida preferida durante longas viagens. O almirante inglês Edward Vernon, conhecido como “velho gorgorão”, teve a idéia de acrescentar açúcar e suco de limão ao rum para que seu sabor ficasse mais palatável, essa mistura foi batizada de “grogue” e exerceu um papel imprevisto e invisível no estabelecimento da supremacia britânica nos mares: reduziu a mortalidade dos marinheiros pelo escorbuto.

Conforme defende Standage<sup>116</sup>:

(...) ao contrário da cerveja, em geral produzida e comercializada localmente, e do vinho, que costumava ser feito e comercializado dentro de uma região específica, o rum era a convergência de materiais, pessoas e tecnologias do mundo inteiro e produto de cruzamento de várias forças históricas. O açúcar, que se originara na Polinésia, tinha sido introduzido na Europa pelos árabes, levado para as Américas por Colombo e cultivado pelos escravos da África. O rum, destilado dos produtos residuais do açúcar, era consumido tanto por colonos europeus como por seus escravos no Novo Mundo. O rum – uma bebida que devia sua existência ao espírito empresarial bucaneiro da era das explorações, mas não teria existido sem a crueldade do comércio de escravos, que os europeus deliberadamente evitaram encarar por tanto tempo – era a personificação líquida tanto do triunfo como da opressão da primeira era da globalização (...).

O rum foi a bebida da época colonial e da revolução da Independência da América do Norte, mas muitos dos cidadãos da jovem nação logo lhe voltaram as costas em favor do uísque, destilado de grãos de cereais fermentados, principalmente enquanto se moviam em direção ao oeste e subjogavam também os povos indígenas.

No México, a introdução de destilados pelos espanhóis levou ao desenvolvimento do mescal, uma bebida fermentada moderadamente alcoólica

derivada do pulque, uma planta local. O pulque era uma bebida básica, diária, mas os guerreiros, sacerdotes e nobres astecas bebiam chocolate<sup>116</sup>. No Brasil, os portugueses desenvolvem a pinga, ou cachaça, a partir da cana-de-açúcar.

As bebidas destiladas, juntamente com as armas de fogo e as doenças infecciosas, ajudaram a moldar o Mundo Moderno ao contribuírem para que os habitantes do Velho Mundo se estabelecessem como dominadores no Novo Mundo, exercendo um papel na escravização e no deslocamento de milhões de pessoas, no estabelecimento de novas nações e na subjugação das culturas indígenas<sup>116</sup>.

Enquanto isso, na Europa do século XVIII, a produção de vinho já havia se diversificado muito, com acirradas disputas de mercado pelos diferentes tipos e grande consumo, inclusive por camponeses, que regavam suas refeições com o vinho que produziam. No século XVIII, a zurrapa era produzida e consumida na Europa em quantidades praticamente iguais ao vinho<sup>38</sup>.

É costume reunir os séculos XIX e XX caracterizados pela Revolução Industrial, êxodo rural e a incrível expansão das cidades, pelo triunfo total da economia de mercado sobre a economia de subsistência e pelo formidável desenvolvimento dos transportes e do comércio mundial. A Revolução Industrial atinge a história da alimentação e do consumo de álcool em vários aspectos, principalmente no desenvolvimento das indústrias alimentares e de bebidas, mas a indústria enológica só começa a se organizar no decorrer do século XIX, modificando radicalmente as características ancestrais de produção: a produção visa à obtenção de grandes quantidades e se mecaniza<sup>38</sup>.

Tradicionalmente, as bebidas fermentadas registraram um aumento limitado de seu consumo e, em todos os países, alguns períodos de estagnação e

de declínio no decorrer dos dois séculos considerados. Tal verificação é válida em relação a bebidas tradicionalmente dominantes num país, como o vinho na França ou Itália, e a cerveja na Inglaterra ou Alemanha<sup>38</sup>.

Na França, a produção de vinho cresceu, no geral, de forma contínua no século XVIII e na primeira metade do século XIX. O mesmo se verificou com seu consumo que praticamente duplicou de 1781 a 1874. Em seguida, observa-se, durante quase 40 anos, certa estabilidade da demanda, até 1914, quando passa a declinar, até os dias atuais.

Com cronologias muito diferentes, a cerveja conhece uma curva de consumo também tumultuada nos países onde é dominante. Na Inglaterra, como a cerveja de fabricação doméstica subsiste durante muito tempo, não devemos nos contentar com números de produção industrial, mas convém fazer uma avaliação da produção anual de malte. Percebemos que o consumo de cerveja diminuiu após 1800, queda que não se explica pela concorrência de outra bebida, mas por uma deterioração nos salários. Após 1850 o consumo aumenta até atingir o pico, em 1876. Na Alemanha, seu rápido desenvolvimento foi expressivo e quase contínuo de 1850 a 1900, sofrendo declínio por volta de 1936, antes de uma fulgurante subida após a Segunda Guerra Mundial, que vem se prolongando desde então<sup>38</sup>.

Esta distinção entre o consumo de cerveja do norte e o de vinho do sul da Europa permanece até hoje, onde a ingesta moderada de álcool, geralmente acompanhando às refeições, predomina no sul da Europa, dentro das antigas fronteiras do Império Romano. Ao norte, além do alcance do domínio romano, tomar cerveja, tipicamente sem o acompanhamento de comida, é o mais comum<sup>116</sup>.

Em geral, houve crescimento no consumo de bebidas alcoólicas não dominantes: a cerveja recebeu incremento fantástico na França a partir do século XIX; dobrou-se o consumo de sidra entre 1815 e 1938; aguardentes e licores à base de aguardentes tiveram seu consumo multiplicado por doze, entre 1815 e 1935. O crescente hábito de beber, associado ao aumento da graduação alcoólica de muitas bebidas, criou um novo perigo de uso indevido de álcool e isso provocou uma forte reação antialcoólica. Uma das manifestações dessa reação é o rápido desenvolvimento da cerveja e da sidra na França: hoje em dia, com um teor alcoólico nitidamente mais baixo que o do vinho, tais bebidas acabam por substituí-lo sempre que se bebe para matar a sede. Mas o movimento antialcoólico avançou, favorecendo o consumo de outras bebidas, como café, chá e bebidas não fermentadas, produzidas industrialmente: limonadas, sodas, refrigerantes e chás<sup>38, 116</sup>.

### **1.2.2. O uso de álcool como problema**

Em relação ao uso do álcool, diferentes padrões de comportamento poderiam ser explicados por variáveis que incluiriam: acessibilidade ao álcool, expectativa e normas sociais em relação a seu uso (agudo ou crônico), tipo de bebida, quantidades ingeridas, comportamento quando intoxicado e conseqüências para si e para outros do grupo<sup>30,109,121</sup>.

Apesar da escassez de registros históricos acerca da importância ritual e social da cerveja nos primórdios da civilização, ou seja, entre 9000 e 4000 a.C., muito se pode inferir com base em registros históricos posteriores. A cerveja tinha importante função como bebida social: um mesmo jarro era compartilhado por

várias pessoas, num mesmo momento, e a capacidade de induzir embriaguez, isto é, um estado de consciência alterada, parecia algo mágico. A conclusão a que se chegava era de que a cerveja era um presente dos deuses. Desta compreensão, muitas culturas apresentam mitos que explicam como os deuses inventaram a cerveja e, em razão disso, transformaram-na em oferenda religiosa; a prática de levantar um copo para desejar boa sorte invocava para o álcool as forças sobrenaturais<sup>116</sup>.

Da epopéia de *Gilgamesh* (2700 a.C.)<sup>3,38,116</sup>, já mencionada, temos a referência de que a possibilidade de embriaguez não parece ter contribuído para abalar a relação entre o ato de beber cerveja e civilização. Aliás, na literatura da Mesopotâmia, a maior parte das referências de consumo de bebida em excesso é divertida e bem-humorada. De modo semelhante, os mitos sumérios descrevem os deuses como personagens humanos e falíveis, que gostam de comer e beber, e com freqüência bebem demais.

O hábito de beber cerveja também é descrito nas narrativas egípcias, constando de orações, mitos e lendas, nos quais aparece como tendo salvo a humanidade da destruição: quando o deus Rá descobriu que os homens estavam tramando contra ele, despachou a deusa Hathor para puni-los. Como esta deusa era muito cruel, Rá teve medo que não restasse ninguém que pudesse venerá-lo e preparou vasta quantidade de cerveja, tingindo-a de vermelho para que parecesse sangue. Seu brilho fez com que a deusa parasse para se admirar em seu reflexo e apreciar a bebida. Ela ficou embriagada, caiu no sono e esqueceu-se de sua missão<sup>116</sup>.

Em oposição à atitude permissiva dos mesopotâmios no que dizia respeito à embriaguez, uma forte desaprovação estava expressa nos textos copiados



como exercício pelos escribas aprendizes no Egito. Encontrados em grandes quantidades em montes de lixo, neles havia advertências claras quanto às conseqüências danosas do consumo em excesso de bebidas alcoólicas<sup>116</sup>.

Na mitologia grega, há uma lenda contando que Dionísio, o deus do vinho, fugiu para a Grécia a fim de escapar da Mesopotâmia, que era amante de cerveja. Em outra versão, mais gentil, Dionísio teria criado a cerveja onde a videira não pudesse ser cultivada e, na Grécia, teria deixado o vinho à disposição de todos, e não apenas da elite. Na obra *As bacantes*, de Eurípedes, há registros das “festas dionisíacas”, nas quais a embriaguez e a euforia despertadas pelo vinho eram o ápice das comemorações<sup>116</sup>.

O hábito de diluir o vinho em duas ou três partes de água era considerado adequado, particularmente pelos atenienses. Apenas Dionísio, segundo acreditavam, poderia beber vinho não diluído. As pessoas que desrespeitassem esse hábito ficariam extremamente violentas e até enlouqueceriam. Aqueles que bebiam vinhos não misturados foram apontados pelo filósofo Platão como tolos e sem cultura. O ideal grego, posteriormente adotado pelos romanos, estava em um ponto entre beber vinho e não beber, onde o segredo era a moderação<sup>38,116</sup>.

O *Talmude* (séc. VI a.C.) faz referência às bebidas mais concentradas, embora os excessos sejam condenados, e a embriaguez da mulher, estigmatizada. Em relação ao consumo de vinho, neste texto encontramos a afirmação que “onde falta vinho, há necessidade de drogas<sup>56,116</sup>”.

Na *Bíblia* encontramos, no *Antigo Testamento*, relatos de que, após a fuga do Egito, os hebreus receberiam de Deus “uma terra boa, cheia de ribeiros de água e de fontes profundas que jorram no vale e na montanha; terra de trigo e cevada, de vinhas, figueira e romãzeiras (...)” (Dt 8,7-10). O povo judeu também

acabaria desenvolvendo uma cultura característica de alimentação, com restrições a determinados tipos e quantidades de alimentos, incluindo o álcool. O uso dessa bebida é permitido, inclusive em alguns rituais, mas o uso excessivo e a embriaguez são condenados<sup>38,116,119</sup>.

No *Novo Testamento*, o primeiro milagre de Cristo foi transformar seis jarros de água em vinho, durante uma cerimônia de casamento realizada perto do mar da Galiléia. Em suas parábolas, Cristo freqüentemente falava do vinho, numa alusão a uma forma sagrada de comunhão, mas com porções bastante reduzidas da bebida<sup>116</sup>.

Já na tradição do Islã era expressa a proibição do consumo de vinho, com punições dramáticas para aquele que infringisse a regra. Este banimento, que incluiu o uso medicinal, também pode estar associado à rejeição clara do vinho por ele pertencer ao credo rival, ou seja, ao Cristianismo, quando da expansão do poderio econômico para os países árabes, após a queda de Roma. Em alguns lugares, no entanto, apesar de ilegal, o vinho foi celebrado por poetas árabes e continuou sendo produzido; os excessos de consumo de álcool é que eram condenáveis<sup>116</sup>.

O papel da Igreja na formação de atitudes com relação aos problemas causados pelo uso de álcool foi marcante. Na Idade Média, a cristandade impusera à Europa uma estrutura de pensamento e de valores que condenava os comportamentos aberrantes e os excessos. Não é de se surpreender que os problemas relacionados ao álcool tenham sido enquadrados nesta estrutura. Assim, desde os primórdios da Igreja, a embriaguez foi objeto de pregação, sendo denunciada como pecaminosa (uma visão congruente com as idéias que governavam a vida na época). O pecador tinha o poder de se arrepende e parar

de pecar sem recorrer a um médico. Era esperado que o indivíduo, apenas contando com orações e determinação, eliminasse o hábito de beber. A Igreja estabeleceu escalas gradativas de penitência a serem cumpridas conforme o grau de embriaguez e a posição do bebedor dentro da hierarquia da Igreja – leigos recebiam penitências relativamente leves, e bispos recebiam penitências mais rigorosas. “Bebedeira” e “intemperança” foram os primeiros nomes utilizados para qualificar a relação particular do álcool com o indivíduo que passou a apresentar problemas decorrentes do uso da substância<sup>30,109,116</sup>.

Durante a época da colonização e o início da Revolução Industrial, a produção de bebidas foi aperfeiçoada e o seu consumo aumentou consideravelmente. O acesso aos diferentes tipos de bebidas, em diferentes circunstâncias, tornou excessivo o consumo de álcool, que passou a se delinear como um problema social.

Os primeiros trabalhos sobre dependência de álcool foram iniciados nos países anglo-saxões, por um médico americano que fez pós-graduação em Edimburgo (Escócia) e foi um dos signatários da Declaração da Independência. Em 1790, Benjamim Rush (1743-1813) publicou um panfleto intitulado “Investigação sobre os Efeitos de Bebidas Alcoólicas Destiladas”. Em 1804, Thomas Trotter, um médico treinado em Edimburgo que serviu na Marinha como cirurgião e escrevia poesia, publicou um ensaio sobre a embriaguez. As idéias de Trotter, juntamente com as de Rush, foram congruentes com o pensamento da Idade da Razão. Para eles, o beber excessivo não era um pecado, mas sim um hábito a ser desaprendido, o que, para a época, transcendia a terminologia e o tempo: era um pensamento revolucionário<sup>31</sup>.

A repercussão desses trabalhos no meio médico deu notoriedade principalmente para Rush, que teve seu *Inquiry...* (“Investigação sobre os Efeitos de Bebidas Alcoólicas Destiladas”) adotado como documento fundamental pelo movimento da temperança.

Durante a maior parte do século XX, a antiga abordagem religiosa continuou a funcionar, com o clero pregando intensamente contra o hábito de beber. O movimento de temperança, porém, veio à luz, comandado por leigos, ligados à maioria das Igrejas Católicas Livres. Eles pregavam às massas a abstinência, embora freqüentemente oferecessem ajuda ao bebedor. O “beberrão regenerado” era peça chave dos encontros públicos e recebia apreço e uma nova identidade. Considera-se este movimento precursor dos Alcoólicos Anônimos e do Exército da Salvação<sup>30,31,109</sup>.

Na década de 1870, foi lançado nos Estados Unidos da América (EUA) um forte movimento pelo estabelecimento de asilos para embriagados, onde bebedores problemáticos poderiam ser internados por períodos de cinco ou dez anos, quando não, por toda vida. O Movimento Institucional era comandado por médicos, e oferecia tratamentos diferenciados conforme a classe social da pessoa, sendo muito mais punitivo para as classes trabalhadoras do que qualquer outra atitude que a Igreja tivesse tomado em um passado supostamente obscuro<sup>30,31</sup>.

Em Instituições particulares, a regeneração moral era intrínseca ao plano, e as sutilezas psicológicas da análise de Rush e de Trotter tinham terminado.

Com a primeira Guerra Mundial, não havia clientes suficientes para as instituições particulares, e os reformatórios públicos, caros e ineficazes, estavam abarrotados de casos irrecuperáveis. A experiência acumulada nos anos

anteriores, sob o modelo do pecado e do tratamento religioso dispensado, e o fato de a classe médica reivindicar autoridade sobre o problema provocaram uma mudança de paradigma acerca da ebriedade, recuperando algumas idéias iniciais de Trotter e Rush<sup>31,109</sup>.

Alguns tratamentos foram propostos a partir de 1930, como: choques elétricos, terapias de aversão, técnicas comportamentais, uso de substâncias psicotrópicas (LSD, anfetaminas, maconha, diazepam), soros homólogos e cirurgias cerebrais. O melhor candidato ao prêmio por entusiasmo infundado é, provavelmente, o consumo de 231 limões durante exatos 29 dias<sup>31</sup>.

O avanço da farmacoterapia dos problemas relacionados ao álcool tomou novo rumo com o uso do dissulfiram, desde 1940, que antecedeu a dominância de regras científicas estabelecidas por ensaios clínicos e pode ser considerado como o final da época do empirismo. Atualmente, novas drogas, como o acamprosato e a naltrexona, que combatem o desejo incontrolável por bebidas alcoólicas, são produto de uma era clínica e científica diferente daquela da cura pelo limão; são também consideradas bem-vindas sugestões recentes que possam auxiliar na abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool<sup>31,46,109</sup>.

Juntamente com o avanço da farmacoterapia, várias formas de terapia têm sido indicadas no tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool. Elas englobam desde grupos de auto-ajuda leigos, passando por orientações gerais oferecidas por profissionais de saúde em cuidados primários, até tratamentos realizados em unidades especializadas, com equipes multiprofissionais<sup>97,104</sup>.

### 1.2.3. Mecanismo de ação do etanol

O álcool contido nas bebidas produzidas e comercializadas desde tempos imemoriais é derivado da fermentação de açúcares, encontrados em diferentes alimentos. O etanol (álcool etílico) é um líquido incolor, menos denso que a água, inflamável, hidrossolúvel e com odor característico. É um álcool por possuir uma hidroxila (radical OH-) ligada a um carbono. A palavra “álcool” deriva do arábico *al-kuhul*, que se refere ao fino pó de antimônio, produzido pela destilação dessa substância em estado líquido e usado como maquiagem para os olhos. Os alquimistas medievais ampliaram o uso do termo para se referir a todos os produtos do processo de destilação, o que levou ao atual uso da palavra<sup>11,95,116</sup>.

O ponto de ebulição do etanol sólido é 78,5 °C e o de fusão -114,1 °C, por essa razão, ele é utilizado como fluido em termômetros, principalmente para medir temperaturas muito baixas, uma vez que o mercúrio congela a -40 °C<sup>85</sup>.

Existem basicamente três processos utilizados para sua fabricação: a fermentação de carboidratos, a hidratação do etileno e a redução do acetaldeído. Uma enzima, a diastase (ou maltase), converte o amido em açúcares e, então, a zimase converte-os em álcool<sup>31,95</sup>.

O etanol produzido pela fermentação chega no máximo a 14% na solução: acima desta concentração, o etanol destrói a zimase, e a fermentação pára. O etanol pode ser concentrado pela destilação, mas seu estado puro não pode ser obtido pela destilação, pois há a formação de um azeótropo (mistura com água, com ponto de ebulição constante)<sup>95</sup>.

Quando uma bebida alcoólica é ingerida, o etanol é absorvido no trato gastrointestinal, atingindo a concentração sérica máxima entre 30 e 90 minutos. A

taxa de absorção é influenciada por alguns fatores: a maior concentração de álcool (até 40%) e a presença de bicarbonato e dióxido de carbono em bebidas espumantes aumentam a absorção; presença de alimentos no estômago, diminuição da temperatura corporal, exercícios físicos e presença de açúcar no sangue retardam a absorção<sup>11</sup>.

Após a absorção, o álcool é distribuído pelo corpo e, por ser hidrossolúvel, concentra-se nos tecidos com maiores quantidades de água, podendo cruzar a placenta e chegar à circulação fetal. Órgãos altamente permeáveis, como cérebro, pulmões e rins, apresentam níveis de concentração maiores, ao passo que em tecidos com menor fluxo sanguíneo, como os músculos, as concentrações são menores. A presença de gordura também aumenta a concentração do álcool nos tecidos, o que talvez explique a maior suscetibilidade das mulheres ao consumo<sup>11,31,95</sup>.

O etanol é uma substância tóxica, e o organismo inicia o processo de excreção tão logo ela é ingerida. Do álcool consumido, 90% a 98% são eliminados pela oxidação, na forma de dióxido de carbono e água, e apenas de 2% a 10% são excretados inalterados pela urina e suor.

A quantidade de álcool metabolizada depende do peso corporal. No adulto saudável é cerca de 30 ml em 3 horas. A degradação pode ser mais rápida em pessoas que bebem mais<sup>11,31,95</sup>.

O metabolismo de primeira passagem ocorre no estômago, mas 90% a 98% do álcool ingerido são processados no fígado: a enzima álcool desidrogenase (ADH) converte álcool em acetaldeído, que também é extremamente tóxico. O acetaldeído é convertido rapidamente em acetato pela enzima aldeído desidrogenase (ADH); todas as reações são dependentes de

dinucleotídeos de adenina nicotinamida (NAD), e as oxidações de álcool e acetaldeído reduzem NAD para NADH. O excesso de NADH pode levar ao aumento de ácido láctico sérico, contribuindo para a acidose, e diminuir a excreção de ácido úrico, levando à hiperuricemia secundária. NADH também contribui para a hipoglicemia, alterando a via principal de síntese de glicose a partir do glicogênio hepático<sup>31</sup>.

Embora a ADH seja a principal via de oxidação do etanol, uma pequena parte pode ser oxidada por meio de dois outros sistemas: o microssomal etanol-oxidante (MEOS), no retículo endoplasmático liso, e o sistema da catalase, localizado nos perixomos, cuja participação parece ser mínima. O MEOS assume maior importância quando da ingestão crônica de álcool, por indução de uma parte do citocromo P450, chamada CYP2E1. Esta conduz a um aumento na taxa de metabolismo de álcool, à tolerância ao álcool e a outras drogas, além de aumentar a produção de acetaldeído e interferir na metabolização de outras substâncias, tornando-as tóxicas<sup>31,121</sup>.

O metabolismo extra-hepático do etanol é pequeno e geralmente ocorre no estômago, que contém enzimas com atividade ADH. Sua atividade está sujeita a variações étnicas (japoneses não têm ou têm quantidade reduzida) e de sexo (em mulheres, a atividade da enzima é menor)<sup>31,121</sup>.

Os efeitos farmacológicos do álcool incluem<sup>31,109,121</sup>:

- 1) Sistema cardiovascular: em doses moderadas, aumento transitório na frequência cardíaca e na vasodilatação, especialmente na pele, causando rubor. Doses maiores produzem aumento do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição da



resistência cérebro-vascular e menor ascensão de oxigênio ao cérebro.

- 2) Temperatura corporal: quantidades moderadas podem levar à vasodilatação e sudorese. Esta última pode ocasionar perda de calor e queda da temperatura corporal. Grandes quantidades de álcool podem deprimir o mecanismo regulador de temperatura, fazendo com que ela caia ainda mais.
- 3) Trato gastrintestinal: o álcool pode estimular a secreção gástrica por excitação reflexa dos terminais sensoriais nas mucosas bucal e gástrica bem como por uma ação direta no estômago. Bebidas alcoólicas com alto teor de álcool, assim como o acetaldeído, irritam o revestimento gástrico, causando gastrite erosiva.
- 4) Rins: o álcool produz efeito diurético proporcional à concentração da substância ingerida.
- 5) Respiração: quantidades moderadas podem deprimir ou estimular a respiração, ao passo que grandes quantidades (maiores que 400 mg%) produzem depressão respiratória.
- 6) Sistema nervoso central: os efeitos são dose-dependentes e, apesar de o álcool ser consumido especialmente por sua ação estimulante, esta ocorre apenas com doses moderadas, resultando da depressão de mecanismos controladores inibitórios. O córtex, que tem um papel integrador, é prejudicado nesta função sob o efeito do álcool, resultando em pensamento desorganizado e confuso, bem como interrupção adequada do controle motor. O etanol difunde-se pelos lipídios, alterando a

fluidez e a função das membranas nervosas. Altas concentrações podem diminuir a função da bomba  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  ATPase no transporte de íons, comprometendo a condução elétrica.

Acreditamos que uma discussão pormenorizada acerca da psicofarmacologia do álcool foge ao escopo deste trabalho, portanto vamos mencionar apenas noções mais gerais. O álcool é uma substância psicoativa relativamente não-específica que interage com os principais sistemas neurotransmissores, tais como o ácido gama-aminobutírico (GABA), o glutamato, a dopamina, a serotonina e os opióides endógenos, assim como os sistemas mensageiros secundários. Ficou demonstrado que os efeitos sedativos, ansiolíticos e de reforço do álcool acontecem em intervalos de doses relativamente estreitos. Até recentemente, acreditava-se que os efeitos do álcool no SNC fossem mediados por sua ação sobre as membranas neuronais, aumentando sua “fluidez e permeabilidade”. Acredita-se agora que as proteínas de membrana sensíveis ao álcool têm maior importância. Estas incluem complexos de canais iônicos e receptores, bem como proteínas envolvidas em processos de transdução de sinal<sup>31,46</sup>.

As pessoas com problemas relacionados ao álcool são um grupo heterogêneo, ainda que compartilhem características comuns. Há cada vez maior número de indícios de que diferentes padrões de uso de álcool e eventuais problemas associados a eles podem ser explicados por processos psicológicos e biológicos bastante individualizados e parece provável que mudanças na neuroadaptação, ocorridas no cérebro, estejam envolvidas com a compulsão para beber, o aumento da tolerância, a abstinência e outros sintomas.

Nem todos os que bebem em excesso tornam-se dependentes; a maioria consegue controlar o seu uso. Algumas pessoas podem ser mais vulneráveis que outras, em razão da combinação de muitos fatores de ordem constitucional, genética, de personalidade ou impulsividade, com influências ambientais. É importante salientar que o uso indevido de álcool não se instala de imediato e que existem várias fases desde o início do uso até a dependência extrema, provavelmente com diferentes mecanismos neurobiológicos subjacentes<sup>31,46,109,121</sup>.

Alguns fatores relacionados ao desenvolvimento da dependência envolvem: efeitos estimulantes/euforizantes do álcool, redução da ansiedade e amnésia, ambos funcionando também como mecanismos de “recompensa” psicológica; desenvolvimento de tolerância; ocorrência de sinais de abstinência quando da diminuição ou cessação do consumo<sup>31,46,109</sup>. Tais achados colaboraram para o desenvolvimento da concepção atual de problemas relacionados ao uso de álcool, a qual é abordada a seguir.

#### **1.2.4. Definição de termos e categorias diagnósticas**

No final do século XIX, especialistas nos EUA e no Reino Unido usaram o termo “inebriedade” para identificar uma condição abrangente que apresentava subtipos diferentes de acordo com as substâncias empregadas. Nas primeiras décadas do século XX, a palavra “alcoólatra” já era utilizada com bastante frequência por autoridades médicas, mas sem grande precisão. Essa palavra deriva do termo *alcoholismus*, cunhado pelo médico sueco Magno Huss, em 1894. Esse termo foi largamente utilizado, até que, em 1960, a publicação de M. Jellinek, *The Disease Concept of Alcoholism*, o incorporou definitivamente.

Segundo o autor, o alcoolismo era uma doença caracterizada pela perda de controle sobre a bebida e poderia ter diferentes subtipos; essa noção foi incorporada à teoria e à prática oficial da medicina, possibilitando uma abordagem mais científica do tema e o desenvolvimento de modalidades de tratamento. Ao mesmo tempo podia sugerir um modelo dicotômico que separava totalmente “alcoolistas” de “não-alcoolistas”, além de propor a abstinência como única solução possível para a gama de problemas relacionados ao uso de álcool<sup>31</sup>.

Estudos enfocando a gama de problemas relacionados com o uso de álcool na população como um todo e em serviços de saúde não-especializados no tratamento de usuários desta substância (incluindo emergências e atenção primária), realizados a partir de 1960, foram progressivamente chamando a atenção para uma série de fatos, os quais acabaram por levar ao desenvolvimento de um novo paradigma: a gravidade dos problemas relacionados ao uso do álcool (tanto de saúde física como psicológicos e sociais) distribuir-se-ia ao longo de um “*continuum*”, relacionando-se com padrões progressivamente mais intensos e graves, quantitativa e qualitativamente, de uso de álcool. Os extremos desse “*continuum*” seriam a Síndrome de Dependência ao Álcool (apresentando os problemas mais graves) e a Abstinência Total ao uso de álcool (ausência de risco relacionado ao uso). Desse modo, o modelo dicotômico anterior (alcoolismo *versus* uso normal de álcool) foi sendo gradativamente substituído<sup>30,104,106,108,109,124</sup>.

Assim, algumas categorias poderiam ser delineadas ao longo do “*continuum*”: 1) abstinência total ao uso de álcool – único modo totalmente garantido de não vir a apresentar problemas relacionados ao uso de álcool; 2) Uso de Álcool de Baixo Risco – definido como níveis de uso de álcool que não

trazem problemas atualmente para o indivíduo e que têm pouca probabilidade de vir a causar problemas de saúde física, psicológicos ou sociais no futuro; 3) Uso Arriscado de Álcool – definido como uso de álcool que não traz problemas atualmente, mas que é importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas no futuro, se for mantido; 4) Uso Nocivo (pela CID-10) ou Abuso (pelos DSM-III<sup>5</sup>, DSM-III-R e DSM-IV) de Álcool – definido como a presença atual de problemas recorrentes na vida relacionados ao uso de álcool e; 5) Síndrome de Dependência ao Álcool – definido como a presença atual de problemas recorrentes na vida relacionados ao uso de álcool somado a uma série de características que indicam uma habituação fisiológica e comportamental ao uso de quantidades cada vez maiores de álcool como tolerância, uso compulsivo, perda de controle sobre o hábito de beber, etc.). As últimas três categorias às vezes são agrupadas sob a nomenclatura “uso indevido” de álcool<sup>5,31,53,69,106,108,109,121</sup>.

Nessa nova maneira de ver a questão passou-se a enfatizar também a importância de determinadas conseqüências relacionadas ao uso de álcool, como acidentes e envolvimento em episódios de violência, as quais, conforme dados epidemiológicos, não são, absolutamente, vivenciadas somente por pessoas com Síndrome de Dependência ao Álcool, mas podem ocorrer com pessoas que apresentem Uso Nocivo de Álcool e mesmo com quem apresente Uso Arriscado de Álcool<sup>30,97,101,118,121</sup>.

A partir da década de 1980, vários estudos, muitos patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tinham como objetivo desenvolver métodos de pesquisa e instrumentos válidos e úteis que avaliassem os diferentes tópicos relacionados com o “*continuum*” de gravidade dos problemas relacionados

ao uso de álcool, como os padrões de ingestão de álcool, os problemas a eles associados e os sintomas característicos da Síndrome de Dependência ao Álcool (incluindo tolerância, sinais e sintomas de abstinência, etc.). Esses estudos, quantitativos e qualitativos, permitiram o desenvolvimento de métodos de pesquisa, os quais incluíam questionários de diferentes tamanhos e entrevistas diagnósticas estruturadas, que continuaram a ser aperfeiçoados ao longo da década de 1990 e passaram a constituir um conjunto padronizado que facilita a comparação entre resultados obtidos com populações distintas, até mesmo de diferentes países. Como exemplo de entrevista estruturada pode-se citar a seção de uso de álcool da *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) e como exemplo de questionário o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)<sup>31,67,85,99,105,106</sup>.

O AUDIT surgiu de um conjunto de estudos iniciados na década de 1980. Nesses estudos, procurava-se construir uma escala breve e de fácil aplicação para identificar pessoas com os diferentes problemas relacionados ao uso de álcool na assistência primária à saúde, que facilitasse a escolha de estratégias de intervenção para cada caso.

Patrocinados pela OMS, os estudos pesquisaram 150 características clínicas (definidas após consulta com grande quantidade de especialistas da área) em um total de 1.888 pessoas atendidas em serviços de cuidados primários em seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e EUA). Baseado na validade externa de cada item do questionário (utilizando os resultados de entrevistas estruturadas e de acompanhamentos longitudinais como padrões-ouro), na análise fatorial e na consistência interna do conjunto de 150 itens, selecionaram-se dez questões, que abrangiam os domínios relacionados ao

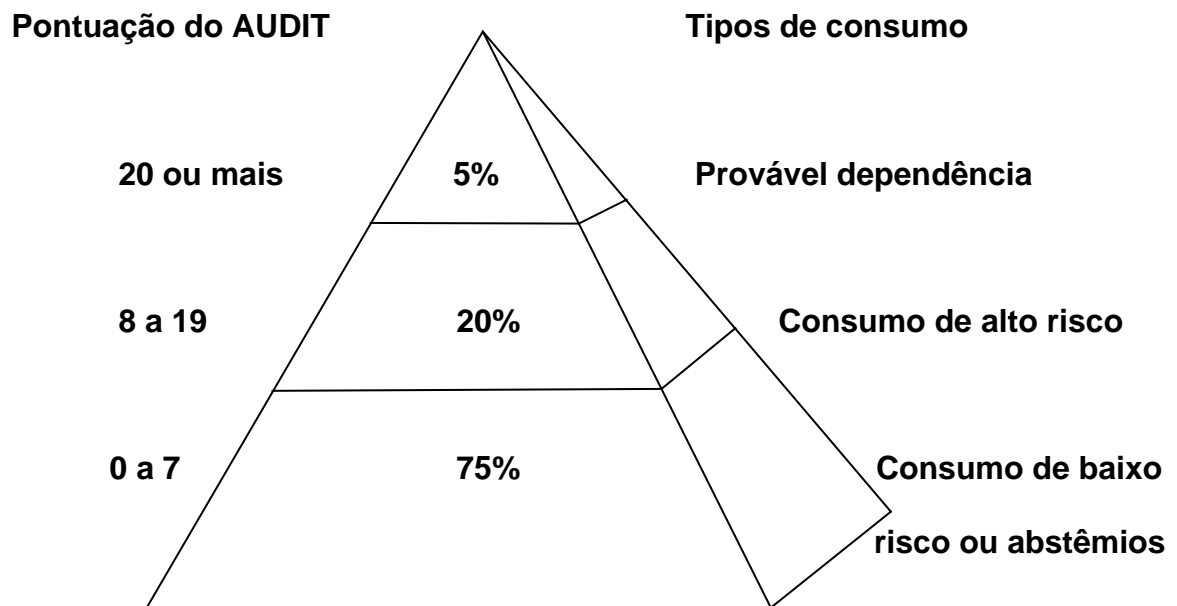
padrão de consumo de álcool (permitindo detectar quem fizesse uso arriscado de álcool), ao uso nocivo de álcool e à síndrome de dependência ao álcool. Denominou-se essa escala de dez itens de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), e seu acesso foi tornado livre e sem custos de autoria pela OMS, que, em 1992, lançou um manual de aplicação do instrumento (atualmente com versão brasileira)<sup>8,9,21,64,101</sup>.

O Quadro 1 mostra os escores dos quatro níveis definidos pelo AUDIT e suas respectivas orientações para intervenção. A Zona I corresponderia àquelas pessoas com um padrão de Uso de Álcool de Baixo Risco; a Zona II, àquelas pessoas com Uso Arriscado; a Zona III, àquelas com Uso Nocivo, e a Zona IV, com Síndrome de Dependência. Pontos de corte para cada uma das Zonas foram estabelecidos por meio dos estudos multicêntricos internacionais já citados e de outros, e apontam para condutas específicas a serem tomadas em cada caso, conforme a pessoa cai em uma ou outra Zona. Escores acima de 8 indicam necessidade de maior investigação para Uso Indevido de Álcool, e acima de 20, avaliação para provável Dependência<sup>8,9,99</sup>.

Quadro 1

<b>Níveis de Risco</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Zona I</b>	Educação para o álcool	0 – 7
<b>Zona II</b>	Orientações básicas	8 – 15
<b>Zona III</b>	Orientações básicas, mais aconselhamento breve e monitoramento continuado	16 – 19
<b>Zona IV</b>	Referenciamento ao especialista para Avaliação Diagnóstica e tratamento	20 – 40

A figura (Figura 1) abaixo é conhecida como “Pirâmide do Usuário de Álcool” e ilustra a proporção de usuários de álcool conforme o padrão de uso avaliado pelo AUDIT segundo valores médios, na população geral. É importante lembrar que cada país deve avaliar a prevalência real destes transtornos e que os valores podem se modificar, segundo a particularidade de cada região<sup>8,9,101</sup>.



**Figura 1** – Distribuição das freqüências médias de usuários de álcool na população geral

Embora o AUDIT fosse originalmente desenvolvido como instrumento de rastreamento em cuidados primários, mostrou-se útil também em estudos epidemiológicos tanto na população em geral como na clientela de outros tipos de serviços de saúde (incluindo as pessoas atendidas em serviços de emergência ou de saúde mental)<sup>36,44,64,105</sup>. Estudos epidemiológicos utilizando este questionário já foram realizados no Brasil<sup>37,64,74</sup>. De modo geral, esses estudos apontam para boas propriedades psicométricas nos diferentes grupos populacionais estudados<sup>1,9,64,75,99,105</sup>.



Mais recentemente, estudos vêm sendo realizados para avaliar a aplicabilidade de versões resumidas do AUDIT, com menos itens, com intuito de abreviar o tempo de avaliação de cada caso<sup>19,28,47</sup>.

Instrumentos padronizados como o AUDIT, citados e descritos acima, foram importantes para a obtenção de uma visão mais detalhada do uso de álcool e dos problemas (e benefícios) associados com ele em todo o mundo, como exposto a seguir.

### **1.2.5 Epidemiologia atual do uso de álcool**

O álcool inflige uma carga, dispendiosa e indesejável, de problemas, doenças e incapacidades, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, relacionada aos padrões de uso das populações. As conseqüências do uso excessivo de álcool incluem muitas doenças, como as hepáticas, que são a décima principal causa de morte nos EUA; os gastos diretos e indiretos com tratamento e queda da produtividade foram estimados em 99 bilhões de dólares em 1990 e de 185 bilhões de dólares no ano de 2005<sup>101,125</sup>.

De acordo com o relatório da OMS<sup>125</sup> de 2004, o uso de álcool é comum em muitas sociedades, tanto que cerca de 2 bilhões de pessoas são usuárias atuais de bebidas alcoólicas na maior parte do mundo. Em 2000, o consumo de álcool foi responsável por 4,0% da carga global de doenças; como causa individual de danos à sociedade essa carga é superada apenas pelo uso do tabaco (4,1%) e por altos níveis pressóricos (4,4%). Em países desenvolvidos, ela é responsável por 9,2% do total de anos de vida perdidos por incapacidades devido a condições neuropsiquiátricas (como dependência, psicoses e depressão)

e danos intencionais e não-intencionais (acidentes de trânsito, queimaduras, suicídios, homicídios, afogamentos e quedas). O uso do álcool está associado com mais de 60 doenças e condições, incluindo doenças crônicas, como dependência de álcool e cirrose hepática, e problemas agudos de saúde. É estimado que o uso de álcool tenha causado 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) no mundo, em 2000<sup>17,22,23,97,118,125,126</sup>.

Associado a comportamentos de alto risco, incluindo sexo não seguro e uso de outras substâncias psicoativas, os transtornos relacionados ao uso de álcool aumentam o risco de problemas decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas, incluindo dependência de nicotina, e de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS<sup>48,109,121</sup>.

O uso de álcool também é responsável por muitas conseqüências negativas que dificilmente são contabilizadas. Por definição, as estimativas são restritas às perdas concretas nos “anos de vida perdidos”, como doenças e traumas, mas não consideram os efeitos na sociedade de vários problemas sociais que afetam tanto aqueles que bebem como os que lhes são próximos, incluindo não-bebedores<sup>96,121</sup>.

Vale mencionar que alguns estudos vêm defendendo que o consumo de até duas doses de álcool por dia tem efeito protetor cardiovascular para pessoas acima de 40 anos, contribuindo para a diminuição do LDL (*low-density lipids*), quando comparado com abstinência total ou consumo excessivo. Em contraposição, o consumo de altas doses em um intervalo de tempo muito pequeno ou em um único episódio tem sido associado à maior ocorrência de acidentes vasculares cerebrais<sup>15,82,121</sup>.

O consumo de álcool vem diminuindo nos países desenvolvidos, quando comparado com dados dos últimos 20 anos, mas aumentou significativamente nos países em desenvolvimento, principalmente nos países asiáticos<sup>125,127</sup>.

O uso de álcool nos EUA é disseminado e ocorre em taxa que excede em muito as taxas de uso de todas as drogas ilegais combinadas. No Levantamento Nacional sobre Abuso de Drogas, publicado em 1995, encontramos que 111 milhões de americanos com 12 anos ou mais disseram ter usado álcool nos últimos 30 dias; 32 milhões disseram ter bebido intensamente (cinco ou mais doses pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); e 11 milhões de pessoas disseram consumir álcool pesadamente (consumir cinco ou mais doses em cinco ou mais dias nos últimos 30 dias). Em 1992, havia 4,2 milhões de novos usuários de álcool, e a taxa de novos usuários na faixa etária dos 12 aos 17 anos aumentou de 125 a cada mil pessoas em 1991 para 172 a cada mil pessoas em 1995<sup>59</sup>. No Brasil, os dados do relatório da OMS<sup>125,126</sup> indicam que o consumo de álcool aumentou de cerca de 2 litros de álcool puro *per capita* em 1961 para 5,5 litros em 2001; também o número de mortes por injúrias associadas ao uso de álcool no país dobrou no período de 1979-1999, elevando de 0,15 por mil para 0,30 por mil.

A prevalência de problemas relacionados ao álcool varia enormemente nas diferentes regiões do mundo e a comparação muitas vezes é difícil por variações de definição, amostragem e método de coleta de dados. As definições de caso são bastante imprecisas em algumas situações, assim como as estimativas de prevalência, o que torna difícil determinar com exatidão a contribuição do álcool na ocorrência de determinadas patologias e eventos. Por essas razões, é preciso ter cautela com interpretações excessivamente confiantes de qualquer aspecto do

quadro exposto; os números devem ser encarados mais como indicativos do que como totalmente fidedignos. Por outro lado, em virtude da utilização cada vez maior de instrumentos padronizados internacionalmente nas pesquisas, como descrito anteriormente, hoje em dia temos um quadro provavelmente muito mais representativo da realidade que anteriormente<sup>31,104,114</sup>.

Pesquisas<sup>4,7,14,19,24,26,35,63,70,71,93,104,117</sup> desenvolvidas no mundo apresentam diferentes valores de prevalência de uso de álcool e indicam diferentes características entre os usuários, o que reforça a necessidade de monitorização contínua, a fim de estudar padrões epidemiológicos das populações e definir estratégias de ação. Deve-se considerar que os estudos que dependem da recuperação dos dados pelos participantes podem levar a vieses, descritos por Lima<sup>64</sup>, como vieses de “memória” (imprecisão da informação sobre quantidades e freqüências de uso) e de “informação” (minimização das quantidades ingeridas, tipo de bebida consumida). Outro problema a ser considerado é que o diagnóstico nem sempre é realizado de forma homogênea, o que vem levando estudiosos e pesquisadores a definirem conceitos e padronizarem instrumentos cada vez mais precisos.

Podem-se dividir os estudos em dois grandes grupos: os realizados com populações (população geral e subpopulações, como idosos, gestantes, estudantes, assim por diante) e aqueles realizados com pacientes. Observa-se que a grande maioria é realizada em área urbana, havendo carência importante de dados sobre áreas rurais<sup>99,121</sup>.

Como exemplos de estudos populacionais podem ser citados dois estudos norte-americanos, o *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA)<sup>35,58,82</sup> e o *National Comorbidity Survey* (NCS)<sup>80</sup> que foram realizados no início da década de

1990 com o objetivo de estimar as prevalências de transtornos mentais na população geral. No primeiro, a prevalência de uso de álcool ao longo da vida na população geral foi de 14% dos adultos. Foi observado também que 4,4% dos adultos nos EUA satisfaziam os critérios do DSM-IV para dependência de álcool, e 3% satisfaziam os critérios para abuso de álcool. A metodologia envolveu entrevistas em amostras populacionais em áreas urbanas e rurais, baseada em critérios do DSM-III. Vale comentar que a magnitude desse estudo possibilitou comparação entre diferentes áreas dos EUA com alguns países, como Alemanha, onde a prevalência para abuso e dependência de álcool foi 5,1%, nos últimos seis meses (ECA, 0,9%). No segundo, foram encontrados valores de 13,2% para abuso/dependência ao longo da vida e 3,1% nos últimos 12 meses; já para o último ano, a prevalência global foi de 6,8% e no último mês, 3,3%.

Numa revisão de estudos europeus realizados na população em geral, desde 1990, Rehm<sup>98</sup> encontrou uma prevalência média de dependência de álcool nos últimos 12 meses de 6,1% para homens e 1,1% para mulheres e valores ligeiramente menores para abuso, atingindo cerca de 10% dos homens adultos nos países da Europa e partes do Leste Europeu.

A comparação dos resultados obtidos por pesquisas em áreas rurais apresenta, além das dificuldades já citadas, a falta de consenso na definição do que seria área rural e urbana. Assim, por exemplo, em um estudo norte-americano<sup>13</sup> existe uma diferenciação precisa entre áreas rural e urbana baseada em número de habitantes. Em outros<sup>18,35,44,48,58,96,123</sup>, a diferenciação é realizada pelas características de produção e hábitos de vida. Os dados obtidos são heterogêneos: em alguns estudos percebem-se valores de prevalência maiores na área urbana, os quais são ligados à maior exposição de estímulos para

consumir (inclusive o álcool) nesta última ou ao efeito “protetor” de pertencer a algumas comunidades religiosas localizadas em áreas rurais<sup>13,35,120</sup>, em outros estudos, a área rural está associada a maior consumo, sugerindo-se, por exemplo, que menor escolaridade e pior condição socioeconômica são fatores relacionados com esse achado<sup>7,13,19</sup>.

Estudos internacionais sobre uso de álcool em área rurais foram resumidos e listados abaixo (Quadro 2):

Quadro 2						
Autor	País	População	Características do estudo	Amostra	Instrumento	Principais Resultados
Daadphale <sup>27</sup> , 1983	Quênia	Pacientes ambulatoriais (Hospitais de Kisii e Kisumu)	Compara 1AR x 1AU; 18-55 anos; levantamento de morbidade psiquiátrica	388 pessoas	SRQ <sup>a</sup> + SPI <sup>b</sup>	PT= 15,0%; PUA (Kisii)=25,0%; PUA (Kisumu)= 4,9%
Blazer <sup>12</sup> , 1985	EUA <sup>i</sup>	População geral	Parte do ECA <sup>9</sup> ; compara 4 AR x 1 AU; >18 anos; levantamento de morbidade psiquiátrica	3.788 pessoas	DIS <sup>c</sup>	Abuso de álcool/ dependência é diagnóstico mais comum na AR; PT: AU=2,2%, AR=2,6%
Blazer <sup>13</sup> , 1987	EUA <sup>i</sup>	População geral	Parte do ECA <sup>9</sup> ; compara 4 AR x 4 AU; fatores de risco ligados ao uso de álcool	3.798 pessoas	DIS <sup>c</sup>	PUA(6 meses): AU: H=4,8%; M=0,6% AR: H=9,1%; M=0,8%
Rijken <sup>100</sup> , 1988	Tanzânia	População geral	4 AU; > 15 anos; investiga padrões de uso de álcool	310 pessoas	Questionário não padronizado	Consumo aumenta com idade, mas ainda é menor que em outras áreas; CAP: H= 55%; M=33%; T=43,2% CUM: H=43,2%; M=17,0%
Lalinec- Michaud <sup>59</sup> , 1991	Canadá	Escolas de duas áreas distintas	Compara 1AR x 1 AN de Quebec; “High-school”; levantamento de uso de substâncias psicoativas	5.000 pessoas	Questionário não padronizado	PLV: AR=94,1%; AN=85,0% PLA: AR=54,9%; AN=88,2%
Keleheller <sup>58</sup> , 1992	EUA <sup>i</sup>	10 escolas	Compara 1AR x 1ASU x 1AU; 11-14 anos; levantamento de uso de substâncias psicoativas	1.601 pessoas	Questionário não padronizado	PUA= 38,5% Variações entre diferentes áreas: > uso na AR (PT=46,0%) e em H

Quadro 2 (cont)						
Autor	País	População	Características do estudo	Amostra	Instrumento	Principais Resultados
Castañedo <sup>18</sup> , 1992	Espanha	População geral	> 17 anos; levantamento de problemas relacionados ao álcool em AR	979 pessoas	GHQ <sup>d</sup> + PSE-9 <sup>j</sup>	Consumo de mais de 63 doses de álcool/semana: H=25,4%; M=0,6%
Fichter <sup>35</sup> , 1996	EUA <sup>i</sup> e Alemanha	População geral	2 AR do ECA <sup>g</sup> (EUA) x 1 AR do UBS <sup>h</sup> (Alemanha); >18anos; levantamento de morbidade psiquiátrica	ECA:1.876 + UBS <sup>h</sup> : 1.555 ; Total de 3.431 pessoas	DIS <sup>c</sup>	PUA(6meses), para abuso/dependência de álcool na AR: UBS <sup>h</sup> =5,1%; ECA <sup>g</sup> =2,9%
Jimenez <sup>54</sup> , 1997	Espanha	Escolas públicas e privadas	Sexta a oitava séries; estudo do padrão de uso de álcool em várias AR	14.537 pessoas	Questionário não padronizado	PTUA=47,0%; Maior consumo por H, associação com uso de tabaco
Helzer <sup>48</sup> , 1998	EUA <sup>i</sup>	População geral	1 AR x 5 AU; > 18 anos; levantamento de morbidade psiquiátrica	20.000 pessoas	DIS <sup>c</sup>	Uso de álcool foi principal diagnóstico; PT(LV)=13,7% Durhan, área rural com <i>Bible Belt</i> , com alto grau de abstinentes
Spoth <sup>115</sup> , 1999	EUA <sup>i</sup>	22 escolas	19 AR; avaliação de impacto de um programa dirigido a famílias com maior risco para consumo de álcool	446 famílias	All <sup>e</sup>	Avalia impacto de um programa de orientação e discute uso de álcool e adolescência
McKee <sup>72</sup> , 2000	Estônia, Letônia e Lituânia	População geral	Compara AR x AU de três países; 19-64 anos; investiga padrões de nutrição e consumo de álcool	6.407 pessoas	Questionário não padronizado	PUA semanal: H: Estônia=61%; Letônia=41%; Lituânia=55% M: Estônia=26%; Letônia=8%; Lituânia=14%
Medina-Mora <sup>73</sup> , 2000	México	População geral e sub-populações	Revisão de trabalhos realizados no país; compara AR x AU quanto aos padrões de consumo de álcool	-	Questionários não padronizados	Altos índices de consumo associados a " <i>fiesta drinking</i> "; 2% dos adultos bebe diariamente e 12%, toda semana; maior consumo nos H.
Obot <sup>84</sup> , 2000	Nigéria	População geral e subpopulações	Revisão de trabalhos realizados no país; compara AR x AU quanto padrão de uso de álcool	-	Questionários não padronizados	PT=53,8%; maior consumo por H

Quadro 2 (cont)																										
Autor	País	População	Características do estudo	Amostra	Instrumento	Principais Resultados																				
Assanangkornchai <sup>7</sup> , 2002	Tailândia	População geral	Compara 5AR x 2AU; > 35 anos; prevalência das pessoas com problemas relacionados ao álcool	898 pessoas	AUDIT <sup>f</sup>	Uso nocivo (>8); PT=10%; H=27%; M=1%; PLAH=37,4%; PLAM=24,3%																				
Mateos <sup>70</sup> , 2002	Espanha	População geral	Compara AR x ASU x AU; >16 anos; investiga padrão de uso de álcool nos últimos 20 anos	2.510 pessoas	Questionário não padronizado	PT=43,3%; PAU=50,8%; PASU=39,5%; PUA=39,5% e consumo de alto risco maior na AR																				
Weis <sup>123</sup> , 2002	Israel	Subpopulações: Kibutz, vilas e cidades	Apenas AR; Revisão de 4 estudos sobre padrões de uso em 3 diferentes religiões; 16-18 anos	6.229 pessoas, somando-se os 4 estudos	Questionários não padronizados	1990: >consumo de cerveja, com amigos; 1992: problemas com álcool no último ano: 15,0% no Kibutz x 7,7% na cidade; 1994: PT: 33,5% nos judeus da área rural x 31,3%, nas cidades																				
Peltzer <sup>90</sup> , 2004	África do Sul	População geral	1AR; 15-60 anos; prevalências de uso de álcool	801 pessoas	AUDIT <sup>f</sup>	Uso nocivo (>8); PT=14,3%; H=21,5%; M=6,4% H com escores>M																				
Giang <sup>44</sup> , 2005	Vietnã	População geral	1 AR; 18-60 anos; validou o AUDIT <sup>f</sup> comparando com entrevista psiquiátrica não estruturada	500 pessoas	AUDIT <sup>f</sup>	Prevalências de uso de álcool: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Audit</th> <th>H</th> <th>M</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abs</td> <td>63,3</td> <td>12,4</td> <td>33,8</td> </tr> <tr> <td>Arr</td> <td>16,3</td> <td>0,4</td> <td>7,0</td> </tr> <tr> <td>Noc</td> <td>1,97</td> <td>0</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>Dep</td> <td>7,9</td> <td>0</td> <td>3,3</td> </tr> </tbody> </table>	Audit	H	M	T	Abs	63,3	12,4	33,8	Arr	16,3	0,4	7,0	Noc	1,97	0	0,8	Dep	7,9	0	3,3
Audit	H	M	T																							
Abs	63,3	12,4	33,8																							
Arr	16,3	0,4	7,0																							
Noc	1,97	0	0,8																							
Dep	7,9	0	3,3																							
Neufeld <sup>81</sup> , 2005	Índia	População geral	Associação entre uso de tabaco e álcool; comparação entre 7.663 AR e 4.991AU; > 10 anos	471.143 pessoas	Questionário não padronizado	PT=4,5% PH=7,9%; PM=1% ; maior consumo de ambos por H; forte associação com uso de tabaco																				
Jackson <sup>52</sup> , 2006	EUA <sup>i</sup>	População geral, por telefone	3R; > 18 anos; 3 estudos transversais em 3 períodos diferentes; avalia padrão de ingestão de álcool	Entre 247 mil e 362 mil pessoas por etapa	Questionário não padronizado	Prevalências em áreas rurais (PT=3,4-5,4%) são menores que as encontradas nas áreas urbanas (PT=4,9-15,7%) ; <i>binge-drinking</i> freqüente em AU																				
Thommasen <sup>120</sup> , 2006	Canadá	População geral	Compara AR x aborígenes; > 17 anos; levanta uso de substâncias psicoativas	674 pessoas	Questionário não padronizado	Abuso de álcool principal problema relatado (PT=83,0%); Problemas relacionados ao álcool mais freqüente em aborígenes (PT=36,0%) que AR (PT=7,0%)																				
Zhou <sup>127</sup> , 2006	China	População geral	Compara 1AR x 1 AU; 15-65 anos; levanta uso de tabaco e álcool	3.551 AU x 4.302 AR; total=7.853 pessoas	Questionário não padronizado	PUA:AU=45,0%; AR=35,9% ; maior consumo por H; AR tem maiores prevalências de uso pesado de álcool e tabaco																				



*a-Self Reporting Questionnaire(SRQ); b-Standard Psychiatric Interview(SPI); c-Diagnostic Interview Schedul (DIS); d-General Health Questionnaire (GHQ); e-Alcohol Initiation Index (AII); f-Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); g-Epidemiologic Catchment Study (ECA); h-Upper Bavarian Study (UBS); i- Estados Unidos da América (EUA); j-Present State Examination (PSE)*

**Legendas das abreviações:** AR=área rural; AU=área urbana; ASU= área suburbana; AN= área de nativos; PT=prevalência total de uso de álcool; PUA= prevalência de uso de álcool (atual ou não); PLV=prevalência ao longo da vida; PLA= prevalência ao longo do ano; PLM=prevalência ao longo do último mês; CAP= consumo de álcool no passado; CAM= consumo de álcool no último mês.

No Brasil, o primeiro estudo multicêntrico sobre a prevalência de transtornos mentais na população geral foi realizado por Almeida-Filho<sup>2</sup> e utilizou critérios diagnósticos do DSM-III. O Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica, realizado em três capitais brasileiras, no final da década de 1980, encontrou prevalências de abuso de álcool/dependência de 7,6% a 9,2% na população adulta.

Galduróz<sup>42,43</sup> avaliou 200 mil pessoas em 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, no ano de 2001, e encontrou prevalências de uso na vida de álcool de 68,7% e dependência de 11,2%.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO)<sup>125</sup> reúne vários trabalhos realizados em diferentes cidades no país: dois estudos populacionais, em Pelotas (RS) e Salvador (BA), com prevalências de uso de álcool ao longo da vida de 54,2% e 56%, respectivamente; dois levantamentos no Rio de Janeiro com valores de prevalência de uso de álcool entre 42% e 51%; três estudos realizados com adolescentes em várias capitais brasileiras apontavam prevalências de uso na vida de álcool de 83% e uso freqüente entre 15% e 48%.

Laranjeira<sup>60</sup> realizou uma revisão acerca dos problemas relacionados ao uso de álcool no Estado de São Paulo até 1995 e observou que vários estudos apontavam para um maior consumo de álcool pela população masculina, com valores de prevalência de abuso de álcool entre 12-15% na população geral.

Em 1999, o CEBRID<sup>41</sup> realizou um levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas em 27 cidades do Estado de São Paulo, com mais de 200 mil habitantes, encontrando uma prevalência de uso de álcool na vida de 53,3%, dos quais 63,6% na população masculina e 43,0% na feminina.

Na cidade de São Paulo, Figlie<sup>37</sup> estimou prevalências de uso de tabaco e álcool entre pacientes internados em um hospital geral utilizando o AUDIT e o Teste de Fagerström, encontrando valores mais altos do que os observados na população geral.

Encontramos três estudos de prevalência de problemas relacionados ao álcool conduzidos na cidade de Ribeirão Preto (SP). Oliveira<sup>86</sup>, num levantamento diagnóstico de prontuários de pacientes atendidos no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, estimou que problemas decorrentes de uso de álcool fossem a segunda causa mais atendida naquele setor, ocupando 20% de todos os atendimentos. Muza<sup>78,79</sup> levantou o consumo de substâncias psicoativas em estudantes de escolas públicas e privadas, da 8ª série e colegial, encontrando prevalência de uso de álcool na vida de 88,9%, de 56,7% no último mês e 8,5% de uso diário. Pinheiro<sup>94</sup> investigou a relação entre consumo de álcool e transtornos emocionais em mulheres grávidas: 9,1% apresentavam uso nocivo de álcool; deste grupo, 6,0% preenchia critérios diagnósticos para abuso e 3,1% para dependência de álcool, segundo a CID-10.

Todos os estudos brasileiros mencionados foram realizados em área urbana, não existindo trabalhos especificamente voltados para a área rural.

### 1.3. Características do município estudado

Cássia dos Coqueiros está localizada na região nordeste do Estado de São Paulo, distante 74 km do município de Ribeirão Preto. Tem 2.871 moradores permanentes e sua localização, vizinha do Estado de Minas Gerais, confere ao município características geográficas (relevo alto, várias nascentes de rios, clima ameno) peculiares. Sua economia é baseada na agricultura (plantio de café e de sementes para forragem de pastos, além de agricultura de subsistência) e pecuária (leite e corte)<sup>50,68</sup>.

O município é dividido em área urbana e área rural propriamente dita, encontrando-se, nesta última, pequenas e médias propriedades. Existem 1.207 moradores permanentes na área rural. No perímetro urbano, com 1.664 moradores permanentes, encontramos: um pequeno comércio (que atende às necessidades mais básicas da população), escola, igrejas, posto de saúde, delegacia, prefeitura e serviços de autônomos<sup>50</sup>.

Uma característica importante é que há grande migração na época da colheita (sementes, algodão e café), com pessoas de fora do município, principalmente do Estado de Minas Gerais, vindo à procura de trabalho. Essa “população flutuante” chega a elevar o número de habitantes para cerca de 4 mil, que utilizam os recursos oferecidos pelo município, como transporte, educação e, principalmente, saúde. Poucos meses após o término da colheita, a maioria dessas pessoas retorna para suas localidades de origem e uma pequena parcela opta por continuar morando na cidade.

É importante ressaltar uma característica cultural desse município, pois esta se relaciona com alguns resultados obtidos nesta pesquisa: há uma tradição

de realizar festas, independentemente das datas comemorativas específicas. Não são incomuns as reuniões musicais, como saraus e serestas, geralmente nas casas, com os músicos, familiares e amigos, o que serve também como pretexto para ensaio para eventos comunitários. Nestes eventos, o consumo de bebidas alcoólicas é comum.

Uma outra característica peculiar é a parceria existente entre o poder público municipal e o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP–USP) há mais de 40 anos, através do Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas (CMSCPF).

Inicialmente, o município não possuía uma unidade de saúde e era área endêmica para a Doença de Chagas<sup>87,88,89</sup>. O então chefe do Departamento de Medicina Social, José Lima Pedreira de Freitas, pesquisador dessa patologia, planejou uma intervenção com o fim de combater o vetor da doença e iniciou o seguimento da população, com avaliações médicas e de saneamento contínuas. Como as necessidades da população iam além do atendimento dessa doença, a FMRP-USP, por meio de seu Departamento de Medicina Social, instalou o posto de atendimento primário, visando atender a população e ser campo de estágio para os alunos do sexto ano médico. A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) também vem, desde então, investindo recursos humanos e materiais, o que contribuiu para a melhoria das instalações e do atendimento prestado no município. A parceria vem se mostrando proveitosa, pois, além de permitir a criação de uma unidade de atendimento capacitada a prestar o atendimento primário, com prevenção e promoção de saúde, coleta e registro de dados e apoio à pesquisa, a saúde da população melhorou consideravelmente, apesar do

aumento crescente da procura ao serviço. Esse aumento é devido ao fluxo de migrantes que vêm buscar trabalho temporário na chamada “época da safra”, como já mencionado.

O município está em gestão plena na área da saúde desde 1997.

Cabe ressaltar que, no mundo de hoje, globalizado e com maior facilidade de aquisição de bens de consumo, é muito difícil encontrar populações tipicamente rurais, sem acesso aos meios de comunicação falada ou impressa. Essa condição foi considerada, pois no município os habitantes estão expostos à mídia. No entanto foram valorizadas a localização geográfica, as formas de subsistência e a cultura predominante, daí a pesquisa ser intitulada como realizada “em um município com características rurais”.

Dada à relevância do problema do uso de álcool no mundo e a quase inexistência de trabalhos abordando a questão em áreas rurais, decidiu-se pela realização do presente trabalho. Espera-se, assim, obterem-se dados que possam contribuir para o conhecimento do problema em uma área do Brasil com características nitidamente rurais, facilitando a criação de programas de intervenção voltados a essa realidade.

## 2 – OBJETIVOS

### A) Principais:

1. Estimar a prevalência de usuários de álcool no município.
2. Estimar o grau de dependência ao álcool entre os usuários.
3. Avaliar fatores de risco associados ao uso de álcool na população estudada.

### B) Secundários:

4. Estudar a associação entre o hábito de usar álcool e tabaco.
5. Identificar, dentre os usuários, aqueles que desejam interromper o uso do álcool.
6. Obter informações que facilitem a definição de estratégias de intervenção para auxílio aos usuários de álcool.

### **3 – MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. Considerações iniciais**

A realização desta pesquisa compreendeu uma seqüência de atividades com o fim de levantar informações gerais a respeito da população de Cássia dos Coqueiros e informações específicas que permitissem atingir os objetivos anteriormente enunciados.

Vale considerar que a realização de um inquérito de base populacional é geralmente onerosa, envolvendo grande montante de recursos materiais e humanos, sendo necessário o cumprimento de várias etapas de forma organizada e articulada, para que as dificuldades possam ser superadas satisfatoriamente.

Nesta pesquisa, essas etapas incluíram: a definição e formatação do instrumento que seria utilizado; a seleção e treinamento dos entrevistadores; o reconhecimento da área por estudar em suas características demográficas e geográficas; a realização das entrevistas e a organização, digitação e análise dos dados. Destaque-se que a decisão de incluir o maior número possível de participantes foi em razão de a pesquisadora pretender ir além de uma simples estimação de prevalência, em que o estudo de uma amostra populacional seria suficiente. Na realidade, a pesquisa pretendeu não apenas quantificar, mas também identificar os indivíduos consumidores de álcool, com vistas a estabelecer as bases de um programa de intervenção no município.

Lembramos que este trabalho apresenta a segunda parte dos dados, que foi colhida em 2001; a primeira referiu-se ao consumo de tabaco pela população

estudada<sup>68</sup>. Alguns dados obtidos serão retomados quando se fizerem pertinentes para a discussão.

### **3.2. População de referência**

Foi representada pela totalidade dos moradores permanentes do município, acima de 12 anos de idade (adolescentes, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente). Foram considerados moradores permanentes aqueles que moravam no município há pelo menos um ano.

O planejamento e a realização das entrevistas demandaram um reconhecimento prévio mínimo da área, trabalho facilitado pelas ações realizadas pelo CMSCPF e a SMS do município de Cássia dos Coqueiros com a população.

O reconhecimento geográfico foi realizado com base nos dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>50</sup> do ano 2000, pois o de 2001 ainda não estava concluído, e no conhecimento dos visitantes domiciliares da SMS da área. Eles haviam acabado de concluir uma campanha de vacinação e estavam realizando o recadastramento das famílias para o Programa de Saúde da Família (PSF), a maioria das quais já havia sido visitada. Esses fatos, aliados à grande convivência e familiaridade de alguns funcionários do CMSCPF e da SMS com a comunidade, permitiram a identificação e a inclusão na pesquisa dos residentes permanentes.

Segundo dados do IBGE – dados preliminares do censo do ano 2000 – haveria 2.871 residentes permanentes no município de Cássia dos Coqueiros, com 1.664 na área urbana e 1.207 na área rural. Segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus), cerca de 700 habitantes seriam menores de 12 anos, dado que definiu uma população de referência de 2.171 pessoas<sup>50</sup>.



A área urbana, definida segundo os critérios da Prefeitura Municipal, é composta por 36 ruas e está dividida em 4 bairros: Centro, Nossa Senhora Aparecida, Dom Romeu Alberti e Santa Rita.

A área rural é composta por sub-regiões: Fazenda Santa Rita, Areias, Palmeiras, Santa Izabel, Serrinha, Boiada, Carqueja, Caseli, Congonhas, Cubatão da Serra, Delícia, Furtado, Monte Alto, Jacaré, Diamantina, Bebedouro, Taquaral e Cerrado do Cubatão.

### **3.3. População de estudo**

Foram visitados 430 domicílios na área urbana e 281 na área rural, num total de 711, perfazendo um total de 2.022 pessoas. Destas, 1.902 submeteram-se à entrevista e 24 se recusaram a fazê-lo. Não foram encontradas 51 pessoas na área rural e 43 na urbana. Duas pessoas não tiveram condições de responder ao questionário por apresentarem quadro de Retardo Mental (de moderado a grave). As entrevistas representaram 87,6% da população de referência.

Considerou-se “pessoas não encontradas” aquelas que o entrevistador, após três visitas ao domicílio na área urbana e duas na área rural, em horário e dia combinados, não conseguiu encontrar.

### **3.4. Definição do questionário**

Foi elaborado um questionário (Anexo I) pela pesquisadora e seu orientador, com 70 questões, além dos dados de identificação.

O instrumento, dividido em quatro partes, permitiu o levantamento das seguintes informações: dados demográficos, uso de tabaco, uso de álcool e Termo de Consentimento (Anexo II).

O questionário foi avaliado por dois profissionais, com experiência reconhecida nas áreas de pesquisa em comunidades e de saúde pública, que fizeram correções e deram sugestões.

Uma questão importante discutida no delineamento da pesquisa foi a possibilidade de que poderia oferecer a oportunidade de investigar também o uso de outras substâncias, lícitas ou ilícitas, além do tabaco e do álcool. Esse complemento poderia ser obtido com a extensão do questionário, sem que representasse um acréscimo proibitivo no tempo de coleta dos dados. O que mais valeu na decisão de não estender o objetivo da investigação a outras drogas foi o fato de a cidade ser pequena e as pessoas se conhecerem bastante, inclusive os entrevistadores, o que poderia comprometer a confiabilidade das respostas. No caso do álcool, e especialmente do tabaco, a confiabilidade das respostas poderia ser mais alta, por não haver preconceito, pela maioria das pessoas, contra seu consumo.

O preenchimento do questionário permitiu a obtenção das seguintes variáveis:

1. Bairro de residência: o nome do bairro foi escrito por extenso e, posteriormente, codificado.
2. Nome do entrevistado.
3. Nome do chefe da família.

4. Endereço: definido segundo a rua e o número do domicílio. Na área rural, a definição se baseou no bairro, com dados de localização sendo expressos da maneira mais completa possível.
5. Zona: localização do domicílio. Classificada em:
  - a. Rural – quando o domicílio se encontrava fora da área descrita abaixo, porém dentro do território do município;
  - b. Urbana – quando o domicílio se encontrava dentro dos limites do perímetro urbano, definido segundo os critérios da Prefeitura Municipal.
6. Idade: expressa em número de anos completos.
7. Nascimento: dia, mês e ano (com dois dígitos) do nascimento.
8. Sexo: gênero do entrevistado.
9. Estado civil: expresso em 5 categorias.
10. Escolaridade: expressa por 12 graus de escolaridade.
11. Escolaridade do chefe da família: incluída nas questões do Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>6</sup>.
12. Local de nascimento: expresso em 4 categorias.
13. Qual: codificado segundo a sigla do estado de nascimento.
14. Zona: relativa ao local de nascimento, expressa em 2 categorias.
15. Tempo de residência em Cássia dos Coqueiros: expresso em anos.
16. Religião: descrita segundo o relato espontâneo do entrevistado.
17. Posse de itens: expressa os itens descritos pelo Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>6</sup>.
18. Ocupação: registrada segundo o relato espontâneo do entrevistado.

Questões relativas aos ex-fumantes:

19. Relação com o tabagismo: situação atual do entrevistado, segundo seu relato espontâneo, expressa em 3 categorias.
20. Idade em que começou a fumar regularmente: expressa em número de anos completos.
21. Tipo de tabaco consumido: divisão em 7 categorias.
22. Quantidade média de cigarros consumida por dia: expressa em 4 categorias.
23. Tempo que fumou: expresso em número de anos completos.
24. Razão para parar: expressa em 6 categorias.
25. Como parou: expresso em 6 categorias.

Questões relativas aos fumantes atuais:

26. Idade em que começou a fumar regularmente: expressa em número de anos completos.
27. Há quantos anos fuma: expresso em número de anos completos.
28. Tipo de tabaco consumido: expresso em 7 categorias.
29. Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (TFDN): engloba 6 questões, com escores padronizados para cada resposta, discutido adiante.
30. Já tentou parar: investiga tentativas anteriores do fumante, expressa em 2 categorias.
31. Gostaria de parar de fumar: investiga o desejo de interromper o uso, expressa em 3 categorias.
32. Tipo de ajuda que gostaria de receber: expresso em 5 categorias.

Questões relativas aos ex-usuários de álcool:

33. Relação com o uso de álcool: situação atual do entrevistado, segundo seu relato espontâneo, expressa em 3 categorias.
34. Idade em que começou a usar álcool regularmente: expressa em número de anos completos.
35. Tipo de bebida consumida: divisão em 10 categorias.
36. Frequência média de uso de álcool consumida: expressa em 8 categorias.
37. Número de vezes que se sentiu fortemente alcoolizado: expresso em 8 categorias.
38. Tempo que parou o uso de álcool: expresso em 8 categorias.
39. Como parou: expresso em 4 categorias.

Questões relativas aos usuários atuais de álcool:

40. Idade em que começou a usar álcool regularmente: expressa em número de anos completos.
41. Tempo que usa álcool: expresso em número de anos completos.
42. Tipo de bebida consumida: expresso em 10 categorias.
43. Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*): engloba 10 questões, com escores padronizados para cada resposta.
44. Gostaria de parar: investiga intenção do usuário de álcool de parar o uso, expressa em 3 categorias.
45. Gostaria de receber ajuda: investiga o desejo de receber ajuda para interromper o uso, expressa em 3 categorias.
46. Tipo de ajuda que gostaria de receber: expresso em 7 categorias.

### **3.5. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

A escolha do AUDIT para esta pesquisa baseou-se no fato de ter sido desenvolvido inicialmente para uso em assistência primária, apresentando características de fácil aplicabilidade, boa sensibilidade e especificidade, com boa quantidade de estudos empíricos atestando suas boas qualidades psicométricas<sup>10,99,105,110,114</sup>.

Por meio de pesquisa via internet, soube-se de grupo no Brasil, da Universidade Federal de Pelotas, que havia realizado a primeira versão nacional do AUDIT, a qual ainda não havia sido publicada. Também por meio da internet contatou-se um dos autores do trabalho que, gentilmente, enviou cópia dessa versão e o resumo do artigo original que descrevia o seu desenvolvimento<sup>74</sup>.

Utilizou-se o AUDIT de acordo com as suas normas de interpretação de resultados (escores), descritas anteriormente na INTRODUÇÃO, obtendo-se, dessa maneira, a definição do indivíduo como pertencente a uma das quatro Zonas<sup>8,9,112</sup>.

### **3.6. Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (TDNF)**

O Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND), descrito pela primeira vez em 1991, é um aperfeiçoamento do Questionário de Tolerância de Fagerström (FTQ), publicado em 1978<sup>32,33</sup>.

O FTQ, composto por oito itens, foi desenvolvido para avaliar, durante o tratamento do tabagismo, a necessidade de reposição de nicotina, para lidar com a retirada do tabaco e para ser de fácil treinamento e aplicação por profissionais

da área de saúde (inclusive aqueles sem nível universitário) e pelo próprio paciente. Assim sendo, como seu nome indica, tem como objetivo medir o construto “tolerância e dependência física da nicotina”, priorizando as manifestações fisiológicas de dependência (começar a fumar rapidamente após acordar, fumar em lugares proibidos para evitar mal-estar e fumar grande número de cigarros por dia), que são comuns em fumantes altamente dependentes de nicotina. Avalia o construto dimensionalmente, pelo resultado obtido através da soma dos escores de seus oito itens. Conforme o escore obtido, o indivíduo é definido como pertencendo a uma de cinco categorias: escore entre 0 e 2; 3 e 4; escore 5; 6 e 7; 8 a 10. A partir do escore 5, é considerado que o indivíduo apresenta uma dependência alta à nicotina, com indicação de usar terapia de reposição de nicotina caso queria parar com o uso do tabaco<sup>32,33,34,55,62,65,68</sup>.

### **3.7. Termo de Consentimento**

No Anexo II, encontra-se o Termo de Consentimento, documento que colhe anuência, por escrito, para a participação na pesquisa. No caso de menores de 18 anos, ele e um dos pais ou responsável tinham, ambos, que autorizar a coleta dos dados, assinando o documento.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética Médica em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), em julho de 2001, e aprovado.

### **3.8. Seleção dos entrevistadores**

Num primeiro momento, após contato com o coordenador do Centro Médico Social (CMS) de Cássia dos Coqueiros, foram disponibilizados dois funcionários de nível médio, com experiência de participação em campanhas de saúde, para participar do treinamento.

A Secretaria Municipal da Saúde, que havia manifestado previamente interesse em realizar uma parceria com a pesquisadora, também havia liberado quatro funcionários (um de nível superior, duas visitadoras sanitárias e um motorista) e transporte para levar os entrevistadores para a área rural.

As pessoas selecionadas para a aplicação do questionário completaram o treinamento.

A maior dificuldade encontrada nessa etapa correspondeu à organização do trabalho dos entrevistadores. Inicialmente, em número de cinco, já treinados e aptos a iniciar o trabalho de campo, eles tiveram dificuldade em articular suas saídas, em dias e horários específicos, para a realização das entrevistas. O inesperado colocou um sério obstáculo à realização dos trabalhos de campo, forçando a decisão de prescindir da participação de indivíduos já habilitados e desejosos de participar da pesquisa e obrigando a realização de treinamento de outras duas funcionárias da SMS.

Foram convidadas duas pessoas com formação de nível médio na área de enfermagem, que eram voluntárias em campanhas de saúde, para realizar o treinamento. Elas tiveram bom desempenho nos trabalhos anteriormente realizados, demonstrando responsabilidade e interesse.



Após conclusão do treinamento, essas entrevistadoras iniciaram a coleta de dados, mas com a realização de algumas entrevistas, uma delas decidiu parar alegando motivos pessoais. A outra entrevistadora pediu para tentar completar a coleta de dados sozinha, ressaltando-se que, em caso de necessidade, outras pessoas poderiam ser convidadas para seu auxílio.

Em três meses (junho, julho e agosto do ano de 2001), a entrevistadora colheu a maioria dos dados, entrevistando cerca de 80% dos participantes.

A desvantagem do aumento do tempo para a conclusão do trabalho foi de alguma maneira compensada pela garantia de uma melhor padronização na coleta dos dados, uma vez que envolvia o mesmo entrevistador. Assim, esse esquema foi mantido até o final de agosto, quando então um segundo entrevistador, igualmente treinado, envolveu-se no esforço final de coleta das informações.

Optou-se pelo pagamento dos entrevistadores, com base no número de entrevistas realizadas. Para isso, foi solicitada uma ajuda de custo para a realização do projeto de pesquisa por meio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (Faepa) do HCFMRP-USP. O custo estipulado para cada entrevista realizada foi de R\$ 0,50 (cinquenta centavos). O pagamento dos entrevistadores foi viabilizado através de um auxílio à pesquisa por parte da Faepa do HCFMRP-USP. Despesas referentes às cópias dos questionários e pequena quantidade de material de escritório foram cobertas pelo Departamento de Medicina Social.

### **3.9. Treinamento dos entrevistadores**

O treinamento para a entrevista visava, além da obtenção das respostas, ao aperfeiçoamento da “atitude” do entrevistador, a saber: não coercitiva, tranqüila e empática. Era enfatizado o direito de recusa do entrevistado quanto à participação na pesquisa.

O período de treinamento englobou:

a) a discussão dos objetivos da pesquisa e do questionário, com esclarecimento de dúvidas quanto ao instrumento e aos temas abordados, dando especial atenção às escalas de avaliação (esses esclarecimentos eram necessários para que o entrevistador pudesse sanar quaisquer dúvidas dos entrevistados sobre os assuntos abordados);

b) um treinamento de entrevista supervisionada, quando o entrevistador em treinamento era observado durante uma entrevista de campo e orientado quanto a ajustes necessários em sua atitude durante a entrevista;

c) um trabalho piloto, quando o entrevistador realizava algumas entrevistas e discutia eventuais dúvidas com a responsável pela pesquisa.

Terminado esse período, ao fim do qual era julgado habilitado para a realização do procedimento, o entrevistador era liberado para iniciar a coleta de dados.

### **3.10. Coleta de dados**

A parceria entre o Departamento de Medicina Social e a SMS permitiu que a coleta dos dados fosse realizada num período de apenas quatro meses, de final

de maio a meados de setembro de 2001, sem gastos financeiros elevados. Devem ser destacados o empenho dos trabalhadores e o seu conhecimento da área e dos habitantes como fatores que contribuíram decisivamente para facilitar o procedimento de coleta dos dados.

A SMS, ao ceder gratuitamente transporte e um motorista com conhecimento amplo da área rural, facilitou sobremaneira a obtenção dos dados, o que representou também considerável economia de tempo. Algumas dificuldades iniciais com relação ao agendamento e à efetivação do transporte foram resolvidas prontamente pelo Secretário Municipal da Saúde em exercício.

O entrevistador, devidamente identificado, com avental e pasta, percorria todas as ruas da área urbana, casa por casa, anotando os moradores não encontrados para poder fazer nova visita. Após três tentativas frustradas de encontrar o morador, ele passava a ser classificado como “não encontrado”.

O motorista da Prefeitura Municipal, que, por conhecer todos os sítios da região, funcionou como guia, levava o entrevistador à área rural e a todas as casas de moradores fixos. Eram registrados os locais onde não se completavam as entrevistas, para uma segunda visita.

Assim que chegava ao domicílio, o entrevistador se identificava, esclarecia o motivo da visita, pedia permissão para conversar com os residentes com mais de 12 anos de idade e os convidava para participação na pesquisa. Em caso afirmativo, procedia a entrevista, individualmente, em local o mais reservado possível. Terminada a entrevista, colhia a autorização no Termo de Consentimento, perguntando se havia alguma dúvida quanto ao procedimento ou se era necessário qualquer esclarecimento. Não havendo, encerrava a entrevista e iniciava outra, até completar o número de residentes. Ao terminar, despedia-se.

Os menores de 18 anos, deficientes mentais ou portadores de qualquer outra condição que acarretasse dificuldade de compreensão, e que desejavam participar, eram entrevistados e, logo em seguida, era colhida a assinatura também de um dos pais ou do responsável legal.

Foram considerados usuários “atuais” de álcool aquelas pessoas que responderam afirmativamente à pergunta se usavam álcool na época da realização da entrevista, o mesmo ocorrendo para usuários no “passado” e “nunca usou”. Considerando as categorias de uso “Atual” e “Passado” de álcool, avaliamos o “Uso na vida” da substância em estudo. Consideramos usuários de álcool no “passado” aquelas pessoas que interromperam o uso da substância há pelo menos 1 mês.

Em relação ao uso de tabaco, os mesmos critérios foram considerados.

Também é necessário ressaltar que foram agrupadas, arbitrariamente pela pesquisadora, na categoria denominada “Pentecostais” aquelas religiões que preconizam um comportamento de abstinência de substâncias psicoativas, nas quais os participantes se autodenominavam: crentes, evangélicos, cristãos e Congregação Cristã do Brasil. Já na categoria “Outras” foram agrupados: católicos, protestantes, testemunhas de Jeová, espíritas, presbiterianos, espiritualistas, mahikari e aqueles que não tinham religião definida.

Terminadas, as entrevistas eram encaminhadas para uma colaboradora da pesquisa, responsável pelo registro e controle de todos os domicílios visitados e das pessoas que não estavam presentes numa casa, para visita posterior. A colaboradora registrava em um caderno as entrevistas realizadas, por rua ou casa de fazenda do “bairro” rural. Tal procedimento visava à perda mínima de dados.

Uma vez registrado, o questionário era encaminhado para a pesquisadora, para conferência.

A conferência tinha a finalidade de checar o registro das informações, a ocorrência de campos em branco ou erros. Caso houvesse erros, o questionário era devolvido para o entrevistador para correção. Uma vez conferido e, se necessário, corrigido, era devolvido à pesquisadora para digitação.

A respeito das questões éticas, tendo sido o projeto aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, houve sempre a preocupação de prestar esclarecimentos detalhados aos entrevistados, não deixando dúvidas acerca da pesquisa e do caráter de voluntariedade na participação, disponibilizando as informações concernentes sempre que necessário, por parte daqueles que trabalharam em campo. No entanto, há de se ponderar que, mesmo existindo uma atitude não impositiva dos entrevistadores, é muito difícil garantir plena liberdade de escolha aos entrevistados, que forçosamente se vêm dependentes do serviço de saúde em questão, mesmo que não integralmente. Todavia, a parceria da SMS e o fato de o objeto da pesquisa ser assunto freqüentemente abordado nos meios de comunicação e nos serviços de saúde devem ter servido para atenuar essa limitação.

Vale a pena salientar que as informações de cada entrevistado podem introduzir vieses, em decorrência de informações incorretas ou imprecisas. Tentando minimizá-las, o questionário foi elaborado de maneira a não ter questões abertas, vagas ou pouco claras, evitando-se perguntas relativas a comportamentos que poderiam desencadear desagrado ou desconforto ao entrevistado, e levar a um baixo nível de credibilidade. Além disso, os

entrevistadores foram treinados para facilitar a recuperação dos dados pelo entrevistado, dentro de uma atmosfera tranqüila e não inquisitiva.

Mesmo assim, pelo fato de os entrevistadores conhecerem a maioria da população, três entrevistas precisaram ser refeitas pela pesquisadora, pois ficou patente a baixa confiabilidade das respostas obtidas. Nas três entrevistas houve, por parte dos participantes, uma tendência a minimizar as doses de álcool consumidas assim como a frequência de consumo, que caracterizariam “Uso Nocivo”, quanto os problemas decorrentes do padrão de uso<sup>97</sup>.

Pelas dimensões reduzidas da comunidade investigada, a população rapidamente tomou conhecimento da pesquisa e se mostrou amplamente interessada em dela participar, numa atmosfera de cooperação<sup>57</sup>. Esse fato parece ter também contribuído para melhorar a qualidade das respostas. Não raramente, o entrevistador era abordado nas ruas por pessoas que queriam saber se ele já havia ido à sua casa ou quando iria, pois estava sendo esperado. Predispostas, muitas pessoas queriam responder ao questionário em seu local de trabalho, por onde o entrevistador estava passando no momento; a elas, se esclarecia que a entrevista seria realizada em domicílio. Muitas pessoas perguntavam sobre o início da implantação do tratamento para o combate ao uso de álcool, o que denotava clara sensibilização da população para o problema, fato que se evidenciou posteriormente na análise dos resultados.

Algumas entrevistas, escolhidas ao acaso, foram retestadas pela pesquisadora e demonstraram alto grau de precisão das informações registradas pelo entrevistador.

### 3.11. Análise estatística

Depois de conferidos, os dados foram digitados pela pesquisadora, que utilizou o programa EPINFO, versão 6.04.

Posteriormente, os dados foram transferidos para o programa STATA 9.0, e todas as variáveis foram analisadas.

Possíveis associações entre as variáveis foram inicialmente testadas com a utilização do teste do qui-quadrado. Nas situações em que seu uso não foi possível, optou-se pelo teste exato de Fisher<sup>40</sup>.

Para testar o possível papel preditor da prática atual do uso de álcool, as variáveis que na análise univariada mostraram um valor de “p” menor ou igual a 0,20 foram selecionadas para um modelo multivariado, por meio da técnica de regressão logística não condicional<sup>49</sup>. Após a realização de testes para pesquisa de interações, foram consideradas como significantes as associações que mostraram um valor de “p” menor ou igual a 0,05.

#### 4 – Resultados

A Tabela 1 e a Figura 1 mostram a distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo. Observa-se que foram estudados 1.902 indivíduos, com participação praticamente igual nos dois sexos (960 homens e 942 mulheres, correspondendo a 50,5% e 49,5%, respectivamente). A distribuição por faixa etária revela maior concentração de 25 a 44 anos, correspondendo a 37,4% do total. Aparecem a seguir as faixas de 45 a 54 anos (13,7%) e de 15 a 19 anos (11,7%). As faixas extremas mostram percentuais de 7,2% de participantes de 12 a 14 anos e de 11,0% daqueles acima de 65 anos. A análise estatística não revelou diferenças entre as variáveis ( $\chi^2_{7gl} = 9,176$ ;  $p = 0,240$ ). Deve ser observado que as distribuições de frequências, nos grupos etários assinalados, foram feitas em intervalos diferentes.



Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
12 – 14	71	7,4	65	6,9	136	7,2
15 – 19	116	12,1	106	11,3	222	11,7
20 – 24	80	8,3	105	11,1	185	9,7
25 – 34	170	17,7	191	20,3	361	19,0
35 – 44	185	19,3	165	17,5	350	18,4
45 – 54	130	13,5	131	13,9	261	13,7
55 – 64	91	9,5	86	9,1	177	9,3
65 e +	117	12,2	93	9,9	210	11,0
<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>	<b>942</b>	<b>100,0</b>	<b>1.902</b>	<b>100,0</b>

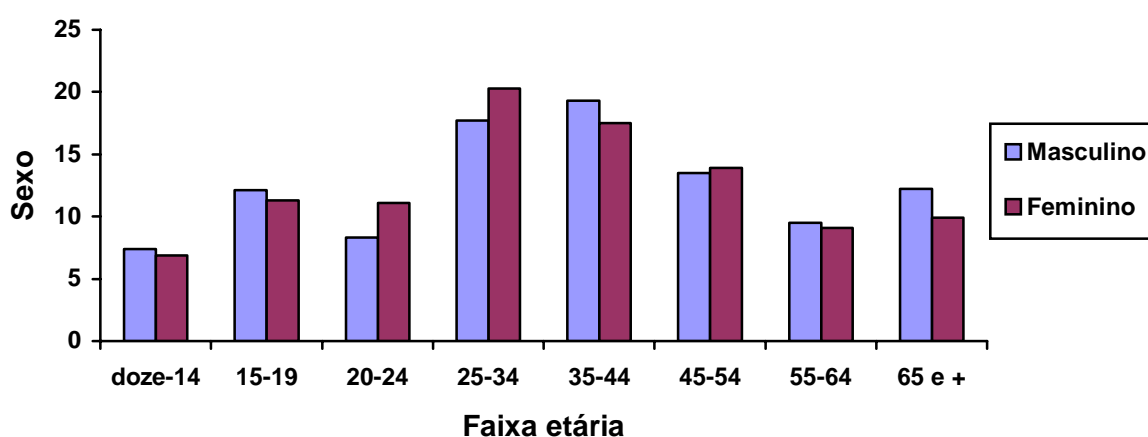


Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 2 revela que a grande maioria dos participantes reside em área urbana, quando comparado à área rural, correspondendo, respectivamente, a 1.144 (60,1%) e 758 (39,9%) participantes. A distribuição percentual por faixa etária mostra uma tendência a maior concentração de participantes abaixo de 44 anos na área rural, quando cotejada com a urbana (74% e 60,5%, respectivamente). Como consequência, há maior concentração percentual de residentes na área urbana nas faixas etárias acima de 45 anos. A análise estatística revela diferenças significativas entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{7gl} = 53,329$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo faixa etária e área de residência, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Área de residência				Total	
	Rural		Urbana		Nº	%
Faixa etária	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12 – 14	68	9,0	68	5,8	136	7,2
15 – 19	101	13,3	121	10,6	222	11,7
20 – 24	82	10,8	103	9,0	185	9,7
25 – 34	152	20,1	209	18,3	361	19,0
35 – 44	158	20,8	192	16,8	350	18,4
45 – 54	99	13,1	162	14,2	261	13,7
55 – 64	54	7,1	123	10,8	177	9,3
65 e +	44	5,8	166	14,5	210	11,0
<b>Total</b>	758	100,0	1.144	100,0	1.902	100,0

A Tabela 3 e a Figura 2 revelam que a predominância de participantes na área urbana ocorre em ambos os sexos, porém com uma tendência a maior concentração masculina na área rural (42,1% contra 37,6%) e feminina na urbana (62,4% contra 57,9%). As diferenças mostram significância estatística ( $\chi^2_{1gl} = 4,023$ ;  $p = 0,045$ ).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo área de residência e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

Área de residência	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%	N	%
Rural	404	42,1	354	37,6	758	39,9
Urbana	556	57,9	588	62,4	1.144	60,1
<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>	<b>942</b>	<b>100,0</b>	<b>1.902</b>	<b>100,0</b>

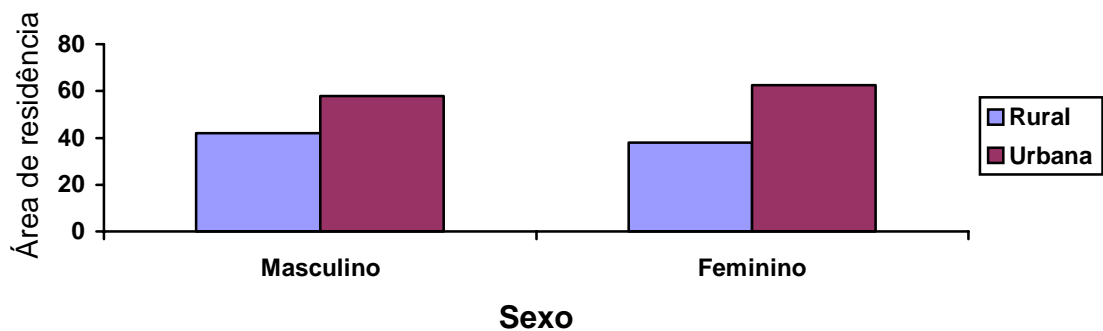
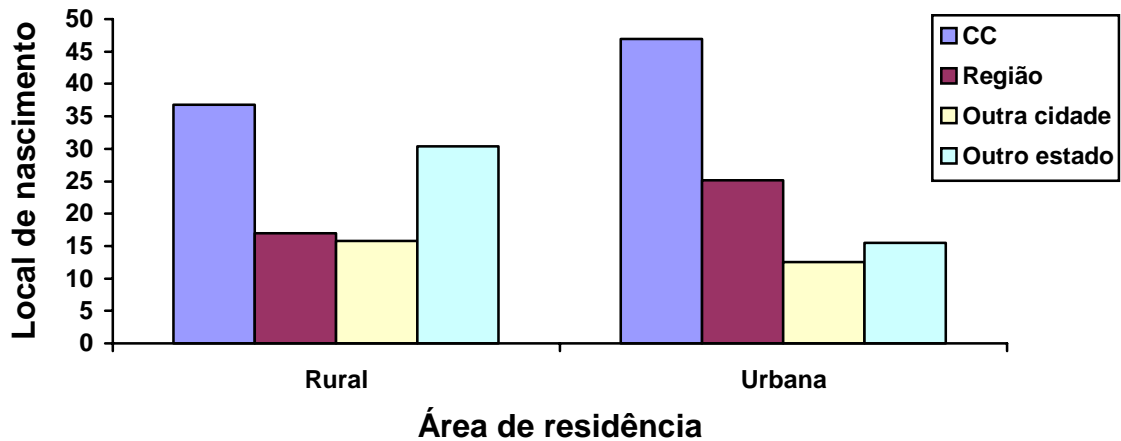


Figura 2 – Distribuição dos participantes segundo área de residência e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

A distribuição segundo o local de nascimento e a área de residência (Tabela 4 e Figura 3) evidencia predomínio dos nascidos no município de Cássia dos Coqueiros (42,9%), seguidos dos nascidos em outras cidades da região (21,9%) e em outras cidades do Estado de São Paulo (13,8%). Chama a atenção a participação de indivíduos oriundos de outros Estados: 21,4% da amostra estudada, distribuindo-se de maneira mais concentrada na área rural. Em contrapartida, os nascidos em Cássia dos Coqueiros e arredores concentram-se mais na área urbana do município do que na rural. A análise mostra diferenças estatisticamente significantes ( $\chi^2_{3gl} = 74,419$ ;  $p < 0,001$ ). Embora não mostrado em tabela, verificou-se um predomínio dos nascidos no Estado de São Paulo (1.194 ou 78,6%), seguidos daqueles nascidos no Estado de Minas Gerais (362 ou 19,3%) e no Paraná (27 ou 1,4%).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo local de nascimento e área de residência, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Área de residência				Total	
	Rural		Urbana		N	%
Local nascimento	N	%	N	%	N	%
<b>Cássia Coqueiros</b>	279	36,8	536	46,9	815	42,9
<b>Região de RP</b>	129	17,0	287	25,1	416	21,9
<b>Outra cid. de SP</b>	120	15,8	143	12,5	263	13,8
<b>Outro Estado</b>	230	30,4	178	15,5	408	21,4
<b>Total</b>	758	100,0	1.144	100,0	1.902	100,0



**Figura 3** – Distribuição dos participantes segundo local de nascimento e área de residência, Cássia dos Coqueiros, 2001

Quanto ao grau de escolaridade, estratificado em três categorias (Tabela 5), verifica-se que a maioria dos participantes situa-se na categoria de um a oito anos (1.148, ou 60,3%), seguida dos participantes com nível colegial ou universitário, completos ou incompletos (510, ou 26,8%), e daqueles com escolaridade de até um ano (244, ou 12,8%). Ocorre uma distribuição diferenciada da escolaridade em relação à variável sexo, com predominância de sexo feminino entre aqueles com formação colegial ou universitária (55,9% contra 44,1%) e do sexo masculino entre aqueles com menor grau de escolaridade. A análise estatística revela existência de diferenças significantes ( $\chi^2_{2gl} = 11,553$ ;  $p = 0,003$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação ao grau de escolaridade comparando-se moradores das áreas rural e urbana.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo grau de escolaridade e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

Escolaridade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%	N	%
Até um ano	125	51,2	119	48,8	244	100,0
Um ano a ginásial	610	53,1	538	46,9	1.148	100,0
Colegial/universitário	225	44,1	285	55,9	510	100,0
<b>Total</b>	960	50,5	942	49,5	1.902	100,0

A Tabela 6 apresenta a relação dos participantes com o uso de álcool segundo a variável sexo. A prevalência total de usuários atuais de álcool é de 30,8% (IC 95: 28,7 – 32,9), com valores de 7,6% (IC 95: 6,4 – 8,8) para aqueles que fizeram uso de álcool no passado, mas não fazem uso atualmente e de 61,6% (IC 95: 59,4 – 63,8) para os que nunca o usaram. Observa-se (Figura 4) que as proporções de usuários atuais e passados mostram-se mais elevadas no sexo masculino, quando comparados com o sexo feminino (44,5% contra 16,9% e 11,2% contra 3,9%, respectivamente). Verifica-se uma maior proporção daqueles que nunca usaram álcool no sexo feminino (79,2% contra 44,3%). As diferenças mostram-se altamente significantes ( $\chi^2_{2gl} = 245,178$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{1gl} = 169,904$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo sexo e relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>	427	44,5	108	11,2	425	44,3	960	100,0
<b>Feminino</b>	159	16,9	37	3,9	746	79,2	942	100,0
<b>Total</b>	586	30,8	145	7,6	1.171	61,6	1.902	100,0

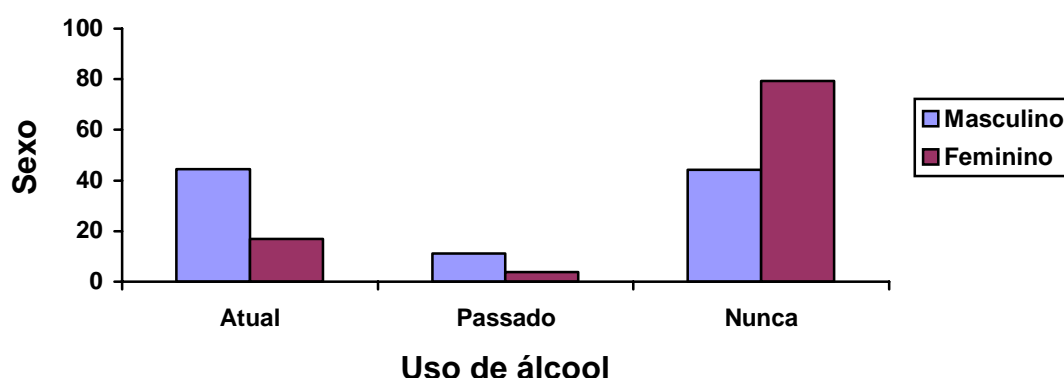


Figura 4 – Distribuição dos participantes segundo sexo e relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

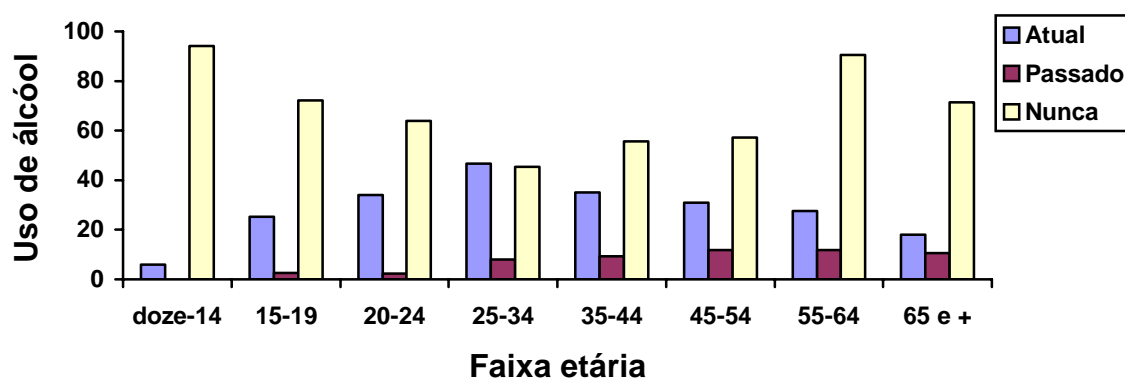
A distribuição dos participantes segundo a faixa etária e a relação com o uso de álcool (Tabela 7 e Figura 5) mostra que o consumo atual é relatado por 5,9% dos participantes entre 12 e 14 anos, aumentando progressivamente nas faixas etárias posteriores, até atingir um pico máximo de 46,6% na faixa de 25 a 34 anos. A partir daí, verifica-se uma tendência à redução dos valores de prevalência, chegando a um mínimo de 18,1% na faixa igual ou superior a 65 anos. Em relação àqueles que fizeram uso de álcool no passado, observa-se uma

tendência constante de elevação da prevalência à medida que aumenta a faixa etária, passando de 2,7%, de 15 a 19 anos, para 11,9%, de 45 a 64 anos. As diferenças mostram-se significantes do ponto de vista estatístico ( $\chi^2_{14gl} = 160,370$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{7gl} = 105,518$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo faixa etária e relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Faixa etária	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
12 – 14	8	5,9	0	0,0	128	94,1	136	100,0
15 – 19	26	25,2	6	2,7	160	72,1	222	100,0
20 – 24	63	34,0	4	2,2	118	63,8	185	100,0
25 – 34	168	46,6	29	8,0	164	45,4	361	100,0
35 – 44	123	35,1	32	9,2	195	55,7	350	100,0
45 – 54	81	31,0	31	11,9	149	57,1	261	100,0
55 – 64	49	27,7	21	11,9	107	60,4	177	100,0
65 e +	38	18,1	22	10,5	150	71,4	210	100,0
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>30,8</b>	<b>145</b>	<b>7,6</b>	<b>1.171</b>	<b>61,6</b>	<b>1.902</b>	<b>100,0</b>





**Figura 5** – Distribuição dos participantes segundo faixa etária e relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Os valores das médias das idades entre os usuários atuais, passados e que nunca usaram álcool são mostrados na Tabela 8. Verifica-se que os usuários passados apresentam a média mais elevada (46,4), seguida da média dos que nunca usaram (37,6) e dos usuários atuais (37,3).

**Tabela 8** – Valores da média e do desvio-padrão da variável idade nas diferentes categorias de relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Idade (anos)	Uso de álcool		
	Atual	Passado	Nunca
<b>Média</b>	37,3	46,4	37,6
<b>Desvio-padrão</b>	15,4	16,7	19,7

A distribuição dos participantes segundo área de residência e relação com o álcool (Tabela 9 e Figura 6) revela que em ambas as áreas ocorre predomínio de indivíduos que relatam nunca terem feito uso da substância, de modo particular na área rural (68,3%). Em contrapartida, a área urbana mostra valores mais elevados de consumidores atuais (32,9% contra 27,7%) e passados (10,0% contra 4,0%). As diferenças mostram significância estatística ( $\chi^2_{2gl} = 35,543$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{1gl} = 5,700$ ;  $p = 0,017$ .

Tabela 9 – Distribuição dos participantes segundo a área de residência e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Área residência	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	210	27,7	30	4,0	518	68,3	758	100,0
Urbana	376	32,9	115	10,0	653	57,1	1.144	100,0
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>30,8</b>	<b>145</b>	<b>7,6</b>	<b>1.171</b>	<b>61,6</b>	<b>1.902</b>	<b>100,0</b>

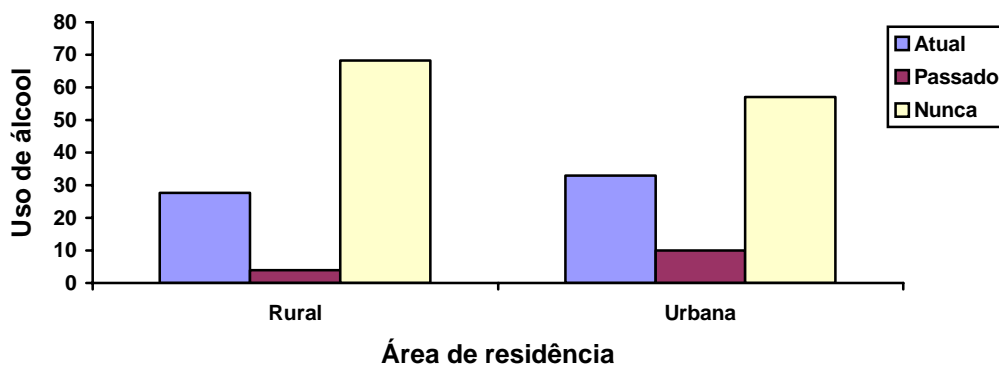
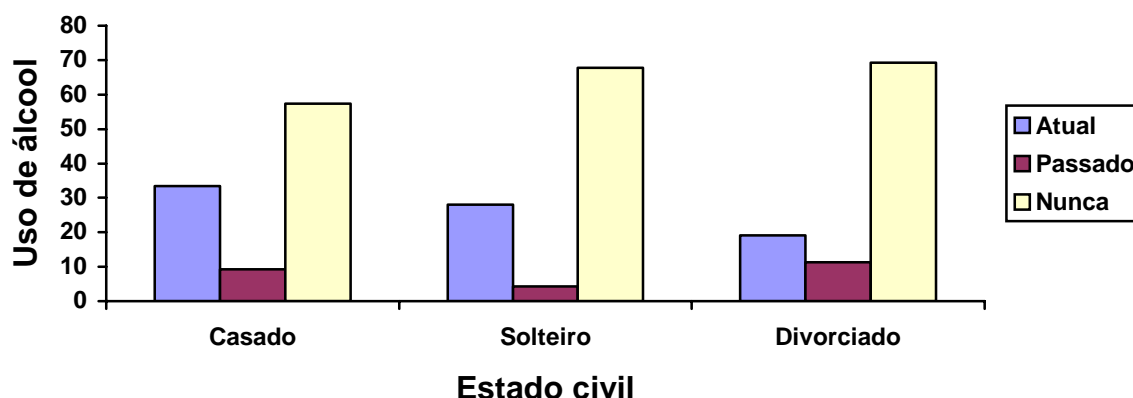


Figura 6 – Distribuição dos participantes segundo área de residência e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 10 e a Figura 7 mostram a distribuição dos participantes segundo o estado civil, dividido em três categorias, e a relação com o álcool. Verifica-se que a grande maioria refere ser casado/união estável (1.145, ou 60,2%), seguido de participantes solteiros (642, ou 33,7%) e divorciados/viúvos (115, ou 6,1%). A prevalência de uso atual de álcool entre os casados/união estável revela-se mais elevada do que entre os solteiros e viúvos/divorciados (33,5%, 28,0% e 19,1%, respectivamente). Os percentuais de usuários passados e que nunca usaram revelam-se discretamente mais elevados entre os divorciados/viúvos. As diferenças mostram-se estatisticamente significantes ( $\chi^2_{4gl} = 33,521$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{2gl} = 13,669$ ;  $p = 0,001$ .

Tabela 10 – Distribuição dos participantes segundo estado civil e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
Estado civil	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Casado / união estável</b>	384	33,5	105	9,2	656	57,3	1.145	100,0
<b>Solteiro</b>	180	28,0	27	4,2	435	67,8	642	100,0
<b>Divorciado / viúvo</b>	22	19,1	13	11,3	80	69,6	115	100,0
<b>Total</b>	586	30,8	145	7,6	1.171	61,6	1.902	100,0



**Figura 7** – Distribuição dos participantes segundo estado civil e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 11 e a Figura 8 mostram a distribuição dos participantes segundo o estrato social, dividido em duas categorias, e a relação com o álcool. Verifica-se que a grande maioria pertence aos estratos D e E (1.565, ou 82,3%). Não foram encontrados participantes pertencentes ao estrato A. A prevalência de uso atual de álcool é maior nas categorias B e C, quando comparada com D e E (40,4% e 28,8%, respectivamente). Os percentuais de usuários no passado e daqueles que nunca usaram revelam-se mais elevados entre os participantes dos estratos D e E. As diferenças mostram-se estatisticamente significantes ( $\chi^2_{2gl} = 17,579$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{1gl} = 17,509$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 11 – Distribuição dos participantes segundo estrato social e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Estrato social	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>B + C</b>	136	40,4	21	6,2	180	53,4	337	100,0
<b>D + E</b>	450	28,8	124	7,9	991	63,3	1.565	100,0
<b>Total</b>	586	30,8	145	7,6	1.171	61,6	1.902	100,0

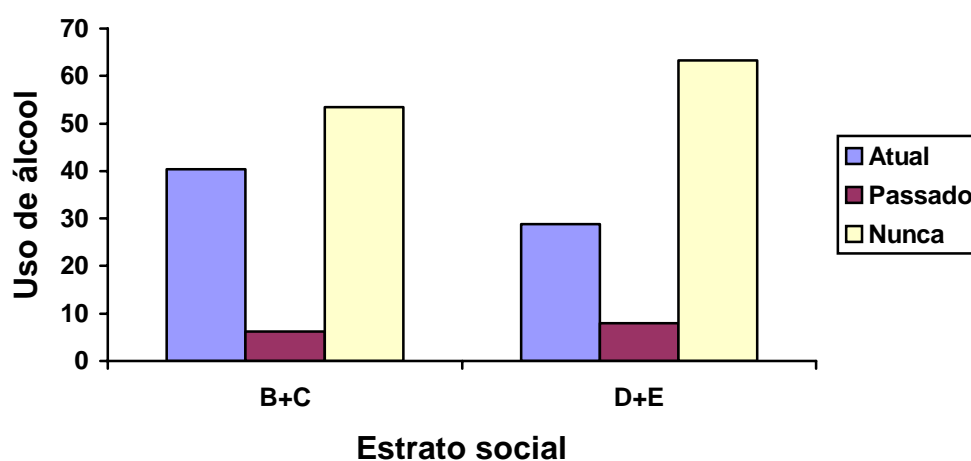
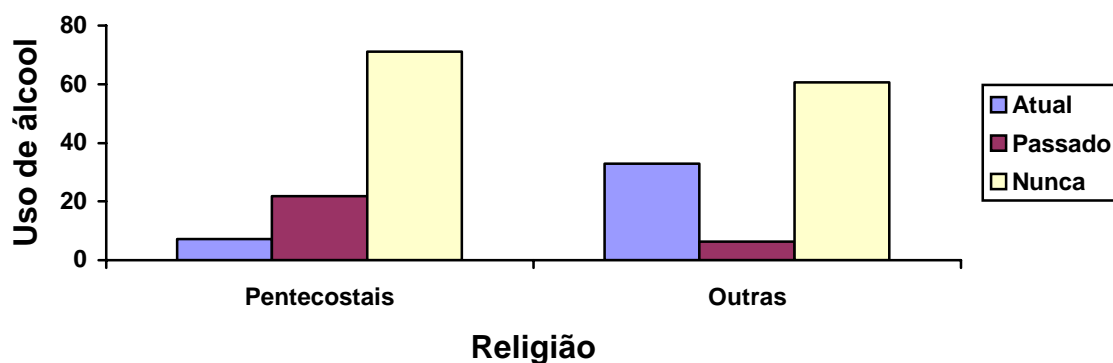


Figura 8 – Distribuição dos participantes segundo estrato social e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

A distribuição dos participantes segundo a religião, classificada em dois grupos, e a relação com o álcool (Tabela 12 e Figura 9) evidenciam valores de prevalência mais elevados de usuários atuais entre os adeptos de outras religiões, quando cotejados com os categorizados como “pentecostais” (32,9% contra 7,1%, respectivamente). O contrário verifica-se em relação aos percentuais de usuários passados e de indivíduos que nunca usaram o produto, situação em que os pentecostais mostram valores maiores. As diferenças mostram-se estatisticamente significantes ( $\chi^2_{2gl} = 78,562$ ;  $p < 0,000$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{1gl} = 44,513$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 12 – Distribuição dos participantes segundo religião e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Religião	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>Pentecostais</b>	11	7,1	34	21,9	110	71,0	155	100,0
<b>Outras</b>	575	32,9	111	6,3	1.061	60,7	1.747	100,0
<b>Total</b>	586	30,8	145	7,6	1.171	61,6	1.902	100,0



**Figura 9** – Distribuição dos participantes segundo religião e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Conforme se vê na Tabela 13 e Figura 10, a prevalência de uso atual de álcool mostra uma relação direta com o grau de escolaridade, passando de 20,5%, na categoria “até um ano” para 28,5%, na categoria “um ano a ginásial completo”, e atingindo valor máximo de 41,0%, entre os indivíduos com escolaridade “colegial/universitário”. A categoria “até um ano” mostra os percentuais mais elevados de usuários de álcool no passado (12,7%) e dos que nunca usaram (66,8%). A análise estatística revela diferenças significativas ( $\chi^2_{4gl} = 46,267$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se as categorias “uso passado” e “nunca usou”:  $\chi^2_{2gl} = 39,845$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 13 – Distribuição dos participantes segundo escolaridade e relação com o álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Escolaridade	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Até um ano	50	20,5	31	12,7	163	66,8	244	100,0
Um ano a ginásial	327	28,5	84	7,3	737	64,2	1.148	100,0
Colegial/univers.	209	41,0	30	5,9	271	53,1	510	100,0
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>30,8</b>	<b>145</b>	<b>7,6</b>	<b>1.171</b>	<b>61,6</b>	<b>1.902</b>	<b>100,0</b>



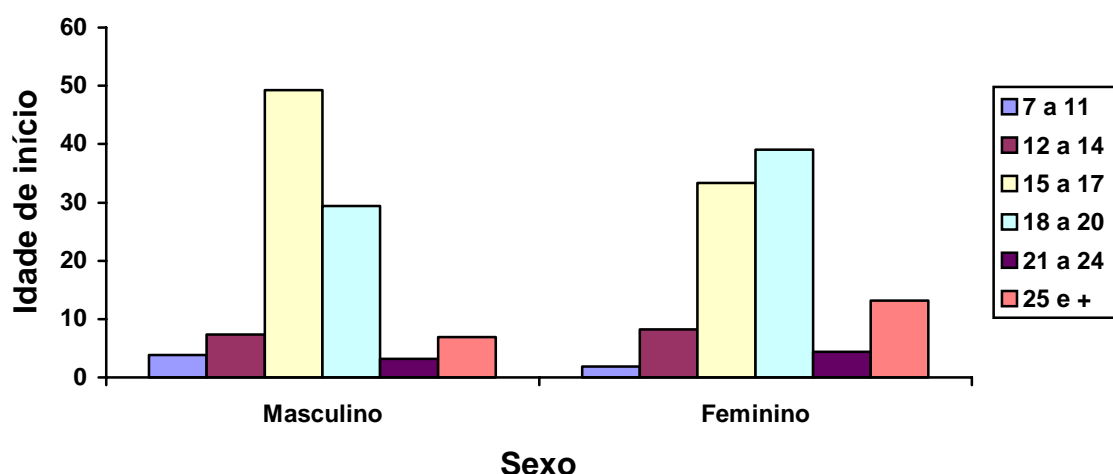
Figura 10 – Distribuição dos participantes segundo escolaridade e relação com o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001



Particularizando para os usuários atuais de álcool (Tabela 14 e Figura 11), percebem-se os maiores percentuais de início do seu uso na faixa etária de 15 a 17 anos (44,9%), seguida da faixa entre 18 a 20 anos (32,4%). Isso evidencia que 77,3% dos usuários de álcool iniciaram o consumo do produto entre 15 e 20 anos de idade. Chama a atenção ainda que um percentual de 3,2% dos usuários atuais refere ter iniciado o consumo na faixa etária entre 7 e 11 anos. A comparação entre os sexos revela predominância do sexo masculino nas faixas etárias mais precoces, até os 17 anos. Em contrapartida, os percentuais relativos ao sexo feminino mostram-se mais elevados a partir dos 18 anos de idade. A análise mostra diferenças significativas do ponto de vista estatístico: ( $\chi^2_{5gl} = 16,970$ ;  $p = 0,005$ ).

Tabela 14 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo a idade de início de consumo e sexo dos participantes, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Idade de início	N	%	N	%	N	%
7 – 11	16	3,8	3	1,9	19	3,2
12 – 14	31	7,4	13	8,2	44	7,6
15 – 17	210	49,3	53	33,3	263	44,9
18 – 20	128	29,4	62	39,0	190	32,4
21 – 24	13	3,2	7	4,4	20	3,4
25 e +	29	6,9	21	13,2	50	8,5
<b>Total</b>	427	100,0	159	100,0	586	100,0



**Figura 11** – Distribuição dos participantes segundo idade de início de consumo atual de álcool e sexo dos participantes, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 15 mostra a distribuição dos usuários atuais de álcool segundo a idade de início de consumo e o estado civil. A comparação entre as variáveis revela um predomínio de início de uso, entre os casados, nas faixas etárias até 17 anos. Nas faixas entre 18-20 e acima de 25 observa-se uma maior proporção de início de uso entre os separados/viúvos (41,0% e 27,3%). Agrupando-se as categorias “casado/união estável” e “separado/viúvo”, a análise mostra diferenças significativas do ponto de vista estatístico: ( $\chi^2_{5gl} = 17,594$ ;  $p = 0,004$ ).

Tabela 15 – Distribuição dos participantes segundo idade de início de uso de álcool e estado civil, Cássia dos Coqueiros, 2001

Idade (anos)	Estado civil						Total	
	Solteiro		Casado / união estável		Separado / viúvo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
7 – 11	10	2,6	9	5,0	0	0,0	19	3,2
12 – 14	19	4,9	23	12,8	2	9,1	44	7,6
15 – 17	169	44,1	90	50,0	4	18,2	263	44,9
18 – 20	135	35,2	46	25,6	9	41,0	190	32,4
21 – 24	12	3,1	7	3,9	1	4,6	20	3,4
25 e +	39	10,2	5	2,8	6	27,3	50	8,5
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>586</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 16 mostra a distribuição dos usuários atuais de álcool em relação ao tempo que consomem bebidas alcoólicas e o sexo. Observa-se uma diferença evidente nas tendências em cada um dos sexos à medida que se eleva o tempo de consumo, com elevação percentual entre os homens e redução entre as mulheres. A análise mostra diferenças significativas do ponto de vista estatístico:  $\chi^2_{3gl} = 37,697$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 16 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo tempo de consumo e sexo dos participantes, Cássia dos Coqueiros, 2001

	<b>Sexo</b>				<b>Total</b>	
	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1 – 9</b>	108	61,4	68	38,6	176	100,0
<b>10 – 20</b>	113	66,9	56	33,1	169	100,0
<b>20 – 29</b>	94	83,2	19	16,8	113	100,0
<b>30 e +</b>	112	87,5	16	12,5	128	100,0
<b>Total</b>	427	72,9	159	27,1	586	100,0

Conforme pode ser visualizado na Tabela 17, a grande maioria dos usuários atuais de álcool consome cerveja, isoladamente ou associada à cachaça, seguido de outras associações envolvendo fermentados e destilados (18,6%). Cerveja é predominantemente consumida por ambos os sexos (76,2% das mulheres e 60,2% dos homens). Cachaça predomina entre os homens, ao passo que o consumo de outras bebidas mostra percentuais semelhantes em ambos os sexos. A análise estatística revela associação entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{3gl} = 22,639$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 17 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo tipo de bebida consumida e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

Tipo de bebida	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
<b>Cerveja</b>	257	60,2	121	76,2	378	64,5
<b>Cachaça</b>	29	6,8	6	3,7	35	6,0
<b>Cerveja e cachaça</b>	61	14,3	3	1,9	64	10,9
<b>Outros</b>	80	18,7	29	18,2	109	18,6
<b>Total</b>	427	100,0	159	100,0	586	100,0

A Tabela 18 refere-se à distribuição dos usuários atuais de álcool em relação ao tipo de bebidas que consomem e ao estrato social a que pertencem. Pode-se observar predomínio dos indivíduos situados nos estratos D e E (76,8%), em relação aos situados nos estratos B e C (23,2%). O consumo de cerveja é o mais comum para os dois agrupamentos de estratos sociais; o consumo de cachaça é maior entre aqueles em pior situação social e o de outras bebidas alcoólicas (englobando vinho, vermute e outras) maior entre aqueles mais bem situados socialmente. A análise mostra associação do ponto de vista estatístico ( $\chi^2_{3gl} = 13,224$ ;  $p = 0,004$ ).

Tabela 18 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo tipo de bebida consumida e estrato social, Cássia dos Coqueiros, 2001

Tipo de bebida	Estrato social				Total	
	B+C		D+E		N	%
	N	%	N	%	N	%
<b>Cerveja</b>	86	63,2	292	64,9	378	64,5
<b>Cachaça</b>	6	4,4	29	6,4	35	6,0
<b>Cerveja e cachaça</b>	7	5,2	57	12,7	64	10,9
<b>Outros</b>	37	27,2	72	16,0	109	18,6
<b>Total</b>	136	100,0	450	100,0	586	100,0

A Tabela 19 mostra que a maioria dos usuários atuais consome álcool até 4 vezes ao mês, seguidos dos que fazem uso 4 ou mais vezes na semana. A comparação entre os sexos mostra que o uso pelo sexo masculino é proporcionalmente menor na categoria até uma vez ao mês e proporcionalmente maior em todas as outras categorias (correspondentes a um consumo mais elevado). A análise mostra associação do ponto de vista estatístico ( $\chi^2_{3gl} = 40,799$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 19 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo a frequência de consumo e o sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Frequência (vezes)	N	%	N	%	N	%
Até uma/mês	102	23,9	73	45,9	175	29,9
2-4/mês	202	47,3	73	45,9	275	46,9
2-3/semana	36	8,4	6	7,2	42	7,2
4 ou +/semana	87	20,4	7	16,0	94	16,0
<b>Total</b>	<b>427</b>	<b>100,0</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	<b>586</b>	<b>100,0</b>

A distribuição dos usuários atuais de álcool em relação à frequência de uso de bebidas e à área de residência (Tabela 20) evidencia que tanto na área urbana como na rural mais de 75% dessas pessoas ingerem bebidas alcoólicas até 4 vezes ao mês. Ocorre uma proporção maior de pessoas na área rural nos extremos da tabela (uso menos freqüente e uso mais freqüente de álcool) comparando-se com a área urbana; o inverso ocorre nas categorias intermediárias (maior proporção na área urbana que na rural). A análise mostra associação do ponto de vista estatístico ( $\chi^2_{3gl} = 13,150$ ;  $p = 0,004$ ).

Tabela 20 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo frequência de consumo e área de residência, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Área de residência				Total	
	Rural		Urbana		N	%
Frequência (vezes)	N	%	N	%	N	%
Até uma/mês	69	32,8	106	28,2	175	29,9
2-4/mês	93	44,3	182	48,4	275	46,9
2-3/semana	6	2,9	36	9,6	42	7,2
4 ou +/semana	42	20,0	52	13,8	94	16,0
<b>Total</b>	210	100,0	376	100,0	586	100,0

A distribuição dos usuários atuais de álcool de acordo com o AUDIT (Tabela 21 e Figura 12) mostra que as maiores proporções encontram-se na Zona I (77,3%), seguidos daqueles na Zona II (18,6%), Zona IV (2,6%) e Zona III (1,5%), evidenciando uma maioria (95,9%) nas Zonas I e II. Entre as mulheres, verifica-se acentuado predomínio de consumidores atuais na Zona I (91,2%) e quase inexistência nas Zonas III e IV (0,6%). Entre os homens, 72,1% situam-se na Zona I e 22,7% na Zona II. Chama a atenção que 3,3% dos homens foram identificados como pertencendo à Zona IV. Agrupando-se as categorias I+II e II+IV, a análise estatística revela diferenças significativas ( $\chi^2_{1gl} = 4,474$ ;  $p = 0,034$ ).



Tabela 21 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o resultado do AUDIT e o sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

AUDIT	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%	N	%
Zona I	308	72,1	145	91,2	453	77,3
Zona II	97	22,7	12	7,6	109	18,6
Zona III	8	1,9	1	0,6	9	1,5
Zona IV	14	3,3	1	0,6	15	2,6
<b>Total</b>	<b>427</b>	<b>100,0</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	<b>586</b>	<b>100,0</b>

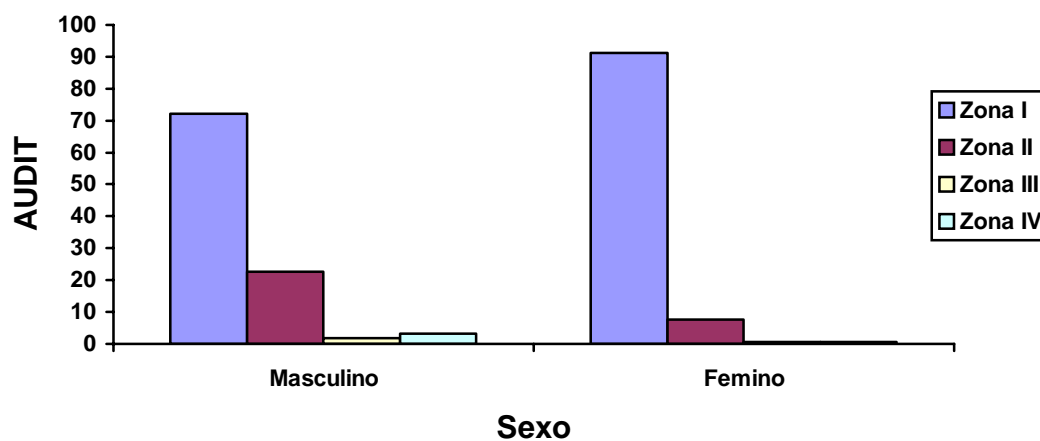


Figura 12 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo resultado do AUDIT e sexo dos participantes, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 22 evidencia a distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o resultado do AUDIT e a escolaridade, estratificada em três categorias. A maioria dos consumidores atuais encontra-se na Zona I da AUDIT, independentemente do grau de escolaridade (77,3%), seguidos daqueles situados na Zona II (18,6%), Zona IV (2,6%) e Zona III (1,5%). É nítida a observação de uma relação inversa entre as duas variáveis: conforme diminui o grau de escolaridade há o aumento na pontuação do AUDIT e da proporção de consumidores do maior risco. A análise estatística revela diferenças significativas ( $\chi^2_{6gl} = 14,478$ ;  $p = 0,025$ ).

Embora não mostrado em tabelas, não foram observadas associações estatísticas entre AUDIT e área de residência, estrato social, estado civil e religião.

Tabela 22 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o resultado do AUDIT e a escolaridade, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Escolaridade						Total	
	Até um ano		Um ano a ginasial		Colegial / Universitário			
AUDIT	N	%	N	%	N	%	N	%
Zona I	32	64,0	258	78,9	163	78,0	453	77,3
Zona II	13	26,0	53	16,2	43	20,5	109	18,6
Zona III	1	2,0	7	2,1	1	0,5	9	1,5
Zona IV	4	8,0	9	2,8	2	1,0	15	2,6
<b>Total</b>	50	100,0	327	100,0	209	100,0	586	100,0

A relação entre uso de álcool e tabaco (Tabela 23) revela que a grande maioria dos participantes nunca fumou (65,3%), 20,6% são fumantes e 14,1% são ex-fumantes. Observa-se que dos consumidores atuais de álcool a maioria (60,7%) já fez uso de tabaco em algum momento da vida, e que 34,1% são fumantes. Entre os que referem uso de álcool no passado, a maioria (76,5%) também refere uso de tabaco em algum momento da vida, desses 31,7% ainda o consome. Chama atenção a alta proporção de ex-fumantes entre os que foram usuários de álcool (44,8%), quando comparados com 26,6% entre os usuários atuais de álcool e 7,1% entre aqueles que nunca o usaram. Entre os participantes que nunca usaram álcool, 87,5% não consomem cigarros atualmente. A análise estatística revela forte associação entre as variáveis ( $\chi^2_{4gl} = 369,895$ ;  $p < 0,001$ ). Agrupando-se uso atual e passado de álcool e de tabaco, tem-se:  $\chi^2_{1gl} = 94,613$ ;  $p < 0,001$ .

Tabela 23 – Distribuição dos participantes segundo a relação com o tabagismo e o uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Uso de álcool						Total	
	Atual		Passado		Nunca		N	%
<b>Tabaco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Fumante</b>	200	34,1	46	31,7	146	12,5	392	20,6
<b>Ex-fumante</b>	121	26,6	65	44,8	83	7,1	269	14,1
<b>Nunca fumou</b>	265	45,2	34	23,4	942	80,4	1.241	65,3
<b>Total</b>	586	100,0	145	100,0	1.171	100,0	1.902	100,0

A Tabela 24 registra a distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o resultado do AUDIT e a relação com o tabagismo. Observa-se que 54,7% dos usuários de álcool já usaram tabaco ao longo da sua vida, com 34,1% permanecendo como fumantes. Entre os usuários atuais de álcool pertencentes à Zona I (risco leve) a maioria (71,1%) não fuma e a metade (50,1%) refere nunca ter fumado. Conforme o uso de álcool passa a ser mais intenso (Zonas II, III e IV) observa-se um aumento crescente das proporções de fumantes atuais (46,8%, 66,7% e 80,0%, respectivamente). Agrupando-se as categorias “Zonas I e II” e “Zonas III e IV”, a análise mostra significância estatística ( $\chi^2_{2gl} = 19,971$ ;  $p < 0,001$ ).

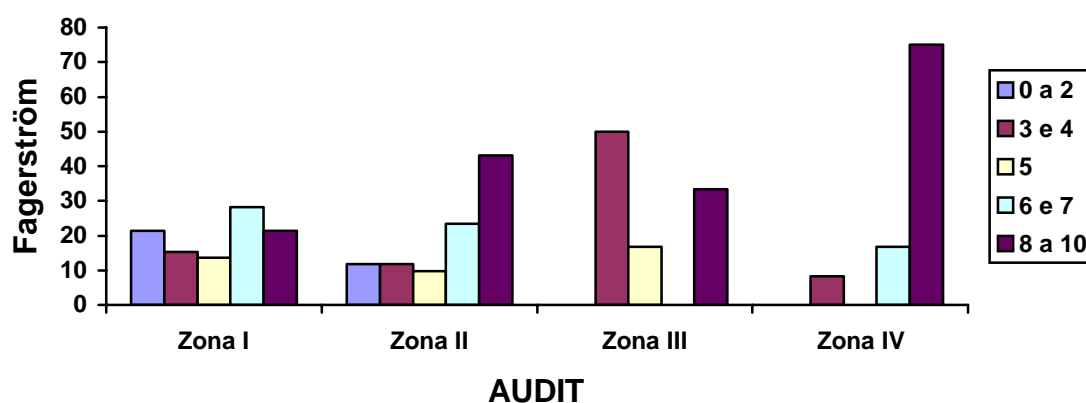
Tabela 24 – Distribuição dos usuários atuais de álcool segundo a relação com o tabagismo e o resultado do AUDIT, Cássia dos Coqueiros, 2001

	AUDIT								Total	
	Zona I		Zona II		Zona III		Zona IV		N	%
Tabagismo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fumante	131	28,9	51	46,8	6	66,7	12	80,0	200	34,1
Ex-fumante	95	21,0	22	20,2	3	33,3	1	6,7	121	20,6
Nunca fumou	227	50,1	36	33,0	0	0,0	2	13,3	265	45,2
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>586</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 25 e a Figura 13 retratam a distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o resultado do AUDIT e a relação com o Teste de Fagerström. As maiores proporções de fumantes são pontuadas entre 8-10 (30,5%) seguidas daquelas pontuadas entre 6-7 (25,5%), significando alto grau de dependência de tabaco. Chama a atenção que o mais elevado percentual de alto grau de dependência de tabaco situa-se na Zona IV (75%). Agrupando-se as categorias “Zonas I e II” e “Zonas II e IV”, a análise mostra significância estatística ( $\chi^2_{2gl} = 19,971$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 25 – Distribuição do resultado do AUDIT em relação ao Fagerström, Cássia dos Coqueiros, 2001

Fagerström	AUDIT								Total	
	Zona I		Zona II		Zona III		Zona IV		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>0 – 2</b>	28	21,4	6	11,8	0	0,0	0	0,0	34	17,0
<b>3 – 4</b>	20	15,3	6	11,8	3	50,0	1	8,3	30	15,0
<b>5</b>	18	13,7	5	9,8	1	16,7	0	0,0	24	12,0
<b>6 – 7</b>	37	28,2	12	23,5	0	0,0	2	16,7	51	25,5
<b>8 – 10</b>	28	21,4	22	43,1	2	33,3	9	75,0	61	30,5
<b>Total</b>	131	100,0	51	100,0	6	100,0	12	100,0	200	100,0



**Figura 13** – Distribuição do resultado do AUDIT em relação ao Fagerström, Cássia dos Coqueiros, 2001

A Tabela 26 refere-se à distribuição dos usuários atuais de álcool segundo o sexo e a intenção de interromper o uso. Verifica-se que a maioria (82,4%) não tem intenção de interromper a ingestão alcoólica, enquanto 15,9% afirmam desejar parar e 1,7% não sabe se pretende ou não abandonar a prática. A comparação entre os sexos revela uma predominância de mulheres que não querem interromper o uso (89,9% contra 79,6%), em comparação com uma maior proporção de homens que manifestam disposição de cessar esta prática (18,7% contra 8,2%). A análise revela associação estatística entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{2gl} = 9,676$ ;  $p = 0,008$ ).

Tabela 26 – Distribuição dos usuários de álcool segundo intenção de interromper o uso de álcool e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Gostaria de parar?	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	80	18,7	13	8,2	93	15,9
<b>Não</b>	340	79,6	143	89,9	483	82,4
<b>Não sabe</b>	7	1,7	3	1,9	10	1,7
<b>Total</b>	427	100,0	159	100,0	586	100,0

A Tabela 27 mostra a distribuição dos usuários de álcool segundo a intenção de interromper o seu uso e o estrato social. Observa-se uma maior proporção daqueles que não manifestam desejo de interromper a prática nos estratos B e C (90,4% contra 80,0%), restando um percentual mais elevado de indivíduos dispostos a cessar o consumo nos estratos D e E (18,9% contra 5,9%). A análise estatística revela associação entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{2gl} = 16,541$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 27 – Distribuição dos usuários de álcool segundo a intenção de interromper uso de álcool e estrato social, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Estrato social				Total	
	B + C		D + E			
Gostaria de parar?	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	8	5,9	85	18,9	93	15,9
<b>Não</b>	123	90,4	360	80,0	483	82,4
<b>Não sabe</b>	5	3,7	5	1,1	10	1,7
<b>Total</b>	136	100,0	450	100,0	586	100,0

A Tabela 28 mostra a distribuição dos usuários de álcool segundo a intenção de interromper o seu uso e o resultado do AUDIT agrupado em duas categorias: Zona I (uso de álcool de baixo risco) e Zonas II+III+IV (uso indevido de álcool). Observa-se uma maior proporção daqueles que manifestam desejo de interromper a prática entre aqueles que fazem uso indevido de álcool (41,4% contra 8,4%). A análise estatística revela associação entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{2gl} = 84,83$ ;  $p < 0,001$ ).



Tabela 28 – Distribuição dos usuários de álcool segundo a intenção de interromper uso de álcool e o resultado do AUDIT em duas categorias, Cássia dos Coqueiros, 2001

	AUDIT				Total	
	Zona I		Zonas II+III+IV			
Gostaria de parar?	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	38	8,4	55	41,4	93	15,9
<b>Não</b>	408	90,1	75	56,4	483	82,4
<b>Não sabe</b>	7	1,5	3	2,2	10	1,7
<b>Total</b>	453	100,0	133	100,0	586	100,0

Dentre os usuários atuais de álcool que responderam que gostariam de parar (93) ou que não têm opinião definida sobre o assunto (10), percebe-se (Tabela 29) que a maioria (70,9%) manifesta desejo de receber ajuda. A análise estatística não revela associação entre as variáveis estudadas ( $\chi^2_{2gl} = 0,574$ ;  $p = 0,751$ ).

Tabela 29 – Distribuição dos usuários de álcool segundo o desejo de receber ajuda para interromper o uso de álcool e sexo, Cássia dos Coqueiros, 2001

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Gostaria de ajuda?	N	%	N	%	N	%
Sim	60	69,0	12	75,0	73	70,9
Não	18	20,6	2	12,5	20	19,4
Não sabe	9	10,4	2	12,5	11	9,7
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 30 mostra a distribuição dos 78 usuários atuais de álcool que responderam acerca do tipo de ajuda que gostariam de receber para interromper o uso, de acordo com o sexo. Chama atenção que a metade dos respondentes desejaria receber um remédio que possibilitasse a cessação do hábito de usar álcool. Segue-se a manifestação da expectativa de receber aulas e grupos de ajuda. Na categoria “outras” encontramos expectativas de “vacina” e “ação de líderes religiosos e bênçãos”. Agrupando-se as variáveis em duas categorias (“remédios” e “outras”) a análise das variáveis não mostrou diferenças significativas ( $\chi^2_{1gl} = 7,477$ ;  $p = 0,279$ ).

Tabela 30 – Distribuição dos usuários de álcool segundo sexo e tipo de ajuda que gostaria para interromper uso de álcool, Cássia dos Coqueiros, 2001

Tipo de ajuda	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%	N	%
<b>Aulas</b>	22	33,8	4	30,8	26	33,3
<b>Remédios</b>	32	49,2	7	53,8	39	50,0
<b>Grupos de ajuda</b>	4	6,2	0	0,0	4	5,1
<b>Orientação familiar</b>	4	6,2	0	0,0	4	5,1
<b>Hospitalização</b>	1	1,5	0	0,0	1	1,3
<b>Intern. fazenda clínica</b>	0	0,0	1	7,7	1	1,3
<b>Outras</b>	2	3,1	1	7,7	3	3,9
<b>Total</b>	65	100,0	13	100,0	78	100,0

As variáveis que mostraram valor de “p” menor ou igual a 0,20 na análise univariada foram selecionadas para ser submetidas a um modelo multivariado, por meio da regressão logística não condicional. Assim, foram selecionadas as variáveis sexo, idade, escolaridade, estrato social, área de residência e uso de tabaco, as quais foram codificadas (Tabela 31) da maneira como se segue:

1. **área:** refere-se à área de residência atual: 1 = urbana; 0 = rural
2. **sexo:** 1 = masculino ; 0 = feminino
3. **estrato social:** 1 = B+C; 0 = D+E

4. **religião:** 1 = não pentecostais; 0 = pentecostais
5. **tabaco:** 1 = fuma; 0 = não fuma
6. **estado civil:** 1 = casado; 0 = solteiro/divorciado
7. **escolaridade:** 1 = até ginásio; 0 = colegial ou mais
8. **idade:** foram criadas duas variáveis “*dummies*” (a categoria de 12 a 19 anos foi considerada como de referência)
  - 1 = de 20 a 44 anos
  - 2 = 45 anos ou mais
9. **uso de álcool:** 1 = atual; 0 = uso passado + nunca usou

Após a realização de testes para existência de interações, o modelo final resultou nos seguintes valores de “*odds ratio*” e seus respectivos intervalos de confiança mostrados na Tabela 31, a qual evidencia que as variáveis que se mostraram preditoras independentes do uso atual de álcool foram: sexo masculino, melhor estrato social, religião não pentecostal, consumo de tabaco, melhor escolaridade e idade entre 20 e 44 anos.

Tabela 31 – *Odds-Ratio* ajustado por todas as variáveis.

<b>Variável</b>	<b>OR (IC 95%) ajustado</b>	<b>p-valor</b>
<b>Área</b>		
<b>Rural</b>	-	
<b>Urbana</b>	1,22 (0,96;1,54)	0,10
<b>Sexo</b>		
<b>Mulher</b>	-	
<b>Homem</b>	4,81 (3,81;6,08)	< 0,01
<b>Classe Social</b>		
<b>D+E</b>	-	
<b>B+C</b>	1,42 (1,05;1,92)	0,02
<b>Religião</b>		
<b>0</b>	-	
<b>1</b>	5,10 (2,68;9,73)	< 0,01
<b>Tabaco</b>		
<b>Não fuma</b>	-	
<b>Fuma</b>	2,72 (2,09;3,52)	< 0,01
<b>Estado Civil</b>		
<b>Solteiro+Divorc.</b>	-	
<b>Casado</b>	1,16 (0,89;1,52)	0,28
<b>Escolaridade</b>		
<b>Colegial ou mais</b>	2,05 (1,56;2,70)	< 0,01
<b>Até ginásio</b>	-	
<b>Idade</b>		
<b>Até 19 anos</b>	-	
<b>20 – 44 anos</b>	2,68 (1,84;3,90)	< 0,01
<b>45 anos ou mais</b>	1,33 (0,88;2,00)	0,15

## 5 – DISCUSSÃO

### 5.1. Considerações sobre a estrutura populacional do município

A distribuição dos habitantes de Cássia dos Coqueiros acima de 12 anos de idade, no que diz respeito às variáveis sexo, faixa etária e área de residência, pode ser cotejada com os dados obtidos numa ampla investigação epidemiológica levada a efeito no município de 1987 a 1991<sup>87,88</sup>. Os 1.902 participantes desta pesquisa, cujos dados estão representados nas Tabelas 1 a 5 e Figuras 1 a 3, apresentaram uma grande homogeneidade em relação à variável sexo, com 50,5% de homens e 49,5% de mulheres. Essa situação não difere consideravelmente da encontrada no estudo anterior, muito embora tenha ocorrido uma discreta diminuição relativa do percentual de homens e um conseqüente aumento do percentual das mulheres<sup>87,88</sup>.

Diferenças notáveis ocorreram no que diz respeito à distribuição da população segundo duas variáveis, a saber: faixa etária e área de residência.

Em relação à idade, a comparação dos resultados dos dois estudos revela um deslocamento da população total do município para faixas mais avançadas, com mudança significativa do padrão observado na década de 1980, em que a pirâmide populacional apresentava uma base muito larga, representativa do grande predomínio de crianças e jovens. Essa alteração fez-se notar de modo particular na área rural, uma vez que na região urbana a distribuição etária da população do primeiro estudo já evidenciava uma configuração mais equilibrada, tendendo ao formato “em barril”. A mudança da distribuição etária da população reflete uma tendência generalizada do Brasil, com a redução dos valores de natalidade e de mortalidade, indicando melhoria nas condições gerais de vida.

Uma segunda alteração notável entre os dois estudos refere-se à área de residência dos moradores do município. Nesta pesquisa evidenciou-se predomínio de residentes na área urbana (60,1% em comparação com 39,9%), numa nítida inversão de valores, em comparação ao estudo anterior<sup>87,88</sup>, em que a distribuição dos residentes era de 62,7% para área rural e de 37,3% para a urbana. Esta alteração na distribuição etária reflete igualmente um fenômeno observado em todo o país, onde o acentuado êxodo rural produz como conseqüência, uma urbanização rápida e desenfreada. De modo geral, o fenômeno deve-se, muito provavelmente, a dois fatores: uma progressiva diminuição da oferta de trabalho no campo, devida à mecanização das lavouras, e busca por melhores condições de vida, percebida como mais facilmente alcançáveis em meio urbano. No caso particular de Cássia dos Coqueiros, outros fatores que possivelmente têm contribuído para a urbanização são; primeiro, a mudança do perfil agrícola, com a introdução, em anos recentes, de culturas temporárias, que ocupam quase que exclusivamente mão-de-obra importada de outras regiões do país; segundo, a melhora das condições de transporte dentro do próprio município pode ter permitido que pessoas que trabalhem na área rural possam morar na área urbana.

Embora a urbanização tenha impacto em relação a ambos os sexos, chama a atenção que a área rural ainda concentra um percentual mais elevado de homens do que de mulheres (42,1% e 37,6%, respectivamente), possivelmente em razão de fatores ligados à atividade profissional.

Com relação ao local de nascimento, vale discutir o alto percentual de moradores nascidos na região de Ribeirão Preto (21,9%). Esse número reflete, ao menos parcialmente, a conduta recente do serviço de saúde local, de não mais

realizar partos no município, encaminhando as gestantes para que dêem à luz em Ribeirão Preto. Os nascidos em outras cidades do Estado de São Paulo, somados aos nascidos em outros Estados (maioria em Minas Gerais), denotam um alto fluxo de migrantes (35,2% da população total), que com o tempo, acaba permanecendo na cidade. Esses migrantes tendem a se concentrar na área rural, diferentemente dos nascidos no município, que tendem a residir na área urbana. A permanência dos migrantes possivelmente se deve ao fato de Cássia dos Coqueiros apresentar condições de vida melhores que aquelas de onde as pessoas são procedentes, oferecendo possibilidade de absorver mão-de-obra pouco especializada, principalmente na lavoura.

Com relação ao grau de escolaridade, estratificado em 3 categorias, chama a atenção o fato de que 87,2% da população tem algum grau de alfabetização (de 1 ano completo até universitário), enquanto 12,8% da amostra frequentou, no máximo, o primeiro ano primário. Somando-se à constatação de que não foram encontradas diferenças significantes entre o grau de escolaridade e área de residência (urbana ou rural) verificamos que a educação é fornecida de maneira homogênea, tanto na área urbana como na rural. Neste município ônibus transportam as crianças das fazendas, garantindo o acesso de todas à única escola municipal de primeiro grau e às escolas de segundo grau existentes nos municípios próximos. Um número menor de pessoas, mas ainda significativo, completa o colegial e procura formação superior, o que denota interesse da população de melhorar seu padrão de vida por meio da elevação da escolaridade. Esta reflexão é importante na análise da relação direta entre grau de escolaridade e melhoria de condições de vida, inclusive na diminuição da prevalência de doenças e de estilos de vida mais ou menos saudáveis<sup>67</sup>. Se pensarmos em



diferentes exemplos de áreas rurais nos diferentes Estados brasileiros e, mesmo, em outros países, podemos imaginar realidades também distintas: o município estudado não tem grandes dimensões, as áreas rurais são próximas da área urbana, as pessoas circulam entre as áreas freqüentemente e as pirâmides populacionais da área urbana e rural são homogêneas; já em outros locais, as áreas rurais podem ser muito extensas e muito distantes da área urbana, as pirâmides populacionais serem heterogêneas, as pessoas ficarem mais isoladas e o ambiente escolar ser muito diferente.

No Brasil, na área rural, 22,6% das pessoas com dez anos ou mais freqüentaram a escola no máximo até 1 ano, conforme o Censo do IBGE-2000<sup>51</sup> (8,4% na área urbana). Em Cássia dos Coqueiros, 12,8% dos moradores permanentes com doze anos ou mais estão nessa categoria. Esse percentual é menor do que a média verificada pelo censo nacional para áreas rurais, denotando que o município tem procurado investir na educação e pode ser compreendido como um indicador da melhoria da qualidade de vida desta população. A constatação de que ainda existem pessoas com grau de escolaridade de até 1 ano pode estar relacionado a dois fatores: uma alta migração de pessoas com praticamente nenhuma escolaridade, para trabalhar na lavoura, e um número ainda elevado de pessoas mais idosas que não procuraram ou não tiveram oportunidade de estudar quando crianças, o que poderia explicar a discreta maioria de homens, talvez levados a trabalhar muito cedo. Nas duas situações, o analfabetismo seria predominantemente de adultos. As diferenças relativas aos sexos, com número maior de mulheres com formação colegial e universitária, podem ser explicadas pelo fato de os homens permanecerem mais no município cuidando das propriedades, que muitas vezes passam de pai para

filho, voltando sua atenção para essa atividade e diminuindo o investimento na educação.

## **5.2. Estudo de associação do uso de álcool com algumas variáveis**

Os dados contidos nas Tabelas de 6 a 13 e Figuras de 4 a 11 referem-se ao estudo de associação entre o uso de álcool e algumas variáveis específicas.

O valor da prevalência total de uso atual de álcool verificado neste estudo (30,8%, sendo 44,5% no sexo masculino e 16,9% no feminino) é menor quando comparado aos levantamentos internacionais realizados em áreas rurais por Obot<sup>84</sup>(53,8%), Mateos<sup>70</sup>(43,0%), Giang<sup>44</sup>(43,9%) e Zhou<sup>127</sup>(45,0%) e maior dos que os obtidos por Daadphale<sup>27</sup>(15,0%), Assanangkornchai<sup>7</sup>(10,0%), Peltzer<sup>90</sup>(14,3%) e Neufeld<sup>81</sup>(4,5%). Somando-se os valores de uso atual e passado de álcool temos que 38,4% dos participantes deste estudo referem ter feito uso de álcool na vida (sendo 55,7% dos homens e 20,8% das mulheres) o que é maior do que aquele verificado por Helzer<sup>48</sup>(13,7%) nas áreas rurais dos EUA estudadas no ECA<sup>92</sup>. Comparando com estudos populacionais internacionais que não são específicos de áreas rurais, o valor da prevalência de uso de álcool ao longo da vida encontrado neste estudo é menor do que os observados no Chile (70,8%), USA (81,0%) e Colômbia (35,5%)<sup>43</sup>. Podemos ainda observar que os valores encontrados neste estudo tendem a ser menores do que os observados por Galduróz<sup>41,42</sup>, nos estudo em 107 cidades brasileiras e em 24 cidades no Estado de São Paulo<sup>43</sup> com prevalências ao longo da vida de 68,7% e 53,2%, respectivamente. Essa colocação entre as populações com menor prevalência de uso ao longo da vida encontrada no atual estudo poderia estar

relacionada com uma ação menos potente de fatores de risco para o uso de álcool - como alta tolerância para comportamento desviante e não-convencional - e uma ação mais potente de fatores protetores - como aderência a padrões de comportamento socialmente desejáveis, convencionais e de acordo com a norma social – nessa população rural quando comparada com populações urbanas, principalmente de grandes centros<sup>23</sup>.

Na análise multivariada, o sexo masculino mostrou um risco significativamente superior ao feminino, revelando-se um preditor independente do consumo de álcool na população estudada. Esse é um achado comum a todas as referências levantadas e não é uma ocorrência apenas da atualidade: da revisão histórica realizada na Introdução fica claro que a ingestão de bebidas alcoólicas como atividade predominantemente masculina é um padrão que vem se mantendo ao longo de milênios.

O Projeto GENACIS<sup>14</sup> (*Gender, Alcohol and Culture: An International Study*), levantou dados de 29 países sobre o padrão de ingestão de álcool relacionado ao gênero. Algumas conclusões indicam que: 1) em todos os países o consumo de álcool é maior em homens do que em mulheres, bem como as quantidades ingeridas e as proporções de bebedores pesados; 2) a extensão da prevalência de uso de álcool, assim como mortalidade por cirrose hepática e acidentes de trânsito, são consistentemente associados com indicadores de modernização – entretanto, a modernização não é claramente associada com intensidade do consumo, a saber, frequência e quantidade ingeridas, sendo desenvolvimento econômico diretamente associado com prevalência de uso, mas não com intensidade de consumo; 3) o risco associado ao sexo masculino varia consideravelmente nos diferentes países e é inversamente associado á

modernização; 4) o mais importante dado encontrado revela que o risco relacionado ao consumo de álcool comparando-se homens e mulheres é inversamente proporcional à posição da mulher na sociedade: quanto melhor a posição social das mulheres, menores as diferenças entre os níveis de consumo entre estas e os homens.

A diferença entre as prevalências de uso ao longo da vida entre homens e mulheres no município estudado é de 34,9%, enquanto que no estudo de Galduroz<sup>40</sup> nas 24 maiores cidades do estado de São Paulo, essa diferença é de 20,6%, nitidamente menor. Talvez, nesse município de características eminentemente rurais, a diferença entre homens e mulheres quanto à apresentação de padrões de comportamento tradicionalmente associados com um dos sexos (por exemplo, de comportamentos protetores em relação ao uso de álcool tradicionalmente associados ao sexo feminino - como cuidar dos outros, apresentar menor agressividade, antisocialidade e comportamento de procura de sensações)<sup>83</sup> seja mais intensa que a diferença entre homens e mulheres nas 24 maiores cidades paulistas, mais “modernizadas”. Estudos comparando tais padrões de comportamento cotidiano entre populações rurais e urbanas empiricamente poderiam avaliar tal hipótese.

Vale comentar que existem estudos sobre prevalência de psicopatologias<sup>4,13,27,35,48,117</sup> na população de áreas urbanas os quais revelaram que, enquanto os homens apresentam três vezes mais abuso e dependência de álcool, as mulheres apresentam maior risco para depressão, ansiedade e uso concomitante de drogas. As evidências sugerem que homens tendem a consumir mais álcool e mulheres tranqüilizantes, evidenciando respostas diferentes à ansiedade.

Considerando uso de álcool e faixa etária, embora os autores<sup>7,70,76,81,100,127</sup> trabalhem com faixas etárias diferentes, foi observada a mesma tendência de aumento crescente da proporção de uso atual de álcool nas idades entre 35 e 50 anos, com decréscimo em faixas posteriores, quando fica evidente o aumento da proporção de usuários passados. Considerando uso de álcool e faixa etária, os dados deste estudo, abordando pessoas acima de 12 anos de idade, assemelham-se àqueles obtidos por Galduróz<sup>41</sup>, onde a faixa de maior risco para consumo de álcool é entre 25-34 anos. A tendência a diminuir o consumo de álcool, aumentando o número de usuários no passado com o passar do tempo, reproduz o observado em diferentes países<sup>9,45</sup>. Lima<sup>64</sup> discute que o aumento gradativo da prevalência de usuários passados possa ser decorrente da diminuição do consumo ou mesmo abandono do hábito, devido à ocorrência de complicações clínicas secundárias ao uso indevido. Outra possibilidade poderia estar relacionada ao chamado “viés de sobreviventes”.

Vários estudos<sup>39,58,59,78,79,107,115,123</sup> investigaram o hábito de consumir álcool especificamente entre adolescentes devido aos riscos potenciais associados: 1) aos altos valores de prevalência geralmente observados nesta faixa etária; 2) ao fato de a maioria desses usuários iniciarem o uso em idades precoces e evidenciarem pouco conhecimento acerca das complicações que podem decorrer do uso indevido; 3) ao fato de estar associado ao início de consumo de outras substâncias psicoativas. Estudos comparando o consumo nessa faixa etária nas áreas rurais revelam valores de prevalência desde 15,0%, num Kibutz em Israel, até 94,1%, no norte do Canadá. Muza<sup>78</sup>, em sua revisão da distribuição de prevalências de consumo de substâncias ao longo do ano e por localidade, relata valores desde 57,2% no México até 92,0% nos EUA. Já Silva<sup>112</sup>, no Brasil, em

sua revisão acerca do uso de substâncias em jovens ao longo da vida em cinco cidades brasileiras, encontrou valores de prevalência de uso de álcool entre 68,9% e 88,9%.

Comparado aos valores de consumo de álcool ao longo da vida verificado por Galduróz<sup>41</sup>, no Estado de São Paulo (35,0%, entre 12-17 anos) observamos que neste estudo o consumo de álcool foi nitidamente menor, com valores de 6,3% de usuários atuais de álcool e 1,7% que relatou ter feito uso, mas já ter interrompido, entre as faixas etárias de 12 a 19 anos. Os valores verificados também são menores do que os encontrados por Muza<sup>78,79</sup>, em seu estudo com adolescentes escolares em Ribeirão Preto, onde a prevalência de uso na vida foi 88,9%, 80,7% no último ano e 56,4% no último mês. Este fato talvez seja explicado pelo menor contato com um ambiente que estimularia o consumo precoce e intenso, geralmente associado às áreas urbanas, como já discutido em relação aos valores de prevalência para a população em geral, incluindo uma menor pressão dos pares de mesma idade em direção a comportamentos desviantes da norma social<sup>23</sup>. Desse modo, dado o tamanho reduzido do município, provavelmente a frequência de adolescentes em locais e atividades exclusivos de sua faixa etária – festas, “raves”, boates e bares para jovens - seja bem menor em comparação com aquela de adolescentes de cidades maiores, fazendo com que o consumo de álcool em ocasiões sociais se dê, na grande maioria das vezes, na presença de adultos conhecidos, principalmente familiares, estimulando um comportamento de maior controle sobre o ato e as conseqüências da ingestão de álcool.

As comparações das idades médias de usuários atuais, passados e daqueles que nunca usaram álcool mostra que os valores mais elevados de idade

correspondem aos usuários passados (46,41), ou seja, indivíduos que já viveram o suficiente para diminuir ou abandonar o uso de álcool. O valor médio de idade dos que nunca usaram álcool (37,59) é muito próximo ao valor dos que fazem uso atual (37,34). Tratada como variável contínua, a idade mostra-se associada ao uso de álcool na análise multivariada, na faixa etária entre 20-44 anos, revelando-se um preditor independente do consumo de álcool na população.

Em Cássia dos Coqueiros, residência em área urbana mostrou risco superior à residência em área rural quanto ao uso de álcool, revelando-se um preditor independente do seu consumo. Uma explicação possível seria a maior concentração de locais de venda e consumo de bebidas alcoólicas (mercados e bares) na área urbana levar a maior consumo, uma associação encontrada em vários estudos. Além disso, os moradores da área urbana talvez participem de mais eventos sociais (festas e visitas a amigos e familiares) onde se consome álcool do que os moradores da área rural. As maiores prevalências de usuários de álcool atuais e no passado observada na área urbana do município estão de acordo com a maioria dos estudos da literatura mundial<sup>58,59,66,96,98</sup>.

Encontraram-se quatro estudos nos quais ocorreu um maior risco de uso de álcool associado à residência em área rural quando comparado a morar em área urbana. Neulfeld<sup>81</sup> associa essa observação à maior prevalência de pessoas pertencentes a castas de menor prestígio, de menor renda e de menor educação formal na área rural; Mateos<sup>70</sup> associa-a à desestruturação de um antigo modo de vida (que incluía consumir álcool somente às refeições, como remédio ou em rituais e outras ocasiões festivas especiais) associada a piores níveis de emprego e escolaridade dos habitantes de área rural comparados com aqueles de área urbana; Thommasen<sup>120</sup> também associa condições de vida piores na área rural

com o fato. Em Cássia dos Coqueiros existe uma homogeneidade socioeconômica comparando-se os moradores permanentes de área urbana e rural, o que pode ser um dos fatores implicados em não ter sido encontrado maior uso de álcool entre os últimos.

No que concerne à situação conjugal, quatro estudos encontraram associação entre estado civil e consumo ou uso indevido de álcool. Stefánsson<sup>117</sup> e Blazer<sup>13</sup> encontraram maior risco para abuso/dependência de álcool entre solteiros, seguidos dos casados, na população geral da Islândia. Daqueles que se referem à área rural, Mateos<sup>70</sup> observou maior risco para abuso de álcool entre pessoas sem uma união estável (solteiros, separados/divorciados e viúvos) e Assanangkornchai<sup>7</sup> maior prevalência de uso de álcool entre os casados (12,6%). Nosso estudo concorda com este último resultado, evidenciando uma proporção maior de usuários atuais de álcool entre aqueles casados/união estável (33,5%). Uma hipótese para explicar isso é que o hábito de usar álcool na população estudada estaria relacionado a situações de lazer envolvendo encontros com familiares e amigos, e essas situações seriam mais comuns entre aqueles em união estável, pois freqüentam dois grupos de pessoas (os familiares e amigos de cada um dos cônjuges), ao invés daqueles fora de uniões estáveis que encontrariam apenas o seu próprio grupo.

O consumo de álcool no presente estudo foi maior entre aqueles com renda mais elevada e entre aqueles com maior escolaridade. Castañedo<sup>18</sup> e Mckee<sup>72</sup> também encontraram maior consumo de álcool entre aqueles com renda mais elevada e melhor escolaridade, inclusive em áreas rurais. Como hipótese para explicar esses achados poderíamos considerar que aquelas pessoas com renda mais elevada e melhor escolaridade têm maior acesso e são mais atingidas



pela propaganda massiva que estimula o consumo como fator facilitador de integração grupal e obtenção de prazer.

Com relação à variável religião, foi encontrada uma grande maioria católica no município (90%) e o restante, em proporções bem menores, distribuído em diferentes religiões autodenominadas pelos entrevistados como: crente, evangélica, universal, cristão, testemunha de Jeová, protestante, espírita, presbiteriano, espiritualista e sem religião. Conforme já descrito na Metodologia, todas as religiões reconhecidas como notoriamente associadas a restrições com relação a alguns hábitos pessoais dos seus seguidores foram arbitrariamente agrupadas dentro da categoria a que se chamou “pentecostais”, englobando as cinco primeiras denominações. As outras foram reunidas aos católicos e àqueles sem religião. O observado é que, mesmo sendo o número absoluto bem menor que o de católicos e outros, ao se avaliar a relação com o uso de álcool foi notadamente menor a proporção de usuários atuais encontrada nos denominados “pentecostais”. O número de usuários de álcool no passado também é significativamente maior que em outras religiões e vários participantes relataram ter sido o fato de terem ingressado na religião o motivo por terem parado o consumo da substância. Também o número de pessoas que nunca usou álcool entre os pentecostais é maior, indicando possivelmente a influência de normas de comportamentos valorizadas por esse grupo, transmitidas através de familiares e do grupo religioso<sup>54</sup>.

Edwards<sup>30,31</sup> discute que o grau de aceitação sociocultural do consumo de álcool desempenha papel importante na sua prevalência, sendo determinado inclusive por fatores ligados à religião. Em culturas que promovem abstinência total, há uma valoração negativa do hábito de beber, embora possa ocorrer uma

contra-reação levando ao beber ilícito. Esse fato é descrito por Weiss<sup>123</sup> em sua revisão sobre o uso de álcool entre cristãos drusos, judeus árabes na área rural de Israel, onde encontrou prevalência de uso menor entre os últimos, pertencentes a uma cultura que prega abstinência. Assanangornchai<sup>7</sup> encontrou em seu inquérito que apenas 7% do total de muçulmanos da região usavam álcool regularmente, comparados com 26,1% dos budistas.

No Brasil, estudos apontaram para uma menor prevalência de uso de álcool e de uso pesado de álcool entre os filiados às religiões pentecostais e entre aqueles com prática religiosa regular<sup>25,26</sup>. Os dados obtidos no presente estudo também evidenciaram que pertencer a uma religião pentecostal envolve menor probabilidade de uso de álcool. Pertencer a uma religião que não as “pentecostais”, revelou-se um forte preditor independente de uso de álcool.

### **5.3. Algumas características dos usuários atuais de álcool em Cássia dos Coqueiros**

As Tabelas de 14 a 31 e Figuras de 12 a 15 retratam algumas características da população de usuários atuais de álcool de Cássia dos Coqueiros.

Quanto à idade de início de uso de álcool, chama a atenção a precocidade com que o consumo se manifesta, com 3,2% do total tendo iniciado o consumo entre os 7 e 11 anos e 7,6% entre os 12 e 14 anos. Deste modo, 55,7% dos usuários atuais refere uso até a idade de 18 anos, percentual que chega a 88,1% até os 20 anos. O interesse pelo conhecimento da idade de início do uso de álcool está relacionado à compreensão de alguns fatores determinantes da definição do

padrão de uso, como: acessibilidade da substância, maior ou menor tolerância individual e social do uso e padrões de ingestão socialmente seguidos dentro daquela comunidade. Também é amplamente reconhecido que a adolescência<sup>23,54,39,107,115</sup> é a idade de maior suscetibilidade para uma modificação no comportamento que inclui o início de uso de substâncias, maior risco para problemas associados ao consumo e atitudes anti-sociais. Além disso, um início de uso mais precoce tem apontado para uma maior probabilidade de ocorrência de uso nocivo e/ou dependência em idades mais avançadas. Daí que vários autores vêm se preocupando em realizar pesquisas sobre a prevalência do uso de substâncias, dentre elas e principalmente, o álcool. Nos Estados Unidos, onde a venda de álcool é proibida para menores de 18 anos<sup>61</sup>, Kelleher<sup>58</sup> relata que entre os adolescentes de áreas rurais a prevalência de uso é semelhante à das áreas urbanas e que o álcool é a principal droga de abuso tendo encontrado prevalência de uso de álcool de 38,5% entre adolescentes entre 11 e 14 anos. Jimenez<sup>54</sup> refere que em 1991 a Espanha estava em sétimo lugar em consumo de álcool e já se havia detectado que o "alcoolismo" era a primeira "toxicomania", com 80% dos jovens entre 15 e 20 anos referindo uso. Naquele país, o início de uso era em idades bem precoces e a maioria dos pesquisados não relacionava uso de álcool a problemas. Dimeff<sup>61</sup> aponta que 85% dos estudantes universitários nos EUA referiram uso de álcool no último ano, com diferentes padrões de ingestão e que apesar de décadas de esforços de prevenção e de políticas de saúde pública "a ingestão pesada e prejudicial de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários continua um exasperante problema de Saúde Pública".

No presente trabalho, a precocidade no início de uso de álcool está de acordo com a literatura mundial, que aponta para a adolescência como a idade de

maior risco para iniciar o hábito. As idades precoces verificadas em Cássia dos Coqueiros podem ter uma explicação cultural e ambiental, na qual a criança, que acompanha desde muito cedo o adulto para o trabalho na lavoura, aprende o hábito com os pais e/ou parceiros de trabalho geralmente após o término do expediente. O hábito de usar álcool adquire aí uma conotação clara de lazer e de descanso após “o árduo e calorento dia”, além de funcionar com fator de integração entre os colegas que se reúnem para conversas e brincadeiras no final do trabalho. A manutenção do hábito após o ingresso na escola e durante a adolescência seguiria o modelo de explicação de uso de álcool nessa etapa, como fator de socialização e identidade grupal, lazer de fácil aquisição (já que no Brasil, apesar de a venda ser proibida para menores, eles têm fácil acesso à compra) e propaganda massiva dos meios de comunicação onde o uso de álcool é relacionado à conquista de prazer, sucesso e liberdade. Apesar de a comunidade em estudo pertencer à área rural, ela mantém intercâmbio com áreas urbanas propriamente ditas e está sujeita à influencia de todos os fatores do aumento do consumo. Mesmo assim, o padrão de consumo que esta população vem aprendendo parece ser de baixo risco.

A observação de que a cerveja, sozinha ou em associação com cachaça, é consumida por 75,4% dos usuários atuais de álcool está de acordo com a maioria dos dados obtidos da literatura que apontam para o predomínio de uso deste tipo de bebida <sup>125</sup>. No entanto, em algumas áreas ela não aparece com primeira opção sendo preterida pelos destilados <sup>72,73,84</sup> e pelo vinho. Zhou <sup>127</sup> descreve claramente diferenças significativas entre as áreas urbana e rural estudadas na China, sendo que cerveja é preferencialmente consumida na primeira e destilados e vinho, principalmente de arroz, na segunda. Segundo o relatório da OMS <sup>126</sup>, a cerveja

não só é a bebida mais consumida no Brasil desde o início da década de 90, como o consumo total veio progressivamente aumentando até início de 1997, sofrendo certo decréscimo por volta do ano 2000, mas mantendo a predominância até 2001. A quantidade de uso de destilados aumentou progressivamente desde 1961, mas perdeu a supremacia para a cerveja a partir de 1989

A importância de se avaliar a frequência de ingestão de álcool, juntamente com as doses consumidas em cada episódio se relaciona à definição do padrão de ingestão, que pode caracterizar uso arriscado ou não e dependência. Atualmente é fato conhecido que o álcool é associado positiva e/ou negativamente à saúde<sup>15,17,101,118,125</sup> pois em baixas dosagens e em frequências regulares pode ser fator de proteção para doenças cardiovasculares e em altas doses aumenta o risco para complicações na saúde (desencadeando problemas físicos) e sociais (problemas com a polícia, violência, comportamentos de risco). Mesmo que a pessoa não apresente uma ingestão média alta de álcool, episódios de beber onde se consomem altas quantidades de álcool em pouco tempo (*“binge drinking”*) estão relacionados ao aumento significativo de acidentes vasculares cardíacos e cerebrais<sup>15,30</sup>.

Neste estudo, observou-se que a grande maioria de usuários atuais de álcool (76,8% ou 450/586) realiza ingestão regular de até uma vez por semana, sendo que na frequência “até uma vez” por mês a proporção de uso atual é praticamente igual entre homens e mulheres. Presumimos que estas pessoas devem fazer uso de baixo risco, geralmente em situações sociais familiares, principalmente durante os finais de semana. Chama atenção que um número relativamente grande de usuários atuais de álcool (16,0% ou 94/586) apresentem uma frequência de uso de “4 ou + vezes” por semana e que a grande maioria

deles seja de homens. Este dado está de acordo com a literatura, onde observamos um padrão de uso arriscado de álcool mais prevalente entre homens.

Em diversos estudos o AUDIT (*Alcohol Abuse Disorders Identification Test*) tem mostrado eficácia na identificação de bebedores de risco, bebedores pesados e dependentes de álcool, com boa sensibilidade para as diferentes categorias (51%-97%) e alta especificidade (78%-96%), quando comparado a outros instrumentos, segundo revisão realizada por Fiellin<sup>36</sup>. Isto faz do AUDIT um instrumento referendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com fácil aplicabilidade, que pode ser utilizado por diferentes profissionais. Neste trabalho, o delineamento inicial da pesquisa não considerou o uso do AUDIT como instrumento de rastreamento e sim para categorizar diferentes padrões de uso de álcool naquelas pessoas que referiram uso atual da substância.

Um estudo realizado no Brasil<sup>37</sup> aplicando o AUDIT e o Teste de Fagerström a pacientes internados em hospital geral obteve que 12,4% da amostra estudada foi diagnosticada como apresentando um transtorno relacionado ao uso de álcool, sendo 22% de homens e 3% em mulheres. Cerca de 70% relatou uso pesado de álcool no último ano e verificaram forte associação entre dependência de álcool e de tabaco. Outro estudo, realizado na Tailândia<sup>7</sup> considerou um corte para pessoas apresentando problemas relacionados ao álcool, com AUDIT>8, encontrando uma prevalência de uso pesado e dependência de 10% (27% em homens e 1% em mulheres). No presente estudo encontramos que 22,7% dos usuários receberam escores maiores que 8, sendo que 27% foram homens e 8,8%, mulheres. Vale mencionar que escores maiores que 20 (zona IV), ou seja, pessoas que demandam encaminhamento para

tratamento especializado, foram obtidos em apenas 2,6% da população estudada, sendo 3,3% de homens e 0,6% de mulheres.

Quanto á relação entre escolaridade e os tipos de consumo representados nas diferentes Zonas do AUDIT, encontrou-se uma associação inversamente proporcional, ou seja, as pessoas com melhor escolaridade apresentavam menor risco de sofrerem problemas relacionados ao uso de álcool. Tal resultado contrasta com a associação diretamente proporcional encontrada entre escolaridade e uso atual de álcool (ou seja, a prevalência de uso de álcool era maior entre aqueles com maior escolaridade). Integrando os dois resultados obtemos o fato que um número maior de pessoas com melhor escolaridade usava álcool, mas isso não se traduziu em um número também maior dessas pessoas com uso indevido do mesmo; pelo contrário essas pessoas apresentavam menos problemas que aquelas de menor escolaridade. Uma explicação possível para isso poderia ser maior acesso a informações e conhecimento por parte das pessoas com melhor escolaridade, evitando usar o álcool de maneira perigosa. Uma outra possibilidade seria a presença de uma gama mais ampla de estratégias para obter sensações prazerosas e para evitar aquelas desprazerosas que o uso de álcool entre os moradores com melhor educação comparados com os outros, levando a um menor risco de uso de álcool mais intenso e freqüente para lidar com o estresse.

Diferentes estudos realizados com diferentes metodologias apontam para a existência de forte associação entre uso de álcool e de tabaco<sup>4,16,20,29,65</sup> inclusive em áreas rurais<sup>7,58,59,81</sup>. Neste estudo os dados obtidos concordam com a literatura mundial, onde usar uma das substâncias é fator de risco para o aumento da outra. Consideramos não apenas a prevalência de uso atual e passado de

álcool e tabaco, mas o grau de dependência das duas, avaliado na primeira pelo AUDIT e na segunda pelo Teste de Fagerström<sup>32,33,34</sup>.

Com relação ao resultado do Teste de Fagerström para dependência de nicotina, alguns estudos sugerem como ponto de corte o valor 4, acima do qual evidencia-se grande dificuldade para interrupção do hábito e necessidade de uso de terapia substitutiva de nicotina<sup>32,55,62</sup>. Considerando-se que em Cássia dos Coqueiros 71,2% dos fumantes situa-se em escores acima de 4, verifica-se que esta população apresenta um elevado grau de dependência, mesmo que os valores de prevalência do tabagismo não sejam tão elevados. Esta constatação concorda com achados observados em outros países<sup>7,19,32,81,122,127</sup>.

Apenas 15,9% dos usuários atuais de álcool manifestou desejo de interromper o consumo, o que significa que para a maioria dos mesmos o uso da substância não é vista como nociva *per se*. Entre os usuários atuais com uso indevido de álcool encontrou-se que 41,6% dos indivíduos gostariam de parar, enquanto entre aqueles com uso de álcool de baixo risco apenas 8,4% gostariam de fazê-lo. Chama a atenção também o fato de que a maior parte (70,8% ou 73 /103) dos que responderam querer ou não saber ao certo se gostariam de interromper o uso de álcool gostaria de obter algum tipo de ajuda que pudesse facilitar o ato de livrar-se do consumo. Duas explicações podem ser consideradas: uma preocupação genuína com a possibilidade de ocorrência de problemas relacionados ao uso indevido de álcool e uma necessidade de corresponder a uma possível expectativa do profissional de saúde que realizava a entrevista (um viés de resposta: “responder certo”).

Quanto ao tipo de ajuda desejada, chama a atenção o fato de a maioria das pessoas optar por medicamentos. Conquanto isto possa ser parcialmente



decorrente da fartura de informações veiculadas na mídia, acerca de novas alternativas medicamentosas para cessação do uso de álcool, não pode ser desconsiderada a possibilidade de que este fenômeno reflita também uma resposta dos consumidores de álcool em relação às dificuldades associadas ao ato de parar de beber. Conhecedores destas dificuldades, na maioria das vezes por experiências próprias mal sucedidas, torna-se natural que o usuário deposite uma confiança desproporcional em um recurso visto como uma possível panacéia, uma verdadeira “bala mágica” que evite ou atenuate as agruras associadas a um ato que na prática se revela como extremamente penoso.

Consideramos como limitação desta pesquisa o fato de termos utilizado instrumentos de rastreamento para uso de tabaco e álcool e não entrevistas diagnósticas estruturadas, o que poderia evidenciar valores de prevalência e diagnóstico diferentes. No entanto, consideramos a qualidade e praticidade dos mesmos na escolha e o fato de os mesmos terem demonstrado boa acurácia em pesquisas populacionais.

Uma outra limitação inerente a esse tipo de pesquisa é o fato de basear-se somente na informação fornecida pelos entrevistados. Embora tenham sido pesquisados os padrões de uso de duas substâncias legais (álcool e tabaco), mesmo assim existe considerável condenação dos mesmos - no caso do álcool o uso associado a problemas como violência, acidentes, falta de cuidado consigo mesmo e familiares, prejuízos no trabalho e outros. O uso de marcadores biológicos acessíveis para os pesquisadores não melhoraria a validade e confiabilidade das informações obtidas com o questionário e significaria a necessidade de maior tempo e habilidade de enfermagem por parte de quem fizesse a coleta das mesmas. O uso de um modo empático de conduzir as

entrevistas, através da demonstração da aceitação da experiência transmitida pelos entrevistados foi reforçada e praticada durante todo o treinamento para a entrevista, e essa é uma maneira de aumentar a sinceridade das respostas dadas.

Consideramos, também, que os dados obtidos referem-se apenas à área estudada, não sendo possível sua generalização para qualquer área rural brasileira.

Infelizmente, os resultados obtidos na pesquisa não foram utilizados até o momento para colaborar no desenvolvimento de estratégias adaptadas a realidade local para a detecção e manejo do uso indevido de álcool na população. Algumas sugestões poderiam ser feitas com base nos mesmos, levando em conta as dificuldades inerentes à implementação de serviços de rastreamento e tratamento desses problemas<sup>102</sup>.

A facilitação do acesso ao aperfeiçoamento educacional, inclusive entre os adultos, deveria ser considerada já que a educação mostrou-se um dos fatores protetores em relação à presença de problemas associados ao uso de álcool.

Também a disseminação de informações referentes ao uso de álcool e problemas associados entre os munícipes de maneira ampla, através da disponibilidade de folhetos explicativos (contendo inclusive o AUDIT para ser auto-aplicado, orientando procurar o serviço de saúde caso o escore seja de 8 ou mais) e de informações fornecidas por professores, assistentes sociais, religiosos e policiais, os quais teriam treinamento apropriado, teria provavelmente um impacto positivo.

A avaliação do uso indevido de álcool poderia ser incorporada rotineiramente ao serviço de saúde: o AUDIT seria aplicado a cada novo paciente

e periodicamente em todos os pacientes (a cada dois anos por exemplo), além disso a equipe seria treinada em manter-se atenta àquelas características (como certas doenças e condições – hepatites e traumas por exemplo) que indicam uma necessidade de avaliação mais rápida e detalhada de possíveis problemas associados ao uso de álcool. Deveria ser fornecido treinamento para os médicos e enfermeiros não especializados em saúde mental para orientarem pacientes na Zona I do AUDIT (reforçando seu comportamento), realizarem aconselhamento breve daqueles dentro das Zonas II e III e encaminharem adequadamente quem estivesse na Zona IV (com provável dependência) para tratamento com psiquiatra e psicólogo disponíveis no município, os quais, por sua vez também deveriam receber treinamento no tratamento desses casos mais complexos. Uma minoria de pacientes, em algum momento, beneficiar-se-á de eventuais internações integrais hospitalares nos leitos disponíveis no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (que possui uma enfermaria específica para dependentes químicos) e no HCFMRP-USP (no setor de psiquiatria de sua Unidade de Emergência e na sua Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve no prédio do Campus da USP) e de internações residenciais em comunidades terapêuticas existentes na região; os profissionais especializados em saúde mental do município poderiam discutir as condutas a serem tomadas com os profissionais desses serviços e monitorizar o progresso dos pacientes nos mesmos. Os treinamentos poderiam ser realizados por meio de convênios com universidades da região.

Esse trabalho amplo poderia ser apresentado à população através de um plano específico, discutido em instituições como o Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, igrejas, associações de bairro e outras. Esse plano, com os recursos necessários para implantá-lo, poderia, com modificações legítimas,

ser incorporada ao Plano Plurianual e aos Orçamentos anuais do município, de modo a ter uma garantia maior de ser colocado em prática.

## 6 - CONCLUSÕES

- A prevalência total de usuários de álcool foi de 30,8%, com valores de 44,5% para os homens e 16,9% para as mulheres.
- Verificou-se associação estatística entre o uso de álcool e as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estrato social, religião, área de residência e uso de tabaco.
- Uso arriscado e dependência de álcool apresentaram associação estatística com o sexo, escolaridade e uso de tabaco.
- A maioria dos usuários (82,5%) relatou não ter intenção de interromper o hábito. No entanto, a detecção de usuários (22,7%) em categorias para uso arriscado e dependência de álcool justifica o desenvolvimento de estratégias para prevenção e de uso moderado de álcool nesta população.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen JP, Reinert DF, Volk RJ. The Alcohol Use Disorders Identification Test: an aid to recognition of alcohol problems in primary care patients. *Preventive Medicine*. 2001; 33: 428-433.
2. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 524-9.
3. Anônimo (Épico Sumérico). *Gilgamesh – O rei de Uruk*. Tradução de Pedro Tamen, 2.ed. revisada. São Paulo: Ars Poetica, 1992.
4. Anthony JC, Echeagaray-Wagner F. Epidemiology analysis of alcohol and tobacco Use – patterns of co-occurring consumption and dependence in the United States. *Alcohol Research & Health* 2000; 24 (4): 201-8.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition*. Washington: APA; 1994.
6. ANEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb.htm#1>>. Acesso em: 5 maio 1999.
7. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. *Drug and Alcohol Review* september 2003; 22: 287-293.
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Intervenções Breves para Uso de Risco e Uso Nocivo de Álcool – Manual para Uso em Atenção Primária*; tradução Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
9. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care – Second Edition*. World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence 2001.

10. Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism* 2002; 37 (3): 245-251.
11. Bittencourt AL. O mecanismo de ação do etanol Disponível em: <<http://www.adrogacasadia.org/alcoolismo>>. Acesso em: 1 jan. 2007.
12. Blazer D, George LK, Landermann R, Pennybacker M, Melville ML, Woodbury M, Manton KG, Jordan K, Locke B. Psychiatric Disorders: a rural/urban comparison. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 651-656.
13. Blazer D, Crowell BA, George LK. Alcohol Abuse and Dependence in the Rural South. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 736-740.
14. Bloomfield K, Gmel G, Wilsnack S. Introduction to special issue "Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study". *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41 (suppl 1): 13-7.
15. Britton A, Mckee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiological Community Health* 2000; 54: 328-332.
16. Bobo JK, Husten C. Sociocultural Influences on Smoking and Drinking. *Alcohol Research & Health* 2000; 24 (4): 225-232.
17. Bondy SJ, Rehm J, Ashley MJ, Walsh G, Single E, Room R. Low-risk Drinking Guidelines: the scientific evidence. *Revue Canadienne de Santé Publique* 1999; 90 (4): 264-270.
18. Castanedo SH, Vázquez-Barquero JL, Gaité L, Manrique JFD, Peña C, Usieto EG. Alcohol consumption in a rural area of Cantabria. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1996; 31: 199-206.
19. Canagasaby A, Vinson DC. Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quantity-frequency questions. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40 (3): 208-213.
20. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(3).

21. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. (Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs) *Addiction* 1995; 90: 1349-1356.
22. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La-Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* 2004; 38: 613-9.
23. Corte CM, Sommers MS. Alcohol and risky behaviors. *Annu Rev Nurs Res* 2005; 23: 327-60.
24. Costa JSD, Silveira MF, Gazzalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, Gigante DP, Olinto MTA, Macedo S. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2004; 38 (2): 284-291.
25. Dalgarrondo P, Soldera MA, Correa-Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (2): 82-90.
26. Dalgarrondo P, Soldera MA, Correa-Filho HR, Silva CAM. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de drogas e saúde mental. *J Brás Psiquitr* 2005; 54(3): 182-190.
27. Dhadphale M, Ellison RH, Griffin L. The frequency of psychiatric disorders among patients attending semi-urban and rural general out-patient clinics in Kenya. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142: 379-383.
28. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the Derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for Alcohol Use Disorders and Risk Drinking in the US General Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2005; 29 (5): 844-854.
29. Diaz FJ, Jané M, Saltó E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, Leon J. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39: 161-8.
30. Edwards G et al. *A política do álcool e o bem comum*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.



31. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed, 2005.
32. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989 Apr; 12 (2): 159-82.
33. Fagerström KO, Featherton TF, Kozlowski LT. Nicotine Addiction and Its Assessment. *Ear, Nose and Throat Journal* 1990; 11 (69): 763-5.
34. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, Puska P, Ramström L, Zatónshi W. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996; 5 (1): 52-6.
35. Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton M, Rae DS, Locke BZ, Regier DA. Prevalence of Mental Illness in Germany and the United States: comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiologic Catchment Area Program. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184 (10): 598-606.
36. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for Alcohol Problems in Primary Care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160 (13): 1977-1989.
37. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *São Paulo Med J* 2000; 118 (5): 139-143.
38. Flandrin JI, Montanari M. História da alimentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
39. Fleming J. The epidemiology of alcohol use in Australian women: finding from a national survey of women's drinking. *Addiction* 1996; 91 (9): 1325-1334.
40. Franco LG, Passos ADC. Fundamentos de epidemiologia. Barueri; Manolo, 2005.

41. Galduróz JFC, Noto AR, Napo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo (SP); 2000.
42. Galduróz JFC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (II): 3-6.
43. Galduróz JFC, Noto AR, Napo SA, Carlini EA. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. *Addictive Behaviors* 2005; 30: 545-556.
44. Giang KB, Spak F, Dzung TV, Allbeck P. The use of AUDIT to assess level of alcohol problems in rural Vietnan. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40 (6): 578-583.
45. Giesbrecht N, Ialomiteanu A, Anglin L. Drinking Patterns and Perspectives on Alcohol Policy: results from two Ontario Surveys. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40 (2): 132-9.
46. Graeff FG. Abuso e Dependência de Drogas. In: Graeff GF, Guimarães FS. *Fundamentos de Psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, 2000; p. 197-221.
47. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two shorts forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism* 2002; 37(6): 591-6.
48. Helzer JE, Prysbeck TR. The Co-Occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and its Impact on Treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1988; 49 (3): 219-224.
49. Hosmer DW Junior, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley 1989.
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados demográficos sobre o município de Cássia dos Coqueiros. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br/cidades/at/](http://www.ibge.gov.br/cidades/at/)>. Acesso em: 12 fev. 2001.

51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000 – Educação. Resultados da amostra do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <[http://: www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 12 jan. 2007.
52. Jackson JE, Doescher MP, Hart LG. Problem drinking: rural and urban trends in America, 1995/1997 to 2003. *Preventive Medicine*. 2006; 43 (2): 122-4.
53. Jaffe JH. Substance-related disorders – introduction and overview. In: Kaplan HI, Saddock BJ, editors. sixth ed. Baltimore (Maryland): Williams & Wilkins; 1995. p. 755-775.
54. Jimenez FJG, Porcel AJ, Cerezo NL, Gochicoa N, Jimenez JAG, Lezcano AR. Consumo de alcohol e influencia del entorno entre escolares de E.G.B. *Anales Españoles de Pediatría* 1997; 47: 42-45.
55. John U, Meyer C, Schumann A, Hapke U, Rumpf HJ, Adam C, Alte D, Ludermann J. A short form of Fagerström Test of Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. *Addictive Behaviors* 2004; 29: 1207-1212.
56. Johnson H. A história do vinho. São Paulo: Companhia da Letras, 1999.
57. Khai VEG. Efeito de Hawthorne (Mayo). Disponível em: <[http://www.12manage.com/methods\\_mayo\\_hawthorne\\_effect\\_pt\\_html](http://www.12manage.com/methods_mayo_hawthorne_effect_pt_html)>. Acesso em: 3 jan. 2007.
58. Kelleher KJ, Vaughn IR, Hardin BH, Pope SK, Frank LF. Rurality and Gender: Effects on Early Adolescent Alcohol Use. *AJDC* 1992; 146: 317-322.
59. Lalinec-Michaud M, Subak ME, Ghadirian AM, Kovess V. Substance Misuse among Native and Rural High School Students in Quebec. *The International Journal of the Addiction* 1991; 26 (9): 1003-12.
60. Laranjeira R. Bases para uma Política de Tratamento dos Problemas Relacionados ao Álcool e outras Drogas no Estado de São Paulo - Documento para Discussão - 1995. Escola Paulista de Medicina UNIFESP.
61. Larimer ME, Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA, Blume AW, Hawkins EH. Redução de Danos para Problemas com Álcool. In: Marlatt GA. Redução de danos - estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 62-102.

62. Leon J, Diaz FJ, Becoña E, Gurpegui M, Jurado D, Gonzalez-Pinto A. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addictive Behaviors* 2003; 28: 1481-6.
63. Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez s, Negre-Pages L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005; 31 (2): 182-94.
64. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40(6): 584-9.
65. Little HJ. Behavioral Mechanisms Underlying the Link Between Smoking and Drinking. *Alcohol Research & Health* 2000; 24 (4): 215-224.
66. Mackenbach JP, Howden-Chapman. New perspectives on socioeconomic inequalities in health. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; 46 (3): 428-444.
67. Maisto AS, Saitz R. Alcohol Use Disorders: screening and diagnosis. *The American Journal on Addiction Psychiatry* 2003; 12: S12-S25.
68. Marques, EHCA. Estudo da prevalência de uso de tabaco num município com características rurais no Estado de São Paulo, Brasil. Dissertação apresentada ao departamento de Medicina Social para obtenção do título de Mestre. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
69. Marques JMA. Álcool: abordagem clínica. *Revista Brasileira de Hipertensão* jan./mar. 2005; 12 (1): 55-7.
70. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-Lopes A. Alcohol Consumption in a Southern European Region (Galicia, Spain). *Substance Use & Misuse* 2002; 37 (14): 1957-1976.
71. Mckee M. Alcohol in Russia. *Alcohol & Alcoholism* 1999; 34(6): 824-829.
72. Mckee M, Pomerleau J, Robertson A, Pudule I, Grinberga D. Alcohol consumption in the Baltic Republics. *Epidemiological Community Health* 2000; 54: 361-6.

73. Medina-Mora ME, Borges G, Villatoro J. The measurement of drinking patterns and consequences in México. *Journal of Substance Abuse* 2000; 12: 183-196
74. Méndez EB, Lima MS, Olinto MTA, Farrell M. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). [Dissertação] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 1999. Enviado pela internet em mar./2001, como comunicação pessoal, por Olinto.
75. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT um southern Brazil. *Addiction* 2003; 98: 799-804.
76. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, Victora G. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies in Alcohol* 1996; 57: 253-9.
77. Musset A. Citado em Antologia da Literatura Brasileira – Textos comentados, vol I, p. 70. In: Rodrigues AM, Castro DA, Teixeira IP. São Paulo: Marco Editorial, 1979.
78. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31 (1): 21-9.
79. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II – Distribuição do consumo por classes sociais. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31 (2): 163-70.
80. National Comorbidity Survey (NCS). Harvard 2005. Disponível em: <<http://hcp.med.harvard.edu/ncs/in>>. Acesso em: 4 jan. 2007.
81. Neufeld KJ, Peters DH, Rani M, Bonu S, Brooner RK. Regular use of alcohol and tobacco in India and its association with age, gender and poverty. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; 77: 283-291.

82. NIAAA- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcoholism and co-occurring Disorders. Disponível em: <<http://pubs.niaaaaa.nih.gov/publications//aa14htm>>. Acesso em: 6 jan. 2007.
83. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 981-1010.
84. Obot IS. The measurement of drinking patterns and alcohol problems in Nigeria. *Journal of Substance Abuse* 2000; 12: 169-181.
85. O'Connell H, Chin AV, Hamilton F, Cunningham C, Walsh JB, Coakley D, Lawlor BA. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 1074-1086.
86. Oliveira ER, Luis MAV. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12 (2).
87. Passos ADC. Estudo epidemiológico sobre hepatite B em Cássia dos Coqueiros, SP, Brasil. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1991.
88. Passos ADC, Nogueira JL, Figueiredo JFC, Gomes UA, Dal-Fabbro AL. Evolução da positividade sorológica para a doença de Chagas numa comunidade rural brasileira. *Pan. Am. J. Public Health* 1997 Oct; 2(4): 247-252.
89. Pedreira de Freitas JL. Aspectos da epidemiologia da moléstia de Chagas no Estado de São Paulo. *Rev Clinica São Paulo* 1950; 26(11-12):181-190.
90. Peltzer K, Seoka P. Prevalence and perception of alcohol use in a rural community in South Africa: a pre-intervention survey. Presented at the Symposium on Screening and Brief Intervention of Alcohol Problems in South Africa, organised by the HSRC, the Department of Health (Limpopo), and the Health Behavior Research Unit of the University of the North. 2004.
91. Pessoa F. *Obra Poética – Volume Único. Cancioneiro*. Rio de Janeiro: Nova Angular As, 1998. p. 164 [141],

92. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: an overview. Disponível em: <[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0CXH/is\\_2\\_26](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CXH/is_2_26)>. Acesso em: 6 jan. 2007.
93. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semezin M, Garzotto N, Tansella M. Efficacy of the Alcohol Use Identification Test as screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 1997; 8: 314-420.
94. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (4): 593-8.
95. QMCWEB – A página da química. Etanol. Disponível em: <<http://www.qmc.ufsc.br/qmcweb/exemplar16.html>>. Acesso em: 2 jan. 2007.
96. Rahav G, Wilsnak R, Bloomfield K, Gmel G, Kuntsche. The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41 (suppl 1): 147-155.
97. Ramos SP, Bertolote JM et al. *Alcoolismo Hoje (3ª Edição)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
98. Rehm J, Room R, Brink W, Jacobi F. Alcohol Use Disorders in EU countries and Norway: An overview of epidemiology. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 377-3888.
99. Reinert DF, Allen JP. The alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A Review of Recent Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002; 26 (2): 272-279.
100. Rijken T, Velema JP, Dijkstra R. Alcohol consumption in the rural population of Misungwi, subdistrict in Mwanza region, Tanzania. *Journal of Studies on Alcohol*, 1998; 59 (2):146-152.
101. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health. *The Lancet*, 2005; 365: 519-530.
102. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (3): 852-861.

103. Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol & Alcoholism* 2002; 37 (3): 261-268.
104. Saitz, R. Unhealthy Alcohol Use [Clinical Practice]. *The New England Journal of Medicine* 2005; 352 (6): 596-607.
105. Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1996; 31: 55-69.
106. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2 suppl 1): 95-103.
107. Schenker M, Minayo MC. Fatores de risco e proteção para uso de drogas na adolescência. *Ciência saúde coletiva*. 2005; 10(3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 3 jan. 2007
108. Schuckit MA. Alcohol-related Disorders. In: Kaplan HJ, Sadock BJ: *Comprehensive Textbook of Psychiatry-sixty edition*, vol 1, p. 775-791. Williams&Wilkins Edt, Baltimore (Maryland), 1995.
109. Seibel SD, Toscano Jr A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2000.
110. Selin KH. Test-Retest Reliability of the Alcohol Use disorder Identification Test in a General population Sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2003; 27(9): 1428-1435.
111. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Neto FC. Prevalência de uso de drogas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (6): 1151-8.
112. Silva JC, Castro LAPG, Marques AC, Laranjeira R. Diagnóstico e Tratamento da Dependência e Uso Nocivo de Álcool. Manual da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina UNIFESP/EPM).



113. Silveira DX. A especificidade das dependências. *Boletim de Psiquiatria*, jan.-jul./1994; 27(1): 17-20.
114. Slade M, Thornicroft G, Glover G. The feasibility of routine outcomes measures in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 243-9.
115. Spoth R, Redmond C, Lepper H. Alcohol initiation outcomes of universal Family-focused Preventive Interventions: one – and two-year follow-ups of a control study. *Journal of Studies Alcohol* 1999; 13: 103-111.
116. Standage T. *História do mundo em seis copos – Tradução Antônio Braga*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
117. Stefánsson JG, Lindal E, Björnsson JK, Guðmundsdóttir A. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scand* 1991; 84: 142-9.
118. Suter PM. Alcohol, nutrition and health maintenance: selected aspects. *Proceedings of the Nutrition Society* 2004; 63: 81-8.
119. Tancredi FB. As toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da Saúde Pública. In: Sanchez et al: *Drogas e Drogados – o indivíduo, a família e a sociedade*. São Paulo: EPU, 1982; Cap 1: 3-50.
120. Thommasen HV, Hanlon N, Thommasen C, Zhang W. Alcohol drinking habits and community perspectives on alcohol abuse in the Bella Coola Valley. *Can J Rural Med* 2006; 11 (1): 15-22.
121. Valladolid GR, Carrasco JSD. *Guia Prática de Intervención em el alcoholismo*. Madrid: Gabriel Rubio, 2000.
122. Vink JM, Willemsen G, Beem AL, Boomsma DI. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addictive Behaviors* 2005; 30: 575-579.
123. Weiss S. Review of drinking patterns of rural Arab and Jewish youth in the North of Israel. *Substance Use & Misuse* 2002; 37(5-7): 663-686.

124. World Health Organization (WHO). Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
125. World Health Organization (WHO). WHO Global Status Report on Alcohol-Brazil 2004.
126. World Health Organization (WHO). Public health problems caused by alcohol: report by the Secretariat, 2004. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: dez. 2005.
127. Zhou X, Su Z, Deng H, Xiang X, Chen H, Hao W. A comparative survey on alcohol and tobacco use in urban and rural populations in the Huaihua District of Hunan Province, China. Alcohol 2006, jun; 39(2): 87-96.

Tanto a formatação estrutural do texto quanto as referências bibliográficas foram categorizadas segundo os critérios normatizados por Funaro, VMBO (coordenadora), Universidade de São Paulo - Sistema Integrado de Bibliotecas (SIBi), “Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso”, São Paulo, 2004.

## ANEXOS

## Anexo I

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO USO DE TABACO E ÁLCOOL EM CÁSSIA  
DOS COQUEIROS, SÃO PAULO**

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ 1. BAIRRO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DO CHEFE DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

2. ZONA:  1 = rural; 2 = urbana

3. IDADE (ANOS):   NASC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. SEXO:  1 = mascul.; 2 = femin.; 3 = NS

5. EST. CIVIL:  1 = casado; 2 = solteiro; 3 = relação estável; 4 = divorciado; 5 = viúvo

6. ESCOLARID.:   1 = nenh.; 2 = < 1 ano; 3 = 1 a 2 anos; 4 = 2 a 4 anos; 5 = prim. compl.; 6 = 4 a 8 anos; 7 = 1º grau compl.; 8 = col. incomp.; 9 = col. compl.; 10 = univers. incomp.; 11 = univers. completo; 12 = não sabe

7. ESCOLARID. CHEFE FAMÍLIA.:   0 = analfabeto/prim. incomp.; 1 = primário compl./ginasial incomp.; 2 = ginásial compl./coleg. incomp.; 3 = coleg. compl./superior incomp.; 5 = superior completo

8. LOC. NASC.:  1 = CC; 2 = região de CC; 3 = outra cidade de SP; 4 = outra 9. QUAL:

10. ZONA:  1 = rural 2 = urbana

11. TEMPO RESIDÊN. em CC. (ANOS):

12. RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

**POSSE DE ITENS (ESPECIFICAR O NÚMERO DE CADA UM DELES)**

13. TV COR  14. RÁDIO  15. BANHEIRO  16. AUTOMÓVEL  17. EMPREG. MENS.

18. ASPIRADOR  19. MÁQ. DE LAVAR  20. VÍDEO  21. GELADEIRA  22. FREEZER

23. OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

**TABACO**

24. RELAÇÃO COM O TABAGISMO:  1 = fuma atualmente; 2 = ex-fumante; 3 = nunca fumou (passar para a pergunta n.º 47)

**APENAS PARA OS EX-FUMANTES:**

25. IDADE EM QUE COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE (ANOS):

26. TIPO DE TABACO CONSUMIDO:  1 = só cigarro palha; 2 = só cigarro industrializado ; 3 = cigarro de palha e industrializ.; 4 = charutos; 5 = cachimbos ; 6 = cigarros e charutos ou cachimbo.

27. QUANTIDADE MÉDIA DE CIGARROS CONSUMIDA POR DIA:  1 = < de 10; 2 = 11 a 20; 3 = 21 a 30; 4 = mais de 31

28. TEMPO QUE FUMOU (ANOS):

29. TEMPO QUE PAROU DE FUMAR:  1 = < 7 dias; 2 = 7 a 30 dias; 3 = 1 a 6 meses; 4 = 6 meses a 1 anos; 5 = mais de 1 ano

30. RAZÃO PARA PARAR:  1 = doença; 2 = preocupação com a saúde; 3 = insistência de amigos/familiares; 4 = orientação de profissionais da saúde; 5 = religião; 6 = outra (especificar: \_\_\_\_\_)

31. COMO PAROU:  1 = só; 2 = participou de grupos de apoio; 3 = terapia com laser/acupuntura; 4 = adesivos ou chicletes de nicotina; 5 = medicamentos; 6 = outros (especificar \_\_\_\_\_)

**APENAS PARA OS FUMANTES ATUAIS:**

32. IDADE COM QUE COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE (ANOS):

33. HÁ QUANTOS ANOS FUMA:

34. TIPO DE TABACO CONSUMIDO:  1 = só cigarro de palha; 2 = só cigarro industrializado; 3 = cigarros de palha e industrial.; 4 = charutos; 5 = cachimbos; 6 = cigarros e charutos ou cachimbo; 7 = outra.

35. QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR VOCÊ FUMA O SEU 1º CIGARRO?  5 = dentro de 5 minutos; 2 = entre 6 e 30 minutos; 1 = entre 31 e 60 minutos; 0 = após 60 minutos

36. VOCÊ ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LUGARES PROIBIDOS, COMO IGREJAS, BIBLIOTECAS, CINEMAS, ÔNIBUS, ETC?  1 = sim; 0 = não

37. QUAL CIGARRO DO DIA TRAZ MAIS SATISFAÇÃO?  1 = o 1º da manhã; 0 = outros

38. QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?  0 = menos que 10; 1 = de 11 a 20; 2 = de 21 a 30; 3 = mais de 31

39. VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ?  1 = sim; 0 = não

40. VOCÊ FUMA MESMO DOENTE, QUANDO PRECISA FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO? 1 = sim; 0 = não

41. RESULTADO DA ESCALA DE FAGERSTRÖM:

42. JÁ TENTOU PARAR?  1 = sim; 2 = não      43. QUANTAS VEZES?

44. GOSTARIA DE PARAR DE FUMAR?  1 = sim; 2 = não; 3 = não sei

45. GOSTARIA DE RECEBER ALGUMA AJUDA PARA PARAR?  1 = sim; 2 = não; 3 = não sei; 4 = NA

46. TIPO DE AJUDA QUE GOSTARIA DE RECEBER:  1 = orientação de profissionais de saúde; 2 = textos de auxílio ao fumante; 3 = medicamentos; 4 = não sabe ; 5 = outras (\_\_\_\_\_)

**ÁLCOOL**

47. RELAÇÃO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS:  **1** = consome atualmente; **2** = consumiu no passado; **3** = nunca consumiu (encerrar a entrevista)

**APENAS PARA OS EX-CONSUMIDORES:**

48. IDADE EM QUE PASSOU A BEBER COM REGULARIDADE (ANOS):

49. TEMPO QUE CONSUMIU BEBIDAS (ANOS):

50. BEBIDA CONSUMIDA COM MAIS FREQUÊNCIA:   **01** = cerveja/chope; **02** = vinho; **03** = pinga; **04** = conhaque; **05** = uísque/vodka/rum; **06** = cerveja + pinga; **07** = cerveja + conhaque; **08** = cerveja + uísque ou vodka ou rum; **09** = outras combinações envolvendo as bebidas acima; **10** = outra

51. FREQUÊNCIA DE USO:  **1** = todos os dias; **2** = 5 a 6 dias/semana; **3** = 3 a 4 dias/semana; **4** = 1 a 2 dias/semana; **5** = 3 a 4 dias/mês; **6** = 1 a 2 dias/mês; **7** = menos que 1 vez/mês.

52. Nº DE VEZES EM QUE SE SENTIU FORTEMENTE ALCOOLIZADO (PORRE):  **1** = nunca; **2** = muito raramente; **3** = menos de 1 vez/ano; **4** = de 2 a 6 vezes/ano; **5** = de 6 a 12 vezes/ano; **6** = algumas vezes/mês; **7** = todas as semanas; **8** = todos os dias.

53. HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE BEBER?  **1** = < de 1 mês; **2** = 1 a 2 meses; **3** = 2 a 6 meses; **4** = 6 meses a 1 ano; **5** = 1 a 2 anos; **6** = 2 a 5 anos; **7** = 5 a 10 anos; **8** = mais de 10 anos

54. COMO PAROU?  **1** = sozinho; **2** = freqüentando grupos de apoio; **3** = com uso de medicações; **4** = outras ( \_\_\_\_\_ )

**APENAS PARA OS ATUAIS CONSUMIDORES DE BEBIDAS:**

55. IDADE EM QUE PASSOU A BEBER COM REGULARIDADE (ANOS) :

56. TEMPO QUE CONSUME BEBIDAS (ANOS):

57. BEBIDA CONSUMIDA COM MAIS FREQUÊNCIA: **01** = cerveja/chope; **02** = vinho; **03** = pinga;   **04** = conhaque; **05** = uísque/vodka/rum; **06** = cerveja + pinga; **07** = cerveja + conhaque; **08** = cerveja + uísque ou vodka ou rum; **09** = outras combinações envolvendo as bebidas acima; **10** = outra

58. COM QUE FREQUÊNCIA TOMA BEBIDAS DE ÁLCOOL?: **0** = nunca; **1** = uma vez por mês, ao menos;  **2** = duas a quatro vezes por mês; **3** = duas a três vezes por semana; **4** = quatro ou mais vezes por semana.

59. NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES, COPOS OU GARRAFAS COSTUMA TOMAR?:  **0**=1 ou 2 “doses”; **1**= 3 ou 4 “doses”; **2** = 5 ou 6 “doses”; **3** = 7 a 9 “doses”; **4** = 10 ou mais “doses”.

60. COM QUE FREQUÊNCIA, TOMA “SEIS OU MAIS DOSES” EM UMA OCASIÃO?  **0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.

61. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE A ÚLTIMA OCASIÃO, ACHOU QUE NÃO SERIA CAPAZ DE CONTROLAR A QUANTIDADE DE BEBIDA DEPOIS DE COMEÇAR?  **0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.

62. . COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO ANO, NÃO CONSEGUIU CUMPRIR COM ALGUM COMPROMISSO POR CAUSA DA BEBIDA?  **0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.

63. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO ANO, DEPOIS DE TER BEBIDO MUITO, ACHOU QUE PRECISOU BEBER PELA MANHÃ PARA SE SENTIR MELHOR?   
**0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.
64. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO ANO, SENTIU CULPA OU REMORSO DEPOIS DE BEBER?   
**0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.
65. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO ANO, NÃO CONSEGUIU SE LEMBRAR DO QUE ACONTECEU NA NOITE ANTERIOR POR CAUSA DA BEBIDA?   
**0** = nunca; **1** = menos que uma vez por mês; **2** = uma vez ao mês; **3** = uma vez por semana; **4** = todos os dias ou quase todos.
66. ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR(A) OU OUTRA PESSOA JÁ SE MACHUCOU, SE PREJUDICOU POR CAUSA DE O(A) SR(A) TER BEBIDO?   
**0** = não; **2** = sim, mas não no último ano; **4** = sim, durante o último ano.
67. ALGUMA VEZ NA VIDA ALGUM PARENTE, AMIGO, MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ SE PREOCUPOU COM O(A) SR(A) POR CAUSA DA BEBIDA OU LHE DISSE PARA PARAR DE BEBER?   
**0** = não; **2** = sim, mas não no último ano; **4** = sim, durante o último ano.
68. GOSTARIA DE PARAR DE BEBER? **1** = sim; **2** = não; **3** = não sabe
70. GOSTARIA DE RECEBER AJUDA PARA PARAR? **1** = sim; **2** = não; **3** = não sabe; **4** = NA.
71. TIPO DE AJUDA QUE GOSTARIA PREFERENCIALMENTE DE RECEBER: **1**=aulas/ palestras com profissionais da saúde e outros profissionais com experiência; **2** = remédios; **3** = grupos de auto-ajuda;   
**4** = orientação a familiares; **5** = internação em hospitais; **6** = internação em clínicas e/ou fazendas especializadas;  
**7** = outras ( \_\_\_\_\_ )

(Preencha as questões 59 e 60 transformando as quantidades em “doses” baseado na relação abaixo)

**CERVEJA:** 1 copo de chope (350 ml)/ 1 lata = 1 “DOSE” ou 1 garrafa = 2 “DOSES”  
**VINHO:** 1 copo comum grande (250 ml) = “2 DOSES” ou 1 garrafa = 8 “doses”  
**CACHAÇA, VODCA, UÍSQE OU CONHAQUE:** 1 “martelinho”(60 ml) = 2 “DOSES”  
 1 “martelo” (100 ml) = 3 “DOSES” ou 1 garrafa = mais de 20 “DOSES”  
**UÍSQE, RUM, LICOR, ETC:** 1 “dose” de dosador 945-50 ml) = 1 “DOSE”

**ANEXO II**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Prezado(a) senhor(a),

Nós somos funcionários da Unidade Básica de Saúde de Cássia dos Coqueiros e estamos convidando o (a) Sr(a) a participar de um estudo sobre os hábitos de fumar e de tomar bebidas alcoólicas entre os habitantes do município.

Queremos conhecer melhor como as pessoas usam cigarros e bebidas alcoólicas para que possamos dar ajuda a todos aqueles que queiram parar de fumar ou de beber.

Para isso pedimos que o (a) Sr(a) responda a algumas perguntas que iremos fazer. Se não quiser participar, o (a) Sr(a) tem toda a liberdade de recusar e isso não causará qualquer problema no atendimento que o (a) Sr(a) possa ter na Unidade de Saúde.

As respostas que o (a) Sr(a) der não trarão nenhum problema ou risco para o (a) Sr(a) e as informações não serão fornecidas a ninguém, apenas a você caso queira vê-las. O seu nome nunca aparecerá nos resultados da pesquisa.

Se o (a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine o documento abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, após receber informações sobre o projeto “Estudo da prevalência de uso de tabaco e álcool em Cássia dos Coqueiros, São Paulo” aceito responder a perguntas sobre os meus costumes de fumar e tomar bebidas alcoólicas. Autorizo que as informações das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que o meu nome não seja revelado a ninguém.

Cássia dos Coqueiros, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura

---

Assinatura do pai ou responsável