

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**JULIANA DE ALMEIDA PRADO**

**Depressão, álcool e gênero: levantamento epidemiológico no Município e  
Região Metropolitana de São Paulo**

**RIBEIRÃO PRETO - SP**

**2010**

JULIANA DE ALMEIDA PRADO

**Depressão, álcool e gênero: levantamento epidemiológico no Município e  
Região Metropolitana de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Mestre em Ciências  
Área de Concentração: Saúde Mental  
Orientador: Prof. Titular Jair Lício Ferreira Santos

RIBEIRÃO PRETO - SP

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Prado, Juliana de Almeida

Depressão, álcool e gênero: levantamento epidemiológico no município e região metropolitana de São Paulo  
82 fls. il.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP- Área de concentração: Saúde Mental - 2010

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira

1.Depressão; 2.Álcool; 3. Gênero; 4. Levantamento epidemiológico.

Aos meus pais e irmãos queridos, que a todo o momento assumiram o papel de porto seguro demonstrando um amor incondicional tão fundamental para estes anos de jornada.

Ao meu amor e companheiro Giovanni, com quem compartilhei minhas dúvidas, angústias e inseguranças e que me acolheu e estimulou com tanta sabedoria e delicadeza.

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, professor Jair Lício, pela confiança, apoio e paciência transmitidos sempre com muito bom humor ao longo destes anos de trabalho.

À minha sempre professora Florence Kerr-Corrêa, pessoa incomparável, fortaleza de idéias e princípios, que sempre me depositou seu carinho e confiança tão fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À minha querida professora Maria Cristina Pereira Lima, apoiadora nos momentos decisivos e sempre disponível para contribuir com pontuações precisas, apontando o caminho na direção correta.

## RESUMO

PRADO, J.A. **Depressão, álcool e gênero: levantamento epidemiológico no município e região metropolitana de São Paulo.** 2010. 82 fs. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Na maioria das culturas, o álcool é a substância de abuso mais frequentemente usada e responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade. No campo da saúde mental, a associação entre o uso problemático de álcool e transtornos mentais é bastante relatada tanto em amostras clínicas como em comunitárias e a depressão é, sem dúvida, a condição mais associada. Tanto a depressão quanto o uso de álcool são bastante prevalentes e a associação entre ambos é complexa, sofrendo influência de determinantes biológicos, sociais e culturais. Dentre os determinantes biológicos, o gênero tem se revelado fator importante e, devido à sua relevância, vem permeando cada vez mais as diversas áreas dos estudos populacionais. O objetivo deste estudo foi estudar como se dá a associação entre depressão e consumo de álcool numa amostra populacional brasileira e compará-la entre os gêneros. O presente estudo é um inquérito epidemiológico transversal em amostra estratificada e representativa. É um recorte do projeto GENACIS, realizado na região metropolitana de São Paulo, cuja amostra totalizou 2083 pessoas maiores de 18 anos. A coleta de dados foi feita por meio de aplicação do questionário GENACIS em entrevistas individuais nos domicílios sorteados. A amostra foi caracterizada e foram identificados os padrões de consumo de álcool a partir da quantidade média de drinques consumidos num dia típico, a prevalência de depressão pelo instrumento de rastreamento *CIDI Short Form* e outras informações consideradas importantes na qualificação da associação entre consumo de álcool e depressão como cenários do beber e consumo de álcool em familiares. A associação entre o padrão de consumo de álcool e cada uma das variáveis socioeconômicas selecionadas foi investigada pelo teste de Rao-Scott. As análises foram feitas no programa Stata 10.0 e consideradas significativas para *p values* com IC 95%.

Para a análise conjunta da atuação de variáveis independentes foi utilizada a análise multivariada através da regressão logística. Foram analisados separadamente para homens e mulheres os fatores de risco presentes bem como padrões de uso de bebidas alcoólicas e presença de depressão. A importância relativa de fatores socioeconômicos, por gênero, foi avaliada pela Razão de Chances (Odds Ratio). A taxa de resposta foi de 74,9%. Houve predominância de mulheres (58,4%), indivíduos casados (60,8%), renda per capita inferior a 150 Reais (37,9%), mulheres abstinentes (69,7%) e homens com consumo pesado de álcool (24,2%). Os abstinentes aumentaram conforme a idade e o consumo pesado apresentou-se maior entre os mais jovens. A prevalência de depressão pelo CIDI *Short Form* foi de 21,8% (28,3% para as mulheres; 12,7% para os homens). Entre as mulheres, depressão se associou à idade (OR 0,91) e à convivência com cônjuge com problemas decorrentes do álcool (OR 88,33). Entre os homens, depressão também se associou à idade (OR 1,06), às rendas *per capita* (OR 6,16: R\$ 301 a 600 reais; OR 6,34: R\$ 600 ou mais), ao padrão de consumo de álcool pesado (OR 6,43) e à presença de problemas pessoais decorrentes do álcool (OR 7,34). Os resultados ressaltam que a associação entre depressão e consumo de álcool é distinta os gêneros e que o conhecimento desta associação é fundamental, para auxiliar na compreensão e elaboração de estratégias de intervenção na população brasileira.

**Descritores:** Depressão; Álcool; Gênero; Levantamento Epidemiológico

## ABSTRACT

PRADO, J.A. **Depression, alcohol and gender: a population survey in the city and metropolitan region of Sao Paulo.** 2010. 82 fls. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

In the majority of the countries, alcohol is the most frequent abuse substance and is responsible for considerable morbidity and mortality. In the field of mental health, the association between alcohol misuse and mental problems has been extensively related both in clinical and community samples and depression is certainly the most frequent condition. Both depression and alcohol use are highly prevalent and their association depends on biological, social and culture influences. In terms of biological determinants, gender has been shown so important and its study has been increased in the field of mental health. The aim of this study is to investigate the prevalence of depression in the sample and to examine the association between depression and sociodemographic variables, use of alcohol and other related factors. It is an epidemiological cross-sectional sample stratified and representative of the metropolitan region of Sao Paulo. It is part of the GENACIS project, whose sample included 2,083 people over 18 years old. Data collection was done with the GENACIS questionnaire in face-to-face interviews in selected households. Descriptive analyses of the sample were made. The use of alcohol and depression were identified by quantity of drinking per day drinking and by CIDI Short Form, respectively. Other relevant information for the study of alcohol use and depression association were collected such as settings of drinking and use of alcohol by relatives. The appreciation of the association between depression and alcohol use was made. Statistical analysis employed the Rao Scott test and logistic regression. The response rate was of 74.9%. Results showed more female (58.4%), married (60.8%), 85 dollars per capita income (37.9%), abstinent women (69.7%) and heavy drinking men (24.2%). The



abstinence increased with age and heavy drinking was higher among the young. The prevalence of depression by CIDI Short Form (CIDI SF) was 21,8% with variation in distribution by gender (28,3% for women; 12,7% for men). For women, depression was associated with age (OR 0,91) and to living with partner with alcohol problems (OR 88,33). For men, depression was associated with age (OR 1,06), with drinking pattern heavy (OR 6,43) and with personal alcohol problems (OR 7,34). The results underscore the importance of the association between depression and alcohol use between genders and may contribute to the design of public policies aimed to improve interventions.

**Keywords:** Depression, Alcohol, Gender, Epidemiological Survey

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definição das categorias de consumo de álcool.....	16
Tabela 2: Diferenças de gênero quanto à prevalência na vida de dependentes de álcool e/ou drogas.....	17
Tabela 3: Taxa ao longo da vida (%) e idade de início de Depressão Maior (18-64 anos) ....	21
Tabela 4: População em área urbana do Município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.....	31
Tabela 5. Razão população/domicílio em área urbana do Município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.....	33
Tabela 6. Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade e local.....	33
Tabela 7: Variáveis selecionadas: categorias.....	41
Tabela 8: Características do consumo de álcool entre os gêneros.....	45
Tabela 9: Prevalência de depressão nas diferentes características sócio-econômicas, separadas por gênero, em porcentagem (ajustadas por peso).....	47
Tabela 10 - Distribuição de depressão nas diferentes características de consumo de álcool em porcentagem (ajustada por pesos).....	49
Tabela 11 -Prevalência de depressão segundo as características do consumo de álcool e respectivos <i>Odds Ratio</i> , para as mulheres.....	51
Tabela 12 -Prevalência de depressão segundo as características do consumo de álcool e respectivos <i>Odds Ratio</i> , para os homens.....	52
Tabela 13 - Resultados da Regressão Logística por passos para o gênero feminino: DEPRESSÃO.....	53
Tabela 14 - Resultados da Regressão Logística por passos para o gênero masculino: DEPRESSÃO.....	54

Tabela 15: Características sócio-econômicas da amostra estudada, separadas por gênero.

(ajustadas/peso).....68

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Prevalência de depressão nos diferentes padrões de consumo de álcool em mulheres e

homens, medidas ponderadas.....50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AUD:** *Alcohol Use Disorders*

**AUDIT:** *Alcohol Use Disorders Identification Test*

**CID 10:** Classificação Internacional de Doenças, 10º edição

**DSM IV:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; 4º edição

**ECA:** *Epidemiological Catchment Area*

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

**IRGGA:** *International Research Group on Gender and Alcohol*

**NESARC:** *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*

**NHMC:** *National Health and Medical Research Council*

**NIAAA:** *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PAHO:** Associação Pan Americana de Saúde

**QMPA:** Questionário para Morbidade Psiquiátrica para Adultos

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1.	O consumo de álcool entre os gêneros.....	17
1.2.	Depressão entre os gêneros.....	20
1.3.	Depressão e consumo de álcool entre os gêneros.....	24
1.4.	O Projeto GENACIS.....	28
1.5.	Amostra do Projeto GENACIS.....	30
1.5.1.	Processo de amostragem.....	34
1.6.	Coleta dos dados.....	35
2.	OBJETIVOS.....	35
3.	HIPÓTESES.....	36
4.	METODOLOGIA.....	36
4.1.	Financiamento.....	36
4.2.	Delineamento.....	36
4.3.	Cenário do estudo.....	37
4.4.	Amostra .....	37
4.5.	Instrumento: Questionário GENACIS .....	37
4.5.1.	Variáveis: Definições e categorias.....	38
4.6.	Análises estatísticas.....	42
5.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
6.	RESULTADOS .....	43
6.1.	Descrição da amostra.....	43
6.2.	Características do consumo de álcool entre os gêneros.....	43
6.3.	Características da depressão entre os gêneros .....	46

6.4. Associação consumo de álcool e depressão entre os gêneros.....	48
7. DISCUSSÃO.....	56
7.1. Limitações e possíveis vieses do estudo.....	57
7.1.1. A confiabilidade do autorrelato do consumo de álcool.....	57
7.2. Discussão dos resultados.....	58
7.2.1. Características do consumo de álcool entre os gêneros.....	58
7.2.2. Depressão entre os gêneros.....	60
7.2.3. Depressão e consumo de álcool entre os gêneros.....	63
8. CONCLUSÃO.....	67
9. ANEXOS.....	67
Anexo 1.....	68
Referências.....	69

## 1. INTRODUÇÃO

Na maioria das culturas, o álcool é a substância de abuso mais frequentemente usada e é responsável por considerável morbidade e mortalidade (KERR-CORRÊA, 2008). Os primeiros registros de contato do homem com as bebidas alcoólicas datam da Era Paleolítica, há cerca de quatro mil anos. Mil anos mais tarde, a percepção das consequências negativas do consumo de álcool começou a ser documentada nas Antigas Leis da Mesopotâmia as quais restringiam a venda de alcoólicos aos indivíduos fortemente embriagados. Adentrando a era Moderna, os movimentos pela temperança foram bastante disseminados, baseados no receio das consequências nocivas do consumo de álcool ou na preocupação de que a intoxicação poderia comprometer a relação do indivíduo com sua divindade (como no Antigo Testamento da Bíblia ou no Alcorão do Islamismo). Na atualidade, a crescente preocupação com as consequências nocivas do consumo do álcool tem estimulado o renascimento de idéias sobre a regulação internacional de bebidas alcoólicas, incluindo a possibilidade de adicionar o álcool ao “calendário de controle de drogas” dos tratados sobre drogas psicotrópicas utilizados atualmente em esforços coletivos para reprimir mercados ilegais para outras substâncias psicoativas como a cocaína e a heroína (ANTHONY et al., 2009)

As consequências do consumo de álcool são múltiplas e podem alcançar as diversas esferas da vida do indivíduo. Nos últimos anos, evidências científicas têm apontado a importância de conhecer o padrão de uso de álcool, que, dependendo da forma, elevaria o risco de desenvolvimento de problemas de saúde, familiares, ocupacionais, entre outros (ANDRADE et al., 2007).

Existem inúmeras maneiras de classificar o modo de beber e, na literatura de língua inglesa, as mais utilizadas são aquelas que caracterizam o nível de riscos e de prejuízos decorrentes do consumo de álcool. Tanto os riscos quanto os prejuízos são multifacetados e

podem ser aferidos desde uso de instrumentos de rastreamento do uso de risco, uso nocivo ou provável dependência como o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* até o preenchimento de critérios clínicos para uso abusivo ou dependência pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (MASSAK et al., 1997).

Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) o padrão de uso de risco é definido como o modo de beber que expõe frequentemente o indivíduo a qualquer consequência negativa (social, familiar, pessoal, legal), mas ainda sem prejuízos concretos e sem doença física ou mental associada. O padrão de uso nocivo, também denominado uso problemático, é o modo de beber no qual o indivíduo já acumula algum prejuízo em qualquer esfera de sua vida decorrente do consumo de álcool e pode estar associado à doença física ou mental. Por último, o padrão de dependência se caracteriza pela presença de sinais como tolerância ao consumo de álcool, abstinência e sensação de perda do controle sobre o modo de beber. (KERR-CORRÊA, 2006).

Outro modo de categorizar o consumo é pela aferição quantitativa do volume de álcool ingerido por dia. Cada categoria é classificada a partir das chances de um indivíduo desenvolver doença crônica secundária (como cânceres, por exemplo) ao se expor por longos períodos a uma determinada quantidade de álcool por dia (Organização Pan Americana de Saúde - PAHO, 2006). Na tabela abaixo há a discriminação de quatro categorias, para homens e mulheres.

Considerar um drinque equivalente a 12 a 14 gramas de álcool.

Tabela 1 - Definição das categorias de consumo de álcool

<b>Categorias do consumo</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Abstinentes ou muito leves</b>	<b>0 - &lt;0,25g/dia</b>	<b>0 - &lt;0,25g/dia</b>
<b>Bebedores baixo risco:</b>	<b>0,25g - &lt; 40 g/dia</b>	<b>0,25g - &lt;20 g/dia</b>
<b>Categoria I</b>		
<b>Bebedores moderado risco:</b>	<b>40g - &lt; 60 g/dia</b>	<b>20g - &lt; 40 g/dia</b>
<b>Categoria II</b>		
<b>Bebedores alto risco:</b>	<b>60g - mais/dia</b>	<b>40g - mais/dia</b>
<b>Categoria III</b>		

PAHO, 2006

Vale ressaltar que estes números podem variar entre os países. Na Austrália, o consumo de baixo risco é definido como vinte e oito drinques por semana para os homens e quatorze drinques por semana para as mulheres. (*National Health and Medical Research Council: NHMC, 2001*) Nos Estados Unidos, os mesmos limites são definidos para quatorze drinques por semana para homens e sete drinques por semana para as mulheres (*National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA, 1995*).

Neste contexto, é importante destacar o padrão de consumo denominado *binge drinking*. Este se caracteriza pelo uso episódico excessivo e com alto risco de prejuízos e, na literatura ocidental, ocorre quando do consumo de ao menos cinco drinques por ocasião (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993). Está associado a grandes chances de prejuízos agudos como acidentes automobilísticos, homicídios e algumas doenças como infarto cardíaco ou acidente vascular cerebral. Esta quantidade é suficiente para deixar a grande maioria das pessoas intoxicadas pelo álcool, embora se devam considerar outros determinantes como a velocidade da ingestão, se o consumo acompanha alguma refeição além do gênero do indivíduo (WECHSLER et al, 1994).



## 1.1 Consumo de álcool entre os gêneros

O consumo de álcool é, de forma pertinente, uma questão de gênero. Wilsnack e Wilsnack (1997) destacam o fato persistente de que em todas as culturas os homens bebem em maior quantidade e mais frequentemente que as mulheres. Esse seria um padrão universal e recorrente em diferentes sociedades e culturas. Mesmo com as mudanças sociais e melhores oportunidades educacionais e de trabalho para as mulheres, incluindo as populações de adultos jovens de universidades, essa diferença permanece.

A Tabela 2 ilustra as diferenças entre os gêneros a partir das prevalências de dependência de álcool e uso nocivo de drogas no Brasil e nos EUA.

Tabela 2 - Diferenças de gênero quanto à prevalência na vida de dependentes de álcool e/ou drogas:

Transtorno	PREVALÊNCIA			
	Homens		Mulheres	
	EUA % <sup>(1,2)</sup>	BRASIL % <sup>(3,4,5)</sup>	EUA %	BRASIL %
Dependência de álcool	20,1	5,5 a 17,1	8,2	0 a 11,2
Dependência de drogas	9,2	1,6	5,9	0,3 a 1
Uso nocivo de drogas	5,4	-	3,5	-
Dependência de tabaco	-	14,7 a 25,0	-	0,6 a 11

<sup>(1)</sup> Kessler et al., 1994; <sup>(2)</sup> Weissman et al., 1991; <sup>(3)</sup> Andrade et al., 1997; <sup>(4)</sup> Almeida et al., 1992; <sup>(5)</sup> Carlini et al., 2002.

O *Epidemiological Catchment Area* (ECA), realizado em cinco cidades norte-americanas, é um dos estudos mais amplos envolvendo prevalências das dependências químicas. Nele, 23,8% dos homens e 4,6% das mulheres tinham história de uso abusivo ou dependência de álcool ao longo da vida (proporção de 5,2 homens para 1 mulher) (ANTHONY et al., 1991).

No Brasil, vários estudos epidemiológicos têm abordado as condições relacionadas ao consumo de álcool. Em concordância aos estudos internacionais, homens bebem mais que as mulheres numa proporção que varia de 3:1 a 11:1 (SANTANA et al., 1988). Almeida-Filho e colaboradores, em 2004, num levantamento populacional na cidade de Salvador, Bahia, apontam índices de prevalência de abuso e ou dependência de álcool de 15,4% entre os homens e 1,3% entre as mulheres. Encontraram também, que o consumo global de álcool se associou positivamente com ser solteiro, não-migrante, ter nível superior e pertencer à classe econômica alta. Estes resultados divergem da maioria dos levantamentos nacionais que não mostravam associação com estes determinantes socioeconômicos sugerindo que elementos sociais e culturais determinam padrões locais de consumo de álcool (SANTANA et al., 1988).

Segundo Oliveira (1998), as razões levantadas para tentar explicar as diferenças no padrão de ingestão entre homens e mulheres se baseariam nos seguintes fatos: os homens começam a beber com menor idade; há uma repressão social e cultural para que as mulheres não bebam em excesso (uso nocivo ou problemático); mesmo aquelas que costumam beber em excesso, procuram esconder esse fato; há diferenças orgânicas importantes como: peso corporal menor, maior quantidade de tecido adiposo, menor massa muscular e menor volume de água corpórea, menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, além de outras variações no metabolismo e flutuações hormonais (tanto próprias das funções fisiológicas reprodutivas, como decorrentes da ingestão de anticoncepcionais e/ou das terapias de reposição hormonal). Estas diferenças orgânicas particulares das mulheres corroboram com o desenvolvimento da dependência do álcool, que nelas ocorreria num período mais curto, e também com a maior vulnerabilidade destas às complicações médicas como cirrose hepática, miocardiopatia e Síndrome de Korsakoff, entre outras (WILSNACK; WILSNACK, 1997). Mulheres alcoolistas têm mais comorbidade que os homens alcoolistas (65% mulheres *versus* 44% homens) e que as mulheres da população geral (31% das alcoolistas *versus* 5% das

outras mulheres) (CORDÁS, 2004). Outro dado importante é que as mulheres alcoolistas apresentam frequentemente comorbidade com transtornos depressivos e ansiosos, diferentemente dos homens, que apresentam maior comorbidade com transtornos de personalidade (KENDLER et al., 1993). Enquanto eles têm mais problemas legais e profissionais, elas têm mais problemas físicos e familiares (CORDÁS, 2004).

Os diferentes papéis sociais entre homens e mulheres também interferem na forma de consumo de álcool e suas consequências. Em relação às razões que desencadeiam o consumo de álcool, as mulheres parecem começar a beber a partir de eventos vitais estressantes como, por exemplo, a morte do cônjuge ou uma separação, diferentemente dos homens que não apontam um desencadeante especial. Homens bebem para mostrar sua masculinidade, principalmente para outros homens e têm uma tolerância social maior ao uso abusivo. Já as mulheres estão em meio a um debate social frente ao consumo de bebidas alcoólicas uma vez que alguns efeitos do álcool como a desinibição sexual as expõem ao risco de abuso. Estes efeitos são incompatíveis com os papéis tradicionais de esposa e dona de casa esperados socialmente para elas (WILSNACK et al., 2000).

Considerando a idade de início do uso de álcool, embora as mulheres iniciem o uso mais tardiamente em comparação aos homens, elas chegam a tratamento na mesma idade, mostrando a progressão mais rápida do alcoolismo entre elas (LEX et al., 1994). Em geral, elas iniciam o consumo influenciadas pelos companheiros, enquanto os homens o fazem com os amigos (CORDÁS, 2004). Com relação à frequência do uso em amostras clínicas, não se observaram diferenças entre homens e mulheres (CAETANO et al. 1995). Mulheres constituem um grupo com características relacionadas ao álcool bastante diferentes dos homens gerando a necessidade de um enfoque terapêutico distinto entre os gêneros (CORDÁS, 2004).

Assim, como o consumo de álcool é influenciado por diversos determinantes, biológicos, sociais e culturais, as repercussões deste consumo também podem refletir nas variadas esferas da vida do indivíduo, dentre elas, a saúde mental.

## **1.2. Depressão entre os gêneros**

A depressão, presente de modo universal em diversas populações e com registros desde a Antiguidade, é uma condição bastante prevalente e responsável por grande impacto sobre a vida de seus portadores acarretando prejuízos pessoais, familiares, sociais e ocupacionais. Indivíduos deprimidos têm maiores taxas de absenteísmo no trabalho, adoecem mais e com mais gravidade e morrem mais jovens que a população geral (OMS, 2006). Levantamentos epidemiológicos, realizados em várias partes do mundo, evidenciaram prevalências de depressão ao longo da vida que variaram de 7 a 12% entre os homens e de 20 a 25% entre as mulheres (OMS, 2006). Estes índices não eram dependentes da raça, da escolaridade, da renda *per capita* ou do estado civil (OMS, 2006; DSM IV). A observação de que há maior risco para depressão entre as mulheres se comparadas aos homens é o achado mais documentado nos levantamentos epidemiológicos psiquiátricos, oscilando entre 1,6 e 3,1 mulheres para cada homem, dependendo do país (OMS, 2006; CORDÁ, 2004; WEISSMAN, 1999). A Tabela 3 ilustra as taxas de depressão ao longo da vida em diversos países.

Tabela 3: Taxa ao longo da vida (%) e idade de início de Depressão Maior (18-64 anos)

	<b>Total</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Razão Mulheres/ Homens</b>	<b>Idade Média Início</b>
<b>EUA</b>	5,2	7,4	2,8	2,8	25,6
<b>Edmonton</b>	9,6	12,3	6,6	1,9	24,8
<b>Porto Rico</b>	4,3	5,5	3,1	1,8	29,5
<b>Paris</b>	16,4	21,9	10,5	2,1	29,2
<b>Alemanha Oriental</b>	9,2	13,5	4,4	3,1	29,7
<b>Florença</b>	12,4	18,1	6,1	3,0	34,8
<b>Beirute</b>	19,0	19,0	14,7	1,6	25,2
<b>Taiwan</b>	1,5	1,8	1,1	1,6	29,3
<b>Coréia do Sul</b>	2,9	3,8	1,9	2,0	29,3
<b>Nova Zelândia</b>	11,6	15,5	7,5	2,1	27,3

Fonte: Weissman e cols, 1996

No Brasil, Almeida-Filho e colaboradores (1992) realizaram um estudo epidemiológico em três centros urbanos – Brasília, São Paulo e Porto Alegre, e encontraram índices de prevalência para estados depressivos pelo instrumento Questionário para Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA) de insignificante para relatar a 5,9% entre os homens e entre as mulheres, de 3,8% a 14,5% (ALMEIDA-FILHO et al., 1992). Um segundo estudo conduzido no Brasil que fornece índices de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Andrade e colaboradores (1997), porém limitado a dois bairros da capital São Paulo. Os índices de prevalência de depressão pelo instrumento CIDI *Short Form* encontrados foram de 3,5% para os homens e 9,1% para as mulheres (FEIJO DE MELLO, 2007).

As explicações quanto às diferenças nas taxas de depressão entre homens e mulheres devem contemplar diversos fatores: desde os aspectos biológicos como o funcionamento cerebral e as diferenças endocrinológicas até os aspectos do desenvolvimento e da personalidade, dos comportamentos e experiências ao longo do ciclo da vida e, de forma pertinente, os aspectos sociológicos (CORDÁS, 2004).

Por motivos atribuídos ora à química, ora às condições externas, as mulheres sofrem aproximadamente duas vezes mais depressão que os homens. Esta proporção parece ocorrer também em outras formas como a distímia e a depressão menor (ANGST, 1997). Por outro lado, esta diferença não existe entre as crianças com depressão, mas se estabelece durante a puberdade mostrando que as flutuações de estrogênio e progesterona que se iniciam nesta fase da vida reprodutiva feminina têm efeitos sobre o estado de ânimo (CORDÁS, 2004). Não se observaram diferenças entre os gêneros quanto à idade média de início dos sintomas depressivos: de 24,04 para as mulheres para 23,53 para os homens (KESSLER, 1994; WEISSMAN, 1996).

Outro indício da relevância dos hormônios sexuais decorre da observação de que as mulheres apresentam formas exclusivas de alteração do humor que estão relacionadas a períodos de vida em que se alteram drasticamente os níveis de hormônios esteróides como a depressão puerperal, o transtorno disfórico pré-menstrual e a depressão na menopausa (HANNAH, 1993). O hormônio liberador de tireotropina também parece estar associado à diferença nas taxas de depressão entre os gêneros, pois um estudo encontrou índices aumentados deste hormônio no líquido de homens portadores de depressão ou transtorno bipolar do humor (FRYE et al., 1999).

Os papéis sociais entre homens e mulheres representam um fator importante na diferença de prevalências de depressão entre os gêneros, embora não tenham sido suficientemente estudados. Parte do motivo que explica o fato delas sofrerem mais depressão do que eles é que as mulheres são têm seus direitos de cidadania cerceados com mais frequência (SOLOMOM, 2002). Nos dias atuais, as mulheres acumulam responsabilidades na sociedade assumindo múltiplos papéis e sendo cobradas por bom desempenho em todas as suas atividades (CALIL, 2006). Além disto, na cultura ocidental, já a partir da adolescência, observa-se que os pais permitem menos independência às filhas e depositam nelas menores

expectativas e aspirações profissionais exigindo assim um maior esforço para alcançarem melhor status social (CORDÁS, 2004).

A literatura relata muito as qualidades próprias da depressão nas mulheres, mas pouco diz sobre as características da depressão entre os homens. Homens solteiros, divorciados e viúvos têm maiores taxas de depressão que os casados; já entre as mulheres, as maiores taxas estão entre as casadas (SOLOMOM, 2002, ALMEIDA-FILHO et al., 1992). Os homens com depressão tendem a apresentar comportamentos de violência ou abuso de substâncias. As mulheres apresentariam mais frequentemente reações depressivas a eventos estressantes de vida, teriam um enfrentamento mais ruminador e são descritas como menos agressivas (CORDÁS, 2004).

Ainda em relação aos determinantes externos, o abuso de substâncias forma com a depressão uma relação estreita e particular. Por um lado, os deprimidos abusam do álcool ou de outras drogas para aliviarem a depressão e, por outro, sofrem com as consequências deste consumo. Entre as drogas associadas à depressão, o álcool se destaca por ser um depressor do sistema nervoso central.

Como o consumo de álcool e a depressão se comportam de maneiras distintas entre homens e mulheres, é importante conhecer como se comportam as associações entre estas duas morbidades entre os gêneros para incrementar o conhecimento a respeito desta complexa relação.

### 1.3. Depressão e consumo de álcool entre os gêneros:

A comorbidade entre diferentes transtornos mentais e uso problemático de álcool é bastante relatada na literatura internacional tanto em amostras clínicas como em comunitárias. No estudo norte americano da *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), 37% dos indivíduos na população geral com um transtorno mental associado ao álcool também experimentavam outro diagnóstico psiquiátrico (REGIER et al., 1990). Os transtornos co-mórbidos mais comuns encontrados neste estudo foram os da ansiedade (19%), da personalidade anti-social (14%), afetivos (13%) e esquizofrenia (4%). No *British Psychiatric Morbidity Survey* (FARREL et al., 1998), avaliando três diferentes populações, os índices de dependência de álcool no período de 12 meses foram 5% em amostra domiciliar, 7% em amostra institucional e 21% entre os “sem teto”. Neste estudo, o consumo pesado e a dependência foram associados com os maiores índices de morbidade psiquiátrica. Sabe-se que deprimidos têm mais problemas relacionados ao álcool que os não deprimidos (WANG et al., 2004) e que bebedores problema deprimem mais que indivíduos abstêmios (KESSLER et al., 1997). Cuffel, em 1992, aponta que cerca de 50% dos indivíduos portadores de transtornos mentais graves podem apresentar algum problema relacionado ao consumo de álcool ao longo de suas vidas. Estabelecer as razões desta associação não é tarefa fácil, principalmente nos estudos epidemiológicos, embora seja um campo de pesquisa em franca expansão. Porém, como os problemas relacionados ao álcool e os transtornos mentais de um modo geral são bastante prevalentes, algum grau de sobreposição entre ambos deve ser esperado em qualquer população (EDWARDS, 2005).

Dentre os padrões de consumo de álcool, a dependência é o mais estudado e sua associação positiva com os transtornos mentais já está bem definida. (MASSAK et al., 2007) Entretanto, cada vez mais a investigação da associação entre morbidades psiquiátricas e uso de álcool está se voltando para os outros padrões de consumo. Uma das razões está no fato de



que, em termos epidemiológicos, os usuários não dependentes representam a grande maioria dos bebedores e são os que mais sofrem os prejuízos decorrentes do álcool (KREITMAN, 1986). Em países latino-americanos como o Brasil, o modo predominante de consumo caracteriza-se pelo beber episódico e pesado expondo o indivíduo a grandes chances de acidentes e prejuízos em vários aspectos da vida, dentre eles, os transtornos mentais (KERR-CORRÊA, 2006). Além disso, o delineamento mais detalhado dos estudos recentes tem demonstrado que a associação positiva entre depressão e uso problemático de álcool não é necessariamente verdadeira para todos os padrões de consumo afirmando que abstêmios e bebedores pesados podem apresentar piores escores de saúde mental quando comparados aos bebedores leves e moderados em algumas populações (GRAHAM, 2007; STEIN, 2002; RODGERS, 2006).

Entre as comorbidades mais comuns, os transtornos afetivos têm papel de destaque e apresentam altas taxas de prevalência em usuários com problemas relacionados ao álcool tanto em amostras clínicas (ROSS et al., 1998; SWENDSEN; MERIKANGAS, 2000) como epidemiológicas (GRANT et al., 2004; KESSLER et al., 1996; DAWSON et al., 2005). Por exemplo, um estudo norte americano com amostra de 43000 indivíduos (*National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*, NESARC, 2006) mostrou associação positiva entre transtornos relacionados ao consumo de álcool e depressão nos últimos 12 meses com *Odds Ratio* de 2,2. Um estudo canadense realizado com mais de 65000 dependentes de álcool em centros de tratamento, encontrou depressão maior segundo os critérios de DSM-IV em 31% dos homens e em 50% das mulheres (PATTEN et al., 1998).

Depressão e uso problemático de álcool são morbidades com etiologias multifatoriais e sofrem a influência de determinantes biológicos, sociais e culturais. Segundo Nealy e colaboradores (1995), cinco modelos de comorbidades podem justificar esta associação tão comum:

- Modelo A: as duas morbidades são independentes e co-ocorrem de forma aleatória;
- Modelo B: as duas morbidades compartilham fatores de risco;
- Modelo C: as duas morbidades compartilham muitos sintomas;
- Modelo D: uma delas é fator de risco para a outra;
- Modelo E: as duas morbidades são apresentações diferentes de uma única síndrome.

Como já foi dito, as duas morbidades são bastante prevalentes e podem ocorrer aleatoriamente num mesmo indivíduo. Ambas também compartilham alguns fatores de risco como eventos estressantes de vida e traumas psicológicos além da vulnerabilidade genética. Muitos sintomas são comuns como desânimo, anedonia, abandono das atividades prazerosas, culpa, arrependimento e sentimento de fracasso pela falta de controle sobre o modo de consumo (MASSAK et al., 1997) . A depressão é secundária ao consumo de álcool na maioria dos casos, contudo, certa proporção de bebedores tem depressão primária, o que pode predispor-los ao desenvolvimento de problemas com o álcool ou exacerbá-los. (EDWARDS, 2005) Do ponto de vista biológico, depressão pode ser decorrente de alterações neuroquímicas induzidas pelo uso crônico do álcool o que pode superestimar sua prevalência nestes indivíduos principalmente entre as mulheres entre as quais as repercussões orgânicas do uso nocivo são maiores se comparadas aos homens (LIPTON et al., 1994). Outra possibilidade seria a depressão como consequência de sofrimento psicológico pelos prejuízos pessoais, familiares, sociais e financeiros atribuídos ao álcool e, mais uma vez, as mulheres são mais susceptíveis por sofrerem mais com estes impactos negativos que os homens. (PATTEN, 1998; MADDEN et al., 1993). Sabe-se que o álcool é frequentemente usado para aliviar sintomas aflitivos presentes nos transtornos do humor, por outro lado, a abstinência em usuários crônicos de álcool cursa com angústia e mal estar psíquico (PATTEN et al., 1998).

Dorus e colaboradores, em 1987, observaram rápida redução nos escores da Escala de Depressão de Beck em 50 dependentes de álcool internados para desintoxicação. (Dorus et al., 1987) Röggl e Uhl (1995) conduziram um estudo prospectivo de um ano com 39 homens dependentes de álcool e observaram redução dos sintomas depressivos após a desintoxicação, redução ainda maior dos sintomas em abstinências prolongadas e rápida reinstalação de sintomas depressivos com as recaídas. Em um estudo longitudinal realizado em amostra comunitária com 9985 indivíduos portadores de depressão maior e/ou transtornos relacionados ao consumo de álcool, Grant e colaboradores observaram que 7% da amostra tinham depressão secundária ao uso de álcool (GRANT et al., 1996).

De um modo geral, deprimidos bebem mais e de forma mais nociva que indivíduos não deprimidos, em todas as categorias de consumo de álcool e em homens e mulheres, embora esta associação seja mais forte entre as mulheres (EDWARDS, 2005). Assim, vê-se que a presença de transtorno mental comórbido, principalmente depressão, é fator complicador do padrão de consumo e das consequências do uso de álcool embora a comorbidade seja, também, um acelerador da procura de ajuda especializada.

A maioria dos estudos confirma que a associação entre uso problemático de álcool e depressão é mais forte entre as mulheres. Uma metanálise de oito estudos longitudinais encontrou que o consumo de álcool está significativamente associado à depressão futura numa proporção que varia entre 2:1 a 4:1 entre mulheres e homens (HARTKA et al., 1991).

Além de maior sensibilidade biológica e psicossocial ao álcool, as mulheres também são mais susceptíveis à depressão com prevalência duas vezes maior que os homens em levantamentos epidemiológicos (ANGST et al., 2002; WEISSMAN et al., 1996). Para elas, o uso problemático de álcool costuma ser secundário à depressão (KEER-CORRÊA, 2006).

Conviver com cônjuge com problemas decorrentes do álcool também é fator determinante de sofrimento mental para homens e mulheres quando comparados àqueles que não têm um cônjuge com problemas decorrentes do consumo de álcool (HOMISH et al., 2006). Esta associação também é mais forte entre as mulheres por serem mais susceptíveis à violência doméstica.

Diante da complexidade da associação álcool-depressão, a definição das variáveis nos estudos sobre este tema é sempre decisiva na interpretação dos resultados. Na grande maioria dos levantamentos, as categorias de consumo de álcool são distintas entre si e a comparação entre os resultados é tarefa difícil (GRAHAM et al., 2007).

É de suma importância que se conheça o comportamento destas duas morbidades em amostras populacionais, suas prevalências e formas de associação entre si e entre as variáveis socioeconômicas. Há pouquíssimos estudos nacionais que abordam a comorbidade depressão-uso de álcool e o seu conhecimento, em nossa cultura, é útil para nortear políticas públicas nacionais e a abordagem clínica incrementando o sucesso e otimizando as intervenções.

#### **1.4. O Projeto GENACIS:**

O projeto GENACIS, formado pelas iniciais em inglês de gênero, álcool, cultura e internacional (GENACIS - *Gender, Alcohol, and Culture: a International Study*) com apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é um inquérito de saúde integrante do *International Research Group on Gender and Alcohol (IRGGA)* e tem por objetivo geral melhorar o entendimento de como as características individuais e sociais influenciam o comportamento de beber em homens e mulheres.

O IRGGA existe desde 1993. Fundado por especialistas em álcool representantes de vários países e tem por objetivo a elaboração de pesquisas multicêntricas que examinem aspectos das diferenças e influências de gênero no consumo de álcool e os problemas relacionados a este consumo. Tornou-se claro para o IRGGA que, se mais países participassem dessas pesquisas, os resultados seriam muito mais interessantes e os resultados comparáveis se fossem usados em questionário semelhante por todos. Assim originou-se o questionário GENACIS, do consenso entre muitos especialistas em álcool e epidemiologistas. Este questionário usa as mesmas questões sobre como, quanto, onde e com quem bebem as pessoas de diferentes culturas e estratos socioeconômicos, investigando possíveis problemas associados e suas possíveis correlações.

A partir de 1999, o Brasil uniu-se a este grupo por intermédio da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) sob responsabilidade da professora titular Florence Kerr-Corrêa e da Universidade Federal de São Paulo sob os cuidados do Professor Ronaldo Laranjeira. A parcela brasileira deste estudo será representada pela população do município de São Paulo e da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

O Departamento de Psiquiatria, Psicologia e Neurologia da Faculdade de Medicina de Botucatu oferece, em nível ambulatorial à população, assistência aos dependentes de álcool sob a forma de consultas médicas e dois grupos terapêuticos, um masculino e outro feminino. A partir do meu interesse na clínica e pela observação da grande prevalência de comorbidades psiquiátricas nos indivíduos frequentadores deste serviço universitário, surgiu a idéia deste tema para pesquisa. Uma proposta foi, então, elaborada e adaptada ao delineamento do projeto GENACIS em meados de 2007 para contribuir com informações provenientes da amostra brasileira deste projeto.

A metodologia disponível e a perícia construída nas regiões como resultado da participação no GENACIS podem ser utilizadas para envolver outros países, criar novos dados e contribuir com a construção do conhecimento da relação entre álcool e gênero nas regiões das Américas. Os novos dados e os já existentes permitirão comparações dentro do próprio país ou estado, além de permitir comparações com os dados internacionais nas diferenças de gênero quanto ao consumo, padrão de uso de álcool e problemas relacionados. O melhor entendimento da natureza e extensão do consumo de álcool e seus problemas nos darão informações críticas para a implementação de políticas mais efetivas, adaptadas para as características regionais.

O Projeto GENACIS foi desenvolvido em inúmeros países europeus. Há dados coletados e analisados em mais de 35 países de diferentes regiões do mundo. Participam atualmente deste levantamento o Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica, Belize, Brasil (dois núcleos de pesquisa: UNESP e UNIFESP), Peru, Chile, Argentina e Uruguai. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), tendo a Dra. Maristela Monteiro como responsável, coordena os esforços internacionais. Vários países fazem a pesquisa com verba local. No caso do Brasil, com verba da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP - Processo 04/11729-2).

### **1.5. Amostra do Projeto GENACIS:**

A população de estudo é constituída por pessoas com 18 anos ou mais de idade, residentes na área urbana dos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Os municípios foram agrupados em dois estratos. O primeiro compreende unicamente o município de São Paulo (MSP) e o segundo estrato, denominado Interior RMSP, serão alocados todos os outros municípios da região.

Os dados foram analisados para o total da Região Metropolitana de São Paulo e, em separado, para o Município de São Paulo. Nesse sentido, o tamanho da amostra foi determinado buscando-se atender às necessidades de precisão das estimativas para o Município de São Paulo, uma vez que não foram feitas estimativas, em separado, para o Interior da RMSP.

Mediante o objetivo de estimar a prevalência de uso de álcool, tabaco e outras drogas em distintos subgrupos populacionais, foram considerados, para fins de cálculo do tamanho de amostra, os seguintes domínios: homens e mulheres de 18 a 34 anos, de 35 a 59, de 60 anos ou mais anos de idade. Os dados referentes à população residente no Município de São Paulo, segundo esses subgrupos populacionais e estratos encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 - População em área urbana do Município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

Idade (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 34	1482501	21,5	1579953	22,9	3062454	44,4
60 e mais	386052	5,6	566705	8,2	952757	13,8
Total	3200969	46,4	3695877	53,6	6896846	100,0

Fonte: Censo 2000 – Fundação IBGE.

Para cálculo do tamanho de amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções, uma vez que a maior parte das estimativas do estudo são proporções de indivíduos com determinada característica:

$$n_0 = \frac{P \cdot (1 - P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

onde P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de P; d é o erro de amostragem admitido e deff é o efeito do delineamento.

Considerou-se que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ( $P = 0,50$ ), uma vez que a pesquisa tem múltiplos objetivos e essa proporção é a que leva à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se como efeito do delineamento, a estimativa de 1,5, correspondente ao acréscimo que espera ter na variância das estimativas em função da utilização de delineamento complexo de amostragem (sorteio de conglomerados e ponderação). Para um coeficiente de confiança de 95% ( $z=1,96$ ) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro

populacional P),  $n_0 = \frac{0,50 \cdot (1 - 0,50)}{(0,10/1,96)^2} \cdot 1,5 = 144$ , que foi arredondado para 150.

Considerando a intenção de garantir que 150 pessoas fossem entrevistadas no menor domínio do Município de São Paulo, o de homens de 60 anos e mais, calculou-se o número de domicílios que deveriam ser visitados para se obter esse número de entrevistas. Considerando que o Censo de 2000 contabilizou 2827849 domicílios no Município de São Paulo e tomando por base a razão de 0,1365 entre população residente de 60 anos ou mais e domicílios (Tabela 5), foram sorteados 1099 domicílios ( $150/0,1365=1099$ ).



Tabela 5-. Razão população/domicílio em área urbana do Município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

Idade	Homens	Mulheres
18 a 34	0,5242	0,5587
35 a 59	0,4712	0,5478
60 e mais	0,1365	0,2004

No Município de São Paulo, foram incluídas na amostra todas as pessoas residentes nos domicílios sorteados. Nos municípios do Interior da Região Metropolitana de São Paulo, foram entrevistados os maiores de 60 anos de todos os domicílios da amostra. Para a localização das pessoas das outras faixas etárias, foi sorteada a metade dos domicílios.

Na Tabela 6 estão indicados os números previamente esperados de entrevistas para cada subgrupo populacional, em cada estrato.

Tabela 6 - Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade e local.

Idade	MSP	Interior RMSP	Total RMSP
18 a 34	861	229	1090
35 a 59	744	197	941
60 e mais	370	92	462
Total	1975	518	2493

Considerando uma taxa de não resposta de 20%, foi sorteado um número maior de domicílios: 1400 no MSP ( $1099/0.80=1374$ ) e 1000 no Interior RMSP ( $768/0,8=960$ ). Dessa forma foram identificadas em torno de 3117 pessoas elegíveis (2469 no MSP e 648 no Interior da RMSP), das quais 2493 foram entrevistadas.

### 1.5.1: Processo de amostragem:

O processo de amostragem utilizado foi o da amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio. Foram sorteadas 60 unidades primárias de amostragem (setores censitários), sendo 35 no MSP e 25 no Interior RMSP. O sorteio foi com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios em área urbana. As frações de amostragem de primeiro estágio foram:

$$f_1 = \frac{35 \cdot M_i}{M} \text{ no Município de São Paulo e } f_1 = \frac{25 \cdot M_i}{M} \text{ no Interior RMSP,}$$

sendo  $M$  o número total de domicílios em área urbana ( $M=2827849$  no MSP e  $M=1974753$  no Interior RMSP) e  $M_i$  o número de domicílios do setor censitário  $i$ .

Todos os domicílios existentes nos setores censitários sorteados foram ser arrolados, em campo, elaborando-se a listagem de endereços. A partir dessa listagem, foram sorteados 40 domicílios no Município de São Paulo e 20 domicílios no Interior da Grande São Paulo, sendo

respectivamente, as frações de amostragem de segundo estágio:  $f_2 = \frac{40}{M_i}$  e  $f_2 = \frac{20}{M_i}$ .

A fração de amostragem global é expressa por:  $f = f_1 \cdot f_2$

$$f = \frac{35 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1400}{2827849} \cong \frac{1}{2020}, \text{ no MSP}$$

$$f = \frac{25 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{20}{M_i} = \frac{500}{1974753} \cong \frac{1}{3950}, \text{ no Interior RMSP.}$$

Para a Região Metropolitana de São Paulo, essas frações de amostragem são relativas à população de 60 anos ou mais. Para os menores de 60 anos, em função do sorteio de metade

dos domicílios, a fração foi:  $f = \frac{1}{7900}$ .

Para compensar as diferentes probabilidades de seleção, foram introduzidos pesos na análise dos dados.

A coleta dos resultados resultou em 2083 sujeitos.

### **1.6: Coleta dos dados:**

Os dados do Projeto GENACIS foram obtidos por meio de entrevista domiciliar. Primeiramente foram encaminhadas cartas de apresentação do Projeto e dos entrevistadores credenciados aos domicílios sorteados para que estes tomassem conhecimento do estudo. Os encontros eram agendados por telefone em horários convenientes aos entrevistados. Mais de uma entrevista poderia ser realizada até que se completasse o questionário.

Os entrevistadores foram devidamente treinados na realização da coleta de dados com o instrumento.

O período de coleta foi de meados de 2005 a meados de 2007.

## **2. OBJETIVOS:**

O foco deste estudo se apoiará sobre a perspectiva da associação entre consumo de álcool, gênero e depressão realizando as seguintes comparações entre os gêneros:

- prevalência de depressão;
- associação entre características socioeconômicas e depressão;
- associação entre depressão e consumo de álcool.

### **3. HIPÓTESES:**

- Depressão é mais prevalente entre as mulheres;
- Depressão não está associada à renda *per capita*;
- Depressão está mais fortemente associada aos padrões mais nocivos de consumo de álcool em homens e mulheres.

### **4. METODOLOGIA:**

#### **4.1: Financiamento:**

O presente projeto em gênero, cultura e problemas com álcool, tem a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e avalia as diferenças no comportamento de beber entre homens e mulheres. Os dados foram coletados e analisados em mais de 35 países de todas as regiões mundiais. O Instituto Nacional em Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA) financia os EUA e as reuniões do grupo de pesquisa internacional em álcool e gênero; e a União Européia financia os países europeus. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) uniu esforços recentemente, apoiando uma pesquisa nacional no Uruguai e tem esperado fundos adicionais para apoiar mais países. Na região das Américas, a OMS apoiou pesquisas na Costa Rica e Argentina e fontes de pesquisa nacionais apoiaram estudos no Brasil. O projeto atual tem apoio da FAPESP como já referido.

#### **4.2. Delineamento:**

Este estudo é parte do Projeto GENACIS e caracterizou-se como uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Tem por objetivo estimar parâmetros populacionais e observar possíveis associações entre consumo de álcool, depressão e características socioeconômicas.

#### **4.3. Cenário do estudo:**

O estudo foi realizado com indivíduos residentes na cidade de São Paulo e na Região Metropolitana da capital, compondo um total de 40 municípios (capital mais 39 da região metropolitana). Considerada o centro mais importante do ponto de vista social, econômico e político do território nacional. Em julho de 2005, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou a população da capital em cerca de 11 milhões de pessoas e para a região metropolitana, cerca de 20 milhões de pessoas.

#### **4.4. Amostra:**

A amostra constou de 2083 indivíduos adultos (com 18 anos ou mais de idade), residentes no município de São Paulo e na Região Metropolitana de São Paulo, que participaram do Projeto GENACIS realizado no Brasil entre os anos de 2005 a 2007.

#### **4.5: Instrumento: Questionário GENACIS (Anexo 1):**

O instrumento utilizado foi o questionário padrão GENACIS (Anexo 1), aplicado aos entrevistados por pesquisadores treinados especialmente para esta atividade. Trata-se de 119 questões fechadas divididas em 15 blocos que abordam os seguintes temas: características sócio-demográficas, avaliação da experiência no trabalho, rede social, variáveis de uso de bebidas (quantidade e frequência do uso), contexto familiar, e outros contextos em que bebe, consequências do beber, avaliação da saúde física e mental, relacionamentos íntimos, violência e vitimização entre casais.

Neste estudo, foram utilizadas as questões referentes às variáveis socio-econômicas, as questões associadas à depressão por meio dos critérios da escala *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI – *Short Form*) e algumas questões sobre o padrão de

uso de álcool.

A unidade de medida de álcool foi padronizada para 12-14g, equivalente à média de uma dose padrão no Brasil (KERR-CORRÊA, 2006).

Os participantes foram considerados abstêmios na vida se nunca consumiram álcool, ex-bebedores ou abstêmios atuais se não consumiram álcool nos últimos doze meses, bebedores leves os que consomem de uma a duas doses em um dia típico, bebedores moderados os que consomem de três a quatro doses em um dia típico e bebedores pesados os que consomem ao menos cinco doses em um dia típico. A variável *binge drinking* se refere ao consumo abusivo e episódico e se caracteriza pelo uso de cinco ou mais doses de bebida alcoólica numa única ocasião (Kerr-Corrêa, 2006).

Este questionário foi traduzido e cuidadosamente adaptado para as condições brasileiras sem sofrer alterações em seu conteúdo original. Foi aplicado em todos os respondentes mesmo que não fizessem uso de álcool.

#### **4.5.1. Variáveis: Definições e categorias:**

##### **Variável dependente:**

##### **Depressão:**

Neste estudo, trabalhou-se com o conceito epidemiológico de Depressão Maior, segundo o *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI-SF). Trata-se de um instrumento de rastreamento para transtornos mentais severos desenvolvido e validado pelo *Survey Research Center at the University of Michigan* em 2003 para aplicação em amostras populacionais. (Patten, 1997) Para depressão maior, em amostras comunitárias, este instrumento apresenta sensibilidade de 98,4%, especificidade de 72,7% (Patten et al., 1997).

A partir do questionário GENACIS, as quatro questões integrantes do CIDI-SF foram combinadas e a depressão foi considerada presente nos entrevistados apresentaram respostas

positivas para as questões L3 ou L4 e extensão dos sintomas por pelo menos metade do tempo nas questões L5 e L6, todas discriminadas abaixo:

**L3:** Durante os últimos 12 meses, houve alguma vez em que você se sentiu triste ou deprimido por duas semanas seguidas ou mais?

**L4:** Nos últimos 12 meses, houve um período de duas semanas seguidas ou mais em que você perdeu o interesse na maioria das coisas como hobbies/passatempos, trabalho ou atividades que usualmente lhe davam prazer?

**L5:** Para as próximas questões, por favor, pense num período de duas semanas seguidas ou mais, durante os últimos 12 meses, em que aqueles sentimentos foram piores. O sentimento de estar triste ou deprimido era geralmente ao longo do dia todo, metade do dia ou menos que a metade do dia?

**L6.** Durante aquelas duas semanas, você se sentiu desse jeito todos os dias, quase todos os dias ou com menos frequência?

#### **Variáveis Exploratórias:**

**Categorização do padrão de consumo nos últimos 12 meses:** Combinação das variáveis referentes à quantidade média de doses num dia típico de consumo (no questionário, combinações entre as questões e15):

- consumo leve: consome 1 a 2 doses/dia típico;
- consumo moderado: entre 3 e 4 doses/dia típico;
- consumo pesado: pelo menos 5 doses/dia típico;
- ex- bebedores: abstêmios nos últimos 12 meses;
- Abstinentes na vida;

Todas as categorias são mutuamente excludentes.

### Características sócio-econômicas:

- **gênero:** homem, mulher.
- **faixa etária:** 5 categorias: 18-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60 ou +;
- **estado civil:** 4 categorias: casado/amasiado, viúvo, separado, solteiro;
- **situação ocupacional:** assalariado, auxílio-doença, estudante, dona de casa, aposentado, desempregado, sem atividade;
- **religião:** não tem, católico, protestante, espírita, outra.
- **religiosidade é importante na sua vida?** 2 categorias: não e sim;
- **escolaridade:** 4 categorias a partir dos anos de estudo: até 4 anos, 5-8, 9-11, 12 +;
- **renda per capita** 4 categorias aferidas a partir da renda mensal *per capita* :0-150 reais; 151-300 reais; 301-600 reais; 601 ou mais reais;

### Outras variáveis do consumo de álcool:

- **frequência de *binge drinking*:** 2 categorias: menos que 1 vez/mês, ao menos 1 vez/mês;
- **presença de problemas decorrentes do consumo:** considerado problema qualquer consequência negativa em qualquer ocasião **no último ano** ou qualquer problema com a lei no último ano ou ao menos um critério para tolerância ao álcool;
- **cenários em que bebe:** o entrevistado costuma beber sozinho?
- **expectativas do consumo:** o entrevistado costuma sentir-se mais desinibido sexualmente ou mais comunicativo quando bebe?
- **padrão de consumo de álcool do cônjuge:** 3 categorias: abstinência/leve; moderado; pesado;
- **cônjuge com problemas decorrentes do consumo de álcool:** considerado problema qualquer consequência negativa em nível pessoal ou financeiro **no último ano**;
- **história de problemas decorrentes do álcool na família:** questão sobre uso de álcool



com problemas do pai e da mãe.

Tabela 7 - Variáveis selecionadas: categorias

Variáveis categóricas ordinais	Variáveis categóricas nominais
<b>Faixa etária:</b> 18-29 anos 30-39 anos 40-49 anos 50-59 anos 60 ou mais.	<b>Gênero:</b> Homem Mulher
<b>Renda per capita (em reais/mês):</b> 0/150 reais 151/300 reais 301/600 reais 600 ou mais.	<b>Estado Civil:</b> Casado/amasiado Viúvo Separado Solteiro
<b>Escolaridade:</b> até 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 ou mais	<b>Situação Ocupacional:</b> Assalariado Aposentado Auxílio-doença Estudante Dona de casa Desempregado Sem atividade
<b>Religião é importante na sua vida?</b> Não Sim	<b>Religião:</b> Não tem Católica Evangélica Espírita Outra
<b>Depressão:</b> Não Sim	
<b>Padrão de consumo de álcool:</b> Abstêmios na vida Ex-bebedores Leve Moderado Pesado	
<b>Frequência de <i>binge drinking</i>:</b> Até 1 vez/mês Mais de 1 vez/mês	
<b>Problemas decorrentes do álcool:</b> Não Sim	
<b>Cônjuge tem problemas decorrentes do álcool?:</b> Não Sim	
<b>Quando bebe, sente-se sexualmente?</b> desinibido Não Sim	

**Quando bebe, sente mais comunicativo?**

Não  
Sim

**Costuma beber sozinho?**

Não  
Sim

**Familiar com problema com álcool?**

Não  
Sim

**Consumo/álcool cônjuge:** Abstêmio/leve  
Moderado  
Pesado

---

**4.6. Análises estatísticas:**

A associação entre o padrão de consumo de álcool e cada uma das variáveis socio econômicas selecionadas foi investigada pelo teste de Rao-Scott (LEE; FORTHOFFER, 2006). Em função do desenho amostral estratificado, os dados foram ajustados por pesos. As análises foram feitas no programa Stata 10.0 e consideradas significativas para *p values* com respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para a análise conjunta da atuação de variáveis independentes foi utilizada a análise multivariada através da regressão logística . Foram analisados separadamente para homens e mulheres os fatores de risco presentes bem como padrões de uso de bebidas alcoólicas e presença de depressão. A importância relativa de fatores socio econômicos, por gênero, foi avaliada pela Razão de Chances (Odds Ratio). (HAMILTON, 2004)

**5: Considerações Éticas:**

O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, que segue as determinações da CONEP e aprovado para ampliação em 13/09/2004 (Anexo 2). Este recorte do Projeto GENACIS foi aprovado pela CEP em 2/10/2006 (Anexo 3). Só participaram aqueles que voluntariamente o quiseram, após

assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções.

## **6. Resultados**

### **6.1. Descrição da amostra**

A taxa de resposta foi de 74,9%.

Assim como nos últimos censos e contagens populacionais, o estudo GENACIS também mostrou uma parcela maior de mulheres do que de homens entre as populações do município e da região metropolitana de São Paulo: 41,6% de homens e 58,3% de mulheres. Houve predomínio das faixas etárias mais jovens (ao menos 50% dos respondedores abaixo dos 40 anos) e de casados ou amasiados em homens (64,3%) e mulheres (54,5%). As mulheres viúvas são 8,4% contra 5,0% dos homens ( $p < 0,000$ ). Baixa escolaridade está associada às faixas etárias mais velhas (não demonstrado na tabela). Dois terços dos homens são assalariados contra 45,5% das mulheres. Entretanto, entre os estudantes, 32,0% são mulheres e apenas 7,5% homens ( $p < 0,000$ ). Mesmo após as compensações das análises entre os gêneros, as mulheres possuem menor renda mensal ( $p < 0,001$ ) e mais mulheres responderam que a religião é importante em suas vidas se comparadas aos homens ( $p < 0,001$ ). (Tabela em Anexo 2)

### **6.2. Características do consumo de álcool entre os gêneros**

Em relação ao consumo de álcool entre os gêneros, homens e mulheres apresentaram características distintas em quase todas as variáveis testadas neste estudo conforme dados da Tabela 8.

Em relação ao consumo de álcool a observação da tabela mostra que há mais mulheres abstinentes que homens (69,55% *versus* 38,73%) e que os padrões de consumo mais pesados

são mais prevalentes no gênero masculino. Revela também que as diferenças entre os gêneros são mais acentuadas nas categorias extremas do consumo (abstêmios na vida e pesados) e se aproximam nas categorias intermediárias como os bebedores atuais (22,78% *versus* 24,76%) e bebedores leves (21,0% *versus* 21,9%).

Além do gênero, a faixa etária também se associou ao consumo de álcool em ambos os gêneros com a taxa de abstinência aumentando com a idade e as taxas de consumo mais pesadas sendo mais frequentes entre os mais jovens.

Tabela 8: Características do consumo de álcool entre os gêneros

	Mulheres (%) <sup>1</sup>	Homens (%) <sup>1</sup>	<i>p value</i> <sup>2</sup>
<b>Padrão de consumo de álcool</b>			0,00
Abstêmio vida	49,6	16,0	
Abstêmio atual	19,9	24,9	
Leve	21,4	21,0	
Moderado	5,6	17,4	
Pesado	3,2	20,6	
<b><i>Binge drinking</i></b>			0,00
Até 1 vez/mês	90,0	70,7	
Mais de 1 vez/mês	10,0	29,2	
<b>Problemas decorrentes do álcool?</b>			0,00
Não	78,0	36,9	
Sim	21,9	63,0	
<b>Costuma beber só?</b>			0,00
Não	89,4	70,5	
Sim	10,6	29,5	
<b>Sente-se desinibido (a) sexualmente ao beber?</b>			0,9
Não	78,0	77,6	
Sim	21,9	22,3	
<b>Sente-se mais comunicativo (a) ao beber?</b>			0,02
Não	88,6	74,0	
Sim	15,3	25,9	
<b>Cônjuge tem problemas decorrentes do álcool?</b>			0,00
Não	78,5	94,7	
Sim	21,4	5,2	
<b>Há familiares com uso problemático de álcool?</b>			0,09
Não	71,3	75,7	
Sim	28,6	24,2	
<b>Padrão de consumo de álcool do cônjuge</b>			0,00
Abstêmio/leve	71,3	92,5	
Moderado	14,3	4,7	
Pesado	14,3	2,6	

<sup>1</sup> Percentuais ajustados para o desenho amostral;

<sup>2</sup> Teste de Rao Scott ( $p < 0,05$ )

### 6.3. Características da depressão

A prevalência de depressão na amostra foi de 21,8% dos quais 28,3% são mulheres e 12,7% são homens, confirmando a hipótese deste estudo de que há maior prevalência de depressão entre as mulheres.

Na análise univariada por gênero, detalhada na Tabela 9, observa-se que entre as mulheres a depressão mostrou-se associada à ocupação ( $p=0,04$ ) sendo maior entre as assalariadas (43,4%) e entre as desempregadas (31,5%). Já entre as que se encontram afastadas por motivo de doença e as estudantes a prevalência de depressão foi de 1,7% e 2,6%, respectivamente. Não houve associação de depressão com outras características socioeconômicas como estado civil, renda *per capita* ou escolaridade, assim como religião e importância da religião em suas vidas.

Já entre os homens, a análise univariada mostrou associação de depressão com faixa etária ( $p=0,05$ ), sendo mais prevalente na 5ª década (24,5% dos homens entre 40 e 49 anos) e menos prevalente entre os homens com mais de 60 anos (10,9% deles têm depressão). Diferentemente das mulheres, não houve associação de depressão com ocupação ( $p=0,2$ ), assim como com as demais variáveis socioeconômicas como renda *per capita*, estado civil, escolaridade, religião e importância da religião em suas vidas.

Tabela 9 - Prevalência de depressão nas diferentes características socioeconômicas, separadas por gênero, em porcentagem

<b>Características socioeconômicas</b>	<b>Mulheres %<sup>1</sup></b>	<b><i>p value</i><sup>2</sup></b>	<b>Homens %<sup>1</sup></b>	<b><i>p value</i><sup>2</sup></b>
	<b>58,3%</b>		<b>41,6%</b>	
<b>Faixa etária (em anos)</b>		0,6		0,05
18 a 29	26,5		28,2	
30 a 39	22,7		20,9	
40 a 49	19,2		24,5	
50 a 59	12,5		15,4	
60 ou mais	18,9		10,9	
<b>Escolaridade (em anos)</b>		0,2		0,07
Até 4	36,7		29,1	
5 a 8	23,9		31,8	
9 a 11	27,7		29,1	
12 ou mais	11,6		10,0	
<b>Ocupação</b>		0,04		0,2
Assalariado	43,4		66,3	
Aposentado	8,1		18,2	
Incapaz por doença	1,7		2,7	
Estudante	2,6		0,9	
Desempregado	31,5		10,9	
Dona de casa	9,3		--	
Sem atividade	3,2		0,9	
<b>Estado civil</b>		0,1		0,4
Casado/Amasiado	53,0		59,1	
Divorciado	11,3		1,8	
Viúvo	10,5		7,3	
Solteiro	25,0		31,8	
<b>Renda per capita (em reais)</b>		0,9		0,9
0 a 150	40,2		29,1	
151 a 300	24,8		24,5	
301 a 600	18,9		21,0	
600 ou mais	16,3		25,4	
<b>Religião</b>		0,5		0,2
Nenhuma	6,4		18,3	
Católica	50,7		49,5	
Protestante	7,3		5,5	
Espírita	32,5		23,8	
Outra	2,9		2,7	
<b>Religião é importante na sua vida?</b>		0,7		0,6
Não	11,4		23,8	
Sim	88,6		76,2	

<sup>1</sup> Percentuais ajustados para o desenho amostral;

<sup>2</sup> Teste de Rao Scott.

#### 6.4. Associação consumo de álcool e depressão entre os gêneros

A associação univariada entre depressão e as características do consumo de álcool segundo o gênero está na Tabela 10. Entre as mulheres, observa-se que não há diferença estatisticamente significativa na prevalência de depressão entre as cinco categorias do consumo de álcool, contrariando a hipótese deste estudo de que depressão estaria associada aos consumos mais pesados de álcool em ambos os gêneros. Em relação às demais variáveis do consumo de álcool, que descrevem os hábitos e algumas informações a respeito do contexto do consumo, os seguintes resultados foram observados: houve associação de depressão com sensação de desinibição sexual ao beber ( $p=0,00$ ) e com a convivência com cônjuge portador de problemas decorrentes do consumo de álcool ( $p=0,00$ ). Não se associaram à depressão ( $p>0,05$ ): a frequência de episódios de *binge drinking*, a presença de problemas pessoais decorrentes do consumo de álcool, a sensação de sentir-se mais comunicativa ao beber, ter o hábito de beber sozinha, o padrão de consumo do cônjuge ou familiares com uso problemático de álcool.

Já entre os homens, a associação entre a depressão entre as cinco categorias do consumo de álcool foi estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ) com uma curva de distribuição que se assemelha a uma letra “M” com maiores prevalências de depressão em abstêmios atuais (14,0%) comparados aos abstêmios na vida (13,7%) e entre os bebedores moderados (16,0%) comparados aos bebedores pesados (12,5%) (Gráfico 2).

Ainda entre os homens, a frequência de episódios de *binge drinking* e a presença de problemas pessoais decorrentes do uso de álcool apresentaram associação positiva com depressão ( $p<0,05$ ). As demais variáveis que descrevem as expectativas e os cenários do consumo não tiveram influência estatisticamente significativa sobre a prevalência de depressão ( $p>0,05$ ).



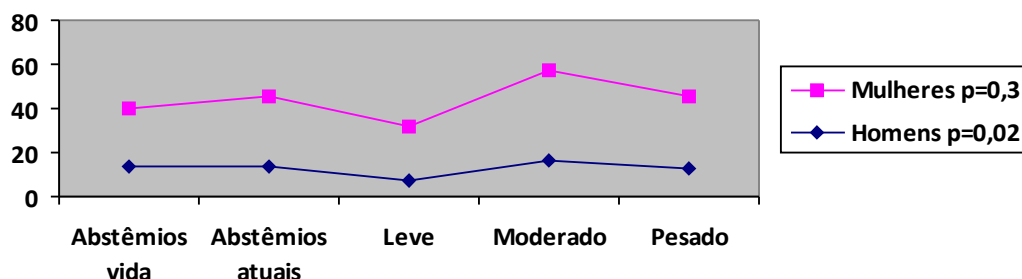
Tabela 10 - Distribuição de depressão nas diferentes características de consumo de álcool segundo o gênero

Características do consumo de álcool	Mulheres		Homens	
	Prevalência de depressão (%) <sup>1</sup>	<i>p value</i> <sup>2</sup>	Prevalência de depressão (%) <sup>1</sup>	<i>p value</i> <sup>2</sup>
<b>Padrão de consumo</b>		0,30		0,02
Abstêmios vida	26,2		13,7	
Abstêmios atuais	31,7		14,0	
Leve	24,2		7,7	
Moderado	41,2		16,0	
Pesado	33,3		12,5	
<b>Frequencia de <i>binge drinking</i></b>		0,40		0,03
Até 1 vez/mês	28,7		10,6	
Mais de 1 vez/mês	32,4		16,3	
<b>Problemas decorrentes do consumo de álcool</b>		0,90		0,05
Ausentes	28,1		8,5	
Presentes	41,4		16,0	
<b>Costuma beber só?</b>		0,8		0,06
Não	29,3		10,1	
Sim	28,2		17,0	
<b>Sente-se desinibida sexualmente ao beber?</b>		0,00		0,4
Não	24,4		11,7	
Sim	46,2		13,4	
<b>Sente-se mais comunicativa ao beber?</b>		0,50		0,1
Não	26,4		8,4	
Sim	28,1		18,1	
<b>Cônjuge tem problemas decorrentes do álcool?</b>		0,00		0,8
Não	24,7		16,1	
Sim	52,9		16,7	
<b>Há familiares com uso problemático de álcool?</b>		0,3		0,06
Não	26,5		10,7	
Sim	32,9		18,5	
<b>Padrão de consumo de álcool do cônjuge</b>		0,07		0,3
Abstêmio/leve	25,8		12,7	
Moderado	31,3		5,9	
Pesado	37,4		10,5	

<sup>1</sup> Percentuais ajustados para o desenho amostral;

<sup>2</sup> Teste de Rao Scott

**Gráfico 2: Prevalência de depressão entre os padrões de consumo de álcool em mulheres e homens**



A seguir, serão apresentadas nas tabelas 11 e 12, as análises bivariadas independentes e os valores dos *Odds Ratio* não ajustados para mulheres e homens respectivamente.

Entre as mulheres, estar abstinência atualmente se mostrou fator de risco para depressão incrementando as chances de deprimir em 8% quando comparadas às abstinências na vida. Já o padrão de consumo leve não se associou à depressão enquanto o consumo moderado esteve mais fortemente associado à depressão que o consumo pesado (*Odds Ratio* de 1,88 versus 1,64). Já entre os homens, os abstinências atuais têm 5% mais chances de deprimir em relação aos abstinências na vida. O padrão leve de consumo se mostrou protetor com *Odds Ratio* de 0,38 oferecendo proteção ao redor de 60%.

A presença de problemas pessoais decorrentes do consumo de álcool assim como o hábito de beber sozinha também foram fatores protetores para depressão entre as mulheres. Para os homens, os fatores protetores foram a sensação de desinibição sexual ao beber, conviver com cônjuge portador de problemas decorrentes do álcool e conviver com cônjuge com padrão moderado de consumo de álcool.

Tabela 11 -Prevalência de depressão segundo as características do consumo de álcool e respectivos *Odds Ratio*, para as mulheres (medidas não ajustadas):

<b>Características do consumo de álcool</b>	<b>Prevalência de depressão</b>		<b><i>Odds Ratio</i></b>
	<b>Não (%)</b>	<b>Sim(%)</b>	
<b>Padrão de consumo</b>			
Abstêmios vida	73,8	26,2	--
Abstêmios atuais	68,3	31,7	1,08
Leve	75,8	24,2	1,00
Moderado	58,8	41,2	1,88
Pesado	66,7	33,3	1,64
<b>Frequencia de binge drinking</b>			
Até 1 vez/mês	71,3	28,7	--
Mais de 1 vez/mês	67,6	32,4	1,19
<b>Problemas decorrentes do consumo de álcool</b>			
Ausentes	69,6	28,1	--
Presentes	58,6	41,4	1,7
<b>Costuma beber só?</b>			
Não	70,7	29,3	--
Sim	71,8	28,2	0,9
<b>Sente-se desinibido sexualmente ao beber?</b>			
Não	75,6	24,4	--
Sim	53,8	46,2	3,24
<b>Sente-se mais comunicativo ao beber?</b>			
Não	73,6	26,4	--
Sim	71,2	28,8	1,12
<b>Cônjuge tem problemas decorrentes do álcool?</b>			
Não	75,3	24,7	--
Sim	47,1	52,9	3,03
<b>Há familiares com uso problemático de álcool?</b>			
Não	73,5	26,5	--
Sim	67,1	32,9	1,35
<b>Padrão de consumo de álcool do cônjuge</b>			
Abstêmio/leve	74,1	25,9	--
Moderado	68,7	31,3	1,35
Pesado	62,6	37,4	1,90

Tabela 12 -Prevalência de depressão segundo as características do consumo de álcool e respectivos *Odds Ratio*, para os homens (medidas não ajustadas):

<b>Características do consumo de álcool</b>	<b>Prevalência de depressão</b>		<b><i>Odds Ratio</i></b>
	<b>Não(%)</b>	<b>Sim(%)</b>	
<b>Padrão de consumo</b>			
Abstêmios vida	86,3	13,7	--
Abstêmios atuais	86,0	14,0	1,05
Leve	92,3	7,7	0,38
Moderado	84,0	16,0	1,81
Pesado	87,5	12,5	1,10
<b>Frequencia de binge drinking</b>			
Até 1 vez/mês	90,0	10,0	--
Mais de 1 vez/mês	83,7	16,3	1,75
<b>Problemas decorrentes do consumo de álcool</b>			
Ausentes	91,5	8,5	--
Presentes	84,0	16,0	1,7
<b>Costuma beber só?</b>			
Não	89,9	10,1	--
Sim	83,0	17,0	1,68
<b>Sente-se desinibido sexualmente ao beber?</b>			
Não	88,3	11,7	--
Sim	86,6	13,4	0,74
<b>Sente-se mais comunicativo ao beber?</b>			
Não	91,6	8,4	--
Sim	81,9	18,1	1,63
<b>Cônjuge tem problemas decorrentes do álcool?</b>			
Não	83,9	16,1	--
Sim	83,3	16,7	0,8
<b>Há familiares com uso problemático de álcool?</b>			
Não	89,3	10,7	--
Sim	81,5	18,5	1,85
<b>Padrão de consumo de álcool do cônjuge</b>			
Abstêmio/leve	87,3	12,7	--
Moderado	94,1	5,9	0,25
Pesado	88,5	10,5	1,14

Assim, as análises univariadas alertam para uma maior diversidade de fatores associados à depressão entre as mulheres: além das características individuais do consumo, há interferência de variáveis ambientais, principalmente as relativas ao companheiro como conviver com cônjuge portador de problemas decorrentes do uso de álcool ( $p=0,00$ ). Já entre

os homens, os fatores que interferem na prevalência de depressão estão mais ligados às características individuais do consumo como o próprio padrão de beber, a maior frequência de episódios de *binge drinking* e a presença de problemas pessoais decorrentes do beber. Não houve associação das variáveis referentes ao contexto do beber assim como das relativas a problemas familiares ou da companheira ( $p > 0,05$ ).

#### Análises Multivariadas por gênero:

Tabela 13 - Resultados da Regressão Logística por passos para o gênero feminino:  
DEPRESSÃO

Regressão logística		N=86			
Log(verossimilhança)= - 37,109354		Teste de Wald (chi2)= 29,58			
		Prob > chi2 = 0,1989			
		Pseudo R2= 0,3048			
Depressão	Odds Ratio	Desvio Padrão	z	p> z	IC (95%)
<b>Idade contínua**</b>	0,91	0,37	-2,05	0,04	0,84—0,99
<b>Renda per capita(0-150)</b>					
150 a 300 reais	0,48	0,55	-0,63	0,52	0,05 – 4,5
301 a 600 reais	0,98	0,14	-1,59	0,11	0,05 – 1,72
601 ou mais	0,23	0,26	-1,26	0,20	0,24 - -2,22
<b>Escolaridade (0-4 anos)</b>					
5 a 8 anos	0,02	-0,52	-1,70	0,08	0,00 – 1,74
8 a 11 anos	0,9	1,34	-0,06	0,94	0,59 – 16,58
13 ou mais	0,82	1,22	-0,13	0,89	0,44 – 15,13
<b>Religião (não ter)</b>					
<b>Protestante**</b>	11,77	15,40	1,89	0,05	0,90 – 152,9
<b>Cônjuge: problemas pelo álcool (não)</b>					
<b>Sim**</b>	88,33	157,21	2,52	0,01	2,69 – 289,3

\*: Stata 10 excluiu viúvos, abstêmios atuais e padrão moderado de consumo de álcool por colinearidade.

\*\* :  $p < 0,05$

Tabela 14: Resultados da Regressão Logística por passos para o gênero masculino:

## DEPRESSÃO

Regressão logística		N=151			
Log(verossimilhança)= - 45,30087		Teste de Wald (chi2)= 52,42			
		Prob > chi2 = 0,0004			
		Pseudo R2= 0,3705			
Depressão	Odds Ratio	Desvio Padrão	Z	p> z	IC (95%)
<b>Idade contínua**</b>	1,06	0,02	2,18	0,02	1,00—1,11
<b>Renda per capita(0-150)</b>					
<b>150 a 300 reais</b>	3,95	4,39	1,24	0,21	0,44 –34,84
<b>301 a 600 reais**</b>	6,16	5,60	2,00	0,04	1,03 – 36,66
<b>601 ou mais**</b>	6,34	5,12	2,29	0,02	1,3 – 30,9
<b>Escolaridade ( 0-4 anos)</b>					
<b>5 a 8 anos</b>	0,65	0,92	0,30	0,76	0,04 – 10,25
<b>8 a 11 anos</b>	0,49	0,69	0,50	0,61	0,31 – 7,78
<b>13 ou mais</b>	0,43	0,58	0,62	0,53	0,31 – 6,04
<b>Padrão Consumo de álcool* (abstêmios vida)</b>					
<b>Pesado**</b>	6,43	5,98	2,00	0,04	1,04 – 35,84
<b>Problema pelo álcool (não)</b>					
<b>Sim**</b>	7,34	5,11	2,87	0,00	1,87 – 28,73
<b>Cônjuge:Padrão consumo álcool (abstêmio/leve)</b>					
<b>Moderado**</b>	0,06	0,81	2,07	0,03	0,00 – 0,86

\*: Stata 10 excluiu viúvos, abstêmios atuais e padrão moderado de consumo de álcool por colinearidade.

\*\* : p<0,05

A partir da tabela 13, na presença de outras variáveis, idade aparece como fator protetor para depressão entre as mulheres. Assim, a cada ano a chance de apresentar depressão é

reduzida em 9% ( $p=0,04$ ). Entre as demais características socioeconômicas, apenas a religião protestante se mostrou associada à depressão, apresentando Odds Ratio de 11,77 ( $p=0,05$ ).

Mantendo o resultado encontrado no cruzamento univariado, declarar padrão de consumo pesado ou apresentar mais de um episódio de *binge drinking* ao mês não se associou a depressão na análise multivariada.

Por outro lado, conviver com companheiro que apresente algum problema decorrente do uso de álcool, se manteve relevante na multivariada, apresentando Odds Ratio de 88,33 ( $p=0,01$ ), revelando ser a variável mais fortemente associada à depressão entre as mulheres.

Sentir-se desinibida sexualmente ou mais comunicativa foram excluídas dos cruzamentos multivariadas pelo número reduzido de indivíduos na amostra comprometendo o resultado final das análises.

Para os homens, para os quais os resultados estão na tabela 14, na presença das outras variáveis, a idade também se mostra associada à depressão com Odds Ratio de 1,06 ( $p=0,02$ )

Rendas *per capita* maiores apresentam-se na análise multivariada como relevantes incrementando a chance de depressão entre os homens. Declarar rendimentos entre R\$301 e R\$600 apresentou Odds Ratio de 6,16 ( $p=0,04$ ) enquanto rendimentos acima de R\$601, o Odds Ratio foi de 6,34 ( $p=0,02$ ).

Em relação às variáveis de consumo de álcool, declarar padrão moderado e apresentar problemas decorrentes do consumo se associaram à depressão com Odds Ratio de 6,43 ( $p=0,04$ ) e 7,34 ( $p=0,00$ ) respectivamente. A maior frequência de *binge drinking* não mais aparece nos cruzamentos multivariados ( $p=0,85$ ).

Também de forma distinta das mulheres, cônjuge com padrão moderado de consumo mostrou-se se protetor para depressão com Odds Ratio de 0,06 ( $p=0,03$ ).

## 7. Discussão:

Depressão e consumo de álcool são bastante prevalentes em levantamentos epidemiológicos e a associação entre ambos é complexa, sofrendo influência de múltiplos determinantes tanto biológicos como sociais e culturais (GRAHAM, 2007; KERR-CORRÊA, 2006; RODGERS, 2006). Dentre os determinantes biológicos, o gênero tem se revelado fator importante e, nas últimas décadas, devido à sua relevância, vem permeando cada vez mais as diversas áreas dos estudos populacionais (AQUINO, 2006). Porém, a despeito desta importância, no campo dos estudos relacionados ao álcool, as diferenças entre os gêneros não têm sido consideradas suficientemente (GREENFIEL, 2002) e grande parte do conhecimento que se dispõe nos dias de hoje provém de generalizações de estudos realizados com populações predominantemente masculinas (WILKE, 1994).

O presente estudo mostrou, de forma pertinente, que gênero é fator determinante para a prevalência de depressão, para o padrão de consumo de álcool e, também, para a associação entre ambos.

Ao final deste estudo, os resultados apontaram para uma associação entre depressão e as seguintes variáveis após ajuste para as variáveis de confusão: para as mulheres: faixa etária, à religião, à desinibição sexual ao ingerir álcool e à conviver com cônjuge portador de problemas decorrentes do álcool. Entre os homens, depressão se associou à faixa etária, à renda *per capita*, ao padrão de consumo de álcool e à presença de problemas pessoais decorrentes do álcool.

Antes de iniciar a comparação dos achados com a literatura, faz-se necessário discutir algumas limitações deste estudo.



## **7.1. Limitações do estudo:**

O delineamento transversal, apesar de apresentar vantagens quanto à velocidade e custo, apresenta algumas limitações em relação às inferências causais pois as exposições e os desfechos são observados simultaneamente. Assim, neste estudo, as associações entre depressão com as características do consumo de álcool e do ambiente em que vivem podem ter sido afetadas por este viés.

A taxa de não resposta de 25,1%, maior entre os homens e nas classes sociais mais altas, pode ser uma limitação. Uma das possíveis razões é a recusa pelo receio da violência urbana. Embora não haja consenso a respeito de uma taxa de resposta mínima para os inquéritos populacionais (JOHNSON, 2003), neste estudo a taxa foi semelhante à outros realizados em grandes centros urbanos, onde a questão da violência é tema recorrente (CRYER et al., 2001; LARANJEIRA et al., 2007).

Há de se considerar também que os indivíduos que participaram deste estudo foram convidados e aceitaram colaborar. Contudo, aqueles que rejeitaram a participação podem ter características peculiares que alterariam a configuração da amostra já que a taxa de não resposta deste estudo correspondeu a 1/4 do total de convidados. As pessoas que participam de levantamentos são mais preocupadas com a saúde e se expõem menos a situações de risco (LIMA et al., 2006). Já as que se recusam podem fazê-lo para evitar exposições e relatos de seus problemas.

### **7.1.1. A confiabilidade do autorrelato do consumo de álcool:**

Outra limitação importante é a confiabilidade do relato. O instrumento utilizado (questionário GENACIS) é bastante extenso e, em muitos casos, precisou ser preenchido em 2

ou 3 encontros. Por seu preenchimento ser cansativo e exigir do respondedor a descrição de informações minuciosas, há possibilidade das respostas terem sofrido influência do viés de memória. Além disto, o relato do consumo de álcool pode ter sido influenciado pelo possível desconforto em relatar uso de grandes quantidades de bebida. No entanto, se este viés ocorreu, provavelmente foi conservador e os resultados podem estar subestimados, principalmente entre as mulheres para as quais as intimidações sociais ao consumo de álcool são maiores.

Apesar de alguns autores referirem a negação do consumo pelos dependentes de álcool ou outras drogas, a literatura tem demonstrado que, sob circunstâncias adequadas, as informações colhidas são reais, apontando um alto nível de concordância entre dados de autorrelato de bebedores problema e outras fontes de informação, tais como familiares e cônjuges (MILLER; CRAWFORD; TAYLOR, 1979; MIDANIK, 1982; FORMIGONI; CASTEL, 1999).

## **7.2. Discussão dos resultados**

### **7.2.1. Características do consumo de álcool entre os gêneros**

O presente estudo apontou que homens e mulheres não têm o mesmo padrão de consumo de álcool e que, entre eles, as taxas de abstinência são menores e o consumo de álcool é mais agressivo: 61,2% dos homens bebem contra 30,4% das mulheres e 21,8% deles declararam consumo pesado contra 3,6% delas. As diferenças entre os gêneros são mais acentuadas nos padrões extremos como os abstêmios na vida (14,0% homens e 46,7% mulheres) e bebedores pesados (21,8% homens e 3,6% mulheres) e mais homogêneas para o padrão leve (21,9% homens e 21,0% mulheres).

Além do gênero, a faixa etária também se associou ao consumo de álcool em ambos os gêneros com a taxa de abstinência aumentando com a idade e as taxas de consumo mais pesadas sendo mais frequentes entre os mais jovens.

O consumo de álcool foi avaliado por meio da quantidade ingerida por ocasião. Este parâmetro foi escolhido devido à sua relevância como parâmetro fidedigno de associação positiva com consequências negativas secundárias ao álcool (LIMA et al., 2008; GRAHAM et al., 1980). Sabe-se, contudo, que a mensuração do padrão de consumo de álcool é controversa e que a estratégia utilizada pode subestimar as prevalências de uso abusivo.

Os achados deste estudo são congruentes com a literatura. Em todas as culturas, homens e mulheres bebem de formas distintas (KERR-CORRÊA, 2006). No Brasil, o I Levantamento Nacional sobre Consumo de Álcool e outras Drogas, publicado em 2005, mostrou que 52% dos brasileiros adultos bebem atualmente, ou seja, consumiram bebidas alcoólicas mais de uma vez no último ano. Destes, 65% são homens e 41% mulheres (LARANJEIRA et al., 2007).

De um modo geral, os homens bebem mais e de forma mais nociva. No *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA), história de abuso ou dependência de álcool foi observada em 23,8% dos homens e em 4,6% das mulheres (ANTHONY et al., 1991). Na América Latina, o número de mulheres farmacodependentes permanece, ainda, subestimado pela escassez de estudos nesta área. No Brasil, Almeida-Filho e colaboradores (1992) apontam para um índice de prevalência global de abuso/dependência de álcool pelo Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) de 15,4% entre os homens e 1,3% entre as mulheres num levantamento realizado em três capitais. O I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool e Outras Drogas na população brasileira encontrou que consumo pesado (ao menos 5 doses/ocasião) foi referido por 38% dos homens

e 17% das mulheres enquanto consumo leve (até 2 doses/ocasião) foi referido por 38% dos homens e 63% das mulheres (LARANJEIRA et al., 2007).

Em relação à idade, as pessoas costumam beber menos com o passar do tempo (MOORE et al., 2005). No estudo de Moore et al. (2005), com o avançar da idade, o consumo de álcool entre os homens declina 19% por década de idade comparado com um declínio de 13% entre as mulheres. Em estudo realizado por Almeida-Filho et al. (2005) na Bahia, onde a prevalência global de uso nocivo de álcool foi de 6,9%, houve uma tendência linear por idade, com taxas aumentando de 5,5% entre adultos jovens para 9% no grupo de idade de 45 a 54 anos, seguido por 6% nos grupos de idade mais senis. O índice de abuso foi quase seis vezes mais prevalente entre homens (12,4%) que entre as mulheres.

No estudo de Holdcraft e Iacono (2002), identificou-se que a idade de início do consumo de álcool tem se tornado mais precoce através do tempo. O início precoce e as altas taxas de consumo têm sido associados com alto risco de dependência de álcool. Indivíduos com início mais precoce (14 anos ou menos) são mais propensos que aqueles com início mais tardio (20 anos ou mais) a desenvolver dependência de álcool em algum ponto da vida (mais de 40% *versus* aproximadamente 10%). No Brasil, o uso de álcool começa antes dos 15 anos em 33,3% das mulheres e 40,3% dos homens (SIMÃO et al., 2002).

### **7.2.2. Depressão entre os gêneros:**

A prevalência de depressão encontrada foi de 21,0%, sendo 13,3% para os homens e 27,9% para as mulheres confirmando a hipótese deste estudo de uma maior prevalência entre as mulheres. São valores superiores aos encontrados na literatura internacional onde as taxas variaram entre 5 a 9% para as mulheres e 2 a 3% para os homens (DSM IV) embora preserve a proporção de 2:1 esperada entre os gêneros (DSM IV).

A elevada prevalência de depressão neste estudo pode ser decorrência da alta sensibilidade do instrumento *CIDI-Short Form* que trabalha com o conceito epidemiológico de depressão e não com o conceito clínico de Episódio Depressivo Maior (DSM-IV ou CID 10). Este instrumento pode superestimar a prevalência desta morbidade por basear-se em poucas questões para a interpretação dos resultados e, também, por não excluir os portadores de síndrome depressiva secundária a comorbidades clínicas ou abuso de álcool e outras drogas. Segundo Patten e colaboradores (1997), com este instrumento a prevalência pode ser aumentada em até 50% (PATTEN et al. 1997). No Brasil, Almeida-Filho e colaboradores (1992) encontraram taxas de depressão pelo instrumento QMPA que variaram de insignificante para relatar a 5,9% entre os homens e entre as mulheres, de 3,8% a 14,5% (ALMEIDA-FILHO et al., 1992). Um segundo estudo conduzido no Brasil que fornece índices de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Andrade e colaboradores (1997), porém limitado a dois bairros da capital São Paulo e, portanto, com amostras não representativas da população urbana da cidade de São Paulo. Os índices de prevalência de depressão pelo instrumento *CIDI Short Form* encontrados foram de 3,5% para os homens e 9,1% para as mulheres (FEIJO DE MELLO, 2007).

Neste presente estudo, idade se comportou como fator protetor à depressão entre as mulheres com *Odds Ratio* de 0,91 ( $p=0,04$ ; IC 95%: 0,84-0,99) a cada ano de vida. Estes achados sugerem uma melhora da qualidade de vida na maturidade para esta amostra. Entre as possíveis causas, encontra-se uma boa condição de saúde como resultado dos programas preventivos de saúde da mulher, melhor tolerância e adaptação à condição de viuvez além de uma vida social mais ativa e sem as responsabilidades com a maternidade e o cuidado com os filhos.

Já entre os homens, a idade apresentou-se como fator de risco com *Odds Ratio* de 1,06 ( $p=0,02$ ; IC 95%: 1,00-1,11) embora com pouco impacto real pois o intervalo de confiança inclui o valor 1.

Publicações internacionais sobre transtornos do humor dão conta que idade é um dos fatores mais fortemente associados à depressão. Enquanto para os homens a prevalência diminui com o passar dos anos, para as mulheres, observa-se um aumento da prevalência entre a puberdade e a menopausa para, a partir daí, começar a declinar (ANGST et al, 1997). O *Canadian National Population Health Survey* (CNPHS) encontrou que, entre os homens, a prevalência de depressão pelos critérios do CIDI *SF* variou de “insignificante para relatar” para os maiores de 65 anos a 5,2% para jovens entre 12 e 24 anos (PATTEN et al, 2000). A prevalência entre as mulheres também varia com a idade com taxas de 3,1% para as maiores de 65 anos e 9,6% para as jovens de 12 a 24 anos (PATTEN et al, 2000). Patten e colaboradores, em 2006, num estudo populacional em território canadense encontraram associações de depressão pelos critérios do CIDI *SF* com idade, gênero e estado civil, no qual mulheres solteiras tinham taxas decrescentes de depressão com o passar da idade enquanto, entre os homens solteiros, estas taxas aumentavam (PATTEN et al. 2006).

Observou-se também neste estudo que pertencer à religião protestante se comportou como fator de risco para depressão entre as mulheres com *Odds Ratio* de 11,77 ( $p=0,05$ ; IC 95%:0,90-152,90) embora este resultado tenha pouco impacto real pela grande amplitude do intervalo de confiança e por este incluir o valor 1.

Para os homens, depressão se associou às rendas *per capita*s mais altas, com *Odds Ratio* de 6,16 para renda entre R\$301 e R\$600 reais e *Odds Ratio* de 6,34 para renda a partir de R\$ 601 reais contrariando a hipótese deste estudo de que depressão não estaria associada à renda *per capita*.

Estes achados são discordantes da literatura internacional onde há evidência de uma associação inversa entre depressão e nível socioeconômico (GRANT et al, 2000; PATTEN et al, 2006; GRAHAM, 2007) . Levantamentos epidemiológicos no Canadá e nos Estados Unidos relatam que indivíduos das classes sociais mais baixas têm ao menos duas vezes mais taxas de transtornos mentais como ansiedade ou depressão (GRANT et al, 2000; GRAHAM, 2007). Contudo, Kessler e colaboradores (1994), não encontraram um padrão de associação entre depressão e classe socioeconômica. Cabe aqui ressaltar que, nos indivíduos do estrato social mais baixo, depressão pode apresentar-se com predomínio de sintomatologia somática como fraqueza e dores pelo corpo, reduzindo, assim, a detecção pelos instrumentos de rastreamento diagnóstico como o CIDI *Short Form*, por exemplo (SOLOMON, 2002).

Após controle para todas as variáveis independentes, situação conjugal, escolaridade e ocupação tiveram efeito nulo sobre a prevalência de depressão em ambos os gêneros no estudo atual.

### **7.2.3. Depressão e consumo de álcool entre os gêneros**

Este presente estudo encontrou uma associação não linear entre depressão e padrão de consumo de álcool em ambos os gêneros. Como a categoria de abstêmios foi subdividida entre abstêmios na vida e abstêmios atuais, as curvas de associação encontradas para homens e mulheres seguiram a forma de uma letra “M”, representando que abstêmios atuais têm mais depressão que abstêmios na vida e que bebedores moderados têm mais depressão que bebedores leves e pesados embora estes resultados não tenham sido estatisticamente significativos para a população feminina ( $p > 0,05$ ). Há, porém, a possibilidade desta associação existir entre elas, mas estar mascarada. Deve-se considerar a ocorrência de viés de classificação para as mulheres: primeiramente, para elas, há mais restrições sociais ao consumo pesado, intimidando a resposta fidedigna das bebedoras das categorias mais pesadas. Além disto, as quantidades de doses utilizadas para compor as categorias de consumo foram

as mesmas para homens e mulheres mesmo sabendo que, para elas, beber quatro doses por ocasião já as incluiria na categoria de bebedoras pesadas, embora tenham sido incluídas na categoria de bebedoras moderadas. Cabe aqui apontar também que os abstêmios atuais podem ser ex-bebedores problemáticos e que, mesmo em abstinência sustentada, podem ainda conviver com os prejuízos advindos do consumo nocivo de álcool como problemas de saúde, conjugais ou financeiros justificando, assim, a maior prevalência de depressão nesta população.

A menor prevalência de depressão entre os bebedores pesados sugere que, aqueles que sobreviveram à alta mortalidade do uso pesado do álcool, seriam mais resistentes à depressão ou, uma segunda possibilidade seria o fato de não discriminarem o sofrimento psíquico já que este resultado advém da auto-percepção de estar deprimido. Para os homens, após controle para todas as variáveis independentes, somente o padrão moderado de consumo de álcool sustentou a associação positiva com depressão.

Uma associação não linear entre consumo de álcool e a presença transtorno mental foi documentada pela literatura internacional apontando que as taxas de depressão e ansiedade dos abstêmios são maiores aos dos bebedores leves ou moderados (RODGERS et al., 2000; POWER et al. 1998; ALATI et al., 2005). Entre as razões apontadas pelos autores para justificar esta associação estão o fato de que os bebedores teriam uma maior oferta de ambientes sociais para se divertirem. Além disso, ponderam que os abstêmios podem ser portadores de outras comorbidades clínicas como diabetes, cânceres ou outras doenças crônicas que contra-indicam o consumo de álcool e comprometem a qualidade de vida dos indivíduos portadores. Rodgers e colaboradores (1997) relataram num levantamento epidemiológico em Sydney, na Austrália, que os bebedores leves tiveram os menores índices de transtornos afetivos pelo DSM-IV quando comparados às demais categorias de consumo



de álcool incluindo abstinentes, bebedores moderados e bebedores pesados. As maiores taxas estiveram entre os bebedores pesados (RODGERS et al., 2007).

Apesar de conhecida a repercussão negativa do *binge drinking* tanto para a saúde quanto para os demais problemas pessoais como o risco de se envolver em acidentes ou brigas e ressentimentos no ambiente familiar ou profissional (OMS, 1993; KER-CORRÊA, 2006), este se mostrou associado à depressão entre os homens somente quando analisado individualmente, mas esta associação não se sustentou quando da realização da regressão logística multivariada. Entre as mulheres, não houve associação com esta variável.

Como apontado anteriormente, a associação entre depressão e consumo de álcool sofre a influência de múltiplos determinantes. Além das características individuais do consumo de álcool, há de se considerar que muitas características do ambiente em que se vive, incluindo a convivência com pessoas com uso problemático de álcool, repercutem sobre a saúde mental.

Homish e colaboradores (2006) referem que as mulheres são mais susceptíveis à depressão quando têm problemas pessoais com o álcool ou quando convivem com marido alcoolista. Já os homens são mais susceptíveis à depressão quando apresentam problemas individuais decorrentes do álcool e que a convivência com esposa alcoolista não aumenta suas taxas de depressão (HOMISH et al. 2006). HOLMILA e colaboradores (1982), em um estudo transversal de base epidemiológica, evidenciaram que, diante de eventos estressantes da vida, abstêmios e bebedores pesados apresentam mais sintomas depressivos reativos quando comparados ao bebedores moderados (até dois drinques por dia). Sugerem, assim, que o álcool teria um papel modulador sobre as respostas emocionais aos diversos eventos estressantes de vida (HOLMILA et al., 1982).

Entre as mulheres, o achado mais relevante deste estudo atual foi a forte associação entre depressão e a convivência com cônjuge portador de problemas decorrentes do álcool. Estes resultados trazem à tona que a mulher sofre mais emocionalmente com as repercussões de um ambiente doméstico problemático. Por outro lado, a presença de problemas pessoais decorrentes do consumo de álcool não se associou à depressão entre as mulheres. Estes dados são reproduzidos pela literatura internacional. Oliveira e colaboradores (1998), em um estudo realizado em amostra clínica encontraram que esposas de homens dependentes de álcool apresentavam altas taxas de ansiedade, relatavam mais eventos estressantes de vida nos últimos meses e se envolviam em menos atividades sociais (OLIVEIRA, 1998). Por outro lado, Midanik e colaboradores (1994), encontraram em amostras comunitárias, que tanto esposas quanto maridos de companheiros dependentes de álcool tinham maior prevalência de depressão pelos critérios da *Center of Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D). Não há estudos nacionais para comparação (MIDANIK et al., 1994).

Para os homens, a presença de problemas decorrentes do consumo de álcool se mostrou fator de risco para depressão. Para eles, conviver com as consequências negativas individuais do consumo de álcool interfere negativamente sobre sua saúde mental. Por outro lado, homens convivendo com cônjuge com consumo moderado se mostrou fator protetor para depressão provavelmente pela maior tolerância masculina a um ambiente familiar mais permissivo ao consumo de álcool. Homish e colaboradores (2006) referem que, em determinadas configurações familiares, o consumo moderado de álcool teria um papel atenuador dos estresses diários e contribuiria para a melhor convivência em ambiente doméstico (HOMISH et al., 2006).

Estes achados vêm contribuir para o conhecimento escasso em nossa cultura acerca da forma de associação entre o álcool e a depressão entre os gêneros. A escassez de dados

nacionais reforçam a necessidade de mais estudos sobre esta relação sedimentando o as informações e norteando políticas públicas próprias para as características brasileiras.

## **8. Conclusão:**

Diante destes resultados, observou-se que a associação entre depressão e consumo de álcool é distinta entre homens e mulheres. Para elas, há associação positiva com características do ambiente como conviver com cônjuge com problemas decorrentes do álcool e não há associação com características do consumo individual, mesmo que este seja problemático. Para eles, há associação positiva entre depressão e características do consumo individual como ter um padrão de consumo moderado e ter um uso problemático de álcool e não há associação com características do ambiente.

Este estudo apontou para uma característica do álcool que é a capacidade de extrapolar os seus prejuízos para além do indivíduo que o consome e que este impacto é dependente do gênero.

O conhecimento destas formas de associação é fundamental, principalmente em levantamentos epidemiológicos, para que auxilie na compreensão e na elaboração de estratégias de intervenção na população brasileira.

## **9. Anexos:**

Anexo 1: Tabela 15: Características socioeconômicas da amostra estudada segundo o gênero

Anexo 2: Questionário GENACIS (em CD)

Anexos 3: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (em CD)

## Anexo 1

Tabela 15: Características socioeconômicas da amostra estudada segundo o gênero

<b>Características socioeconômicas</b>	<b>Mulheres (%)<sup>1</sup></b>	<b>Homens (%)<sup>1</sup></b>	<b><i>p value</i><sup>2</sup></b>
	<b>58,4%</b>	<b>41,6%</b>	
<b>Faixa etária (anos)</b>			<b>0,4</b>
18 a 29	26,7	29,7	
30 a 39	21,1	22,2	
40 a 49	17,4	16,1	
50 a 59	13,1	12,3	
60 e mais	21,6	19,5	
<b>Escolaridade (anos)</b>			<b>0,07</b>
Até 4	43,6	27,5	
5 a 8	21,3	24,7	
9 a 11	32,3	33,4	
12 e mais	11,7	14,2	
<b>Ocupação</b>			<b>0,00</b>
Assalariado	45,5	70,9	
Aposentado	10,6	17,3	
Desempregado	0,9	1,2	
Incapaz por doença	2,2	1,5	
Estudante	32,0	0,0	
Dona de casa	7,0	7,5	
Sem atividade	1,8	1,5	
<b>Estado civil</b>			<b>0,00</b>
Casado	54,5	64,3	
Divorciado	12,9	2,4	
Viúvo	8,4	5,0	
Solteiro	24,1	28,1	
<b>Renda <i>per capita</i> (em reais)</b>			<b>0,0001</b>
Até 150	39,8	28,6	
151 a 300	21,4	22,6	
301 a 600	20,5	24,8	
600 e mais	18,2	24,8	
<b>Religião</b>			<b>0,00</b>
Não tem	5,1	13,4	
Católico	53,7	56,6	
Protestante	6,9	3,9	
Espírita	31,6	23,0	
Outra	2,6	3,0	
<b>Religião é importante?</b>			<b>0,001</b>
Não	10,3	18,8	
Sim	89,7	81,2	

<sup>1</sup> Medidas ajustadas pelo peso amostral<sup>2</sup> Teste de Rao Scott

## Referências

ALATI, R., LAWLOR, D.A.;NAJMAN, J.M.; WILLIAMS, G.D.; BOR, W.; 2005. Is there really a “J-shape” curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression or anxiety? **Addiction** 100, 643-651.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B. e BUSNELLO, E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**\_14: 93-104, 1992.

ANDRADE, L.H.S.G.; GENTIL FILHO, C.A.; LÖLIO, C.A .e LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos afetivos em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS para ensino e pesquisa em Saúde Mental, 1997.

ANGST, J. - Epidemiology of depression. In: Honig, A.; Van Praag, H.M. (eds.). **Depression: neurobiological, psychological and therapeutic advances**. Chichester: JohnWiley & Sons, 1997. pp. 17-29.

ANTHONY J C;. The epidemiology of drug addiction. In: Miller NS. **Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction**. New York: Marcel Dekker; 1991. p.55-86.

AQUINO, E.M.L., Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil, **Revista de Saúde Pública**\_40 (spl especial), 121-132, 2006.

BASTOS FI, BERTONI N, HACKER MA, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev Saude Publica**. 2008;42(Supl 1):109-17.

BLOOMFIELD, K; AHLSTRÖM, S.; ALLAMANI, A; CHOQUET, M.; CIPRIANI, R.; GMEL, G.; JANIN JACQUAT, B.; KNIBE,R.; KUBICKA, L.; LECOMTE, T.; MILLER, P.; PLANT, M. & SPAK,F.). **Alcohol consumption and alcohol problems among women in European contries**. Project Final Report. Berlin: free University of Berlin, 1999.

BRUUN, K.. Drinking behaviour in small groups. Heilsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1959.

CAETANO R.; WEISNER C. The association between DSM III R alcohol dependence, psychological distress and drug use. **Addict**: 90: 351-359, 1995.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ J.C.F., NOTO, A.R. & NAPPO, S. A. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País: 2001. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CRYER, P.C. et al. Clusters within a general adult population of alcohol abstainers. **International Journal of Epidemiology**, v.30, n.4, p.756-765, 2001.

CORDÁS, T.A.; SALZANO F.T. **Saúde Mental da Mulher**, Ed Atheneu, 105-135, 2004

CUFFEL, B. Prevalence estimates of substance abuse im schizofrenia and their correlates. **Journal of Neuvous and Mental Disease**, 180, 589-92, 1992.

DAWSON, D. Temporal drinking patterns and variation in social consequences. **Addiction** 91: 1623-1635, 1996.

EZZATI, M.; LOPEZ, A.D.; RODGERS, A.; VANDER HOORS, S. & MURRAY, C.J.. Selected major factors risk and global and regional burden of disease. **Lancet** 2; 360 (9343): 1347-1360, 2002.

FILLMORE, K. M.; GOLDING, J. M.; LEINO, E.V.; MOTOYOSHI, M.; SHOEMAKER, C.; TERRY, H.; AGER, C.R., & FERRER, H.P.. Patterns and trends in women's and men's drinking. In R. W. WILSNACK, & S.C WILSNACK (Eds.), **Gender and alcohol: Individual and social perspectives** (pp.21-48). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997.

FILLMORE, K. M.; GOLDING, J. M.; KNIEP, S.; LEINO, E.V.; SHOEMAKER, C.; AGER, C.R. & FERRER, H.P.. **Gender differences for the risk of alcohol-related problems in multiple national contexts.** In M. Galanter (ed.), **Recent developments in alcoholism**, Volume 12. Women and alcoholism, New York: Plenum (pp. 409-439), 1995.

FORMIGONI, M.; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.26, n.1, p.5-13, 1999.

FRYE, M. - CSF thyrotropin-releasing hormone gender difference: implications for neurobiology and treatment of depression. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci** 11: 349-53, 1999.

GALANTER, M. (Ed.). Recent developments in alcoholism, Vol. 13: **Alcohol and violence**. New York: Plenum, 1997.

GEFOU-MADIANOU, D., ed. **Alcohol, Gender, and Culture**. New York: Routledge, 1992

GÓMEZ GÓMEZ, E. Discriminación por sexo y sobre mortalidad femenina en La niñez. In GÓMEZ GÓMEZ, E. **Gênero, mujer Y Salud en Las Americas**. Washington: OPS, p. 27-45, 1993.

GOMBERG ESL. Suicide risk Among women with alcohol problems. **Am J Public Health** 79:1363-1365, 1989



GRAHAM, K.; WILSNACK, R.; DAWSON, D. & VOGELTANZ, N. Should alcohol measure be adjusted for gender differences? **Addiction** 93: 1717-1727, 1980.

GRAHAM, K. MASSAK, A. Alcohol consumption and the use of antidepressants. **ACMAJ** 2007;176(5):633-7

GRANT, B. F.; DAWSON, D.; A introduction to the National Epidemiologic National on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol Research and Health**, 74-91, 2006.

GREENFIEL S F.: Women and alcohol use disorders. **Harv Rev Psychiatry** (2002) 10:76–85.

HAJEMA, K.J. & KNIBBE, R.A.. Changes in social roles as predictors of changes in drinking behavior. **Addiction** 93: 1717-1727, 1998.

HAMILTON LC. **Statistics with STATA**. Belmont, Ca. Thomsom - Brooks/Cole, 2004

HANNA, P.; CODY D.; GLOVER, V. The tyramine test is not a marker for postnatal depression: early postpartum euphoria may be. **J Psychossm Obstet Gynaecol**, 14(4): 295-304, 1993.

HOLDCRAFT, L.C.; IACONO, W.G. Cohort effects on gender differences in alcohol dependence. **Addiction**, v.97, n.8, p.1025-1036, 2002.

HOLMILA, M.; MUSTONEN, H. & RANNICK, E.. Alcohol use and its control in Finnish and soviet marriages. **British Journal of Addiction** 85: 509-520, 1990.

HOMISH, G.G.; LEONARD, K.; KEARNS-BODKIN. Alcohol use, alcohol problems and depressive symptomatology among newly married couples, 185-192. **Drug Alcohol Dependent**, July (27); 83(3), 2006.

JOHNSTON, L.D.; O'MALLEY; P.M. & BACHMAN, J.G. **National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1998:Volume II**. National Institute on Drug Abuse. Washington, NIDA, US Government Printing Office, 1999.

JOHNSON, T.; OWENS, L. Survey response rate reporting in the professional literature. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ASSOCIATION FOR PUBLIC OPINION RESEARCH, 58; 2003, Nashville. Disponível em: <[http://www.srl.uic.edu/publist/Conference/rr\\_reporting.pdf](http://www.srl.uic.edu/publist/Conference/rr_reporting.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2008.

JUSTO, L.P.; CALILI, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiq. Clín.** 33 (2); 74-79, 2006

KAUFMAN-KANTOR, G. & ASDIGIAN, N.L. Gender differences in alcohol – related spousal aggression. In: WILSNACK, R. & WILSNACK, S.C. **Gender and alcohol**. New Jersey. Rutgers Center of Alcohol Studies, cap. 12, p. 312-334, 1997.

KAUFMAN KANTOR, G. & ASDIGIAN, N.L.. When women are under the influence: Does drinking or drug use by women provoke by men? In M. GALANDER (Ed.), Recent developments in alcoholism. Vol. 13: **Alcohol and violence** (pp. 315-336). New York: Plenum, 1997b.

KERR-CORRÊA F, TUCCI AM, HEGEDUS AM, TRINCA LA, DE OLIVEIRA JB, FLORIPES TM, et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Rev Bras Psiquiatr.** 2008;30(3):235–42.16. Lima MCP, Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Simão

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A ; ZHAO, S. et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry** 51: 8-19, 1994.

KENDLER K.S.; HEATH A.C.; KESSLER R.C.. Alcoholism and major depressive in women. **Arch Gen Psychiatry** 50:690-698, 1993.

KLINGEMANN, H. & GMEL, G.. Mapping the social consequences of alcohol consumption. **Kluwer Academic Publishers**, Boston, 170 p, 2001.

KNIBBE, R.A.. Measuring drinking context. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 22: S15-S20, 1998.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Escola Paulista de Medicina, 2007.

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

LEE ES; FORTHOFFER RN. **Analyzing Complex Survey Data** (2a. ed). Beverly Hills, CA. Sage, 2006.

LEONARD, K. E.; Drinking patterns and intoxication in marital violence: Review, critique, and future directions for research. In S. E. Martin (ed.), **Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives** (NIAAA Research Monograph No. 24 (pp. 253-281). Washington, DC: Government Printing Office, 1993.

LIMA, M. C. P.; CORREA, F. K. e SANSIGOLO, L. R. F. Uso de substâncias psicoativas e comportamentos de risco. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.1 [citado 2009-06-25],pp.196-198, Disponível : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)

LINDENBERG S, AGREN G,. Mortality among male and female hospitalized alcoholics in Stockolm 1962-1983. **Br J Addict** 83: 1193-1200, 1988;

LIPTON,R.L.,The Effect of Moderate Alcohol Use on the Relationship between Stress and Depression, **American Journal of Public Health**, 1913-17, 1994.

MADRIGAL, E.. Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer. Em: GÓMEZ GÓMEZ, E. (Ed.) **Genero, mujer Y salud en las americas**. Washington: OPS, 163-177, 1993.

MARMOT, M.. Inequality, deprivation and alcohol use. **Addiction** 92 (Supplement): S13-S20, 1997.

MCDONALD, M., ed. **Gender, Drink, and Drugs**. Providence, RI: Berg, 1994.

MIDANIK, K.L.T. & CLARK, W.B. **The demografic distribution of US drinking patterns in 1990: Description and trends from 1984\_** 1218-1222, 1994.

MIDANIK, L. The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. **British Journal of Addiction**, v.77, n.4, p.357-382, 1982.

MILLER, W.R.; CRAWFORD, V.L.; TAYLOR, C.A. Significant others as corroborative sources for problem drinkers. **Addictive Behaviors**, v.4, n.1, p.67–70, 1979.

MOORE, A.A. et al. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. **American Journal of Public Health**, v.95, n.3, p.458-465, 2005.

NAOMAR, A.F. et AL, Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil, **Rev Saúde Pública** 2004;38(1):45-54.

OLIVEIRA, L.A C. Aspectos do alcoolismo feminino. **Vivência** 54: 36-37, 1998.

PATTEN, S. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in Community and Clinical Samples, **Chronic Disease in Canada**, vol 18(3), 1997.

PATTEN S.B., WANG J L, WILLIAMS JV, CURRIES S, BECK CA, MAXWELL CJ, El Guebaly N: Descriptive epidemiology of major depression in Canada. **Can J Psychiatry** 2006, **51**:84-90.

PATTEN S. B.: Incidence of major depression in Canada. **Canadian Medical Association Journal** 2000, **163**:714-715.

POWER, C.; RODGERS, B.; HOPE, S., 1998. U-shape relation of alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality (research letter). **Lancet** 352, 877.

RAO JNK; A. J. SCOTT AJ. On Chi - squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. **Annals of Statistics** , 12, 1984: 46-60.

REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, GOODWIN FK  
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the  
Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA**. 1990 November 21; 264(19): 2511–  
2518.

RICHMAN, J.A.; ROSPENDA, K.M. & KELLEY, M.A.. Gender roles and alcohol abuse  
across the transition to parenthood. **Journal of Studies on Alcohol** 56: 553-557, 1995.

RODGERS, B.; KORTEN, A.E.; JORM, A.F.; HENDERSON, S., 2000. Non linear  
relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. **Psychol. Med.** 30,  
421-432.

RODGERS, B.; PARSLOW, R.; DEGENHARDT, L.; Affective disorders, anxiety disorders  
and psychological distress in non-drinkers. **Journal of Affective Disorders** 99 (2007) 165-  
172

ROOM, R.; GREENFIELD, T. & WEISNER, C.. People who might have liked you to drink  
less: **Contemporary Drug Problems** 18: 547-571, 1991.

ROOM, R., JERNIGAN, D., CARLINI-MARLATT, B., GUREJE, O., MÄKELÄ, K.,  
MARSHALL, M., MEDINA-MORA, M.E., MONTEIRO, M., PARRY, C., PARTANEN,  
J., RILEY, L. & SAXENA, S. **Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach**.  
Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002.

ROOM, R.; GRAHAM, K.; REHM, J.; JERNIGAN, D. & MONTEIRO M.. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. **European Addictive Research** 9 (4): 165-175, 2003.

ROSSOW, I.. Alcohol-related violence: The impact of drinking pattern and drinking context. **Addiction** 91: 1651-1661, 1996.

SIMÃO, M.O. et al. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.3, p.121-129, 2002.

SRIBNEY WM Two-way contingency tables for survey or clustered data **Stata Technical Bulletin** 45 1998:33-49.

SKOG, O.J. (). Long waves of alcohol consumption; A social network perspective on cultural change. **Social Network** 8: 1-32, 1996.

SOLOMOM, A., **O Demônio do Meio Dia, uma anatomia da depressão**: 160- 225, Ed. Objetiva, 2002.

STATISTICAL PACKAJE FOR SOCIAL SCIENCES. SPSS advanced statistics <sup>TM</sup> .  
**Software version 7.0-7.5**. Michigan EUA, 1996.



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Ninth special report to the U.S. congress on alcohol and health from the Secretary of Health and Human Services**, June, 420p, 1997.

WEISSMAN, MM.; LIVINGSTON, M.B.; LEAF, P.J. et al.: Affective disorders, in psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. New York, **Free Press**, 53-80, 1991.

WILK D. Women and alcoholism: how a male-as-norm bias affects research, assessment, and treatment. **Health Soc Work** (1994) 19:29–35.

WILSNACK, R.W; VOGELTANZ, N.D.; WILSNACK, S.C.; HARRIS, T. R.. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. **Addiction**\_ 95: 251-265, 2000.

WILSNACK, R. & WILSNACK, S.C. **Gender and alcohol individual and social perspectives**. New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997.

WILSNACK, R.W. & CHELOHA, R.. Women's roles and problem drinking across the lifespan. **Social problems** 34: 231-248, 1987.

WILSNACK, R.W. & WILSNACK S. C. (Eds.). **Gender and alcohol: Individual and social perspectives**. New Brunswick, NJ: **Rutgers Center of Alcohol Studies**, 1997.

WISEMAN, J P. ALDINE G.; New York: 1991. **The Other Half: Wives of Alcoholics and their Social-Psychological Situation.**

WORLD HEALTH REPORT – Health systems: improving performance. Geneva, **World Health Organization**, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, **World Health Organization**, 2000.