



SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental,
Alcohol y Drogas
ISSN: 1806-6976
rev_smad@eerp.usp.br
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Brasil

Castro Amato, Tatiana de; Santos da Silveira, Pollyanna; Siqueira de Oliveira, Jussara; Mota Ronzani,
Telmo

USO DE BEBIDA ALCOÓLICA, RELIGIÃO E OUTRAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EM PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - JUIZ DE FORA,
MG, BRASIL - 2006

SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 4, núm. 2, 2008, pp. 1-17
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313056004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



SMAD

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

ISSN: 1806-6976

Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP: 14.040-902 Telefone: 055-16-602-3477 Fax: 055-16-602-4754



**USO DE BEBIDA ALCOÓLICA, RELIGIÃO E OUTRAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EM PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – JUIZ DE FORA,
MG, BRASIL – 2006***

**Tatiana de Castro Amato¹; Pollyanna Santos da Silveira²; Jussara Siqueira de Oliveira³;
Telmo Mota Ronzani⁴**

Resumo

O objetivo foi avaliar o consumo de álcool e variáveis sociodemográficas relacionadas a ele em pacientes da Atenção Primária à Saúde (APS). Os pacientes responderam ao AUDIT e a uma entrevista estruturada. Participaram 371 pacientes entre 18 e 85 anos. De acordo com o AUDIT, 81,9% eram abstêmios/uso de baixo risco, 12,7% faziam uso de risco, 1,1% uso nocivo e 4,3% eram prováveis dependentes. O uso de álcool relacionou-se à religião e outras características sociodemográficas. Foram apontados fatores específicos dos pacientes, contribuindo para o auxílio em políticas públicas, práticas preventivas e melhoria da saúde da comunidade.

Palavras-chave: alcoolismo, religião, atenção primária à saúde

**USO DE BEBIDA ALCOHÓLICA, RELIGIÓN Y OTRAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD – JUIZ DE
FORA, MG, BRASIL – 2006**

Resumen

El objetivo fue evaluar el consumo del alcohol y las variables sociodemográficas relacionadas en pacientes de la Atención Primaria a la Salud (APS). Los pacientes contestaron al AUDIT y a un cuestionario. Participaron 371 pacientes entre 18 y 85 años. De acuerdo con el AUDIT, el 81,9% era abstemio o el uso que hacían del alcohol era de bajo riesgo; el 12,7% hacían el uso de riesgo, el 1,1% el uso nocivo y el 9,3% era probable dependiente. El uso del alcohol fue relacionado con la religión y otras características sociodemográficas. Este estudio puede ser útil para elaborar políticas públicas y prácticas preventivas de salud.

Palabras clave: alcoholismo, religión, atención primaria a la salud

**USE OF ALCOHOLIC DRINKS, RELIGION AND OTHER SOCIODEMOGRAPHIC
CHARACTERISTICS IN PRIMARY HEALTH CARE PATIENTS – JUIZ DE FORA, MG, BRAZIL –
2006**

Abstract

The article's aim was to assess the alcohol use pattern among Primary Health Care (PHC) patients and to investigate the impact of sociodemographic variables on that usage pattern. Data were collected through a structured interview and application of the AUDIT. The sample comprises 371 patients between 18 and 85 years old. As for the sample distribution in the AUDIT classification, 52.8% were abstemious; 29.1% were low risk users; 12.7% at-risk drinkers; 1.1% harmful drinkers and 4.3% were likely dependent. The alcohol use pattern is mainly related to religion and other sociodemographic variables. This article can be useful to elaborate public policies and preventive health practices.

Keywords: alcoholism, religion, primary health care

* Financiamento: Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF (PROPESQ), processo número 20051246

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Psicóloga. Mestranda no programa de Pós-graduação em Psicobiologia da UNIFESP. e-mail: tatiamat@ yahoo.com.br

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS). Mestranda no programa de Pós-Graduação em Psicologia. Psicóloga da UFJF. e-mail: pollyannapsi@yahoo.com.br

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora.
e-mail: jussara-psi@hotmail.com

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFJF, Doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP, Estágio Pós-Doutoral em Álcool e Outras Drogas pela University of Connecticut Health Center. e-mail: telmo.ronzani@ufjf.edu.br

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e os problemas a ele relacionados têm se tornado uma preocupação de saúde pública no mundo⁽¹⁻⁴⁾. Estudos coordenados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que o uso de álcool em alguns países desenvolvidos têm diminuído, porém, entre os países como o Brasil esse uso está aumentando⁽⁵⁾.

Existem outras evidências para se considerar o uso de álcool como um dos grandes problemas de saúde pública⁽⁵⁻⁷⁾. No Brasil, em média, são consumidos anualmente 6 litros de álcool *per capita*. Além da quantidade ingerida, o padrão de consumo pode levar a diversos problemas de saúde devido ao uso de altas doses numa mesma ocasião (padrão *Binge*)⁽⁸⁾.

Estima-se que, no Brasil, 19,5% dos homens e 6,9% das mulheres sejam dependentes de álcool, mas que apenas 2,9% desses já tenha freqüentado algum serviço para tratamento⁽⁹⁾.

A dependência está em quinto lugar entre os principais problemas de saúde entre a população de 15 a 44 anos em todo o mundo, em termos de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), indicador de saúde desenvolvido pela OMS para avaliar a qualidade de vida da população⁽⁵⁾. Considerando alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, os transtornos por uso de álcool ocupam a primeira posição em relação aos AVAI⁽⁸⁾.

Tais indicadores causam impacto na saúde das populações e indivíduos, pois juntamente com a elevada quantidade e freqüência de uso de álcool estão associados vários problemas de ordem biológica, psicológica e social^(5,7,10-13).

Importante aspecto a ser considerado em relação ao uso de álcool é que o uso de risco ou abusivo pode ser prejudicial aos indivíduos e à população geral por causa dos problemas relacionados a tal comportamento⁽¹⁾. Por tais razões, é importante a definição de políticas de prevenção adequadas para a minimização de tal problema⁽⁵⁻⁶⁾.

A prevenção do uso de álcool vai além da prevenção direta à dependência, mas há vários outros problemas envolvidos: problemas crônicos ou agudos, violência, acidentes

automobilísticos, comportamento sexual de risco, tentativas de suicídio, problemas familiares, laborais e no rendimento acadêmico^(7,14).

Por essa razão, as intervenções em relação ao uso de risco de álcool no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) são estratégicas, uma vez que muitas pessoas freqüentam tais serviços com queixas que podem estar relacionadas ao uso de risco ou nocivo de álcool, tornando-se oportunidade fundamental para se investigar o padrão de uso e realizar as intervenções adequadas^(1, 3, 15-16).

Uma das ferramentas importantes para o planejamento de ações de prevenção em saúde é a utilização de instrumentos de rastreamento^(3, 12, 17-18). Especificamente em relação ao uso de álcool, o rastreamento se justifica pelo fato de que a maioria das pessoas que fazem uso abusivo não é diagnosticada até que complicações mais sérias tenham se desenvolvido. A detecção precoce do consumo pode ainda ser útil para a motivação, redução ou parada do uso^(10, 12, 18).

Alguns estudos recentes investigaram prevalência dos níveis de uso de álcool na APS⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Um deles, realizado em serviços de APS para população rural na África do Sul, identificou 37,4% de homens e 10,7% de mulheres com uso nocivo de álcool e 9,2% de homens identificados como dependentes⁽¹⁹⁾. Outro estudo, realizado na Espanha, identificou 29,5% de pacientes de APS como usuários nocivos⁽²⁰⁾.

No Brasil, até há pouco tempo não havia estudos a esse respeito, constituindo-se, então, expressiva lacuna epidemiológica que deve ser preenchida, uma vez que estratégias de controle e prevenção ao uso de álcool devem ser propostas com base em dados que indiquem a dimensão do problema existente^(7, 13). Em estudo realizado nos serviços de APS de municípios da Zona da Mata de Minas Gerais⁽²¹⁾, com 921 sujeitos, 18,3% dos pacientes faziam uso de risco e 3,8% foram identificados como dependentes de álcool, sendo essa proporção maior entre os homens. Apesar da importância desse estudo para fornecer

informações iniciais relevantes, esse apresentou limitação metodológica na definição da amostra e recrutamento dos participantes. Por essa razão, optou-se por replicar tal pesquisa, a partir de controle metodológico mais rígido.

O objetivo do presente artigo foi avaliar o padrão de consumo de álcool entre os pacientes da atenção primária do município de Juiz de Fora (MG) e investigar a influência de variáveis sociodemográficas sobre esse padrão de uso.

MÉTODO

Local

Juiz de fora é uma cidade brasileira do Estado de Minas Gerais, localizada na região da Zona da Mata, com população aproximada de 501 mil habitantes. Os serviços de atenção primária à saúde são compostos por 40 unidades básicas de saúde (UBS) distribuídas nas regiões da cidade.

Participantes

Os 371 participantes foram recrutados nas UBS. O critério para entrevista foi estar esperando a consulta com o médico ou ter sido consultado pelo médico da unidade de saúde nos últimos 12 meses.

Instrumentos

No primeiro momento da entrevista foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pela equipe de pesquisa. O questionário avaliava os aspectos sociais e econômicos dos participantes tais como: profissão, religião, renda, escolaridade, idade e gênero.

No segundo momento foi aplicado um instrumento de rastreamento do padrão do consumo de álcool – AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) – aos usuários do serviço da atenção primária. O AUDIT é instrumento desenvolvido pela OMS que avalia o uso recente (nos últimos doze meses) de álcool. Através desse instrumento foi possível

classificar o tipo de consumo de álcool dos participantes em quatro zonas de risco: zona I (abstinente/uso de baixo risco, até 7 pontos); zona II (uso de risco, de 8 a 15 pontos); zona III (uso nocivo, de 16 a 19 pontos) e zona IV (provável dependência, acima de 20 pontos)⁽¹²⁾.

Procedimentos

As unidades de saúde foram sorteadas de acordo com a divisão da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, MG, em sete regiões geográficas. Para cada região sorteou-se 50% das UBS, onde seria feita a coleta dos dados, por acadêmicos de psicologia devidamente treinados. Foram visitadas 20 unidades de saúde no total.

A amostragem dos participantes foi feita por conveniência. As variáveis idade e gênero foram controladas e estratificadas de acordo com as características dessa população⁽²¹⁾. A idade foi controlada por faixas etárias que variavam entre 18 e 28 anos, 29 e 40 anos, 41 e 50 anos e acima de 50 anos. Para cada intervalo desses, foram entrevistados três homens e três mulheres, com intuito de evitar vieses de gênero. O local da entrevista foi a sala de espera das unidades de saúde.

A presente pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo qual foi considerada em acordo com os princípios éticos estabelecidos para pesquisa com seres humanos.

Análise de dados

Para fins de análise dos dados, algumas variáveis foram codificadas e recodificadas com intuito de facilitar o processamento das informações.

A “idade” que correspondia às faixas etárias pré-estabelecidas para a composição da amostra, foi recodificada a partir da mediana. A nova classificação formou duas categorias: “até 43 anos” e “acima de 43 anos”.

A “escolaridade” foi dividida entre aqueles que possuíam “até o primeiro grau” e aqueles que possuíam escolaridade superior a essa (“acima do primeiro grau”). O motivo para

tal divisão foi a concentração da amostra na escolaridade mínima, de modo que as outras categorias contavam com número baixo para as análises estatísticas.

A variável “renda” foi agrupada em três categorias, segundo a própria disposição da amostra: “até um salário mínimo”, “de dois a cinco salários mínimos”, e “acima de cinco salários”.

A variável “religião” foi questionada através da pergunta aberta “Qual a sua religião?”, posteriormente, era seguida da pergunta “Você é praticante ou não?”. O termo praticante foi definido como freqüência mínima de uma vez por semana às atividades religiosas. As respostas à primeira pergunta foram recodificadas para fins de análise, de acordo com a classificação do censo demográfico da população brasileira, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2000⁽²²⁾. A divisão foi realizada entre quatro categorias: católicos, evangélicos, outras religiões ou não determinadas, e sem religião. A categoria outra religião/não determinada era composta por pessoas que declararam religião diferente de católico ou evangélico e por aqueles que declararam ser praticante de mais de uma religião. A categoria sem religião referia-se àqueles que se declararam sem vínculo institucional ou relataram ser ateus.

O padrão de consumo *Binge* é considerado, de modo geral, pessoas que bebem uma quantidade abusiva de álcool (cinco ou mais doses) mensalmente ou com freqüência superior a essa. Segundo essa padronização, os participantes que responderam maior ou igual a dois na questão dois do AUDIT e/ou maior ou igual a dois na questão três, foram classificados como tendo padrão *Binge* de consumo.

Para a codificação da variável uso de risco realizou-se dois agrupamentos, um entre aqueles que foram classificados como abstêmios e os que faziam uso de baixo risco, e outro entre aqueles com uso de risco, uso nocivo e provável dependência. O primeiro grupo compôs a categoria dos que não fazem uso de risco e o segundo dos que fazem uso de risco.

Análise estatística

O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a diferença entre as freqüências observadas e esperadas, entre as zonas de risco, classificadas pelo AUDIT, e as seguintes variáveis sociodemográficas: trabalhar ou não, escolaridade, religião, idade, renda, gênero, ser praticante de religião e estado civil. Para essa última variável verificou-se se a idade estava influenciando os resultados.

O mesmo teste foi aplicado para a realização de duas análises: 1) relacionada ao padrão *Binge*; 2) relacionada a fazer ou não pelo menos uso de risco do consumo de álcool, entre as mesmas variáveis sociodemográficas citadas anteriormente. Vale ressaltar que, para essa análise, houve controle da idade para as categorias trabalha atualmente e estado civil, com a intenção de verificar se essa influenciava ou não os resultados. Para as categorias idade, gênero e praticante de religião complementou-se com a avaliação de *Odds Ratio* para estimar a probabilidade do indivíduo com determinadas características fazer uso de risco de álcool ou ter padrão *Binge* de consumo.

O teste *Kolmogorov-Simirnov* foi aplicado para verificar a distribuição normal da Soma do AUDIT. A partir dessa verificação, utilizou-se a correlação de *Spearman* entre a soma do AUDIT e a idade dos participantes.

O teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para a avaliação das diferenças do escore médio do AUDIT e as categorias estado civil, renda e religião. Por fim, avaliou-se, a partir do teste de *Mann-Whitney*, a diferença entre os escores médios do AUDIT para as condições: escolaridade, gênero, praticante de religião e trabalha atualmente.

RESULTADOS

A amostra mostrou idade média de 42,8 (dp=15,7) anos, a maioria era casada ou vivia com o companheiro (56,1%) e cursou até o primeiro grau (71,4%). Mais detalhes sobre a amostra estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Descrição da amostra (N=371)

Variável	N	Porcentagem	Variável	N	Porcentagem
Faixa etária		%	Renda familiar		%
18-28	85	22,9	até 1 salário	119	32,2
29-40	83	22,4	de 2 a 5 salários	240	64,9
41-50	91	24,5	acima de 5 salários	11	3
51-85	112	30,2			
Idade (media/desvio padrão)			Trabalha atualmente		
media = 42,8 / DP = 15,7	371		Não	190	51,20
Estado Civil			Religião		
Solteiro	108	31,8	Católica	231	62,3
Casado/vive companheiro	208	56,1	Evangélica	112	30,2
Divorciado	22	5,9	Outras/não determinadas	15	4,0
Viúvo	23	6,2	Sem religião	13	3,5
Escolaridade			Gênero		
até 1º grau	264	71,4	Feminino	219	59
Acima do 1º grau	106	28,6	Masculino	152	41

De acordo com a classificação do AUDIT, a maioria dos pacientes foi considerada em abstinência ou com uso de baixo risco (81,9%) e, ainda, 80,6% não tinha o padrão *Binge* de consumo. Em contrapartida, 18,1% faziam pelo menos uso de risco de bebida alcoólica (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo os resultados do AUDIT

Classificação	N	Porcentagem
Zonas de Risco		
Zona I: abstêmios/baixo risco	304	81,9
Zona II: uso de risco	47	12,7
Zona III: uso nocivo	4	1,1
Zona IV: provável dependência	16	4,3
Padrão Binge		
Sim	72	19,4
Não	299	80,6
Uso de risco*		
Sim	67	18,1
Não	304	81,9

* “Uso de risco” = soma das zonas II, III e IV classificadas pelo AUDIT

A religião dos participantes foi significativa para o padrão de consumo de bebida. Dessa forma, a menor porcentagem de respondentes que fazia uso de risco de álcool estava entre os evangélicos (7,1%), ao passo que, entre os participantes de outras religiões a porcentagem de uso de risco foi significativamente maior (40%). Em comparação aos evangélicos, os católicos apresentaram porcentagem quase três vezes maior (21,2%) e os que não tinham religião, quatro vezes maior (30,8%). Entre os pacientes que eram de outras religiões/não determinadas essa porcentagem era quase seis vezes maior (40%) que a de evangélicos na classificação de uso de risco. Os evangélicos também representaram a menor proporção de sujeitos entre os que tinham padrão *Binge* de uso (6,3%). Além disso, se comparados aos católicos, a freqüência era três vezes menor. A maior porcentagem de uso *Binge* foi entre os que se declararam tendo outras religiões ou religião não determinada (40%) (Tabela 3).

Além do tipo de religião, as estatísticas sobre ser praticante ou não de alguma religião continuaram apresentando diferenças significativas. Tanto para o padrão *Binge*, quanto para o uso de risco, os não praticantes revelaram de duas a três vezes mais respondentes positivos

(Tabela 3). A partir desses resultados verificou-se pela analise de *Odds Ratio* que ser praticante de alguma religião configura-se como fator de proteção para o uso de risco de álcool (OR=0,37 / IC=0,20 – 0,68) e para o padrão *Binge* de consumo de álcool (OR=0,36 / IC=0,21 -0,62) (Tabela 4).

Tabela 3- Tipos de consumo de álcool classificados pelo AUDIT, distribuídos de acordo com variáveis sociodemográficas

Variáveis	Resultados do AUDIT				
	N	Uso de risco	Padrão <i>Binge</i>		
	Sim	Não	Sim	Não	
Religião					
Católica	231	21,2	78,8	23,8	76,2
Evangélica	112	7,1	92,9	6,3	93,8
Outras/não determinada	15	40,0	60,0	40,0	60,0
Sem religião	13	30,8	69,2	30,8	69,2
Praticante da religião					
Sim	234	12,4	87,6	11,1	88,9
Não	136	27,9	72,1	33,8	66,2
Estado civil					
Solteiro	118	30,5	69,5	35,6	64,4
Casado/Vive companheiro	208	14,4	85,6	13,9	86,1
Divorciado	22	4,5	95,5	4,5	95,5
Viúvo	23	0,0	100,0	0,0	100,0
Idade					
Até 43 anos	192	25,0	75,0	28,1	71,9
Acima de 43 anos	179	10,6	89,4	10,1	89,9
Gênero					
Feminino	219	9,1	90,9	10,0	90,0
Masculino	152	30,9	69,1	32,9	67,1

Resultados com p ≤0,03 no teste qui-quadrado

A partir da análise estatística dos dados, verificou-se a influência da idade no cruzamento entre estado civil e uso de risco de álcool. A diferença estatística se confirmou apenas para os participantes com menos de 43 anos. Portanto, considerando somente essa parte da amostra, entre os solteiros tinha o dobro (33,7%) de usuários de risco de álcool, se comparados aos casados/vivem com companheiro (17,9%). Entre os que faziam consumo tipo

Binge, os solteiros apareceram novamente com essa proporção em relação aos casados (Tabela 3).

A idade também se relacionou com o padrão de consumo. Os respondentes mais novos (menores de 43 anos) faziam duas vezes mais uso de risco e tinham consumo tipo *Binge* quase três vezes maior do que os mais velhos (maiores de 43 anos) (Tabela 3). A partir da análise de *Odds Ratio* para essas variáveis observou-se que os participantes mais novos tinham 3,32 vezes mais chances de fazerem uso de risco ($OR=3,32 / IC=1,67 - 6,61$) e 2,8 vezes mais chances de atingirem o padrão *Binge* de consumo de álcool ($OR=2,8 / IC=1,57 - 4,99$) (Tabela 4).

O mesmo resultado também foi válido para a variável gênero. Entre os homens havia três vezes mais usuários de risco e com padrão *Binge* do que entre as mulheres (Tabela 3). Os dados revelaram que ser mulher foi fator de proteção para o uso de risco ($OR=0,22/IC=0,11 - 0,43$) assim como para o padrão *Binge* de consumo ($OR=0,22/IC=0,12 - 0,39$), de acordo com a análise de *Odds Ratio* (Tabela 4).

Tabela 4.Análise do *Odds Ratio* entre tipos de consumo de álcool e variáveis sociodemográficas

Uso de álcool	Variáveis	Significância	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confiança (IC)
Uso de risco	Idade	p = 0,000	3,32	1,67 - 6,61
	Gênero	p = 0,000	0,22	0,11 - 0,43
	Praticante de religião	p = 0,002	0,37	0,20 - 0,68
Padrão Binge	Idade	p = 0,000	2,8	1,57 - 4,99
	Gênero	p = 0,000	0,22	0,12 - 0,39
	Praticante de religião	p = 0,000	0,36	0,21 - 0,62

Na análise entre os respondentes que trabalhavam ou não, com o padrão *Binge* e o consumo de risco de álcool, percebeu-se influência da idade. Houve significância estatística somente entre os participantes com menos de 43 anos e o padrão *Binge* de consumo. Dessa forma, para esse recorte amostral, a proporção de quem trabalhava e tinha o padrão *Binge* foi

maior (35,1%) do que para quem não trabalhava e também foi classificado nesse modo de consumo (17,9%). Ao passo que a porcentagem de pessoas que não trabalhavam e não tinham o padrão *Binge* (82,1%) foi maior do que aqueles que trabalhavam e se enquadram nesse tipo de uso de álcool (64,9%).

As estatísticas sobre escolaridade e renda familiar não foram significativas para o uso de risco e padrão *Binge* do consumo de álcool. A renda familiar também não foi significativa para as análises das zonas de risco do AUDIT, assim como se o respondente trabalhava ou não. Além disso, houve influência da idade nas análises entre as zonas de risco e o estado civil dos respondentes. Nesse caso, a significância estatística ($p<0,05$) só foi válida para os pacientes com mais de 43 anos. Os solteiros e casados/vivem com companheiro faziam mais uso de risco, 7,7 e 8,8%, respectivamente, e a maior prevalência de prováveis dependentes foi entre os solteiros (11,5%). Nenhum viúvo foi classificado nas zonas II, III e IV, e os divorciados dividiram entre abstêmios/baixo risco (94,1%) e uso nocivo (5,9%).

Os respondentes com escolaridade acima do 1º grau consumiam o dobro do uso de risco, no entanto, proporção de quase três vezes mais pacientes que estudaram até o 1º grau foram considerados prováveis dependentes (Tabela 5).

Os pacientes católicos e evangélicos foram menos freqüentes nas zonas II, III e IV do AUDIT. A maior diferença ocorreu para a zona III (uso nocivo), na qual os respondentes que tinham outra religião/não determinada ou não eram adeptos de religião alguma, apareceram quase sete vezes mais como usuários nocivos do que os católicos e evangélicos. Apesar de a maioria dos praticantes e não praticantes estarem na zona I, entre os não praticantes prevaleceu o uso de risco, uso nocivo e provável dependência (Tabela 5).

Também constatou-se, aqui, a diferença estatística entre os menores de 43 anos e os mais velhos. O dobro de pacientes com idade até 43 anos fazia uso de risco e eram prováveis dependentes. A diferença entre os gêneros foi ainda mais acentuada. A prevalência de

prováveis dependentes entre os homens foi cinco vezes maior e a de usuários de risco e nocivo foi o dobro (Tabela 5).

Tabela 5 Padrão de consumo de álcool, distribuídos por variáveis sociodemográficas

Variável	N	Zonas de risco			
		I	II	III	IV
Escolaridade		(%)	(%)	(%)	(%)
Até 1º grau	264	84,1	9,5	1,1	5,3
Acima do 1º grau	106	76,4	20,8	0,9	1,9
Religião					
Católico	231	78,8	15,6	0,9	4,8
Evangélico	112	92,9	3,6	0	3,6
Outras/não determinadas	15	60,0	26,7	6,7	6,7
Sem religião	13	69,2	23,1	7,7	0
Praticante					
Sim	234	87,6	8,5	0,4	3,4
Não	136	72,1	19,8	2,2	5,9
Idade					
Até 43 anos	192	75,0	18,2	0,5	6,3
Acima de 43 anos	179	89,4	6,7	1,7	2,2
Gênero					
Feminino	219	90,9	7,8	0	1,4
Masculino	152	69,1	19,7	2,6	8,6

p ≤0,02 no teste qui-quadrado

I - Abstêmios/ baixo risco; II - Uso de risco

III - Uso nocivo; IV - Provável dependência

A análise de correlação entre idade e a pontuação do AUDIT, apesar de ter sido fraca,

apontou que quanto mais novo era o participante, maior era sua pontuação ($R= -0,284$; $p=0,000$). Houve diferença estatística significativa entre as médias da pontuação no AUDIT para as categorias: trabalhar (sim ou não), escolaridade, gênero, estado civil, religião e praticante de religião. As mulheres ($M=1,9/DP=4,1$) tiveram média inferior à dos homens ($M=5,8/DP=8,0$). A média foi o dobro entre aqueles não praticantes de religião ($M=5,22/DP=6,9$), do que entre os praticantes ($M=2,6/DP=5,7$). Os participantes com escolaridade acima do primeiro grau tiveram média maior ($M=3,9/DP=5,3$) do que aqueles com escolaridade abaixo do primeiro grau ($M=3,4/DP=6,7$). Os respondentes que trabalhavam obtiveram escore médio superior ($M=3,9/DP=5,9$) do que os sem trabalho

(M=3,1/DP=6,7). Dentre as categorias de estado civil, a maior média foi entre os solteiros (M=5,9/DP=8,3), logo seguida de casados (M=2,7/DP=5,1), divorciados (M=1,5/3,7) e viúvos (M=0,4/DP=0,8), respectivamente. Verificou-se também que a média para os evangélicos (M=1,9/DP=5,4) era a menor se comparada aos participantes de outras religiões/não determinadas (M=7/DP=8,2), sem religião (M=5,7/DP=6,0) e católicos (M=4/DP=6,5), nessa ordem. O nível de significância adotado para análise das médias foi de 97% ($p \leq 0,03$).

Assim como nas outras análises anteriores, referentes à renda familiar, não houve diferença significativa para a média do escore do AUDIT e essa variável. Portanto, o padrão de consumo de bebida alcoólica independe da renda familiar para esse estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram a existência de relação entre as variáveis sociodemográficas estudadas e o consumo de álcool para essa população, assim como demonstrou estudo recente na Bahia com população geral⁽²³⁾. Pode-se perceber também que, apesar de ter havido maior freqüência de pacientes com consumo de baixo risco ou abstinentes, porcentagem significativa deles fazia consumo acima do recomendado pela OMS⁽¹²⁾. Se comparar esse estudo brasileiro com estudos de outros países, como a África do Sul⁽¹⁹⁾ e Espanha⁽²⁰⁾, percebe-se prevalência de prováveis dependentes e uso de risco ou nocivo semelhante no Brasil.

Na comparação entre as porcentagens da presente pesquisa com pesquisa anterior⁽²¹⁾, percebe-se diferença na prevalência do consumo de álcool. Nesse, a prevalência de prováveis dependentes foi maior, apesar de se ter detectado menos pacientes com uso de risco. Ambos apontaram que aproximadamente 20% dos pacientes da atenção primária faz pelo menos consumo de risco de álcool.

Observou-se que as mulheres entrevistadas, os evangélicos, os praticantes de religião, os divorciados e viúvos, os respondentes com idade maior de 43 anos, com escolaridade até o primeiro grau e sem trabalho foram mais freqüentes em algumas características de consumo de álcool como: abstêmios/baixo risco, ausência do padrão *Binge*, ausência do uso de risco de álcool e/ou escore médio no AUDIT mais baixo. Alguns estudos brasileiros já haviam apontado para menor consumo entre as mulheres⁽²³⁾ e abordaram o gênero como risco ou proteção para o consumo de álcool⁽²⁴⁾. Além disso, outros fatores como ser praticante de religião, por exemplo, se revelaram como fator de proteção do consumo abusivo de álcool para essa população específica.

Por outro lado, os entrevistados que eram homens, tinham outras religiões/não determinadas, não eram praticantes de religião, eram solteiros, possuíam idade menor do que 43 anos, escolaridade acima do primeiro grau e que trabalhavam foram mais freqüentes entre os que abusavam dessa substância. Em outras palavras, esse foi o perfil mais freqüente para entrevistados que tinham padrão *Binge* do consumo de álcool, faziam pelo menos uso de risco e/ou pontuaram média maior no AUDIT.

Poucos estudos se dedicam a avaliar o consumo de álcool na APS^(7,13), consequentemente, as informações sobre o assunto são precárias para subsidiarem a elaboração de práticas preventivas nesse nível de atenção à saúde. O levantamento desses perfis pode facilitar a identificação das populações de risco e assim auxiliar o trabalho dos profissionais dessa área. Os ganhos com a prevenção do uso de álcool podem ser interessantes em termos de saúde pública, tendo em vista que esse tipo de comportamento está associado a mais de 60 tipos de patologia⁽¹¹⁾ e pode prejudicar também o meio social onde o indivíduo se insere⁽¹⁾. A detecção precoce do uso de álcool pode motivar os indivíduos a controlar o uso abusivo⁽¹⁸⁾ e, dessa forma, evitar as conseqüências que podem ser geradas por ele.

A pesquisa identificou fatores fundamentais sobre o consumo de álcool na APS que até então não haviam sido explorados no Brasil. Ademais, ela se revelou um primeiro estudo que pode ser estendido para outras regiões do país a fim de identificar padrões de consumo de álcool e aspectos relacionados a ele, específicos à população de cada cidade.

A partir da avaliação da dimensão do problema torna-se possível elaborar modelos de intervenção mais adequados, além de auxiliar os profissionais na confecção de políticas públicas que abordem aspectos específicos para a comunidade em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Babor T, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. Geneva: WHO; 2001.
2. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID; 2005.
3. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni, MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3):852-61.
4. Ronzani TM. Avaliação de um Processo de Implementação de Estratégias de Prevenção ao Uso Excessivo de Álcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia, 2005.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol. Geneve: WHO; 2001.
6. Caetano R, Cunradi C. Alcohol dependence: a public health perspective. Addiction. 2002; 97 (6): 633-45.
7. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26 (Supl I): 7-10
8. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. New York: WHO; 2003.
9. Carlini EA, Galduroz JC. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (Senad); 2007.
10. Bush K, Kivlahan DR, MacDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions. Arch Intern Med. 1998; 158: 1789-95.
11. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet. 2005; 365: 519-30.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas de álcool – roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.
13. Duarte PCAV, Carlini-Cotrim B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. J Bras Dep Quím. 2000; 1(1): 17-25.

14. Barkin SL, Smith KS, Durant RH. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*. 2002; 30: 448-54.
15. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, et al. Capacitação de Profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. *Rev Smad* [periódico na internet]. 2005 [acesso em maio de 2007]; 1(1): [10 p.]. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigo_titulo.asp?rnr=49
16. Ronzani TM, Furtado EF. A intervenção breve na UBS. Quem pode aplicá-la? In: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Sistema para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Livro 4. Brasília: SENAD; 2006. p. 49-57.
17. Babor T, Higgins-Biddle JC. Intervenções breves: para o uso de risco e nocivo de álcool – manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.
18. De Micheli D, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Sistema para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Livro 3. Brasília: SENAD; 2006. p. 11-27.
19. Peltzer k. Prevalence of alcohol use by rural primary care outpatients in South Africa. *Psychol Rep*. 2006 Aug; 99(1):176-8.
20. Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, Garcia-Parajua P, Iglesias JJ, Goldberg PH, et al. Prevalence of alcohol misuse among adolescents and young adults evaluated in a primary care setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2006 Jan-Mar; 18(1):197-202.
21. Magnabosco MB, Formigoni, MLOS, Ronzani, TM Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007; 10(4) 637-47.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Brasil: IBGE; [atualizada em maio de 2007; acesso em maio de 2007]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/populacao/Brasil/
23. Galduróz JCF, Caetano R 2004. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 (supl 1): 3-6.
24. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Aráujo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (1): 45-54.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Pró-reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo apoio financeiro referente ao “Projeto Enxoval” (20051246), especificamente pelo pagamento de bolsa de Iniciação Científica.

Agradecemos também ao aluno de graduação em psicologia, Felipe Stephan Lisboa, pela ajuda na coleta de dados nas unidades de saúde.

Recebido: 03/2008

Aprovado: 07/2008