

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PRO-REITORIA DE POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE POS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLINICA MÉDICA

PADRÕES DE EMPREGO DE BEBIDAS ALCOOLICAS EM PORTO ALEGRE: ESTUDO
DE INDICADORES DE DEPENDÊNCIA, ABUSO, CONSUMO DE RISCO E FATORES
ASSOCIADOS EM UMA AMOSTRA POPULACIONAL REPRESENTATIVA DA REGIÃO
URBANA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LEILA BELTRAMI MOREIRA

ORIENTADOR: FLAVIO DANNI FUCHS
CO-ORIENTADORA: SANDRA COSTA FUCHS

PORTO ALEGRE, 1993

SUMARIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO

2. REVISAO DA LITERATURA.....	2
2.1. Alcool e o risco para a saúde.....	2
2.2. Definição de conceitos.....	3
2.3. Aferição dos padrões de consumo.....	10
2.4. Fatores associados ao uso inapropriado.....	18
2.5. Epidemiologia do abuso e dependência de bebidas alcoólicas: estatísticas internacionais e brasi- leiras.....	26
3. QUADRO CONCEITUAL.....	33
4. OBJETIVOS.....	35
5. METODOLOGIA.....	37
5.1. Hipóteses conceituais.....	37
5.2. Hipóteses operacionais.....	37
5.3. Modelo geral de investigação.....	38
5.4. Amostra.....	38
5.5. Medidas.....	41
5.6. Estratégia.....	42
5.7. Processamento dos dados.....	44
5.8. Variáveis.....	45
5.9. Análise.....	47
5.10. Aspectos éticos.....	49

6. RESULTADOS.....	50
6.1. Descrição da amostra.....	50
6.2. Padrões de consumo de bebidas alcoólicas.....	55
6.3. Prevalência de CAGE, abuso, consumo de risco e fatores associados.....	63
6.4. Associações entre os indicadores de consumo inadequado e os parâmetros estudados.....	69
7. DISCUSSÃO.....	74
7.1. Padrões de consumo de bebidas alcoólicas.....	74
7.2. Indicador de dependência.....	76
7.3. Abuso.....	80
7.4. Consumo de risco.....	82
8. CONCLUSÕES.....	84
9. BIBLIOGRAFIA.....	87
APENDICE	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Quadro conceitual.....	34
FIGURA 2. Distribuição de renda (sal. mínimos) na amostra e região metropolitana de Porto Alegre. PNAD, 1990. IBGE.	53
FIGURA 3. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por sexo....	57
FIGURA 4. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por classe social.....	58
FIGURA 5. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por idade...	59
FIGURA 6. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por renda...	60
FIGURA 7. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por escolaridade.....	61
FIGURA 8. Proporção de respostas afirmativas a cada item do CAGE.....	61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Repercussões orgânicas e funcionais associadas ao consumo crônico de álcool.....	3
TABELA 2: Consumo anual "per capita" de álcool total (L) em 1987.....	28
TABELA 3. Proporção de abstêmios em inquérito de opinião pública internacional.....	29
TABELA 4. Prevalência de alcoolismo estimada em estudos populacionais brasileiros de acordo com o sexo.....	31
TABELA 5: Prevalência de alcoolismo estimada em estudos populacionais em Porto Alegre, RS de acordo com o sexo.....	32
TABELA 6. Características demográficas da amostra, por sexo...	52
TABELA 7. Distribuição das variáveis de interesse conforme o sexo.....	54
TABELA 8. Idade de início do consumo de bebidas alcoólicas (anos).....	55
TABELA 9. Freqüência (%) de abstêmios, bebedores diários e abandono do consumo de bebidas alcoólicas, por sexo.....	55
TABELA 10. Freqüência de consumo por idade entre os homens, em vezes por semana (N e %).....	56
TABELA 11. Prevalência de CAGE, ABUSO e CONSUMO DE RISCO positivos e Razões de Prevalências (RP) entre os sexos.....	62

TABELA 12. Número de respostas afirmativas, por sexo, considerando os indivíduos que bebem ou bebiam.....	63
TABELA 13. Prevalência de CAGE positivo segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.....	65
TABELA 14. Prevalência de ABUSO segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.....	66
TABELA 15. Prevalência de CONSUMO DE RISCO segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.....	68
TABELA 16. Razões de prevalência de CAGE e ABUSO, brutas e ajustadas segundo as variáveis de interesse, em homens.....	70
TABELA 17. Razões de prevalência de CONSUMO DE RISCO brutas e ajustadas segundo as variáveis de interesse, em homens.....	72

AGRADECIMENTOS

A Dra. Sandra Fuchs pelas sugestões, auxílio, incentivo e modelo de competência profissional.

Ao Dr. Flávio Fuchs pela oportunidade de tê-lo como orientador.

A Sandra Machado, Jones Moraes, Richard Kuoia, Jaime Lazevitz e demais acadêmicos que participaram da coleta de dados com empenho e seriedade.

Aos acadêmicos Silvia Cardozo e Markus Bredemeier pelo auxílio inestimável na elaboração do banco de dados.

A Renan Moraes pela colaboração ao longo de todo o trabalho de campo.

A minha família, Carlos, Marina e Rafaela, pela colaboração, apoio e paciência.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar os padrões de consumo de bebidas alcoólicas na população adulta da região urbana de Porto Alegre, e sua associação com fatores demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.

Efetuuou-se um estudo observacional, analítico e de delineamento transversal. Estudaram-se 1091 indivíduos, selecionados por processo de amostragem aleatória proporcional, em estágios múltiplos e por conglomerados. Coletaram-se os dados através de questionário estruturado, em entrevista domiciliar.

Aferiu-se a exposição ao álcool através do questionário CAGE e de perguntas dirigidas ao tipo, quantidade e freqüência de consumo de bebidas alcoólicas. Considerou-se o consumo igual ou superior a 30 g por dia como abuso, pois este nível de exposição ao álcool está definitivamente implicado em aumento de risco para a saúde. Empregou-se o questionário CAGE como indicador de dependência, considerando-se positivo diante de pelo menos duas respostas afirmativas. Caracterizou-se o consumo de risco pela presença de abuso ou CAGE positivo.

Obtiveram-se estimativas de prevalência de 9,3% (IC = 7,6 a 11,0) para CAGE positivo, 15,5% (IC = 13,4 a 17,7) para abuso, 19,4% (IC = 17,1 a 21,7) para consumo de risco, 12,3% (IC = 10,4 a 14,2) para bebedores diários e 24,1% (IC = 21,7 a 26,6) para abstêmios. As mulheres consomem bebidas alcoólicas em menor quantidade e freqüência que os homens e são mais abstêmias.

A bebida consumida por maior número de pessoas foi a cerveja, seguida pelo vinho e cachaça.

Utilizou-se análise multivariada para avaliar as associações das variáveis demográficas, sócio-econômicas e sócio-culturais aos indicadores de consumo inadequado de álcool, entre os homens. As variáveis de controle no modelo foram idade, renda e escolaridade. A qualificação profissional e escolaridade mostraram-se inversamente associadas ao CAGE que também foi positivo com maior frequência entre os não-brancos. A renda mostrou tendência inversa em relação ao CAGE. Cor e escolaridade associaram-se da mesma forma ao abuso. A associação com qualificação profissional foi menos intensa, assim como com a renda. Detectou-se associação positiva de ambos ao tamanho da família e somente do CAGE à presença de companheira. O abuso também evidenciou tendência à associação com a presença de outro morador CAGE positivo ou abusador.

A associação da idade dos homens aos padrões de consumo é similar à descrita em outros estudos, aumentando em frequência e prevalência de indicadores de consumo inadequado com o passar dos anos. A prevalência de CAGE positivo, entretanto, cai após os 50 anos e a de abuso estabiliza-se.

O estudo permitiu estimar adequadamente o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por adultos de Porto Alegre. Confirma, em geral, as expectativas teóricas, demonstrando altas frequências de indivíduos sob risco. O consumo de risco, definido pela presença de dependência ou abuso, coloca o consumo de bebidas alcoólicas entre as potenciais causas de perda de saúde mais frequentes em nosso meio.

ABSTRACT

This study aimed at the evaluation of alcoholic beverage consumption patterns in the adult population of Porto Alegre city and their association to demographic, economical and socio-cultural factors.

An observational, analytical and of transversal delineation research has been made. 1091 individuals have been studied, chosen through a proportional aleatory sampling process in multiple stages and by conglomerates. Data has been collected by applying a questionnaire in home interviews.

Exposure to alcohol has been measured by the CAGE questionnaire and by inquires about the type, quantity and frequency of alcoholic beverage consumption. Consumption equal or over 30 g a day has been considered as abuse since such a level of exposure is defined as implicated in the increase of health risks. The CAGE questionnaire has been applied as an indicator of dependence and with at least two affirmative answers being considered as positive. Risky consumption has thus been characterized by the presence of abuse or a positive CAGE.

Prevalence estimations of 9.3% (CI = 7.6 to 11.0) for positive CAGE, 15.5% (CI = 13.4 to 17.7) for abuse, 19.4 (CI = 17.1 to 21.7) for risky consumption, 12.3% (CI = 10.4 to 14.2) for daily drinkers and 24.1% (CI = 21.7 to 26.6) for abstemious. Women consume alcoholic beverages in less quantity and lower frequency than men and are more abstemious.

The most widely consumed beverages were beer, wine and "cachaça".

A multivariate analysis has been made for the evaluation of the association of demographic, economic and socio-cultural variables with indicators of inadequate alcohol consumption among men. Controlling variables in the model were age, income and education. Professional qualification and education have proved to be inversely associated with CAGE which was also more often positive among non-whites. Income has showed an inverse tendency in relation to CAGE. Color and education related to abuse in the same way. Association to professional qualification was less intense, as well as income. A positive association of both with the family size and CAGE alone with the presence of a mate has been detected. Abuse has also evidenced a tendency to associate with the presence of another positive CAGE or abuse dweller.

The association of men's ages to the consumption patterns is similar to the one described in other studies, with an increase in frequency and in prevalence of positive CAGE, however, falls after the age of 50 and the abuse stabilizes.

The study made it possible to adequately estimate the alcoholic beverage consumption pattern by adults in Porto Alegre. It confirms, in general terms, the theoretical expectations, demonstrating high frequencies of individuals under risk. Risky consumption, defined by the presence of dependence or abuse sets the alcoholic beverage consumption among the most frequent potential causes of health loss in our environment.

1. INTRODUÇÃO

O consumo inapropriado de bebidas alcoólicas acarreta problemas físicos e sociais, constituindo-se em uma importante causa de perda de saúde. Está associado às principais causas de mortalidade - como doenças cardiovasculares e metabólicas, neoplasias, acidentes, homicídios, suicídios - e incapacitação social. A descrição dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas, a caracterização dos fatores associados ao uso inadequado e a aferição das conseqüências deste têm sido objeto de preocupação de todas sociedades organizadas. Essas informações devem orientar o planejamento de ações de saúde, tanto para caracterizar a necessidade das mesmas, como para escolher as estratégias de intervenção. A presente pesquisa foi orientada com o propósito de descrever as duas primeiras características na população urbana de Porto Alegre. Na revisão que se segue caracteriza-se o risco que o álcool representa para a saúde, definem-se os termos operativos que descrevem o problema, apontam-se as técnicas de aferição do padrão de consumo, discutem-se os fatores associados a seu uso inapropriado e revisam-se as estimativas internacionais e brasileiras sobre sua utilização e problemas decorrentes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ALCÓOL E O RISCO PARA A SAÚDE

Apesar dos riscos que o álcool representa, o seu consumo é amplamente difundido. A utilização, mesmo em quantidades moderadas, se repetitiva, pode repercutir, a longo prazo, na vida e saúde do indivíduo. Não está estabelecido exatamente onde começam a acontecer as repercussões orgânicas, mas, cada vez mais, se reduzem as estimativas dos níveis de consumo determinantes de risco. O baixo consumo - 1 a 2 drinques por dia, contendo cada um cerca de 10 g de álcool (1, 2, 3) - parece proteger de doença coronariana (4, 5). A ingestão de mais de 20 g de etanol por dia, em média, aumenta o índice de danos orgânicos (6). A TABELA 1 lista as repercussões orgânicas e funcionais associadas ao uso de bebidas alcoólicas e o nível de consumo, quando definido, a partir do qual detectou-se aumento de risco. Em geral, é necessário que a quantidade consumida se acompanhe de tempo suficiente para produzir-se o risco. Este, entretanto, não é definitivamente caracterizado para muitas situações apontadas na TABELA 1. Mesmo que em algumas daquelas situações o risco seja menor ou inexistente pelo tempo de exposição insuficiente, em outras, até o consumo agudo poderia determinar repercussões para a saúde (gestação ou antes de dirigir, por exemplo).

2.2. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O álcool é um fármaco utilizado para uso médico e não médico. O uso não médico é caracterizado pelo emprego de um fármaco para obtenção de emoções e sensações gratificantes, independentes do efeito terapêutico. Pode ser classificado em uso experimental,

TABELA 1. Repercussões orgânicas e funcionais associadas ao consumo crônico de álcool.

CONDIÇÃO	NIVEL DE CONSUMO DE RISCO	REFERÊNCIAS
CARDIOVASCULARES		
.Acidente vasc.encefálico	> 24 g/d	7(a), 8,9
.Morte súbita	72 g/d	7
.Infarto agudo do miocárdio	6 drinques/d(a)	7
.Cardiopatía alcoólica	80-100 g/d/10 anos	7(a),9
.Hipertensão arterial	3 drinques/d(a)	10(a),11
DIGESTIVAS		
.Irritação gastrointestinal		6,12
.Interferência na absorção intest.		12
.Cirrose, outras lesões hepáticas	40 g/d homens 20 g/d mulheres	6,13,14(a)
.Pancreatite		12,15,16
NEUROLÓGICAS E PSIQUIÁTRICAS		
.Dependência (b)		17, 18
.Mielinólise centro-pontina, atrofia cerebelar e cerebral		12,18
.Convulsões		12,18
.Neurite óptica, miopatia e polineuropatia		12
.Encefalopatia pelagrosa		12
.Sínd.Wernicke-Korsakoff, D.Marchiafava-Bignani		12,18
NEOPLASIAS		
.Boca, faringe, fígado	30 g/d	19(a),20,21
.Esôfago	30 g/d	20,22(a)
.Mama	15 g/d	23,24(a)

(continua)

TABELA 1 . continuação

CONDIÇÃO	NÍVEL DE CONSUMO	REFERÊNCIAS
METABÓLICAS		
.Osteoporose, hiperurecemia, Hemocromatose		25,26,27
.Aumenta nível de citocromo P450		19
.Alterações hormonais, hipogonadismo		19,28
.Diabete melito		29
.Distúrbios eletrolíticos		17
HEMATOPOIÉTICAS		
.Macrocitose, anemia, imunodepressão		30,16
.Trombocitopenia, leucopenia		16,17
.Tempo de sangria prolongado		16
REPRODUÇÃO		
.Baixo peso	proporcional à exposição	31(a),32
.Aborto espontâneo	1 a 2 drinques/d (c)	6,32(a)
.Síndr.alcoólico-fetal	150 g/d	6,16(a)
.Impotência sexual masc.		17,28
.Disf. sexuais e infertilidade fem		33
GENÉTICAS		
.Aberrações cromossômicas		19

(a) referência que cita o nível de consumo.

(b) um drinque usualmente contém em torno de 10 g de álcool.

(c) ver discussão no texto.

ocasional ou recreacional, abusivo e compulsivo. Na última condição evidencia-se a dependência do fármaco (28).

O abuso de álcool tem uma caracterização lindeira com a do usuário ocasional ou recreacional. As quantidades consumidas tendem a ser maiores no primeiro caso e mais claramente associadas com problemas de saúde. No entanto, para muitas das conseqüências do emprego de bebidas alcoólicas não está estabelecido o limite entre o risco e a ausência de risco. Para outras situações, que dividem os usuários recreacionais dos abusivos, os limites quantitativos são ainda mais imprecisos, dependendo do momento da in-

gestão e da repercussão sobre a saúde ou atuação social do indivíduo. Neste caso se inclui o favorecimento do álcool aos acidentes e violências, usualmente não aferidos por inquéritos com amostragem domiciliar.

Tradicionalmente, os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas têm sido enfeixados sob a denominação de "alcoolismo". No contexto da classificação prévia, alcoolismo englobaria os padrões de uso abusivo e compulsivo, este com dependência.

A concepção de alcoolismo como doença já era conhecida na pré-história e também registrada na primeira metade do século V, quando surgiu a idéia de adicção, como uma forma de doença mental. A palavra alcoolismo é relativamente moderna e foi proposta pelo médico sueco Magnus Huss, em 1849, quando se tornou conhecido ser o álcool, contido em certas bebidas, o fator de intoxicação. Foi empregada com significado de adicção ao álcool pela primeira vez, em 1866, pelo médico francês M. Gabriel. O termo difundiu-se sob a concepção de doença marcada pela ingestão de álcool (34).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Vargas (12), definiu alcoolismo como "toda a forma de ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional, aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores como: a hereditariedade, a constituição física ou as influências fisiopatológicas e metabólicas adquiridas". Compreende por alcoolistas "os bebedores excessivos cuja dependência ao álcool é suficiente para afetar sua saúde física e mental, assim como suas relações com os

demais e seu comportamento social e econômico". Não inclui na Classificação Internacional de Doenças (International Statistical Classification of Diseases and Health Problems), alcoolismo como entidade nosológica (35).

A tendência atual é de considerar-se duas áreas relativamente delimitadas: a síndrome de dependência do álcool e o conceito de problemas associados ao seu consumo (bebedor-problema), proposto por Edwards, citado por Bertolote (36). Este entende a dependência do álcool como um fenômeno gradativo iniciado pelo bebedor social (correspondente ao uso ocasional ou recreacional) que, indiferente ao padrão de ingestão de bebidas alcoólicas, não apresenta indicação de dependência ou de problemas associados ao seu uso. A seguir, estariam os bebedores-problema cujo padrão de ingestão lhes traz algum tipo de dano ou problema na área física, psíquica, familiar ou social, sem evidências de dependência. Por fim, teríamos os ditos alcoolistas que, além das características anteriores, apresentam algum grau de dependência ao álcool. Propõe, ainda, uma descrição da síndrome de dependência através de sete elementos:

1. empobrecimento do repertório;
2. relevância da bebida;
3. aumento da tolerância ao álcool;
4. sintomas repetidos de abstinência;
5. alívio ou esquia dos sintomas de abstinência através de mais bebida;
6. percepção subjetiva da compulsão para beber;
7. reinstalação após abstinência.

Não está estabelecida a associação de um determinado nível de consumo e dependência. A American Psychiatric Association, no "Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais" (DSM-III-R) (37) delimita mais claramente os conceitos de dependência e abuso de substâncias psicoativas com base em critérios diagnósticos. Estes vêm conferindo uma maior homogeneidade de conceitos para a literatura contemporânea.

O diagnóstico de dependência ao álcool é feito na presença de três dos seguintes critérios, sendo que alguns sintomas da perturbação tenham persistido pelo menos por um mês, ou ocorrido repetidamente por um longo período de tempo:

1. substância freqüentemente tomada em quantidades maiores ou por um período mais longo de tempo do que a pessoa intencionava fazê-lo;
2. desejo persistente ou um ou mais esforços mal-sucedidos de cortar ou controlar o uso da substância;
3. muito tempo é gasto com atividades necessárias para obter a substância, tomá-la ou recuperar-se dos efeitos;
4. intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência quando deveria realizar obrigações importantes no trabalho, escola, casa, ou quando o uso de substâncias é fisicamente perigoso;
5. abandono ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa do uso de substâncias;
6. uso contínuo da substância apesar de saber que tem problema persistente ou recorrente social, psicológico ou físico, causado ou exacerbado pelo uso de substâncias;

7. tolerância acentuada: necessidade de quantidades nitidamente aumentadas da substância (isto é, pelo menos cinquenta por cento de acréscimo) a fim de atingir a intoxicação ou efeito desejado, ou efeito acentuadamente diminuído com uso continuado da mesma quantidade;

8. sintomas característicos de abstinência;

9. substância tomada freqüentemente para atenuar ou evitar sintomas de abstinência.

O abuso é definido por um padrão de inadaptação do uso da substância, indicado pelo menos por um dos seguintes critérios, com persistência de sintomas da perturbação de no mínimo um mês, ou ocorrido repetidamente por um longo período de tempo, sem nunca ter preenchido os critérios de dependência:

1. uso continuado apesar do conhecimento de ter problema persistente ou recorrente social, ocupacional ou físico que seja causado ou exacerbado pelo uso de substância psicoativa;

2. uso recorrente em situações nas quais é fisicamente perigoso.

A partir da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), recentemente publicada (35,38), observa-se a incorporação desses critérios pela OMS. Até a nona revisão (CID-9) (39), relacionava os problemas associados ao álcool em três itens: psicoses alcoólicas, síndrome de dependência do álcool e abuso de drogas sem dependência. Na CID-10, o item "psicoses alcoólicas" dá lugar aos "distúrbios mentais e comportamentais devidos a substâncias psicoativas" que incluem a síndrome de dependência, o emprego danoso (abuso) e as complicações do uso crônico daquelas substâncias, quais sejam, síndrome de retirada, síndrome

de retirada com delirium, distúrbios psicóticos, síndrome amnésica, distúrbios psicóticos residuais ou de início tardio e outras doenças mentais e comportamentais. Define a síndrome de dependência a drogas psicoativas, como "conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e psicológicos que se desenvolve após uso repetido da substância e, tipicamente, inclui um forte desejo de consumi-la, dificuldades em controlar seu uso, emprego persistente apesar das consequências danosas, prioridade à droga em lugar de outras atividades e obrigações, tolerância aumentada e, às vezes, manifestações de retirada". O abuso é definido como "uso danoso", caracterizado pelo "padrão de emprego de substância psicoativa que está causando danos físicos ou mentais à saúde".

Levando-se em consideração o exposto, definiu-se quantitativamente o abuso de álcool neste estudo, como o consumo igual ou superior a 30 g por dia, para ambos os sexos. Tal ponto de corte reflete os níveis de consumo associados a danos orgânicos citados na literatura. Também tem sido utilizado em outros estudos (40,41) e está em consonância com o consumo moderado a alto que, freqüentemente, gira em torno de 30 a 40 g por dia (1,11,14,42-44). Ainda, aproxima-se da recomendação do "Royal College of Psychiatrists" e do "Royal College of Physicians" que limitam o consumo em 20 g por dia para as mulheres e 30 g por dia para os homens (45).

Optou-se pelo questionário CAGE (46-48) como indicador de dependência por ser de fácil e rápida aplicação e já ter sido empregado em alguns estudos populacionais disponíveis para comparação (49-54).

Em síntese, a presente abordagem da questão alcoolismo compreende os aspectos da síndrome de dependência do álcool e do abuso, este enquanto fator de risco para a saúde e atuação social do indivíduo e enquanto o beber é problema. No seu conjunto, a dependência somada ao abuso encerram a idéia de "consumo de risco" aqui aplicada como uma variável indicadora da magnitude do problema do consumo de bebidas alcoólicas, a nível populacional.

2.3. AFERIÇÃO DOS PADRÕES DE CONSUMO

Como regra, os indicadores de dependência e abuso do álcool foram estudados em conjunto e, freqüentemente, sob a denominação de "alcoolismo". A fronteira entre o padrão de consumo que distingue um "alcoologista" de outro bebedor qualquer é tênue e varia nos diversos estudos que avaliam a quantidade e freqüência de emprego de bebidas alcoólicas.

O diagnóstico de síndrome de dependência do álcool é relativamente fácil nos casos adiantados da doença. São estes, geralmente, que procuram os serviços de saúde devido ao surgimento das complicações do uso crônico de álcool. O mesmo não se pode dizer quando se fala em termos de população e de saúde pública.

Quando se tenta quantificar a dependência e o abuso de álcool a nível populacional, surgem dificuldades de aferição do problema. Esta pode ser feita através de medidas indiretas, ou seja, de indicadores como morbidade, causas de morte, acidentes de trânsito e de trabalho, criminalidade, produção de bebidas alcoólicas; ou ainda de medidas mais diretas do consumo de álcool e

dos problemas a ele relacionados, através de entrevistas e questionários.

Com Jellinek, citado por Luz Jr (55), surgiram as idéias iniciais para delimitar os tipos de bebedores e a evolução do processo até a doença, caracterizada pela dependência física ao álcool. O mesmo criou uma fórmula, empregada em vários estudos de prevalência em diversos países, que permite estimar a prevalência de alcoolismo a partir dos óbitos por cirrose.

Marconi, citado por Luz JR (55), propôs uma definição operacional, utilizada em diversos estudos na América Latina, que considera quatro tipos de bebedores, conforme a forma de ingestão de álcool:

1. Ingestão patológica de álcool ou alcoolismo: doença caracterizada pela presença regular de dependência sócio-cultural ou psíquica e física ao álcool. Esta última manifesta-se em incapacidade de deter-se ou de abster-se após a ingestão de álcool.
2. Ingestão excessiva simples de álcool: ingestão habitual (mais de três dias por semana), por dependência sócio-cultural ou psíquica, de mais de 100 cc de álcool absoluto, em um dia calendário, ou presença de 12 ou mais estados de embriaguez (com incoordenação motora) em um ano calendário.
3. Ingestão moderada de álcool: ingestão habitual de menos de 100 cc de álcool absoluto em um dia calendário ou presença de menos de 12 estados de embriaguez ao ano.
4. Abstinência ao álcool: ausência absoluta de ingestão de álcool ou ingestão em quantidade moderada, até cinco vezes em um ano calendário, em ocasiões especiais.

A OMS, em estudo citado por Caetano (56), classificou os bebedores levando em consideração a frequência de consumo, em:

1. Bebedores sistemáticos: os que bebem pelo menos uma vez por semana.
2. Bebedores intermediários: os que ingerem álcool entre uma e três vezes ao mês.
3. Bebedores ocasionais: os que consomem bebidas alcoólicas menos de uma vez por mês e mais de uma vez por ano.
4. Abstêmios: os que não consumiram bebidas alcoólicas durante um ano.

Dada a importância de um diagnóstico precoce e necessidade de definição operacional aplicável a pesquisas comparativas, têm sido desenvolvidos instrumentos subsidiários como entrevistas estruturadas, questionários padronizados e indicadores biológicos.

Nas entrevistas, são avaliadas a quantidade de bebidas alcoólicas consumida por dia ou semana, a frequência de uso e a variabilidade do consumo. Baseiam-se nos métodos de diário retrospectivo ou registro da dieta ou ainda da quantidade-frequência. No primeiro, é informado o número de drinques consumidos em cada um dos dias, em um período determinado de tempo. A quantidade-frequência caracteriza o nível de consumo habitual e o máximo para os diferentes tipos de bebida (cerveja, vinho e destilados). Neste último caso, o tempo de "recall" (período de estimativa) é variável, e tem sido considerado um problema, já que a memória poderia influenciar as respostas. Demonstrou-se, entretanto, que questionários podem conferir estimativas de consumo válidas e reproduzíveis com "recall" de até 4 anos (57). Evidenciou-se, tam-

bém, boa correlação entre ambos os métodos (57,58) e destes com problemas com o álcool. O registro da dieta parece detectar maior consumo global e mais bebedores pesados (consumo de 2 drinques ou mais) que o questionário da quantidade-freqüência (59,60), no qual a freqüência é melhor relatada que a quantidade (61).

Entre as entrevistas padronizadas mais conhecidas estão a técnica de Cahalan e Cisin (62), o questionário de Serviço de Saúde da Universidade do Chile (55) e o questionário desenvolvido por Victora e colaboradores (22). A abordagem através de entrevistas pode incorrer em potencial viés de aferição. Embora o mesmo apresente controvérsias, há relatos de que tende a subestimar o real consumo em cerca de 25 a 65% (63,64). Contudo, alguns autores acreditam que isso não afeta, na prática, a classificação dos bebedores, uma vez que a subinformação ocorre especialmente com os indivíduos que consomem maiores quantidades de álcool (41), não chegando a rebaixá-los de categoria. Pode haver, porém, subrelato por grupos selecionados na amostra, confundindo as associações do consumo referido com fatores demográficos. Cooke e Allan (64) constataram que a dissimulação do consumo é maior entre os homens, os indivíduos jovens e os empregados, enquanto o nível sócio-econômico não influenciou a tendência à subinformação. A literatura é consensual sobre a utilidade do auto-relato para aferir os níveis de álcool consumido. É o método preferido pela facilidade de aplicação, disponibilidade de amostras clínicas e a diversidade de variáveis que podem ser medidas (61).

Os questionários padronizados (12,46), em sua maioria, propõem-se a determinar a presença ou ausência de alcoolismo a

partir de comportamentos evidenciados sem se deterem nos níveis consumidos, como o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), CAGE, EDASA (Escala para Detecção de Alcoolismo e Sintomatologia Associada). Outros, como ADS (Alcohol Dependence Scale), SADD (Short-Alcohol Dependence Data), têm por objetivo classificar quanto ao grau de dependência do álcool.

QUESTIONARIO CAGE

Entre aqueles instrumentos, o questionário CAGE tem sido recomendado para triagem em hospitais gerais (46-48). Consiste em quatro perguntas, cujas palavras-chave dão origem à sigla: 1. Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber? ("Cut-down"); 2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam seu modo de beber? ("Annoyed"); 3. O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber? ("Guilty"); 4. O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? ("Eye-opener"). Duas ou mais respostas afirmativas conferem-lhe sensibilidade aceitável (81%) para triagem de alcoolismo em população psiquiátrica (65). Cabe ressaltar que este questionário não é "diagnóstico", mas indicativo da possibilidade de alcoolismo (47). Além disso, o teste baseia-se na percepção do indivíduo sobre seu beber.

Considerando-se o mesmo critério de positividade, obtiveram-se diferentes índices de sensibilidade e especificidade, conforme o tipo de população.

Em estudo transversal de uma amostra aleatória de pacientes admitidos em um hospital geral (48), a sensibilidade, especifici-

dade e valor preditivo positivo do CAGE foram de 76%, 94% e 87%, respectivamente. A prevalência de indivíduos dependentes de álcool era de 27%, de acordo com os critérios padronizados do DSM-III-R. Outro estudo transversal (66) com pacientes admitidos nos serviços de ortopedia e de clínica de um hospital-escola comunitário obteve sensibilidade de 75%, especificidade de 96% e valor preditivo positivo de 82%. A prevalência de dependência ou abuso de álcool era de 20%, segundo os critérios diagnósticos do DSM-III-R.

Avaliando o desempenho do CAGE em amostra populacional de Ontário, no Canadá (67), a prevalência de CAGE positivo foi de 10,9% entre os indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas e de 9% na amostra total. A comparação com estimativas agregadas, indicadoras do nível de problemas com álcool entre bebedores, mostrou que esses resultados eram semelhantes à proporção estimada de indivíduos que consumiam quatro ou mais drinques por dia (11,9%). Pelo método de Jellinek, estima-se que 2,3% dos bebedores de Ontário seriam alcoolistas, um pouco menos do estimado para consumo de 8 drinques ou mais por dia e próximo à estimativa de 3,4% de "bebedores-problemas" pelo CAGE com 3 ou mais respostas positivas. O escore de 2 ou mais ocorreu em apenas 23% dos bebedores diários, em 17% dos que bebiam 5 ou mais drinques em uma só ocasião e em 39,1% dos que bebiam 5 ou mais drinques pelo menos uma vez por semana. Os autores concluíram que os quatro itens do CAGE medem uma única dimensão, presumivelmente bebedores problemas. Também gozam de uma boa confiabilidade interna e têm alguma utilidade em estudos de população geral. Necessita, porém,

de mais pesquisas com diferentes populações (jovens, bebedores pesados, etc.), validação dos casos positivos por outros critérios e melhor esclarecimento da possibilidade de superestimar os problemas com álcool devido ao enfoque da sua prevalência ao longo da vida.

Masur e Monteiro (68) validaram o CAGE para o Brasil, aplicando sua versão em português a pacientes masculinos internados em um Hospital Psiquiátrico em São Paulo. Nesse estudo, onde a prevalência de alcoolismo era de aproximadamente 60%, foi observada uma sensibilidade de 88% e especificidade de 83%, considerando-se teste positivo duas ou mais respostas afirmativas. Tomando-se três respostas afirmativas, a especificidade aumenta para 94%, às custas da queda da sensibilidade para 81%. Portanto, este instrumento mostrou-se adequado para triagem de dependência do álcool em populações selecionadas. Com a vantagem de ser menos intimidativo e de mais fácil aplicação do que outros questionários (49,65,68), vem sendo empregado mais amiudemente em estudos populacionais brasileiros, com boa performance (49-51,69). Sua utilidade, em estudos epidemiológicos, contudo, ainda está sendo avaliada, uma vez que um teste positivo deverá ser confirmado e a prevalência de alcoolismo na população geral é inferior à dos grupos onde foi validado, o que compromete o seu valor preditivo (70).

QUESTIONARIO MAST (The Michigam Alcoholism Screening Test)

O MAST consiste de 25 questões (71) que abrangem o reconhecimento do problema com álcool, dificuldades familiares, sociais,

no trabalho e legais , incapacidade para controlar a ingestão de álcool e patologia hepática. Cada item recebe pontuação diferente conforme seu poder de discriminação, sendo que um escore de até três pontos é considerado não alcoolista, de quatro é "suspeito" e de cinco pontos ou mais indica alcoolismo, compreendido como abuso ou dependência. Em estudo de validação diagnóstica contra o DSM-III (72), mostrou sensibilidade de 99%, especificidade de 51% e acurácia de 86%. Deu origem a uma série de outros instrumentos derivados, como o SMAST (Short Michigan Alcoholismo Screening Test) (73), com sensibilidade e especificidade maiores que 80% (74). O teste foi validado em uma amostra de Porto Alegre por Bertuol, citado por Cataldo Neto (75), confirmando seu poder de discriminação entre alcoolistas e não alcoolistas, apesar do menor rigor da legislação brasileira em relação à norte-americana quanto às desordens promovidas por pessoas alcoolizadas e ao controle dos motoristas embriagados, bem como ao valor cultural vigente entre nós acerca dos "problemas de fígado".

QUESTIONARIO EDASA (Escala para Detecção de Alcoolismo e Sintomatologia Associada)

A EDASA foi concebida a partir de uma seleção de 20 questões do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (Programa de Saúde Mental da Faculdade da Medicina da Universidade da Bahia), como um instrumento destinado à detecção de alcoolismo em estudos epidemiológicos (76). As questões referem-se aos sinais e sintomas mais frequentes nos quadros de alcoolismo, sendo atribuído um peso de acordo com o critério da sua especificidade em relação ao

alcooolismo. Em duas versões, EDASA-1 e EDASA-2, os escores de corte são, respectivamente, 4/5 e 6/7, sendo que o primeiro apresenta melhor sensibilidade (92% para 79%) e o segundo melhor especificidade (90% para 79%). Os autores aconselham a aplicação da EDASA-2 em estudos com apenas uma etapa de coleta de dados, devido a sua melhor especificidade.

2.4. FATORES ASSOCIADOS AO USO INAPROPRIADO

Existem várias teorias sobre a etiologia do alcooolismo que tentam explicar por que uma proporção dos indivíduos expostos ao álcool tornar-se-á dependente, enquanto outros nunca terão problemas advindos do seu uso. Acredita-se que seja uma doença multifatorial, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, demográficos, sociais e culturais que determinam a variabilidade do consumo de álcool.

FATORES BIOLÓGICOS

As teorias biológicas partem da idéia de que características inatas determinariam a evolução do indivíduo para o alcooolismo, baseando-se na "perda do controle", conseqüente a uma reação fisiológica desencadeada por uma quantidade inicial de álcool. Demonstrou-se experimentalmente, porém, que o comportamento de beber é mediado por estímulos ambientais e cognitivos, não se resumindo apenas a uma compulsão biológica, geneticamente determinada (77-79). Estudos sobre a hereditariedade, baseados em trabalhos com gêmeos e adotados, têm sofrido algumas críticas princi-

palmente quanto a sua não replicabilidade e à definição de alcoolismo utilizada (77). São questionáveis também as possíveis diferenças na prevalência de doenças psiquiátricas entre os pais que entregam seus filhos para adoção, os que adotam e os controles (80).

Os estudos em familiares de alcoolistas, embora nem sempre concordantes (81), têm demonstrado risco 3 a 4 vezes maior para o alcoolismo na prole de pais alcoolistas, tanto nos casos criados pelos pais biológicos, como nos adotados por pais alcoolistas ou não (80,82). Essa natureza familiar do alcoolismo, no entanto, não é conclusiva da determinação genética pois não pode ser esquecida a influência do ambiente. Examinou-se a relação entre o beber dos pais e o dos seus filhos adultos (83), considerando-se o padrão de consumo do pai natural durante o crescimento do filho, da mãe natural durante o crescimento do filho, da estrutura familiar (pai presente ou não) e sexo do entrevistado. Observou-se que estas variáveis são significativamente preditivas do beber pesado desses adultos, concluindo-se que as influências familiares precoces podem ter conseqüências a longo prazo no comportamento de beber. Em estudos com alcoolistas internados, têm-se relatado prevalências em torno de 50% de história de alcoolismo em familiares de primeiro grau. A história familiar positiva parece caracterizar uma forma potencialmente mais severa da doença (84,85).

Outra idéia é a de marcadores biológicos, como distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção e alterações eletrofisiológicas; e de marcadores bioquímicos, como a deficiência

hereditária de uma das isoenzimas da acetaldeído desidrogenase (80). Essa diferença no processo de metabolização do álcool, com o acúmulo de aldeído acético após a sua ingestão, limitaria o seu emprego pelos efeitos desagradáveis provocados. Observações mais recentes, contudo, sugerem que níveis mais baixos de acetaldeído estão relacionados ao efeito euforizante do álcool, que atuaria como reforçador do seu emprego (77). Outros estudos propõem que os filhos de alcoolistas apresentam maior tolerância inata ao álcool e menor percepção da intoxicação alcoólica, sendo esta menor sensibilidade um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento do alcoolismo. As pesquisas sobre a contribuição genética no seu desenvolvimento indicam que estes fatores biológicos abririam a possibilidade de desenvolver a doença, mas não a determinariam (77).

FATORES PSICOLÓGICOS

Na determinação psicológica do alcoolismo foram propostas algumas teorias, como a da personalidade antissocial e a da aprendizagem. A primeira não tem encontrado respaldo nas investigações citadas por Masur (77), pois as características psicológicas comumente observadas entre alcoolistas são, provavelmente, resultantes do uso do álcool e não a sua causa. A segunda propõe que alcoolistas são aqueles que aprenderam a lidar com os problemas existentes valendo-se dos efeitos do álcool. Sendo um comportamento aprendido, qualquer pessoa teria possibilidade de desenvolvê-lo.

FATORES DEMOGRAFICOS

Sexo

É notória a maior prevalência de alcoolismo entre os homens, citando-se relações entre homem e mulher de 2:1 até 14:1 (49,51,52,69,86). A média, no Brasil, é de 10 homens para 1 mulher (87). As mulheres têm maior probabilidade de serem abstinências e, quando não o são, geralmente bebem menos que os homens (64,88). Mas, em pelo menos um estudo brasileiro, apresentaram prevalências de consumo diário e embriaguez semanal maiores que os homens (86). A morbidade tem-se mostrado mais elevada entre as mulheres (33,86) que tendem a abusar do álcool mais tardiamente na vida, a apresentar um intervalo de tempo mais curto entre o início dos problemas relacionados ao mesmo e os sintomas comportamentais e fisiológicos tardios, bem como a desenvolver maiores taxas de sintomas e doenças depressivas que os homens (84).

Idade

O uso de bebidas alcoólicas na América Latina inicia, mais freqüentemente, entre os 15 e os 19,4 anos de idade (87-90). Embora já se registrem casos de alcoolismo neste período, observa-se um aumento das taxas de prevalência em torno dos 30 aos 55 anos, caindo após (12,64,86,89).

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas é variável ao longo da vida do indivíduo, segundo a idade e o sexo. Esta questão está sendo investigada pelo "Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project" (91) através de meta-análise que combina os resultados de 39 estudos longitudinais em 15 países da

América do Norte e norte da Europa. Os primeiros resultados concluem que as maiores variações na quantidade de bebida por ocasião e na frequência mensal ocorrem na juventude e idade adulta jovem (década dos 20): aumenta a frequência e diminui a quantidade. Propõem que a quantidade e frequência por grupos etários são universalmente influenciadas pelo sexo, nas nações estudadas, sendo que os homens excedem às mulheres. E, ainda, que fortes processos sociais estão implicados nessas modificações do padrão de consumo, entre eles o país de origem e o momento histórico-cultural. Já alterações mais moderadas nos grupos com idade intermediária (década dos 30) sugerem fortemente que o período de idade mais jovem condiciona a magnitude do consumo nos anos subsequentes. O decréscimo, observado nas idades mais avançadas, particularmente entre os homens, decorre mais da diminuição na quantidade do que na frequência, reforçando a hipótese "biológica" de que a tolerância para maiores quantidades por ocasião diminui nos últimos anos da vida.

Cor

Estudos americanos com adolescentes e estudantes têm mostrado que o uso de álcool e os problemas a ele associados são mais comuns entre os brancos (92,93), enquanto outros apontam maior prevalência entre os não-brancos (69,74,86,94) ou ausência de associação (89). Essa falta de consistência nos resultados talvez se deva à presença de outros fatores que não a raça, mas a diferenças culturais enraizadas em tradições familiares (95) ou a falhas metodológicas, como amostras selecionadas, confusão com

nível sócio-econômico, viés de aferição, uma vez que diferentes raças poderiam informar de forma desigual. Há indícios de que os padrões de uso de álcool, como número de drinques por dia e número de problemas relacionados ao álcool correlacionam-se diferentemente com fatores sócio-demográficos entre brancos, pretos e hispano-americanos (96), com diferentes grupos de pessoas em risco de desenvolver problemas relacionados ao álcool.

FATORES SOCIO-ECONÔMICOS

A associação do consumo de álcool com o nível sócio-econômico não é uníssona, seja quanto ao seu sentido ou à sua existência, e depende dos indicadores utilizados. A operacionalização do nível sócio-econômico faz-se através da escolaridade, renda e classe social basicamente. Quanto a esta última, existem várias classificações, citando-se entre elas a de Bronfman e Tuirán modificada (97) que tem sido empregada em estudos epidemiológicos em nosso meio. Considera a instância econômica do conceito de classe social, identificando grupos sociais que permitem definir a "situação de classe". Com base na inserção do indivíduo nos meios de produção, fundamentalmente através de dados ocupacionais, complementados por renda e escolaridade, determina 6 classes: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico, proletariado não típico e subproletariado.

Alguns estudos sobre consumo de álcool e alcoolismo têm mostrado uma associação inversa com nível sócio-econômico (41,98,99) nem sempre confirmada por outros autores (64,92,95,100. Em

trabalhos latino-americanos tem-se observado a associação inversa (56,101). No Brasil, nos poucos estudos que permitem a avaliação dos indicadores sócio-econômicos, observa-se tendência semelhante (50,69,99).

Em relação à renda e escolaridade, os estudos nacionais são geralmente inconclusivos. Não detectaram associação (55,75,89) ou utilizaram amostras selecionadas com limitada validade externa (hospitais, estudantes). Apenas um estudo populacional evidenciou associação inversa desses indicadores com CAGE (69). No "Canada Health Survey" (102) quanto maior a renda dos indivíduos, mais freqüente o consumo de álcool.

Na meta-análise de Temple e colaboradores (103) o desemprego crônico associou-se, positivamente, com o consumo entre os homens jovens e, negativamente, entre os homens mais velhos e mulheres jovens. A perda do emprego durante o seguimento não mostrou associação significativa. Concluiu-se que o desemprego prolongado, particularmente entre os homens jovens, é uma variável importante para entender-se o aumento do consumo ao longo do tempo. Esses achados estão de acordo com outros estudos, onde o consumo médio de álcool foi maior entre os desempregados (41) bem como a prevalência de alcoolismo (98), e com um estudo brasileiro que evidenciou maior risco entre os desempregados (89). Entretanto, no "Canada Health Survey" (102), os desempregados bebiam com menor freqüência e no estudo de Cooke e Allan (64) o consumo foi maior entre os empregados, de ambos os sexos.

Os achados em relação à ocupação são controvertidos (98,102). Em estudos que classificam a situação ocupacional

("occupational status") em "white-collar" (WC) e "blue-collar" (BC) os WC bebem com maior frequência, enquanto os BC se intoxicam com maior frequência (104) e apresentam maior prevalência de alcoolismo (98). Os trabalhadores manuais não qualificados apresentam maior prevalência de problemas domésticos relacionados ao abuso de álcool (105) e de alcoolismo (98) que os WC. Alguns estudos brasileiros sugerem uma associação inversa de alcoolismo com grau de qualificação profissional (94, 99).

FATORES SOCIO-CULTURAIS

Relata-se que, nos Estados Unidos, a proporção maior de alcoolistas encontra-se entre os solteiros, separados e divorciados (Negrete, citado por Cardim e col.) (87). Analisando uma coorte de 10594 indivíduos com idade de 18 a 25 anos no seu início, num período de 3 anos e considerando a situação conjugal (solteiro, casado ou casado durante o período de observação), Miller-Tutzauer e colaboradores (106) concluíram que os indivíduos começam a moderar seu consumo de álcool antes do casamento e que esta tendência persiste no primeiro ano de casado, sugerindo uma estabilização posterior. Em meta-análise (103), estratificando-se por sexo e idade e controlando-se para escolaridade, concluiu-se que a ausência de companheiro, por separação ou morte, está associada ao aumento do consumo entre os homens e as mulheres, essas até os 60 anos. Entretanto, somente a segunda - ausência por morte - está associada a consumo aumentado nas mulheres mais velhas. Permanecer casado (com companheiro) está negativamente associado ao consumo em ambos os sexos. Em outro estudo (64), contudo, após

pode ser na ordem de 50% da produção conhecida - ou mais, segundo outros (87). Entre 1970 e 1980 houve um pequeno aumento (3,6%) no consumo de álcool por habitante no mundo inteiro, ocorrido predominantemente às custas dos países da América do Norte, Ásia e Europa (20,1 a 24,4%) (108). Os países que apresentaram os aumentos mais elevados pertenciam quase todos ao mundo em desenvolvimento, havendo indícios de que existe uma relação entre o desenvolvimento econômico e o consumo de álcool. Já nos últimos anos da década de 80, observou-se uma redução no seu consumo na Europa e América do Norte. Nos Estados Unidos, comparativamente ao ano de 1983, em 1988 aumentou a prevalência de abstêmios (de 28 para 32%), diminuiu a de bebedores pesados (de 22 para 19%) (109) e o consumo "per capita" vem declinando desde 1981, atingindo a cifra de 2,58 galões de álcool por pessoa em 1986 (108). A TABELA 2 mostra o consumo anual "per capita" (em litros) de álcool total nos 30 países de maior consumo em 1987. Para o Brasil, a partir da produção nacional no ano de 1970, estimou-se um consumo médio de 4,1 l de álcool absoluto, para cada brasileiro com 15 anos ou mais (87).

Os padrões do beber são muito variáveis entre países, regiões, grupos e indivíduos pertencentes a um mesmo grupo, e em épocas diferentes da vida. As sociedades diferem substancialmente na proporção da população que faz uso de bebidas alcoólicas, variando a taxa de abstinência de 50-70% na Índia até 13% na Finlândia em 1976 (19). A TABELA 3 serve como um indicativo do nível de abstinência entre adultos de vários países que responderam

TABELA 2: Consumo anual "per capita" de álcool total (L) em 1987

PAIS	CONSUMO	PAIS	CONSUMO
1. França	13,0	16. Tchecoslováquia	8,6
2. Luxemburgo	13,0	17. Holanda	8,3
3. Espanha	12,7	18. Nova Zelândia	8,3
4. Suíça	11,0	19. Canadá	7,8
5. Hungria	10,7	20. Romênia	7,6
6. Bélgica	10,7	21. Estados Unidos	7,6
7. Alemanha Ocid. (FRG)	10,6	22. Iugoslávia	7,6
8. Portugal	10,5	23. Grã-Bretanha	7,3
9. Alemanha Or. (GDR)	10,5	24. Polônia	7,2
10. Itália	10,0	25. Finlândia	7,1
11. Austria	9,9	26. Japão	6,3
12. Dinamarca	9,6	27. Cyprus	6,3
13. Bulgária	8,9	28. Uruguai	5,5
14. Argentina	8,9	29. Suécia	5,4
15. Austrália	8,8	30. Grécia	5,4

Fonte: Pyörälä E, 1990 (110).

a um inquérito internacional de opinião pública, em 1985. Denota-se a freqüência do emprego de bebidas alcoólicas, realçando a importância dos problemas decorrentes e do próprio alcoolismo.

Estatísticas divulgadas pela OMS em 1980, citadas por Santana e Almeida Filho (86), indicaram uma variação entre 1% e 10% da população total, como alcoolista ou "grandes bebedores", em vários países do mundo. Nos Estados Unidos, estima-se uma preva-

TABELA 3. Proporção de abstêmios* em inquérito de opinião pública internacional

PAIS	%	PAIS	%
Israel	56	Austrália	24
Filipinas	44	Canadá	23
Brasil	40	Colômbia	23
Uruguai	33	México	22
Estados Unidos	33	Suíça	20
Irlanda	32	Groenlândia	18
Japão	31	Noruega	18
Bélgica	31	Reino Unido	17
Rep.Fed.Alemanha	29	Holanda	16
Argentina	28	Suécia	14
Finlândia	26	Grécia	11
Coréia	24		

Fonte: IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol Drinking (19).

* Não foi empregada metodologia específica.

lência de 7% a 10% de alcoolismo (74,101), e em torno de 32% de abstinentes (5,109). Em estudos epidemiológicos com populações adultas, o alcoolismo é a segunda patologia mais freqüente entre as doenças mentais e a terceira causa de aposentadoria por invalidez no Brasil (111). Em estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica recentemente publicado no Brasil (53), o alcoolismo constituiu-se no principal problema de saúde mental entre os homens. Os estudos de prevalência, no entanto, esbarram em algumas

dificuldades como a definição de alcoolismo e a aferição do consumo de álcool, levando a resultados bastante variados. Há relato de prevalência entre 2 e 23% de alcoolismo em alguns países latino-americanos (86,101). Os estudos realizados no Brasil espelham só parcialmente a magnitude do problema, pois analisam amostras selecionadas (bairros, hospitais, ambulatórios, homens) e utilizam diferentes instrumentos de caracterização de alcoolismo. Isso explica a acentuada variação nos índices de prevalência de alcoolismo referidos (entre 3,4 e 38,5%) (49,51,53,54,69,75,86,89,94,111-116). A TABELA 4 apresenta as estimativas de prevalência de alcoolismo em estudos brasileiros, com amostras populacionais. Não se incluiu o "Levantamento epidemiológico do alcoolismo na Ilha de Santa Catarina"(116) por não ser representativo da população referida.

Em Porto Alegre (TABELA 5), os estudos populacionais, com uma exceção, restringem-se a bairros específicos e dão conta de uma variação de 5% a 18% de dependência e de 4% a 11% de ingestão excessiva ou abuso.

TABELA 4. Prevalência de alcoolismo estimada em estudos populacionais brasileiros de acordo com o sexo.

AUTOR	N	CLASSIFICAÇÃO	PREVALÊNCIA(%)			AMOSTRA
			M	F	T	
Azoubel Neto -1949(a)	203	patológico	13,6	0,8	6,4	Vila baixa renda Ribeirão Preto,SP
		excessivo	17	10,4	13,3	
Coutinho -1976(b)	742	alcoolistas	27,7	20,1	22,6	Maciel(área pros- tit.),Salvador,BA
Santana & col -1978(c)	1549	patológico	5,8	0,7	3,4	Bairro de baixa renda,Salvador,BA
		exagerado			3,4	
D'Assunção & col-1980(d)	249	alcoolistas	9,7	-	-	Homens, área ur- bana de Natal,RGN
		suspeitos	9,7	-	-	
Santana & Almeida Filho 1985(c)	1047	alcoolismo exagerado	11,0	1,5 -	6,2 5,6	Area industrial, reg. metropoli- tana,Salvador,BA
Capriglione & col-1985	700	CAGE	18,0	5,0	11,5	T.Rod.Tietê, vi- sitantes Hosp. São Paulo, SP
França & Pereira-1987	1011	CAGE	-	-	10,0	Amostra aleató- ria, D.Federal
Rego & col 1990	1479	CAGE	12,6	3,3	7,7	8 Subdistr.,2 distr.,S.Paulo,SP
Monteiro & col -1991	394	CAGE	17,0	8,0	12,0	T.Rod.Tietê, vi- sitantes Hosp. São Paulo, SP
Almeida Filho & col -1992 (e)	2345 1742	dependência	15,0	1,1	8,0	reg.urb. Brasília
		ou abuso			15,2	

Referências:87; 75,86; 86,99; 115; 86; 49; 54; 52; 51; 53.

(a) Critérios de Marconi.

(b) Aqueles que bebiam mais de duas vezes ao dia, em geral logo ao acordar, e que estiveram embriagados pelo menos quatro vezes no mês anterior.

(c) Patológico: critério clínico e questionário de morbidade psiquiátrica e padrão de assistência psiquiátrica.

Exagerado: definido pela população entrevistada.

(d) Escala de 12 itens associados à ingestão problemática de bebidas alcoólicas.

(e) Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto e DSM-III em subamostra.

TABELA 5: Prevalência de alcoolismo estimada em estudos populacionais em Porto Alegre, RS de acordo com o sexo.

AUTOR e AMOSTRA	N	CLASSIFICAÇÃO	PREVALENCIA (%)		
			M	F	T
Luz Jr, 1974	514	ingestão patológica	11,1	1,4	6,2
Vila Vargas(a)		ingestão excessiva	8,3	0,0	4,1
Cataldo Neto, 1986 (a)(b)	200	ingestão patológica	9,2	1,0	5,0
Jardim Botânico		ingestão excessiva	16,3	3,9	10,0
		dependência	9,2	1,0	5,0
		abuso	12,2	2,9	7,5
Gigante, 1988	1169	CAGE positivo	31,0	9,6	17,7
Quatro áreas docentes assistenciais.		consumo >18 l/ano	-	-	11,0
		bebedores sistemáticos(OMS)	-	-	40,0
Duncan, 1991	1157	consumo excessivo	15,0	3,0	7,2
Quatro áreas docentes assistenciais.(c)					
Almeida Filho e col, 1992 região urbana	2384	QMPA E DSM-III (dependência ou abuso)	16,0	2,5	9,2

Referências: 55; 75; 50; 117; 53.

a. Critérios de Marconi.

b. DSM-III-R.

c. Homens: > 350 g/sem. e mulheres: > 210 g/sem..

3. QUADRO CONCEITUAL

O uso de bebidas alcoólicas é amplamente difundido apesar da morbidade e mortalidade associadas. Os padrões de consumo são variáveis, segundo características próprias a cada população, seja ela tão pequena como o agregado familiar, ou um pouco mais além, a comunidade onde está inserido, ou tão grande como a população urbana e a própria nação.

A FIGURA 1 sumariza as inter-relações dos diversos fatores e o papel do álcool como fator de risco para a saúde.

No centro do problema está o álcool, disponível na forma de bebidas e que será consumido ou não pelo indivíduo. Os que o consumirem, o farão estabelecendo padrões que vão desde o uso ocasional de baixas quantidades até o uso abusivo e dependência. Será o resultado da interação de diversos fatores entre si e com o indivíduo. Características biológicas (constituição, herança, sexo, idade, cor), sócio-econômicas (renda, escolaridade, classe social, qualificação profissional) ou sócio-culturais (composição familiar, urbanização, hábitos culturais) constituem-se em fatores de risco para o desenvolvimento de um padrão inadequado de consumo de bebidas alcoólicas (consumo de risco) que, por sua vez, constituir-se-á em fator de risco para vários agravos à saúde, contribuindo para aumento de morbimortalidade.

É importante, pois, conhecer os padrões de consumo de álcool entre os porto-alegrenses, a quantificação do problema através de estimativas de prevalência de indicadores de dependência e de

abuso do álcool, bem como a distribuição de fatores de risco nesta população, e quem está mais exposto a eles.

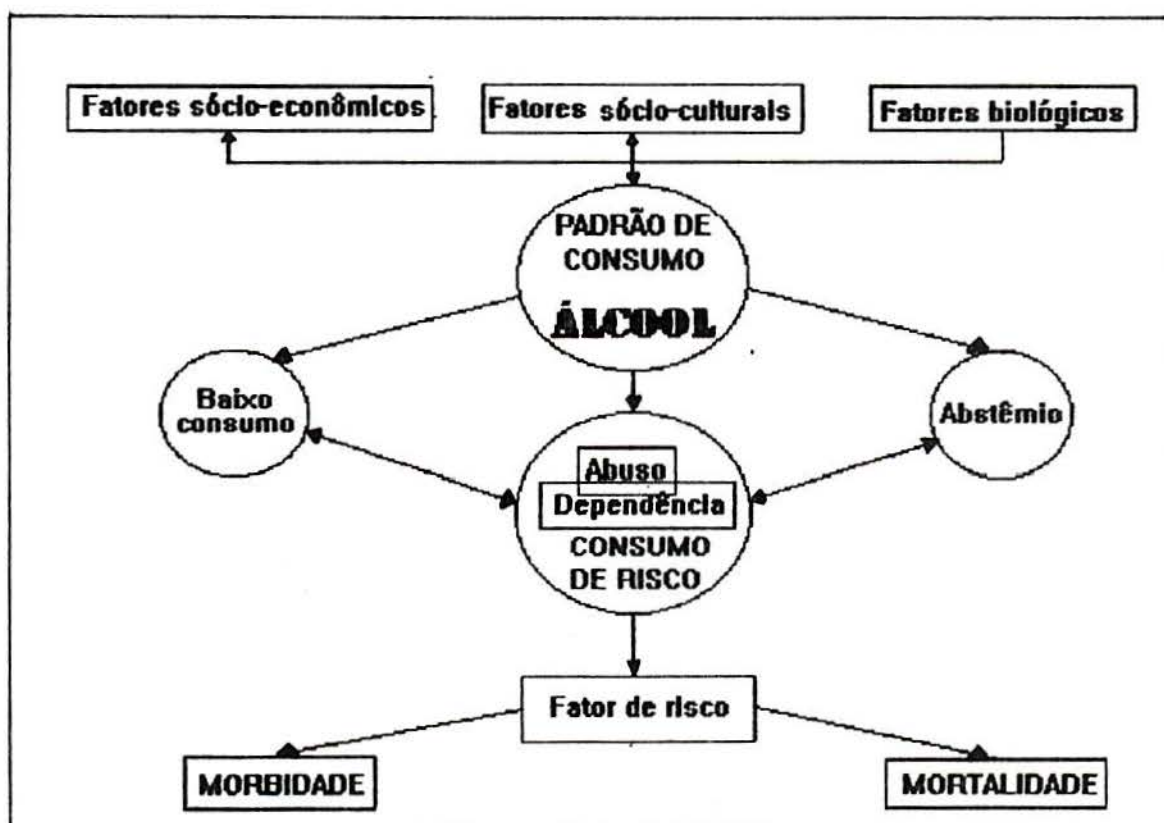


FIGURA 1. Quadro conceitual: inter-relações entre fatores determinantes do padrão de consumo de bebidas alcoólicas e riscos associados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar padrões de emprego de bebidas alcoólicas na população urbana de Porto Alegre, com 18 anos ou mais e sua associação com fatores demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Descrever as seguintes características na amostra global e categorizada por sexo, na população adulta de Porto Alegre:

1. Prevalência de abstinências.
2. Idade média de início do consumo de bebidas alcoólicas.
3. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas.
4. Prevalência de consumo de cada tipo de bebida.
5. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas por dia da semana.
6. Prevalência de sintomas consecutivos ao consumo de bebidas alcoólicas.
7. Prevalência de CAGE positivo como indicador de dependência de álcool.
8. Prevalência de consumo igual ou superior a 30 g/d de álcool como indicador de abuso.
9. Prevalência de consumo de risco (CAGE positivo ou abuso).

Analisar a associação de "CAGE positivo", abuso e consumo de risco de bebidas alcoólicas com as seguintes características:

1. Sexo, cor e idade
2. Escolaridade, renda, classe social e profissão
3. Tamanho da família, presença de companheiro, idade de início do consumo de álcool, presença de outras pessoas com CAGE ou abuso positivos no domicílio.

5. METODOLOGIA

5.1. HIPÓTESES CONCEITUAIS

A investigação das associações listadas permite formular as seguintes hipóteses conceituais:

1. A prevalência de CAGE positivo (dependência) está associada a fatores demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.
2. A prevalência de abuso (consumo igual ou superior a 30 g/d) está associada a fatores demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.
3. A prevalência de consumo de risco está associada a fatores demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.

5.2. HIPÓTESES OPERACIONAIS

As hipóteses conceituais serão exploradas através do teste das seguintes hipóteses operacionais (hipóteses de nulidade):

As razões de prevalência de CAGE, abuso e consumo de risco, calculadas a partir da frequência de positividade, nas seguintes condições, são iguais a 1:

- sexo masculino e feminino;
- brancos e não-brancos;
- faixas etárias;
- níveis de escolaridade;
- faixas de renda;
- classes sociais segundo Bronfman e Tuirán modificada;
- níveis de qualificação profissional;

famílias de diferentes tamanhos;
indivíduos com e sem companheiro;
idade de início do consumo de álcool;
presença ou não de pessoas com CAGE positivo no domicílio;
presença ou não de pessoas com abuso positivo no domicílio;

5.3. MODELO GERAL DE INVESTIGAÇÃO

Executou-se um estudo observacional, analítico, de delineamento transversal e de base populacional.

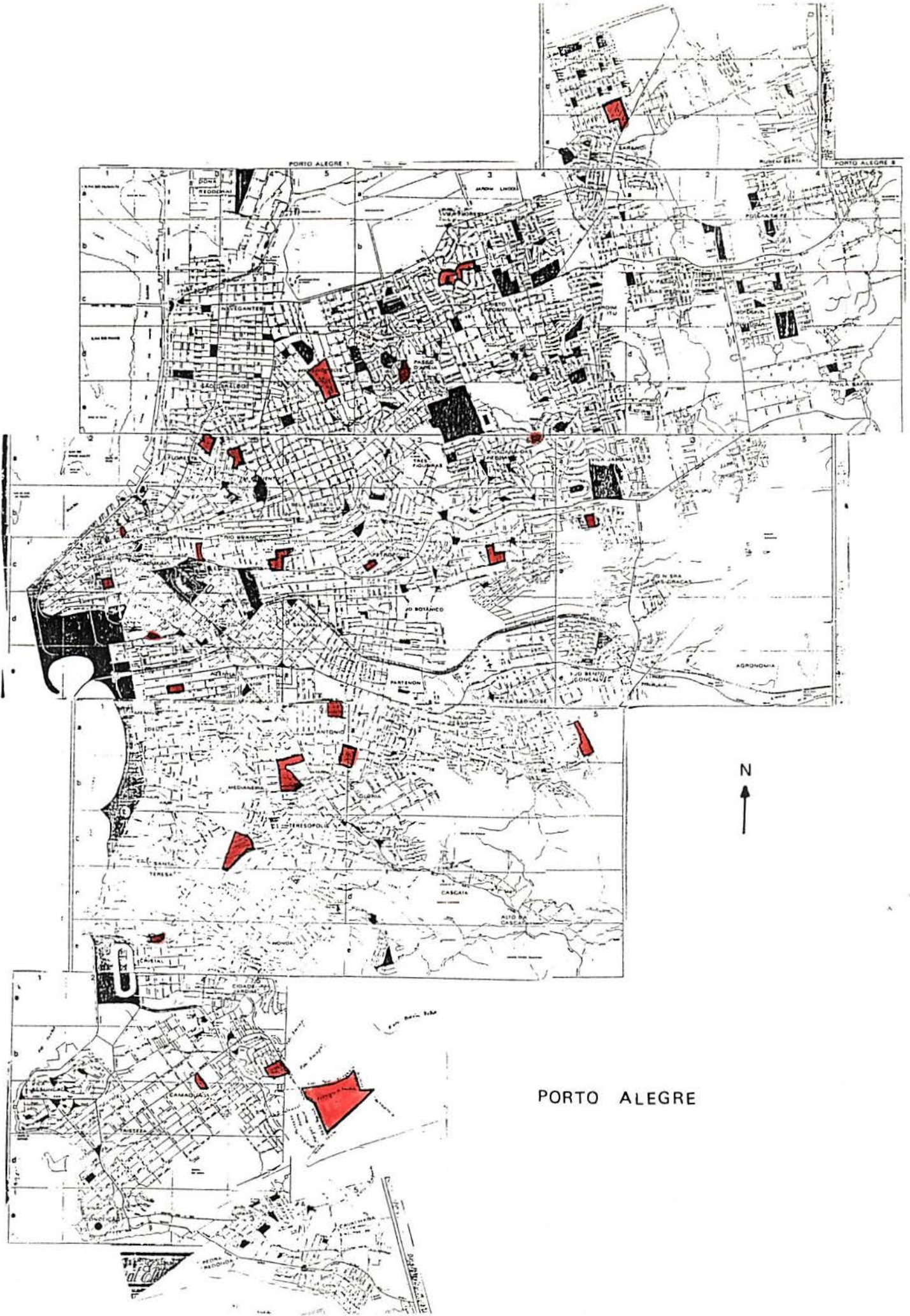
5.4. AMOSTRA

SELEÇÃO DA AMOSTRA.

O processo de amostragem aleatória proporcional deu-se por estágios múltiplos e por conglomerados, a partir de dados do IBGE, relativos ao censo de 1980. Iniciou-se pelo sorteio através do programa LOTUS de 25 números (de 1 a 1.125.477, correspondente ao número de habitantes pelo censo de 1980), cada um deles, identificando um bairro (primeiro estágio) (anexo 1). Neste, sorteou-se um setor censitário do IBGE, utilizando-se uma tabela de números aleatórios (segundo estágio) (MAPA). Excluindo-se os domicílios coletivos, comerciais e desabitados, sorteou-se o primeiro aleatoriamente e os seguintes de forma sistemática, através da observação direta, mantendo-se um intervalo de cinco domicílios selecionados no sentido horário. Estes domicílios (conglo-

merados) compuseram uma lista de endereços, obedecendo à ordem do sorteio, incluindo-se todos os moradores com 18 anos ou mais. Como a amostra inicialmente prevista seria maior que a factível, nessas listas foram novamente sorteados 488 domicílios, correspondentes a 9% de cada setor.

Os critérios de inclusão de entrevistados foram ter 18 anos completos ou mais e residir no domicílio sorteado. Definiu-se, como residente aquele que dormia pelo menos 4 vezes por semana no local. As perguntas relativas ao uso de álcool foram formuladas a todos que consumiam álcool no momento ou consumiram-no no passado, uma vez que se trata de uma doença crônica, passível de períodos de remissão (abstinência) espontânea ou quando tratada, mas com alto índice de recidivas (superior a 90%) (66,82,118,119). Além de que, se o indivíduo usava álcool anteriormente, já estivera exposto ao fator em estudo. Excluíram-se dois moradores que se encontravam hospitalizados, um por estar preso, um por trabalhar em outro município e somente dormir 2 vezes por semana no domicílio sorteado. Também foi excluído um domicílio habitado por



PORTO ALEGRE

um casal, ambos com menos de 18 anos. No total foram excluídos 3 homens e 3 mulheres resultando, em 1187 indivíduos elegíveis. Foram considerados perdidos aqueles não localizados após 6 tentativas em horários e dias diferentes, incluindo-se fim-de-semana. No caso de recusa, o mesmo entrevistador fazia uma segunda tentativa e, persistindo a negativa, uma última abordagem era feita pela supervisora.

TAMANHO DA AMOSTRA

O presente estudo faz parte de um projeto maior, destinado a estudar a prevalência de hipertensão arterial, seus fatores de risco e, em especial, do consumo de álcool. O cálculo do tamanho da amostra foi feito em função de outras hipóteses em investigação. A amostragem realmente executada, 1091 pessoas, conferiu para este trabalho uma estimativa de precisão da medida de $\pm 2\%$, para 95% de confiança, considerando-se uma prevalência de consumo de risco (dependência mais abuso) de 12%. Não houve correção para o efeito de agrupamento ("cluster") no tamanho da amostra.

5.5. MEDIDAS

O instrumento de aferição constituiu-se de questionário estruturado (anexo 2), contendo questões referentes a dados pessoais, sócio-econômicos, uso de fármacos, tabagismo, medidas antropométricas e de pressão arterial, entre outras. Para sua elaboração foram consideradas normas técnicas padronizadas (120). A aferição da exposição ao álcool envolveu parâmetros qualitativos

e quantitativos. Aferiram-se os primeiros através do CAGE, apresentado de forma consecutiva; e os segundos, através de questões dirigidas ao tipo, volume e frequência de bebidas consumidas (questionário de quantidade-frequência), utilizando abordagem já empregada em nosso meio (22).

5.6. ESTRATÉGIA

COLETA DOS DADOS

Coletaram-se os dados em visita domiciliar, por uma equipe de 13 entrevistadores treinados e certificados e por 2 supervisores. Se após três tentativas, incluindo-se final de semana, o indivíduo não pudesse ser encontrado em casa, a entrevista era realizada em qualquer local onde o mesmo fosse localizado (2,7% no trabalho e 1% em outro local). Realizou-se um estudo piloto no período de outubro a novembro de 1989, que determinou algumas modificações na forma inicial do questionário. Retomou-se o trabalho de campo em maio de 1990, concluindo-se em outubro de 1991.

EQUIPE DE PESQUISA

A equipe de pesquisa foi constituída pelo investigador principal e orientador desta dissertação, por dois alunos de pós-graduação com função de supervisão e pelos entrevistadores. Estes eram acadêmicos de medicina voluntários ou bolsistas (9) e enfermeiras recém-formadas remuneradas (4), supervisionados pelos dois mestrandos que também realizaram entrevistas e controle de qualidade. Todos os entrevistadores foram especificamente treinados

para a aplicação do questionário e para a aferição das variáveis físicas.

APLICAÇÃO DO QUESTIONARIO

Além do treinamento específico, os entrevistadores saíam a campo munidos da lista de endereços sorteados e de um manual de instruções. Este continha as informações padronizadas desde a abordagem do domicílio, identificação do entrevistador, apresentação da pesquisa e convite de participação aos indivíduos que preenchiam os critérios de inclusão, até a aplicação do questionário e seu preenchimento correto. O manual também continha orientação para situações fora da rotina e, no caso de ocorrências não previstas, estas eram trazidas à supervisão para decisão.

O tempo necessário para sua aplicação foi aproximadamente 25 minutos, em média.

O questionário aplicado era revisado pelos supervisores e recebia um número, desvinculando o nome da pessoa da entrevista. No caso de falha no preenchimento, era devolvido ao entrevistador para correção. Nenhum questionário foi excluído por má qualidade dos dados, ocorrendo apenas perda de algumas informações em certos casos.

CONTROLE DE QUALIDADE

Para controle da qualidade do desempenho da equipe, sortearam-se 10% dos entrevistados que foram visitados pelos supervisores. Estes aplicaram um questionário reduzido com informações que

identificavam o entrevistador, buscavam possíveis perdas não referidas e confirmavam a aplicação adequada do questionário.

Detectaram-se fraudes em questionários preenchidos por uma das entrevistadoras. Todas as entrevistas efetuadas por essa integrante da equipe foram refeitas e a mesma foi afastada da pesquisa.

5.7. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os questionários foram codificados pelos supervisores e entrevistadores bolsistas, segundo as instruções de um manual de codificação. Após revisão da codificação, procedeu-se à entrada dos dados em banco criado com o programa EPI-INFO (utilizando programa de controle de entrada de dados rigoroso) em microcomputador IBM-PC compatível e à posterior limpeza dos dados através da análise das frequências, dos valores extremos e de relações de consistência. Fez-se também a conferência manual de 10% dos questionários que mostrou um índice de erros de digitação ou codificação baixo: 0,012% dos 265113 campos, propiciando 1 a 2 erros em somente 2,3% dos questionários.

5.8. VARIÁVEIS

DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES

CAGE

Considerado positivo na presença de pelo menos duas respostas afirmativas; variável qualitativa, dicotômica.

ABUSO

Consumo médio, atual ou pregresso, igual ou superior a 30 g de álcool por dia; variável qualitativa, dicotômica.

Resultou do cálculo do volume médio de cada tipo de bebida consumida por ocasião, multiplicado pela frequência média semanal e pela respectiva concentração alcoólica das bebidas (anexo 3). Dividiu-se posteriormente o total geral de álcool, em gramas, por sete. Considerou-se o padrão de consumo dos últimos 6 meses anteriores à entrevista ou da época de abandono da bebida se fosse o caso. Quando muito esporádico e em pequena quantidade, foi considerado como abstinência (menos de uma dose, copo, martelo ou cálice menos de uma vez por mês).

CONSUMO DE RISCO

Definida pela presença de abuso (consumo igual ou maior que 30 g/d) ou CAGE positivo (dependência); variável qualitativa, dicotômica.

DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Sexo: variável qualitativa, dicotômica.

Idade: variável quantitativa contínua. Foi agrupada em 4 categorias: 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; acima de 50 anos.

Cor: variável qualitativa, dicotômica; branco e não-branco, determinada a partir da observação do entrevistador.

Renda "per capita" mensal: variável quantitativa contínua, em salários mínimos. Resultou da soma das rendas individuais dividida pelo total de moradores do domicílio. Foi agrupada em 3 categorias: 4,0 ou mais SM; 2,0 a 3,99 SM; 0,1 a 1,99 SM.

Escolaridade: variável quantitativa discreta. Foi agrupada em 3 categorias: 9 a 13 anos completos de escolaridade - II grau e superior; 6 a 8 anos completos de escolaridade - séries terminais do I grau; 0 a 5 anos completos de escolaridade - I grau incompleto ou não estudou.

Classe social: variável qualitativa, categórica, segundo Bronfman e Tuirán modificada: burguesia; nova pequena burguesia; pequena burguesia tradicional; proletariado típico; proletariado não típico; subproletariado.

Idade de início do consumo de álcool: variável quantitativa, contínua. Foi agrupada em 3 categorias: a partir de 20 anos; 16 a 19 anos; 4 a 15 anos.

Tamanho da família: variável quantitativa, discreta. Agrupada em 3 categorias: 1 a 2 indivíduos; 3 a 4 indivíduos; 5 ou mais.

Companheiro: variável qualitativa, dicotômica: com ou sem companheiro, no sentido de relação estável, não necessariamente legal.

Profissão: variável qualitativa, categórica; nas análises iniciais, as formas usuais de categorizar as profissões e a posição no trabalho mostraram-se insuficientes para quantificar as associações. Assim, partindo-se de propostas prévias (121-122), decidiu-se agrupar as profissões pelo grau de qualificação e de similitude entre as atividades. O Grupo I é constituído por profissões de nível superior (3o. grau), educadores, estudantes artistas e intelectuais em geral, além de cargos diretivos. Por constituir-se num grupo bem definido e peculiar, embora com nível de formação e renda variáveis, os proprietários e capitalistas foram reunidos à parte, no Grupo II. O Grupo III compreende profissionais de nível técnico e funções moderadamente diferenciadas ou administrativas. No Grupo IV encontram-se as profissões com pouca diferenciação, como operários, e o trabalho braçal. O Grupo V é formado pelas profissões mal definidas e pelos indivíduos fora da população economicamente ativa, em sua maioria donas-de-casa.

CAGE no domicílio: variável qualitativa, dicotômica; presença ou não de algum indivíduo na casa com CAGE positivo.

Abuso no domicílio: variável qualitativa, dicotômica; presença ou não de algum indivíduo na casa com abuso positivo.

5.9. ANÁLISE

Procedeu-se, inicialmente, à análise descritiva dos dados, com frequências percentuais, medidas de tendência central e de dispersão, comparando-as com dados do IBGE para análise de repre-

sentatividade. Caracterizaram-se os padrões de consumo de bebidas alcoólicas e determinou-se a prevalência de CAGE, abuso e consumo de risco na amostra total e por sexo. Na última condição, aplicou-se o teste do Chi-quadrado para avaliar a significância das associações. Estas foram quantificadas através de razões de prevalência, indicando-se o P alfa encontrado e considerando-se pelo menos 5% como significante (bicaudal). Para estimar a precisão da medida dos parâmetros descritivos calculou-se o intervalo de confiança (95%), explicitado nas tabelas ou apresentado entre parênteses. A seleção dos pontos para categorizar as variáveis contínuas baseou-se na melhor expressão das diferenças de risco (razões de prevalência), com o cuidado de que não ficassem categorias com número muito reduzido de indivíduos (pelo menos 15 a 20% do total).

A análise dos fatores associados aos desfechos de interesse restringiu-se aos homens, dada a baixa prevalência dos mesmos no sexo feminino. Em tabelas de contingência, testou-se a associação de cor, idade, escolaridade, renda, classe social, qualificação profissional, companheiro, tamanho da família, presença de alguma pessoa com CAGE ou abuso positivo no domicílio e idade em que se iniciou o consumo de álcool com CAGE, abuso e consumo de risco. Os fatores apontados pela literatura como mais frequentemente associados a consumo inadequado de álcool - renda, idade e nível sócio-econômico (escolaridade) - também o foram na análise bruta. Assim, foram incluídos em modelos de regressão logística, como potenciais vieses de confusão das demais associações testadas. As razões de produtos cruzados foram convertidas a razões de preva-

lência pela seguinte fórmula: $RPC / 1 + P (RPC - 1)$, onde RPC= razão de produtos cruzados, P= prevalência do desfecho no grupo de referência (122).

Os programas estatísticos utilizados foram o SPSS e o EGRET.

5.10. ASPECTOS ÉTICOS

Solicitou-se consentimento verbal para realização da entrevista.

6. RESULTADOS

Entrevistaram-se 1091 indivíduos - 491 homens (45%) e 600 mulheres (55%) - residentes em 488 domicílios, distribuídos em 25 setores censitários (censo de 1980) da região urbana de Porto Alegre. Dos indivíduos elegíveis, 8,1% não foram entrevistados. Houve uma discreta predominância de perdas nos setores de mais alto nível sócio-econômico, explicadas a maior proporção delas pelas recusas (86 - 7,9% - "versus" 10 - 0,9% - por não localização).

6.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

As características demográficas, classificadas por sexo, são apresentadas na TABELA 6 e, quando possível, confrontadas aos dados do IBGE. A idade média foi de 42,8 anos (DP = 16,9; IC = 41,8 a 43,8), sendo maior para as mulheres - 44 anos (DP = 17,4; IC = 42,6 a 45,4) contra 41,3 anos para os homens (DP = 16,2; IC = 39,9 a 42,8). As medianas foram de 42 e 39 anos para mulheres e homens, respectivamente. Cerca de metade dos indivíduos (53,7%) concluíram o I grau e 5,7% eram analfabetos. A renda "per capita" mensal teve mediana de 3,4 e moda de 1 salário mínimo (média = 5,8 e DP = 10,2; IC 5,2 a 6,4).

Do censo demográfico de 1991, estão disponíveis somente as informações sobre a população total, por bairro e por sexo. A forma de apresentação dos dados sobre renda em Porto Alegre não

permitiu comparação com os da amostra, sendo utilizadas as informações da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1990. As demais referem-se ao censo de 1980. Desde então, houve uma taxa de crescimento de apenas 1,055 (124) às custas basicamente dos bairros periféricos, determinando algumas mudanças na divisão dos setores atuais. Segundo o IBGE, houve também considerável migração para outros municípios. A distribuição por sexo foi semelhante à de Porto Alegre em 1991, com 45,0% de homens na amostra e 46,7% no censo (124). Tal valor está contido no intervalo de confiança da estimativa amostral (42,1 a 48,0%). A prevalência de brancos foi maior na amostra com 88,4% (IC = 86,5 a 90,3) "versus" 83,6% (125).

A proporção de indivíduos por faixa etária é aproximadamente a mesma do censo de 1980 (121). Houve mais indivíduos com mais de 50 anos (34,4% "versus" 25,7%). A renda observada foi similar à descrita em 1990 (127), para a região metropolitana de Porto Alegre, havendo contudo maior proporção de indivíduos com renda maior que 9,9 salários mínimos na amostra (FIGURA 2). A escolaridade da amostra não pôde ser comparada com a do IBGE, pois a obtida incluía crianças a partir de 5 anos, não diferenciando as faixas etárias.

A TABELA 7 apresenta a distribuição por sexo das demais variáveis de interesse na amostra.

TABELA 6. Características demográficas da amostra, por sexo.

VARIAVEL	CONDIÇÃO	HOMENS (%)	MULHERES (%)
COR*			
	Branca	442 (90,0)	520 (86,7)
	Não-branca	49 (10,0)	77 (12,8)
IDADE (ANOS)			
	18 - 29	153 (31,2)	148 (24,7)
	30 - 39	97 (19,8)	128 (21,3)
	40 - 49	86 (17,5)	104 (17,3)
	50 - 88	155 (31,6)	220 (36,7)
ESCOLARIDADE (ANOS)			
	9 - 13	260 (53,0)	245 (40,8)
	6 - 8	99 (20,2)	126 (21,0)
	0 - 5	132 (26,9)	229 (38,2)
RENDA "PER CAPITA" MENSAL (SM)			
	4,0 - 156	223 (45,4)	244 (40,7)
	2,0 - 3,99	118 (24,0)	160 (26,7)
	0,1 - 1,99	150 (30,6)	196 (32,7)
TOTAL		491 (45,0)	600 (46,0)

N = 1091; SM = salários mínimos.

* 3 mulheres não tiveram a cor registrada.

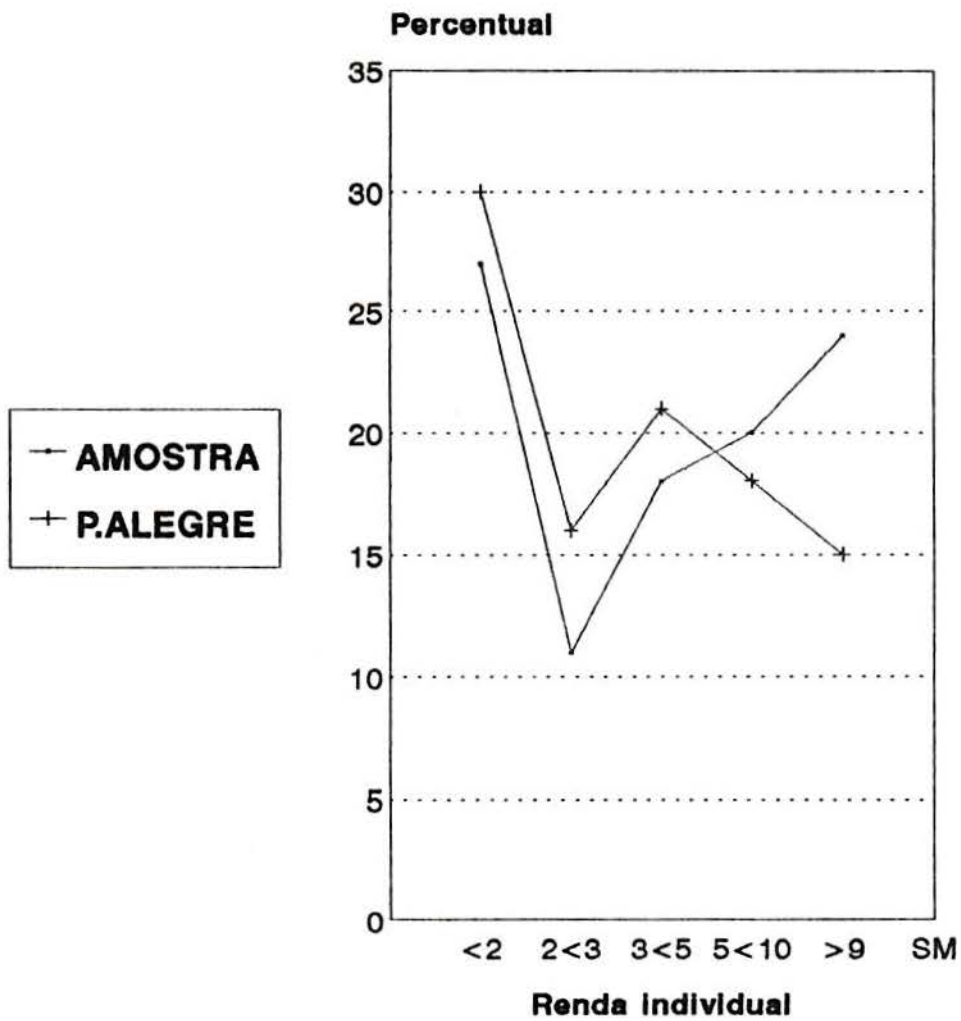


FIGURA 2. Distribuição de renda (sal.mínimos) na amostra e Região Metropolitana de Porto Alegre. PNAD, 1990. IBGE

TABELA 7. Distribuição das variáveis de interesse conforme o sexo.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	HOMENS		MULHERES	
		N	%	N	%
CLASSE SOCIAL					
	BURGUESIA	30	6,1	28	4,7
	NOVA P.BURG.	121	24,6	151	25,2
	PEQ.BURG.TR.	99	20,2	104	17,3
	PROLET.TÍPICO	44	9,0	47	7,8
	PROL.NÃO TÍPICO	173	35,2	195	32,5
	SUBPROLETARIADO	24	4,9	52	8,7
	NÃO CLASSIFICADOS	-	-	23	3,8
PROFISSÃO*					
	grupo I	123	25,1	105	17,6
	grupo II	38	7,7	17	2,8
	grupo III	120	24,4	84	14,1
	grupo IV	168	34,2	164	27,5
	grupo V	42	8,6	227	38,0
TAMANHO DA FAMÍLIA					
	1 - 2	105	21,4	141	23,5
	3 - 4	227	46,2	261	43,5
	5 - 11	159	32,4	198	33,0
COMPANHEIRO					
	NÃO	178	36,3	276	46,0
	SIM	313	63,8	324	54,0
IDADE DE INÍCIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)					
	20 - 86	131	26,7	159	26,5
	16 - 19	175	35,6	108	18,0
	4 - 15	139	28,3	109	18,2
	abstêmios	44	9,0	219	36,5
	Ignorado	2	0,4	5	0,8
CAGE POSITIVO NO DOMICÍLIO					
	não	437	89,0	464	77,3
	sim	37	7,5	95	15,8
	ignorado	17	3,5	41	6,8
ABUSO POSITIVO NO DOMICÍLIO					
	não	420	85,5	400	66,7
	sim	52	10,6	154	25,7
	ignorado	19	3,9	46	7,7

N=1091 (HOMENS=491; MULHERES=600)

* 3 mulheres não tiveram a profissão registrada.

6.2. PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

Encontrou-se uma prevalência de abstêmios de 24,1% (IC = 21,7 a 26,6), enquanto 12,3% (IC = 10,4 a 14,2) bebiam diariamente (no momento da entrevista ou quando pararam de beber) e 8,2% (IC = 6,6 a 9,8) haviam deixado de beber. Como se pode observar nas TABELAS 8 e 9, os homens iniciaram a beber mais cedo, bebiam diariamente com maior frequência e menor proporção era abstêmio.

Quanto ao tipo de bebida, a mais freqüentemente consumida, tanto pelos homens como pelas mulheres, foi a cerveja (89,5% dos indivíduos que bebem ou bebiam), seguida pelo vinho (60,1%),

TABELA 8. Idade de início de consumo de bebidas alcoólicas (anos).

SEXO	MÉDIA (DP)	IC	MODA	MEDIANA
HOMENS	18,4 (7,3)	17,8 a 19,1	15	17
MULHERES	20,3 (8,9)	19,4 a 21,2	20	18
TOTAL	19,3 (8,1)	18,7 a 19,9	15	18

TABELA 9. Frequência (%) de abstêmios, bebedores diários e abandono do consumo de bebidas alcoólicas, por sexo.

SEXO	ABSTEMIO	BEBEDOR DIARIO	ABANDONO
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
HOMENS	9,0 (6,5 a 11,5)	22,6 (18,9 a 26,3)	9,4 (6,7 a 12,1)
MULHERES	36,5 (32,7 a 40,0)	3,8 (2,3 a 5,3)	12,6 (9,3 a 15,9)

cachaça (36,1%), uísque (33,2%) e vodca (24,3%). AS FIGURAS 3 a 7 mostram o consumo de cada tipo de bebida segundo o sexo, classe social, idade, renda e escolaridade. Sete por cento dos homens e 4% das mulheres referiram sentir ressaca (segundo a concepção do entrevistado) sempre que bebem, enquanto 43,8% e 40,7% respectivamente nunca a sentiram. O sintoma mais prevalente no dia seguinte ao do consumo de álcool foi cefaléia (35,7%), seguido de náuseas (17,3%). Apenas 2,2% referiram vontade de beber de manhã cedo e 0,8%, alucinações. Os dias de maior frequência de uso de bebidas alcoólicas foram sábado (23,7%), domingo (20,6%) e sexta-feira (17,7%).

Excluindo-se os abstêmios, cerca de metade das mulheres (49,6%) bebiam menos de uma vez por semana, enquanto mais da metade dos homens (58,8%) bebiam 2 ou mais vezes por semana. A frequência de consumo mostrou-se associada com a idade entre os homens (TABELA 10).

TABELA 10. Frequência de consumo por idade entre os homens, em vezes por semana (N e %)

IDADE	< 1	1	2-4	DIARIAMENTE
18 - 29	31 (23,3)	28 (21,1)	63 (47,4)	11 (8,3)
30 - 39	18 (19,6)	25 (27,2)	31 (33,7)	18 (19,6)
40 - 49	15 (18,1)	18 (21,7)	26 (31,3)	24 (28,9)
60 - 88	27 (19,4)	22 (15,8)	32 (23,0)	58 (41,7)
TOTAL	91 (20,4)	93 (20,8)	152 (34,0)	111 (24,8)

p < 0,0001

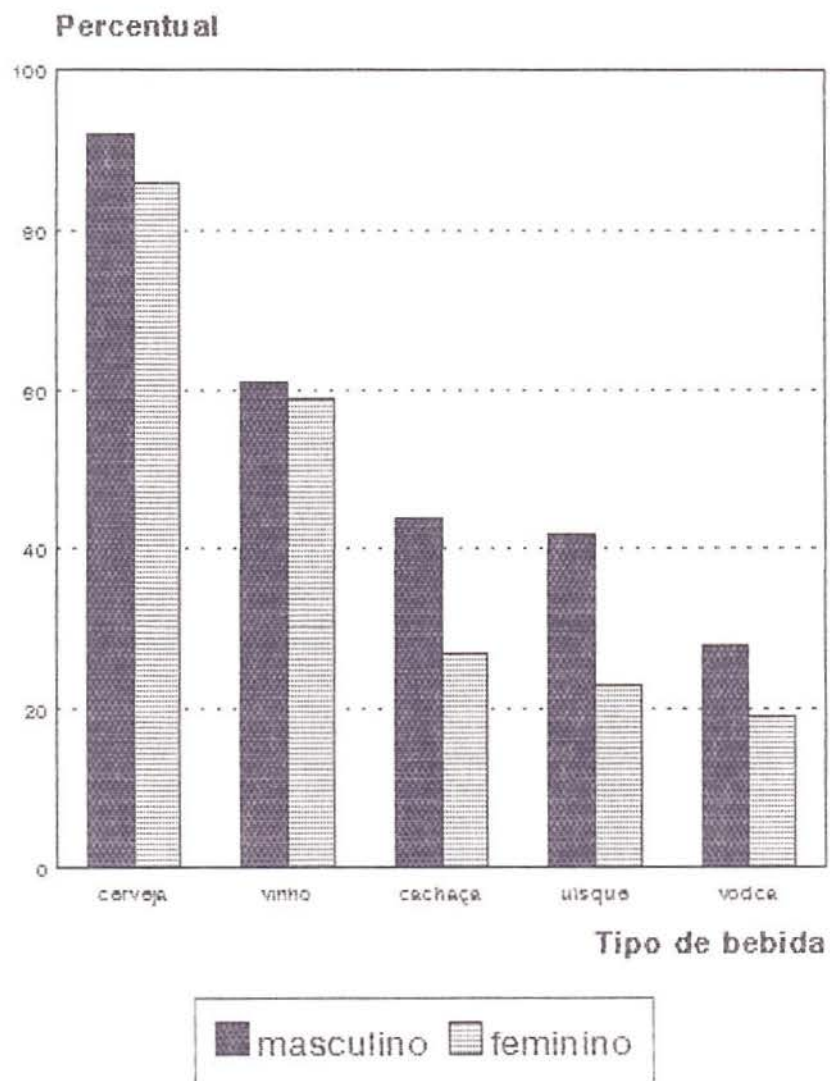


Figura 3. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por sexo

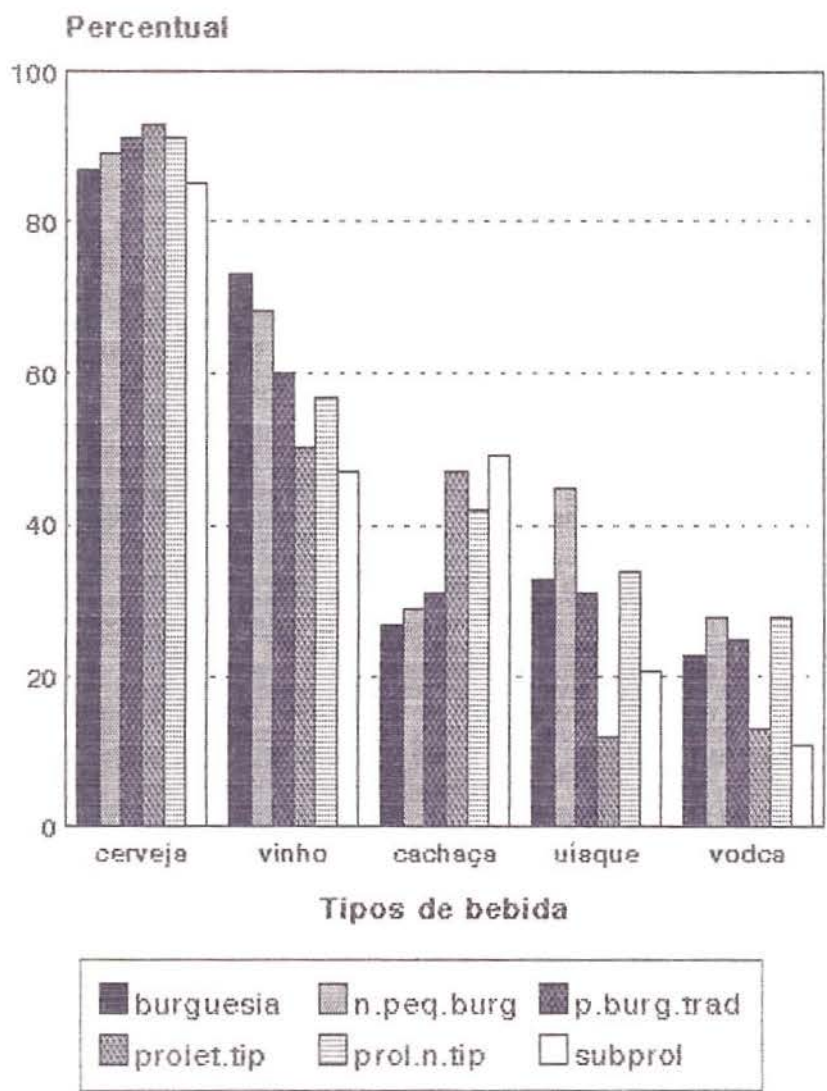


FIGURA 4. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por classe social

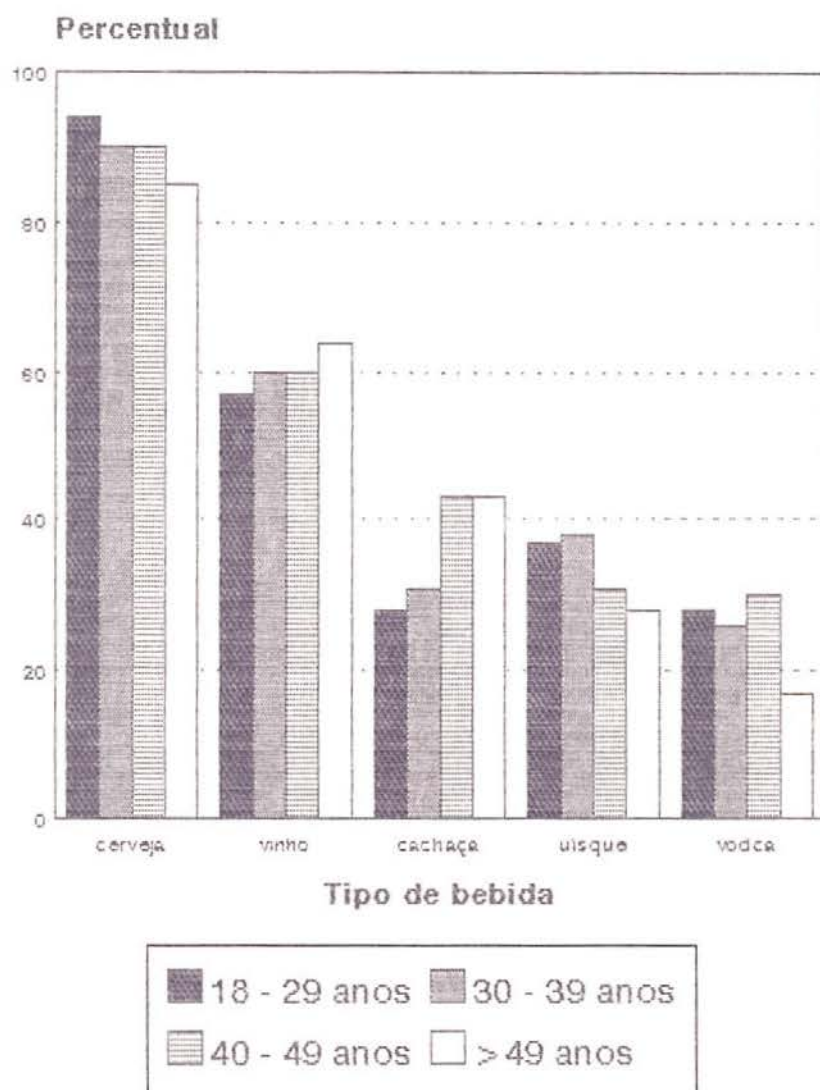


FIGURA 5. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por idade

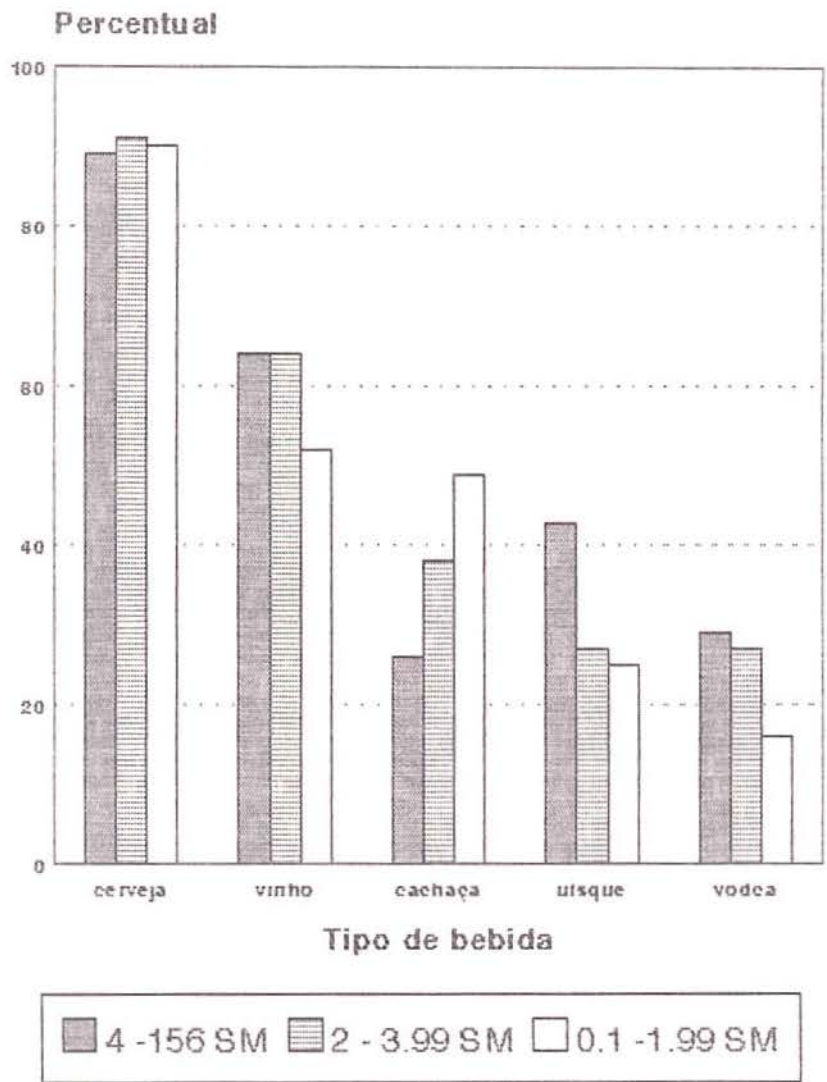


FIGURA 6. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por renda

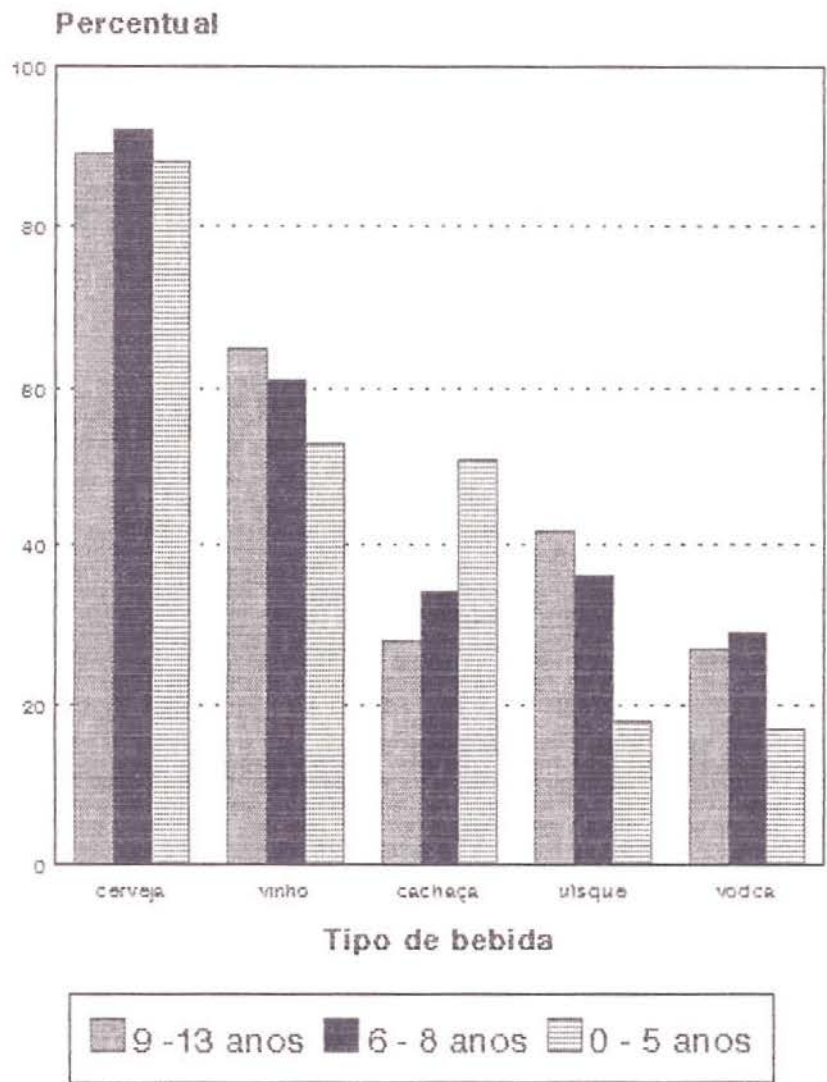


FIGURA 7. Consumo dos diferentes tipos de bebidas por escolaridade

6.3. PREVALÊNCIA DE CAGE, ABUSO, CONSUMO DE RISCO E FATORES ASSO- CIADOS

As prevalências de CAGE, abuso e consumo de risco em homens e mulheres são mostradas na TABELA 11, incluindo as razões de prevalência entre ambos. A prevalência global para consumo de risco foi de 19,4% (IC = 17,1 a 21,7) e para CAGE positivo, de 9,3% (7,6 a 11,0). O abuso atual ou progresso chegou a 15,5% (13,4 a 17,7). Considerando-se a última vez que a pessoa bebeu nos 15 dias que precederam à entrevista, 38,2% dos homens e 12,2% das mulheres abusaram do álcool ($P < 0,0001$).

Tomando-se o ponto de corte em 3 ou mais respostas afirmativas, a prevalência de CAGE positivo cai para 3,7%, sendo de 5,7% entre os homens e 2,0% entre as mulheres ($P = 0,0012$).

O número de itens com resposta afirmativa entre os indivíduos que bebem ou bebiam pode ser vista na TABELA 12. O item do

Tabela 11. Prevalência de CAGE, ABUSO e CONSUMO DE RISCO positivos e Razões de Prevalências (RP) entre os sexos.

DESFECHO	HOMENS		MULHERES		RP (IC)
	N	%	N	%	
CAGE	78	15,9 (IC 12,7-19,1)	24	4,0 (IC 2,4-5,6)	4,0 (2,6-6,2)
ABUSO	144	29,3 (IC 25,3-33,3)	25	4,2 (IC 2,6-5,8)	7,0 (4,7-10,6)
CONSUMO DE RISCO	175	35,6 (IC 31,4-39,8)	37	6,2 (IC 4,3-8,1)	5,8 (4,1-8,1)

$P < 0,0001$

mais comumente afirmado foi o primeiro (parar de beber) com 27,7%, seguido pelo segundo (criticado por beber), com 12,4% (FIGURA 8).

As prevalências de CAGE, abuso e consumo de risco, conforme o sexo e as diferentes variáveis de interesse, são encontradas nas TABELAS 13, 14 e 15. Como se pode observar, as três variáveis dependentes são mais frequentes nos homens. O padrão de distribuição em relação às variáveis independentes segue uma tendência geral à maior prevalência nas categorias inferiores dos indicadores de nível sócio-econômico, nas idades intermediárias, famílias grandes, indivíduos com companheiro e não-brancos.

TABELA 12. Número de respostas afirmativas por sexo, considerando os indivíduos que bebem ou bebiam.

NÚMERO DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
zero	263	58,8	295	77,4	558	67,4
uma	106	23,7	62	16,3	168	20,3
duas	50	11,2	12	3,1	62	7,5
três	22	4,9	8	2,1	30	3,6
quatro	6	1,3	4	1,0	10	1,2

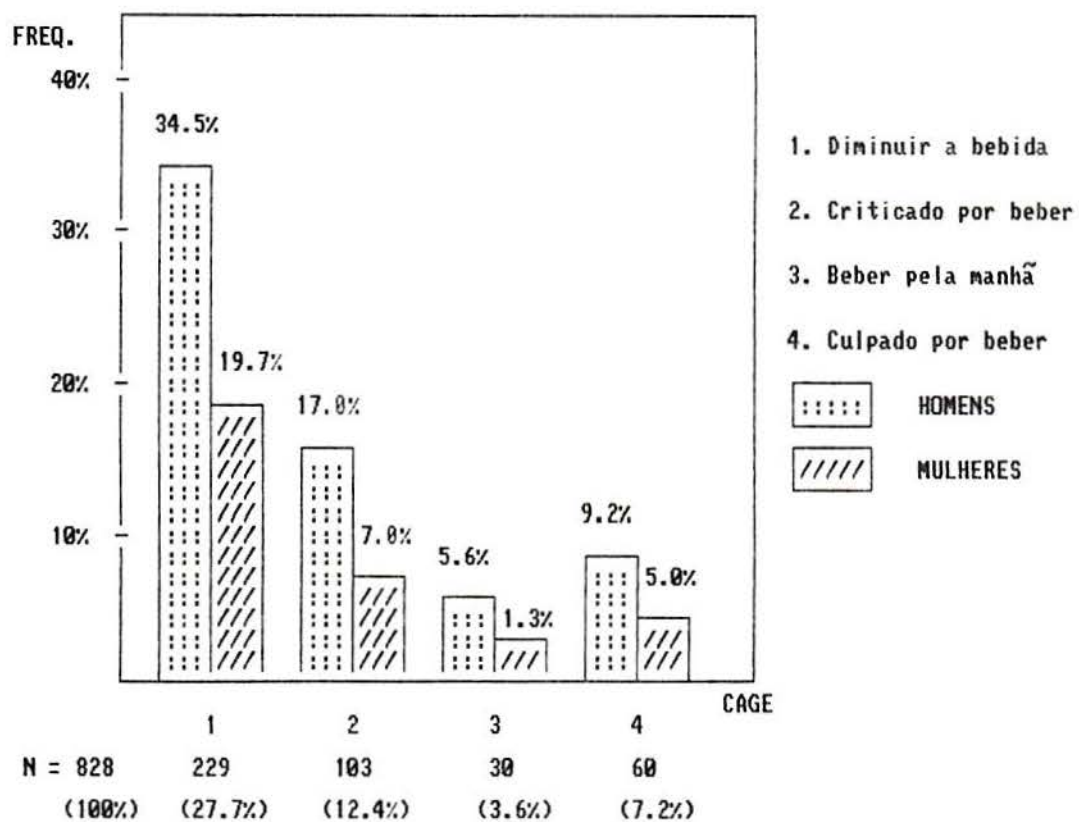


Figura 8. Proporção de respostas afirmativas a cada item do CAGE.

TABELA 13. Prevalência de CAGE positivo segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.

VARIABLE	MASCULINO			FEMININO		
	N	CAGE	%	N	CAGE	%
COR*						
branco	442	63	14,3	520	17	3,3
não-branco	49	15	19,2	77	7	9,1
IDADE (ANOS)						
18-29	153	14	9,2	148	6	4,1
30-39	97	15	15,5	128	7	5,5
40-51	86	20	23,3	104	5	4,8
70-88	155	29	18,7	220	6	2,7
ESCOLARIDADE (ANOS)						
9-13	260	23	8,8	245	8	3,3
6-8	99	24	24,2	126	5	4,0
0-5	132	31	23,5	229	11	4,8
RENDA "PER CAPITA" (SAL. MINIMOS)						
4-147	223	22	9,9	244	5	2,0
2-3,99	118	20	16,9	160	3	1,5
0,1-1,99	150	36	24,9	196	16	8,2
CLASSE SOCIAL						
burguesia/ nova peq.burg.	151	16	10,6	179	3	1,7
peq.burg.trad.	99	13	13,1	104	6	5,8
prol.típico	44	10	22,7	47	1	2,1
prol.não típ.	173	33	19,1	195	8	4,1
subproletar.	24	6	25,0	48	4	7,7
PROFISSAO						
grupo I	123	7	5,7	105	1	1,0
grupo II	38	3	7,7	17	2	11,8
grupo III	120	25	20,8	84	2	2,4
grupo IV	168	38	22,6	164	11	6,7
grupo V	42	5	11,9	227	7	3,1
TAMANHO DA FAMILIA						
1-2	105	14	13,3	141	5	3,5
3-4	227	26	11,5	261	9	3,4
5-11	159	38	23,9	198	10	5,1
COMPANHEIRO						
não	178	19	10,7	276	12	4,3
sim	313	59	18,8	324	12	3,7

(continua)

TABELA 13. continuação

VARIÁVEL	MASCULINO			FEMININO		
	N	CAGE	%	N	CAGE	%
IDADE DE INÍCIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)						
20-86	131	24	18,3	159	8	5,0
16-19	175	30	17,1	108	10	9,3
4-15	139	24	17,3	109	6	5,5
CAGE POSITIVO NO DOMICÍLIO						
não	422	66	15,6	449	20	4,5
sim	52	9	17,3	110	2	1,8
ignorado	17	3	17,6	41	2	4,9
ABUSO POSITIVO NO DOMICÍLIO						
não	404	60	14,9	382	15	3,9
sim	68	15	22,1	172	6	3,5
ignorado	19	3	15,8	46	3	6,5

N=1091 (H=491; M=600)

*597 mulheres.

TABELA 14. Prevalência de ABUSO segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.

VARIÁVEL	MASCULINO			FEMININO		
	N	ABUSO	%	N	ABUSO	%
COR*						
branco	442	121	27,4	520	19	3,7
não-branco	49	23	46,9	77	6	7,8
IDADE (ANOS)						
18-29	153	31	20,3	148	8	5,4
30-39	97	25	25,8	128	8	6,3
40-51	86	30	34,9	104	3	2,9
70-88	155	58	37,4	220	6	2,7
ESCOLARIDADE (ANOS)						
9-13	260	52	20,0	245	6	2,4
6-8	99	35	64,6	126	4	3,2
0-5	132	57	43,2	229	15	6,6
RENDA "PER CAPITA" (SAL. MINIMOS)						
4-147	223	49	22,0	244	4	1,6
2-3,99	118	37	31,4	160	5	3,1
0,1-1,99	150	58	38,7	196	16	8,2

(continua)

TABELA 14. continuação

VARIABLE	MASCULINO			FEMININO		
	N	ABUSO	%	N	ABUSO	%
CLASSE SOCIAL						
burguesia/ nova peq.burg.	151	36	23,8	179	3	1,7
peq.burg.trad.	99	31	31,3	104	3	2,9
prol.típico	44	15	34,1	47	1	2,1
prol.não típ.	173	53	30,6	195	11	5,6
subproletar.	24	9	37,5	52	7	13,5
PROFISSÃO						
grupo I	123	20	16,3	105	0	-
grupo II	38	13	34,2	17	2	11,8
grupo III	120	32	26,7	84	5	6,0
grupo IV	168	67	39,9	164	14	8,5
grupo V	42	12	28,6	227	4	1,8
TAMANHO DA FAMILIA						
1-2	105	36	34,3	141	3	2,1
3-4	227	54	23,8	261	9	3,4
5-11	159	354	34,0	198	13	6,6
COMPANHEIRO						
não	178	42	23,6	276	8	2,9
sim	313	102	32,6	324	17	5,2
IDADE DE INICIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)						
20-86	131	40	30,5	159	9	5,7
16-19	175	50	28,6	108	11	10,2
4-15	139	53	38,1	109	5	4,6
CAGE POSITIVO NO DOMICILIO						
não	422	118	28,0	449	19	4,2
sim	52	18	34,6	110	6	5,5
ignorado	17	8	47,1	41	0	-
ABUSO POSITIVO NO DOMICILIO						
não	404	110	27,2	382	12	3,1
sim	68	26	38,2	172	12	7,0
ignorado	19	8	42,1	46	1	2,2

N=1091 (H=491; M=600)

*597 mulheres.

TABELA 15. Prevalência de CONSUMO DE RISCO segundo o sexo e as diferentes variáveis de interesse.

VARIABLE	MASCULINO			FEMININO		
	N	C.RISCO	%	N	C.RISCO	%
COR *						
branco	442	148	33,5	520	29	5,6
não-branco	49	27	55,1	77	8	10,4
IDADE (ANOS)						
18-29	153	40	26,1	148	10	6,8
30-39	97	30	30,9	128	10	7,8
40-51	86	38	44,2	104	6	5,8
70-88	155	67	43,2	220	11	5,0
ESCOLARIDADE (ANOS)						
9-13	260	64	24,6	245	12	4,9
6-8	99	45	45,5	126	7	5,6
0-5	132	66	50,0	229	18	7,9
RENDA "PER CAPITA" (SAL. MINIMOS)						
4-147	223	59	26,5	244	9	3,7
2-3,99	118	46	39,0	160	7	4,4
0,1-1,99	150	70	46,7	196	21	10,7
CLASSE SOCIAL						
burguesia/ nova peq.burg.	151	42	27,8	179	6	3,4
peq.burg.trad.	99	36	36,4	104	8	7,7
prol.típico	44	19	43,2	47	2	4,3
prol.não típ.	173	68	39,3	195	12	6,2
subproletar.	24	10	41,7	52	7	13,5
PROFISSAO						
grupo I	123	23	18,7	105	1	1,0
grupo II	38	14	36,8	17	4	23,5
grupo III	120	46	38,3	84	7	8,3
grupo IV	168	77	45,8	164	15	9,1
grupo V	42	15	35,7	227	9	4,0
TAMANHO DA FAMILIA						
1-2	105	41	39,0	141	6	4,3
3-4	227	64	28,2	261	15	5,7
5-11	159	70	44,0	198	16	8,1
COMPANHEIRO						
não	178	51	28,7	276	13	4,7
sim	313	124	39,6	324	24	7,4

(continua)

TABELA 15. continuação

VARIÁVEL	MASCULINO			FEMININO		
	N	C.RISCO	%	N	C.RISCO	%
IDADE INICIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)						
20-86	131	49	37,4	159	15	9,4
16-19	175	65	37,1	108	14	13,0
4-15	139	60	43,2	109	8	7,3
CAGE POSITIVO NO DOMICILIO						
não	422	144	34,1	449	29	6,5
sim	52	23	44,2	110	6	5,5
ignorado	17	8	47,1	41	2	4,9
ABUSO POSITIVO NO DOMICILIO						
não	404	133	32,9	382	20	5,2
sim	68	34	50,0	172	13	7,6
ignorado	19	8	42,1	46	4	8,7

N=1091 (H=491; M=600)

*597 mulheres.

6.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE CONSUMO INADEQUADO E OS PARAMETROS ESTUDADOS

As razões de prevalência entre CAGE, abuso e consumo de risco e as variáveis de interesse, entre os homens, estão apresentadas nas TABELAS 16 e 17. Cor, escolaridade, tamanho da família associaram-se com CAGE e abuso nas análises bruta e multivariada. A qualificação profissional associou-se somente com CAGE, apresentando tendência marcada em relação ao abuso, juntamente com a idade de início do consumo de bebidas alcoólicas e presença de alguém com CAGE positivo ou que abuse no mesmo domicílio. A idade, renda, classe social e companheiro mostraram tendência a associação com CAGE. Mantiveram-se as associações cor, esco-

laridade, tamanho da família, presença de abuso no domicílio e qualificação profissional com o consumo de risco.

TABELA 16. Razões de prevalência de CAGE e ABUSO, brutas e ajustadas segundo as variáveis de interesse, em homens.

VARIÁVEL	CAGE			ABUSO		
	RP	IC	RP*	RP	IC	RP*
COR						
branco	1,0		1,0	1,0		1,0
não-branco	2,2	1,3 - 3,5	1,9	1,7	1,2 - 2,4	1,7
P	0,0057		0,02	0,0072		0,015
IDADE (ANOS)						
18-29	1,0		1,0	1,0		1,0
30-39	1,7	0,9 - 3,3	1,7	1,3	0,8 - 2,0	1,3
40-51	2,5	1,4 - 4,8	2,3	1,7	1,1 - 2,6	1,6
70-88	2,0	1,1 - 3,7	1,6	1,9	1,3 - 2,7	1,6
P	0,022		0,08	0,005		0,12
ESCOLARIDADE						
9-13	1,0		1,0	1,0		1,0
6-8	2,7	1,6 - 4,6	2,8	1,8	1,2 - 2,5	1,8
0-5	2,2	1,6 - 4,4	2,7	2,2	1,6 - 3,0	2,2
P	0,0001		0,001	< 0,0001		0,001
RENDA "PER CAPITA" (SAL. MINIMOS)						
4-147	1,0		1,0	1,0		1,0
2-3,99	1,7	1,0 - 3,0	1,5	1,4	1,0 - 2,1	1,3
0,1-1,99	2,4	1,5 - 4,0	2,1	1,8	1,3 - 2,4	1,5
P	0,0011		0,077	0,002		0,17
CLASSE SOCIAL						
burguesia/ nova peq.burg.	1,0		1,0	1,0		1,0
peq.burg.tra.	1,2	0,6 - 2,5	1,0	1,3	0,9 - 2,0	1,2
prol.típico	2,1	1,1 - 4,4	1,4	1,4	0,9 - 2,4	0,9
prol.não típ.	1,8	1,0 - 3,1	1,4	1,3	0,9 - 1,9	1,1
subproletar.	2,4	1,0 - 5,4	1,6	1,6	0,9 - 2,8	1,1
P	0,0889		0,72	0,4367		0,958

(continua)

TABELA 16. continuação

VARIÁVEL	CAGE			ABUSO		
	RP	IC	RP*	RP	IC	RP*
PROFISSÃO						
grupo I	1,0		1,0	1,0		1,0
grupo II	1,4	0,4 - 5,1	1,2	2,1	1,2 - 3,8	1,9
grupo III	3,7	1,7 - 8,1	3,2	1,6	1,0 - 2,7	1,4
grupo IV	4,0	1,8 - 8,6	3,0	2,5	1,6 - 3,8	2,1
grupo V	2,1	0,7 - 6,2	1,7	1,8	0,9 - 3,3	1,6
P	0,0006		0,015	0,0005		0,067
TAMANHO DA FAMÍLIA						
1-2	1,0		1,0	1,0		1,0
3-4	0,7	0,5 - 1,6	1,0	0,7	0,5 - 1,0	0,8
5-11	1,8	1,0 - 3,0	2,1	1,0	0,7 - 1,4	1,2
P	0,0032		0,002	0,0439		0,048
COMPANHEIRO						
não	1,0		1,0	1,0		1,0
sim	1,8	0,4 - 0,9	0,6	1,4	0,5 - 1,0	0,9
P	0,0242		0,09	0,0454		0,65
IDADE DE INÍCIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)						
20-86	1,0		1,0	1,0		1,0
16-19	0,9	0,6 - 1,5	1,1	0,9	0,7 - 1,3	1,1
4-15	0,9	0,6 - 1,6	1,1	1,3	0,9 - 1,7	1,5
P	0,96		0,96	0,18		0,058
CAGE POSITIVO NO DOMICÍLIO						
não	1,0		1,0	1,0		1,0
sim	1,1	0,6 - 2,1	1,2	1,2	0,8 - 1,9	1,4
ignorado	1,1	0,4 - 3,2	1,2	1,7	1,0 - 2,9	1,8
P	0,5913		9,84	0,0676		0,07
ABUSO POSITIVO NO DOMICÍLIO						
não	1,0		1,0	1,0		1,0
sim	1,5	0,9 - 2,5	1,4	1,4	1,0 - 2,0	1,4
ignorado	1,1	0,4 - 3,1	1,2	1,6	0,9 - 2,7	1,7
P	0,0698		0,45	0,0066		0,068

* RP ajustadas por idade, escolaridade e renda.

TABELA 17. Razões de prevalência de CONSUMO DE RISCO brutas e ajustadas segundo as variáveis de interesse, em homens.

VARIAVEL (N)	RP	IC	RP*
COR			
branco	1,0		1,0
não-branco	1,7	1,2 - 2,2	1,6
P	0,0045		0,013
IDADE (ANOS)			
18-29	1,0		1,0
30-39	1,2	0,8 - 1,8	1,2
40-51	1,6	1,2 - 2,4	1,2
70-88	1,7	1,2 - 2,3	1,4
P	0,0035		0,08
ESCOLARIDADE (ANOS)			
9-13	1,0		1,0
6-8	1,9	1,4 - 2,5	1,9
0-5	2,0	1,6-2,7	2,0
P	< 0,0001		0,001
RENDA "PER CAPITA" (SM)			
4-147	1,0		1,0
2-3,99	1,5	1,1 - 2,0	1,3
0,1-1,99	1,8	1,3-2,3	1,5
P	0,0002		0,065
CLASSE SOCIAL			
burguesia/ nova peq.burg.	1,0		1,0
peq.burg.trad.	1,3	0,9 - 1,9	1,1
prol.típico	1,6	1,0 - 2,4	1,1
prol.não típ.	1,4	1,0 - 1,9	1,2
subproletar.	1,5	0,9 - 2,6	1,0
P	0,1164		0,928
PROFISSÃO			
grupo I	1,0		1,0
grupo II	2,0	1,1 - 3,4	1,8
grupo III	2,1	1,3 - 3,2	1,8
grupo IV	2,5	1,6 - 3,7	2,1
grupo V	1,9	1,1 - 3,3	2,2
P	0,0001		0,039
TAMANHO DA FAMÍLIA			
1-2	1,0		1,0
3-4	0,7	0,5 - 1,0	0,8
5-11	1,1	0,8 - 1,5	1,3
P	0,0043		0,003

(continua)

TABELA 17. continuação

VARIAVEL (N)	RP	IC	RP*
COMPANHEIRO			
não	1,0		1,0
sim	1,4	0,6 - 1,0	0,9
P	0,0192		0,44
IDADE DE INICIO DO USO DE ALCOOL (ANOS)			
20-86	1,0		1,0
16-19	1,0	0,7 - 1,3	1,2
4-15	1,2	0,9 - 1,6	1,4
P	0,50		0,14
CAGE POSITIVO NO DOMICILIO			
não	1,0		1,0
sim	1,3	0,9 - 1,8	1,4
ignorado	1,4	0,8 - 2,3	1,5
P	0,0625		0,09
ABUSO POSITIVO NO DOMICILIO			
não	1,0		1,0
sim	1,5	1,2 - 2,0	1,5
ignorado	1,3	0,7 - 2,2	1,4
P	0,0005		0,024

* RP ajustadas por idade, escolaridade e renda.

7. DISCUSSÃO

A amostra estudada é representativa da região urbana de Porto Alegre. As estimativas de distribuição de vários indicadores incluem os valores disponíveis em dados censitários (124-127). Algumas diferenças podem decorrer do censo considerado e, portanto, da variação ocorrida em 10 anos. A maior prevalência de brancos provavelmente decorra do método de categorização, pois no censo o próprio indivíduo informa sua cor. Assim, pode-se generalizar os resultados para a população alvo, descrevendo-se como bebem os adultos em Porto Alegre e os fatores associados ao consumo de risco entre os homens. A amostra estudada teve adequado poder para estimar a prevalência dos vários indicadores considerados. Entretanto, ao se avaliarem as associações entre os padrões de consumo e outros fatores, deve-se ter cautela quanto à interpretação dos níveis de significância. O número de homens estudados pode ter sido insuficiente em algumas situações, especialmente nas análises multivariadas. Nestas, interpretaram-se as tendências de associação ($P < 0,1$), como sugestivas de serem reais.

7.1. PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Diferenças de freqüência (TABELA 9), quantidade de consumo (TABELA 11) e proporção de indivíduos que não consomem bebidas alcoólicas (TABELA 9) entre homens e mulheres são similares às descritas internacionalmente (64,88). Demonstram que as mulheres

porto-alegrenses seguem um padrão de emprego do álcool diverso daquele dos homens, consumindo-o em menor quantidade e frequência e com maior prevalência de abstinências.

A idade média de início do consumo de bebidas alcoólicas está no limite superior da idade referida na América Latina e no Brasil (87-90). A prevalência de abstinências (24,1%) é inferior a algumas relatadas internacionalmente, como Colômbia, Chile (56), México (128,129), Costa Rica (101), Estados Unidos (5,109) e superior às de Ontário no Canadá (67), Argentina (56) e Escócia (64). Aproxima-se da encontrada por Monteiro em São Paulo (51), onde 26% dos indivíduos de 18 a 64 anos negaram uso de qualquer tipo de bebida alcoólica. Também é semelhante aos 26,3% registrados por Achutti e Medeiros (130) e menor que nos estudos de Gigante (31,2%) (50), Cataldo Neto (27,5%) (75) e Luz Jr. (39,7%) (55) em Porto Alegre. Essas diferenças devem-se, provavelmente, aos critérios amostrais e à definição de abstinência.

A prevalência de 12,3% de bebedores diários está próxima à relatada por Achutti e Medeiros em Porto Alegre (11,9%) (130) e às relatadas por Santana e Almeida Filho em bairros de Salvador (14,2 a 21,2%) (86, 131). Diferem consideravelmente das últimas quando categorizadas por sexo. Naqueles bairros de baixa renda, localizados próximos à orla marítima, as mulheres bebem diariamente com maior frequência do que os homens. Nos outros estudos brasileiros, não está referida esta característica do consumo.

A frequência de consumo mostrou-se diretamente associada à idade entre os homens (TABELA 10). Está de acordo com a idéia de que há aumento da frequência e diminuição da quantidade por

ocasião, com o passar dos anos. Atribui-se esta mudança de padrão à menor tolerância (91).

A bebida consumida por mais pessoas foi a cerveja em todas as condições demográficas e sócio-econômicas consideradas (FIGURAS 3 a 7), acompanhando tendência semelhante à observada em outros países (108,110). Segundo Cardim (87), o tipo de bebida preferida no Brasil é a cerveja, seguida pelos destilados. A cachaça, também apontada como a mais popular no Brasil (132), é menos usada em Porto Alegre. Só se destaca, relativamente, nos grupos de nível sócio-econômicos mais baixos, mas, mesmo aí, é menos utilizada geralmente que o vinho. As características de colonização e de clima devem ser responsáveis pelas diferenças entre gaúchos e outros brasileiros.

Impressões intuitivas se confirmaram com a coleta sistematizada de informações, como os dias de maior consumo e a maior frequência de cefaléia e náuseas como manifestações de ressaca.

7.2. INDICADOR DE DEPENDÊNCIA

A prevalência de CAGE positivo (9,3%), considerado indicador de dependência neste estudo, está dentro das apontadas para alcoolismo e definições correlatas em estudos populacionais brasileiros (TABELA 4). Considerando-se os que aplicaram o mesmo instrumento, os números ficam mais próximos, de 7,7% a 12%. Iguala-se, praticamente, ao estudo populacional canadense que observou uma prevalência de 9,0% (67). A razão de prevalência entre homens e mulheres (4,0) foi mais baixa que a média para o Brasil citada

por Cardim (87) que utilizou, entretanto, critérios definidores de alcoolismo. Aproxima-se das encontradas nos estudos populacionais que empregaram o questionário CAGE (TABELA 4).

Em Porto Alegre, apenas um estudo populacional (50) utilizou esse instrumento. A prevalência superior encontrada naquele, tanto global como por sexo, deve decorrer de diferenças metodológicas. Além da própria amostra, a aplicação do teste diferiu em uma pergunta, que substituiu a palavra "costuma" por "alguma vez", na indagação do hábito de beber pela manhã para aliviar nervosismo ou ressaca. Conseqüentemente, melhorou a sensibilidade do teste em detrimento da especificidade, aumentando os falsos-positivos.

Confirmou-se a praticidade de aplicação do questionário CAGE. Resta ainda, contudo, a questão da sensibilidade e especificidade para amostras populacionais. Em amostra altamente selecionada (68), tais índices foram de 88% e 93%, respectivamente. Em um hospital não-psiquiátrico (66), foram de 75% e 96%. É possível deduzir que a sensibilidade seja inferior na população geral. Nesta situação, a prevalência de dependência poderia estar subestimada, sendo alguns resultados falsos negativos.

Cataldo Neto (75) demonstrou 5,0% de prevalência para ingestão patológica, segundo os critérios de Marconi, e 5% de dependência, segundo o DSM-III-R. Luz Jr. (55) observou que 6,2% dos entrevistados apresentaram ingestão patológica (TABELA 5). Esses resultados são inferiores aos presentes e podem ser conseqüentes aos critérios amostrais. A maior prevalência pode ser atribuída também ao fato do CAGE estar detectando não só

dependência, mas também abuso (50) ou bebedores-problema (67). A percepção de que isso estaria ocorrendo com alguns indivíduos foi comum entre vários entrevistadores do presente projeto e tem sido referida por outros autores (133,134).

As mulheres podem ser mais suscetíveis aos vieses de aferição deste instrumento, como sugere Rego (68). No estudo de Almeida Filho e colaboradores (53), menos mulheres mostraram-se dependentes ou usuárias abusivas (critério DSM III) do que em nosso estudo, enquanto com os homens tal não ocorreu.

O critério de duas respostas afirmativas para defenir o CAGE como positivo demonstrou-se adequado. A utilização de três proporcionaria uma queda de quase 2/3 na prevalência global e impossibilitaria sua comparação com outros estudos.

A freqüência de positividade para cada pergunta foi semelhante ao estudo de Capriglione (49), mas diferente dos estudos de Smart (67) e Mayfield (65). Nestes, o segundo lugar foi ocupado pela questão que envolve culpa (4a. pergunta).

O aumento da prevalência de CAGE até os 50 anos e diminuição posterior foi similar ao descrito em outros centros (12,64,86,89,91). A maior prevalência nas famílias grandes diverge do observado por Santana e Almeida Filho (86). O esclarecimento desse dado controverso depende de novas observações, pois esta associação não tem sido explorada em estudos que utilizam o questionário CAGE.

A associação entre a presença de companheira e CAGE não pode ser diretamente cotejada com outros estudos. Nestes, considera-se o estado civil, sendo os resultados variados (86,94). Pela

definição aqui empregada, pode-se especular que a presença de companheira favoreça quadros de dependência a bebidas alcoólicas.

Outros fatores associados à resposta afirmativa ao CAGE entre os homens foram a qualificação profissional, a escolaridade e a cor. A renda mostrou tendência a associação.

A qualificação profissional, originalmente definida neste trabalho, mostrou-se fortemente associada ao CAGE, mesmo com o controle para escolaridade e renda. Assim, constitui-se em uma proposta a ser testada em outros estudos.

A tendência à associação bruta com classe social não se manteve quando se controlou para idade, escolaridade e renda. As últimas são utilizadas para definir a classe. Conseqüentemente, pode-se concluir que os outros critérios classificatórios não discernem o risco representado pelas classes consideradas. Isso não quer dizer que a classe social não influencie o padrão de consumo, mas, pelo menos na forma pela qual ela foi definida neste estudo, não acrescenta informações adicionais à escolaridade e renda.

A análise conjunta dos indicadores sócio-econômicos demonstra que a dependência ao álcool predomina entre os homens pertencentes aos setores menos favorecidos da sociedade, concordando com outros estudos brasileiros (68,50,99). Alguns sugerem que os indivíduos de nível sócio-econômico mais elevado tenderiam a ocultar mais seu alcoolismo (117). Essa hipótese não foi confirmada no estudo de Cooke e Allan (64) que constataram maior dissimulação entre os homens, os mais jovens e os desempregados,

enquanto o nível sócio-econômico não influenciou a tendência a subinformar o consumo.

7.3. ABUSO

A definição de abuso empregada fundamentou-se nos critérios expostos na TABELA I. Caracteriza o enfoque da quantidade de álcool consumido em qualquer momento da vida como fator de risco para a saúde. Essa medida de abuso não é comparável às utilizadas nos estudos brasileiros disponíveis que geralmente utilizam o consumo excessivo, definido segundo Marconi.

Comparando-se com um estudo sueco (41), que considerou o consumo a partir de 25 g/d por mulheres e 35 g/d por homens como abuso, as prevalências foram semelhantes para as mulheres. Para os homens, a prevalência foi três vezes maior em Porto Alegre. Apenas dois estudos aqui realizados apresentam medidas de consumo comparáveis. Gigante (50) detectou 11,0% de prevalência de consumo superior a 18 litros por ano (39,4 g/dia) e Duncan (117), com os mesmos dados, 7,2% de consumo excessivo (> 350 g/semana para os homens e de 210 g/sem para as mulheres). Tais índices são inferiores aos 15,5% encontrados no presente estudo e atribuíveis aos pontos de corte e à proporção de mulheres mais elevados naqueles estudos. Adicionalmente, Duncan e Gigante excluíram os indivíduos que pararam de beber.

A possível sonegação de informação pelos que consomem maiores quantidades de álcool não deve estar afetando essa medida,

pois o ponto de corte é baixo, enquadrando-se perfeitamente no conceito leigo de "bebedor-social". Não sendo constrangedor, deve detectar muitos que subinformam o consumo.

A quantidade ingerida na última vez excedeu, freqüentemente, a 30 g (38,2% entre os homens e 12,2% entre as mulheres). Tais índices não são comparáveis aos considerados como abuso, pois o último representa o consumo habitual médio. Os mesmos espelham a idéia de que a aferição do consumo através de registro de dieta detecta mais bebedores pesados e maior consumo global (59,60).

Cor e escolaridade associaram-se, também, ao abuso. A classe social, de forma similar ao observado para o CAGE, não se mostrou associada. A associação com qualificação profissional foi menos intensa, assim como a renda. Assim, parece que o nível sócio-econômico está menos intensamente associado ao uso abusivo de bebidas alcoólicas do que à dependência.

A idade, apontada como fator associado às quantidades de bebidas alcoólicas consumidas (64,91), perdeu a significância formal na análise multivariada. A possibilidade disso decorrer de erro beta é provável.

A associação com o tamanho da família carece, como no CAGE, de estudos comparativos.

Uma observação interessante é a dissociação entre o risco representado por haver alguém com CAGE positivo ou usuário abusivo na família. Quando se considerou o CAGE como variável dependente, aqueles indicadores não se mostraram associados, enquanto para abuso, houve forte tendência à associação. Isso sugere que padrões familiares de consumo propiciem o uso de maiores

quantidades, mas não influenciem a percepção de beber com dependência.

7.4. CONSUMO DE RISCO

O consumo de risco constitui-se num indicador mais abrangente, refletindo a magnitude do problema relacionado com o consumo de bebidas alcoólicas em Porto Alegre. Inclui os indivíduos com indicadores de dependência e aqueles com risco aumentado de desenvolver doenças associadas à exposição ao álcool. O fato do CAGE estar, possivelmente, aferindo também o abuso, não influencia a definição de consumo de risco, pois os excessos do CAGE devem estar incluídos nos usuários abusivos.

A prevalência de 19,4% é superior, em geral, à de alcoolismo referida por estudos brasileiros (49,51,55,75,86,89,94,111-116) e internacionais (74,86,101). A maioria desses, entretanto, enfoca mais o aspecto de dependência. Quando empregam critérios quantitativos, alguns utilizam pontos de corte superiores (50,117). O definido risco, representado pelo consumo crônico de mais de 30 gramas por dia, e a possível subestimação das quantidades ingeridas sugerem fortemente que os critérios empregados neste estudo espelhem com mais precisão a prevalência do risco atribuído à exposição a bebidas alcoólicas.

As associações de consumo de risco com as demais variáveis estudadas resultam das observadas com suas variáveis definidoras. Assim, pode-se afirmar que os setores menos favorecidos da sociedade são os mais expostos aos problemas ocasionados pelo álcool.

A alta prevalência coloca o consumo de bebidas alcoólicas entre os problemas de saúde relevantes para a população adulta de Porto Alegre.

8. CONCLUSÕES

1. O estudo permitiu estimar adequadamente o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por adultos de Porto Alegre. Confirma, em geral, as expectativas teóricas, demonstrando altas frequências de indivíduos sob risco, sendo os homens os mais predominantemente expostos.

2. A proporção de abstêmios é maior entre as mulheres e assemelha-se, para ambos os sexos, à descrita em estudos brasileiros e internacionais.

3. A idade média em que se inicia o consumo de bebidas alcoólicas encontra-se dentro dos referidos em outros países.

4. A cerveja é aqui, como no restante do Brasil e em outros países, a bebida mais consumida. A cachaça é o destilado mais utilizado, especialmente pelos indivíduos de nível sócio-econômico mais baixo. Entretanto, é menos consumida do que o vinho pelos porto-alegrenses.

5. O fim-de-semana é o período de maior consumo.

6. Cefaléia e náuseas destacam-se como queixas do "dia seguinte".

7. A prevalência de padrões de consumo de risco é alta, quer se considere o indicador de dependência (CAGE) ou o indicador quantitativo (abuso). A prevalência de CAGE se assemelha à descrita em outros centros. A de abuso não é diretamente comparável às referidas por outros estudos, devido a diferenças de conceituação.

8. A prevalência de CAGE é maior do que a descrita em Porto Alegre por estudos que utilizaram os critérios do DSM-III-R como diagnósticos de dependência. Possivelmente, alguns indivíduos "CAGE positivos" não sejam dependentes "sensu strictu", mas sim consumidores abusivos.

9. Fatores sócio-econômicos, como a cor não-branca, baixas escolaridade e qualificação profissional estão associados com todos indicadores de consumo inadequado.

10. A qualificação profissional, definida originalmente neste estudo, associou-se inversamente aos indicadores de consumo inadequado.

11. As classes sociais, definidas segundo Bronfman e Tuirán, a posição no trabalho e as profissões não se associaram aos indicadores de consumo inadequado.

12. A associação da idade dos homens aos padrões de consumo é similar à descrita em outros estudos, aumentando em frequência

e prevalência de indicadores de consumo inadequado com o passar dos anos. A prevalência de CAGE positivo, entretanto, cai após os 70 anos e a de abuso estabiliza-se.

13. A presença de outros indivíduos CAGE positivos ou abusadores no domicílio associou-se à prevalência de abuso, mas não à de CAGE. O fato de haver usuários de risco no domicílio provavelmente diminui a percepção de culpa por parte do entrevistado.

14. As associações do tamanho da família e da presença de companheira com CAGE positivo e abuso carecem de referenciais teóricos sólidos, devendo ser melhor avaliadas.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Elliott P, Fehily AM, Sweetnam PM, Yarnell JWG. Diet, alcohol, body mass, and social factors in relation to blood pressure: the Caerphilly Heart Study. *J Epidemiol Community Health* 1987; 41:37-43.
2. Paton A, Saunders JB. ABC of alcohol definitions. *Br Med J* 1981; 283:1248-50.
3. La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Parazzini F, Gentile A, Fasoli M. Alcohol and Epitelial ovarian cancer. *J Clin Epidemiol* 1992; 45:1025-30.
4. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. *Am J Cardiol* 1990; 66:1237-42.
5. Rimm EB, Giovannucci EL, Willet WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B, Stampfer MJ. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 1991; 338:464-8.
6. Moser J. Politicas sobre el alcohol en la planificacion nacional de la salud y el desarrollo: 35a. Asamblea Mundial de la Salud, 1982. Ginebra: OMS 1985; 19-29.
7. Davidson DM. Cardiovascular effects of alcohol. *West J Med* 1989; 151:430-9.
8. Donahue PD, Abbot RD, Reed DM, Yano KY. Alcohol and hemorrhagic stroke. The Honolulu Heart Program. *JAMA* 1986; 255:2311-4.
9. Regan TJ. Alcohol and the cardiovascular system. *Jama* 1990; 264:377-81.

10. Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA. The relationships between alcoholic beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser permanent study. *Circulation* 1986; 73:628-36.
11. World Hypertension League. Alcohol and hypertension: implications for management. Geneva: Bull WHO 1991; 69: 377-82.
12. Vargas HS, ed. Repercussões do álcool e do alcoolismo. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1988; 253 pg.
13. Mendenhall CC. Alcoholic Hepatitis. In: Schiff L, Schiff ER, eds. Diseases of the liver. Philadelphia: J.B. Lippincott company, 1987; 669-85.
14. Lieber CS. To drink (moderately) or not to drink? *N Engl J Med* 1984; 310:846-8.
15. Levitt MD. Pancreatitis. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 774-81.
16. Barros S, Galperin B. Problemas clínicos comuns do alcoolista. In Ramos SP, Bertolote JM, eds. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 75-99.
17. Kissin B. Alcohol abuse and alcohol-related illnesses. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 48-52.
18. Fernandes LNT. Complicações neurológicas do alcoolismo. In Ramos SP, Bertolote JM, eds. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 100-115.

19. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol drinking. Lyon:International Agency for Research on Cancer 1988. WHO:44-68.
20. Fraumeni JF. Epidemiology of cancer. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1092-6.
21. Silverman S. Oral medicine. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 674-9.
22. Victora CG, Munoz N, Day N, Barcelos LB, Pecin DA, Braga NM. Hot beverages and oesophageal cancer in southern Brazil: a case-control study. Int J Cancer 1987; 39:710-6.
23. Lewis BJ. Breast cancer. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1452-8.
24. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Speizer FE. Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. N Engl J Med 1987; 316:1174-80.
25. Wyngaarden JB. Disorders of purine and pyrimidine metabolism. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1161-70.
26. Riggs BL. Osteoporosis. In Wyngaardesn JB, Smith LH, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1510-5.
27. Motulsky AG. Hemochromatosis (Iron Storage Disease). In Wyngaardesn JB, Smith LH eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1189-93.

28. Fuchs FD, Pechansky. Uso Não-médico de Fármacos. In Fuchs FD, Wannmacher L, eds. Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapia Racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992; 359-81.
29. Keilman PA. Alcohol consumption and diabetes mellitus mortality in different countries. Am J Public Health 1983; 73:1316-7.
30. MacGregor RR. Alcohol and immune defense. JAMA 1986; 256:1474-9.
31. Virji SK. The relationship between alcohol consumption during pregnancy and birthweight. An epidemiologic study. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70:303-8.
32. Colsher PL, Wallace RB. Is modest alcohol consumption better than none at all? An epidemiologic assessment. Annu Rev Public Health 1989; 10:203-19.
33. Blume SB. Women and alcohol. A Review. JAMA 1986; 256: 1467-70.
34. Keller M. Concepções sobre o alcoolismo. Rev Assoc Bras Psiquiatr 1980; 2:93-100.
35. World Health Organization. The ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. Geneva:WHO 1992; 1:320-3.
36. Bertolote JM. Conceitos em alcoolismo. In Ramos SP, Bertolote JM, eds. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 15-24.

37. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. DSM-III-R. 3a. edição revisada. São Paulo: Editora Manole LTDA, 1989; 602p.
38. World Health Organization. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:WHO 1992; 362p.
39. World Health Organization. Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9a.Revisão. SP: DMS/OPS. 1978; 1: 181-2;200-1.
40. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. Br Med J 1988; 297:663-8.
41. Romelsjö A. The relationship between alcohol consumption and social status in Stockholm. Has the social pattern of alcohol consumption changed? Int J Epidemiol 1989; 18: 842-51.
42. Trevisan M, Krogh V, Farinero E, Panico S, Mancini M. Alcohol consumption, drinking pattern and blood pressure: analysis of data from the italian national research council study. Int J Epidemiol 1987; 16:520-7.
43. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M. Alcohol and mortality in british men: explaining the U-shaped curve. Lancet 1988; 1268-73.
44. McAuliffe WE, Rohman R, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physycians and medical students. Am J Public Health 1991; 81:177-82.

45. Murray-Lyon IM, Waterson EJ. CAGE. Carta. Lancet 1991; 338:1089-90.
46. Jorge MR. O diagnóstico de alcoolismo: entrevistas estruturadas, questionários e exames de laboratório. In Ramos SP, Bertolote JM, eds. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 63-74.
47. Ewing J. Detecting Alcoholism. The CAGE questionnaire. Jama 1984; 252:1905-7.
48. Beresford TP, Blow FC, Hill E, Singer K, Lucey MR. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. Lancet 1990; 25:482-5.
49. Capriglione MJ, Monteiro MG, Masur J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Rev Assoc Bras Psiq 1985; 7:50-3.
50. Gigante LP. Alcoolismo e uso de álcool - relação com o perfil sócio-econômico de adultos residentes em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1988.
51. Monteiro MG, Monteiro MA, Santos BR. Detecção do alcoolismo na população geral através do questionário CAGE: o que mudou em cinco anos? Rev ABP-APAL, 1991; 13:45-8.
52. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira MB, Vasconcellos C, Aventurato LVD, Moncau JEC, Ramos LR. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis:

- inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev Saúde Públ, S.Paulo 1990; 24:277-85.
53. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello ED. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Rev ABP-APAL 1992; 14:93-104.
54. França JMF, Pereira MG. Alcoolismo no Distrito Federal: revisão epidemiológica. Rev Brasileira de Saúde Mental 1987; 1:41-2.
55. Luz Jr E. Estudo da prevalência do alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre. Rev Med ATM 1974; 9:407-32.
56. Caetano R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en America Latina. Revision Bibliografica. Bol Of Sanit Panam, 1984; 97:497-504.
57. Giovannucci E, Colditz G, Stampfer MJ, Rimm EB, Litin L, Sampson L, Willett WC. The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire. Am J Epidemiol 1991; 133:810-7.
58. Flegal KM. Agreement between two dietary methods in report intake of beer, wine and liquor. J Stud Alcohol 1991; 52:174-9.
59. O'Hare T, Bennett P, Leduc D. Reliability of self-reports of alcohol use by community clients. Hosp Community Psychiatry 1991; 42:406-8.

60. O'Hare T. Measuring Alcohol Consumption: A Comparison of the retrospective diary and the quantity-frequency methods in a college drinking survey. *J Stud Alcohol* 1991; 52:500-2.
61. Babor TF, Stephens RS, Marlatt GA. Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. *J Stud Alcohol* 1987; 48:410-24.
62. Masur J, Tufik S, Ribeiro AB, Saragoça MAS, Laranjeira RR. Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado? *Rev Ass Med Brasil* 1979; 25:302-6.
63. Cahalan D. Quantifying alcohol consumption: patterns and Problems. *Circulation* 1981; suppl III: 7-14.
64. Cooke DJ, Allan CA. Self-Reported alcohol consumption and dissimulation in a scottish urban sample. *J Stud Alcohol* 1983; 44:617-29.
65. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-3.
66. Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco TL, Aronson M. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987; 82:231-5.
67. Smart RG, Adlaf EM, Knoke D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 593-6.
68. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.

69. Rego RA, Oliveira ZMA, Berardo FAN, Oliveira MB, Ramos LR. Epidemiologia do alcoolismo. Prevalência de positividade do teste CAGE em inquérito domiciliar no município de São Paulo. Rev ABP-APAL 1991; 13:75-80.
70. Masur J, Capriglione MJ, Monteiro MG, Jorge MR. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. Utilidade e limitações. J Bras Psiquiatr 1985; 34:31-4.
71. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971; 127: 1653-8.
72. Ross HE, Gavin DR, Skinner HA. Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol Dependence Scale in the assesment of DSM-III alcohol disorders. J Stud Alcohol 1990; 51:506-13.
73. Pokorni AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. Am J Psychiatry 1972; 129:342-5.
74. Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. Jama 1989; 261:403-7.
75. Cataldo Neto A. Alcoolismo: contribuição para o estudo da prevalência. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria da PUCRS, Porto Alegre, 1986. 110p.
76. Santana VS, Almeida Filho N. Validação de um questionário para estudos epidemiológicos sobre alcoolismo. J Bras Psiquiatr 1985; 34:177-82.

77. Masur J. A etiologia do alcoolismo. In Ramos SP, Bertolote JM, eds. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 25-35.
78. Peele S. The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. J Stud Alcohol 1986; 47: 63-73.
79. McCusker CG, Brown K. Alcohol-predictive cues enhance tolerance to and precipitate "craving" for alcohol in social drinkers. J Stud Alcohol 1990; 51:494-9.
80. Monteiro MG. Bases genéticas do alcoolismo: visão geral. Rev Ass Med Brasil 1990; 36:78-82.
81. Orford J, Velleman R. Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug-taking as young adults. Br J Addict 1990; 85:779-94.
82. Schukit M, ed. Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica do diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991: 356 p.
83. Barnes GM, Welte JW. Prediction of adult's drinking patterns from the drinking of their parents. J Stud Alcohol 1990; 51:523-7.
84. Brooner RK, Templer D, Svikis DS, Schmidt C, Monopolis S. Dimensions of alcoholism: a multivariate analysis. J Stud Alcohol 1990; 51:77-81.
85. Fletcher KD, Price DK, Cook CCH. Problem drinking and family history. Br J Addict 1991; 86:1335-41.

86. Santana VS, Almeida Filho N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: Ramos SP, Bertolote JM, ed. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; 36-54.
87. Cardim MS, Assis SG, Sberze M, Iguchi T, Morgado AF. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. Cad Saúde Pública, RJ 1986; 2: 191-211.
88. Martin C, Casswell S. Types of female drinkers: a multivariate Study. J Stud Alcohol 1988; 49:273-80.
89. Iacoponi E, Laranjeira RR, Jorge MR. At risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brazil. Br J Addict 1989; 84:653-8.
90. Almeida LM, Coutinho ESF. O alcoolismo e o hospital geral. Estudo de prevalência junto à demanda ambulatorial. J Bras Psiquiatr 1990; 39:92-5.
91. Filmore KM, Hartka E, Johnstone BM, Leino EV, Motoyoshi MM, Temple MT. A meta-analysis of life course variation in drinking. The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. Br J Addict 1991; 86:1221-68.
92. Martin MJ, Pritchard ME. Factors associated with alcohol use in later adolescence. J Stud Alcohol 1991; 52:5-9.
93. Curtis K, Genaro S, Roberts A, Kayson WA. Effects of sex, race and year in college on self-reported drinking-related problem behaviors. Psychol Rep 1990; 66:871-4.
94. Borini P, Silva CO. Aspectos demográficos, epidemiológicos e sociais do alcoolismo: uma análise de alcoolistas internados em hospital psiquiátrico. Rev ABP-APAL 1989; 11:89-96.

95. Catalano RF, Morrison DM, Wells EA, Gillmore MR, Iritani B, Hawkins JD. Ethnic differences in family factors related to early drug initiation. *J Stud Alcohol* 1992; 53:208-16.
96. Caetano R. Ethnicity and drinking in northern California: a comparison among whites, blacks and hispanics. *Alcohol Alcohol* 1984; 19:31-44.
97. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora C, Barros FC, Beria JU, Teixeira AMB. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 1988; 22:253-65.
98. Öjesjö L. The relationship to alcoholism of occupation, class and employment. *J Occup Med* 1980; 22:657-66.
99. Santana VS, Almeida Filho N, Fernandes RNR. Prevalência de alcoolismo em uma área urbana de Salvador-Bahia. II - variáveis sócio econômicas. *J Bras Psiquiatr* 1989; 38:75-81.
100. Edward AM, Schork MA, Harburg E, Moll PP, Burns TL, Ozgoren F. Sources of variability in quantitative levels of alcohol use in a total community: sociodemographic and psychosocial correlates. *Int J Epidemiol* 1986; 15:82-90.
101. Coombs DW, Globetti G. Alcohol use and alcoholism in Latin America: changing patterns and sociocultural explanations. *Int J Addict* 1986; 21:59-81.
102. Andrews FK, Layne N. Drinking Patterns in Canada: Variations in drinking frequencies and demographic characteristics of current drinkers. *Can J Public Health* 1985; 76:38-42.
103. Temple MT, Filmore KM, Hartka E, Johnstone BM, Leino EV, Motoyoshi MM. A meta-analysis of change in marital and

- employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion. The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. *Br J Addict* 1991; 86:1269-81.
104. Aro S, Räsänen L, Telama R. Social class and changes in health-related habits in Finland in 1973-1983. *Scand J Soc Med* 1986; 14:39-47.
105. Yach D, Joubert G. Determinants and consequences of alcohol abuse and cigarette consumption in Mamre. *S Afr Med J* 1988; 74:348-51.
106. Miller-Tutzauer C, Leonard KE, Windle M. Marriage and alcohol use: a longitudinal study of "maturing out". *J Stud Alcohol* 1990; 52:434-40.
107. Smart RG. Consumo de alcohol: tendencias mundiales. *Rev Internacional de Desarrollo Sanitário*. Ginebra: OMS, 1991; 1:106-10.
108. Williams GD, Grant BF, Stinson FS, Zobeck TS, Aitken SS, Noble J. Trends in alcohol-related morbidity and mortality. *Public Health Reports* 1988; 103:592-7.
109. Williams GD, Debakey SF. Changes in levels of alcohol consumption: United States, 1983-1988. *Br J Addict* 1992; 87:643-8.
110. Pyörälä E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1970s until the 1980s. *Br J Addict* 1990; 85:469-77.
111. Cabernite L. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área. *Epidemiologia-prevenção*. *J Bras Psiquiatr* 1982; 31: 89-112.

112. Fleck MPA, Soares HH. Estudo preliminar da prevalência de alcoolismo em pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Rev Psiquiatr Rio Gd do Sul, 1990; 12:84-7.
113. Pechansky F, Soibelman M, Bastos AF, Meirelles MCG, Sant'Anna RN. Um estudo de alcoolismo em hospital escola. Rev Psiquiatr Rio Gd do Sul 1984; 6:38-42.
114. Carlini BH, Pires MLN, Fernandes R, Masur J. O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de primeiro grau na cidade de São Paulo. J Bras Psiquiatr 1986; 35:279-85.
115. D'Assunção A, Carvalho A, Martins MD, Schrader C, Lins M, Patriota N. Prevalência de Alcoolismo numa área urbana de Natal - RN. Arq Cli Pínel 1980;6:75-84.
116. Departamento Autônomo de Saúde Pública; seção de Saúde Mental. Levantamento epidemiológico do alcoolismo na Ilha de Santa Catarina. Florianópolis, SC 1975 (mimeografado).
117. Duncan BB. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis. Tese de doutorado. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991. 216 p.
118. Knapp WP. Prevenção de recaídas. In Ramos Jr SP, Bertolote JM eds. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990: 186-93.
119. Polich JM., Armor DJ, Braiker HB. Patterns of alcoholism over Four Years. J Stud Alcohol 1980; 41:397-416.

120. Woodward CA, Chambers LW. Guide to questionnaire construction and question writing. The Canadian Public Health Association, Ottawa, 3th. ed.,1968.
121. Rumel D. Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social. Estado de São Paulo, 1980-1982. Dissertação de mestrado. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 1987.
122. Guidi MLM, Duarte SG. Um esquema de caracterização sócio-econômica. RBEP 1969; 52:65-82.
123. Béria JU. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas, RS, Brasil (Remédio não é brinquedo). Tese de doutorado. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991. 154 p.
124. Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Censo Demográfico de 1991. Resultados preliminares. Porto Alegre, RS: IBGE, 1992.
125. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980. Censo Demográfico; dados distritais. Rio de Janeiro 1982; vol 1 no.22.
126. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980. Censo Demográfico; dados distritais. Rio de Janeiro 1982; vol 1 no.20.
127. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar. Rio de Janeiro 1990.

128. Condés CM, Ramírez AM, Varela C, Tuchszaider HR. Variables médicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol en México. *Salud Publica Mex* 1986; 28:473-9.
129. Lara-Cantú MA, Medina-Mora ME, Gutiérrez CE. Relationship between masculinity and feminity in drinking in alcohol-related behavior in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 1990; 26:45-54.
130. Achutti A, Medeiros AMB. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Bol Saúde* 1985; 12:6-54.
131. Santana VS, Almeida Filho N. Prevalência de alcoolismo e consumo de álcool em um bairro de Salvador. I variáveis demográficas. *Rev Brasileira de Saúde Mental* 1987;1:7-17.
132. Masur J, Jorge MR. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. *Rev ABP-APAL* 1986; 8: 157-65.
133. Waterson EJ, Lyon IMM. Are the CAGE question Outdated? Carta. *Br J Addict* 1988; 83:1113-4.
134. Farid B. CAGE. Carta. *Lancet* 1991; 338:1090.

ANEXO 1. Bairros e setores censitários amostrados (conforme IBGE - 80).

BAIRRO	SETOR	BAIRRO	SETOR
1. Centro	50	14. Menino Deus	892
2. Centro	99	15. Santo Antônio	983
3. Floresta	155	16. Santa Tereza	1060
4. Cristo Redentor	283	17. Medianeira	1074
5. Sarandi	326	18. Partenon	1086
6. Vila Jardim	522	19. Cristal	1251
7. Passo D'Areia	601	20. Cavahada	1294
8. Higienópolis	623	21. Camaquã	1300
9. Petrópolis	674	22. Vila Nova	1352
10. Rio Branco	693	23. São José	1390
11. Moinhos de Vento	713	24. Mato Sampaio	1428
12. Bom Fim	751	25. Vila Bom Jesus	1441
13. Cidade Baixa	839		

UFRGS - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA - FARMACOLOGIA CLÍNICA
 INVESTIGAÇÃO DO MECANISMOS FISIOPATOGÊNICOS E DO PADRÃO DE TRATAMENTO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTO ALEGRE
 QUESTIONÁRIO No. 1 NEW

	CODIFICAÇÃO
1. Número: _____	NOMERO _____
2. Horário do início da entrevista: _____ : _____ h.	HORA1 _____
3. Data da entrevista : ____/____/____	DATA ____/____/____
4. Número de visitas realizadas: _____	NVISITA _____
5. O que o senhor é do dono da casa? ____	DONOCASA _____
1. Chefe da família= dono(a) da casa	10. Cunhado / cunhada
2. Esposa / Marido	11. Sobrinho / sobrinha
3. Filho / filha	12. Primo / prima
4. Neto / neta	13. Genro/nora
5. Irmão / irmã	14. Sogro/sogra
6. Pai / mãe	15. Sem laço de parentesco
6. Nome do dono da casa: _____	
7. Nome do entrevistado: _____	
8. Endereço: _____	
9. Dia da semana: ____	DIASEM _____
1. Domingo 2. Segunda 3. Terça 4. Quarta 5. Quinta 6. Sexta 7. Sábado	
10. Entrevistador: _____	ENTREV _____
11. Local da entrevista: ___ 1. Casa 2. Trabalho 3. Outro: _____	LOCALENT _____
12. Sexo: ___ 1. Masculino 2. Feminino	SEXO _____
13. Data do nascimento: ____/____/____	DATANASC ____/____/____
14. O senhor sabe o que é pressão alta? ___ 1. Sim 2. Não 3. Tenho uma idéia	SABEPA _____
15. O que é pressão alta? _____	
16. O senhor tem pressão alta? ___ 1. Sim 2. Não 9. Não sei 3. Já teve SE "NÃO" OU "NÃO SEI" PULAR PARA A PERGUNTA 18	TEMPAALT _____
17. Quem lhe disse que o senhor tem/tinha pressão alta? ___ 1. Médico 3. Eu acho que tenho 2. Profissional de saúde 4. Outro: _____ 8. Não se aplica	QUEM DISS _____
18. PRESSÃO ARTERIAL 1: _____ / _____ mm Hg	PART1 _____
19. FREQUÊNCIA CARDÍACA 1: _____ BPM	FC1 _____

20. Na sua família tem alguém com pressão alta?

- | | | | | | | |
|-----------|---------|---------|--------------|-------------------|---|----------|
| 1. Pai | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAPAI |
| 2. Mãe | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAMAE |
| 3. Irmãos | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAIRMAO |
| 4. Tios | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PATIOS |
| 5. Avós | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAAVOS |
| 6. Filhos | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAFILHOS |
| 7. Primos | (1) sim | (2) não | (3) ignorado | (8) Não se aplica | : | PAPRIMO |

21. O senhor fuma ou fumou? _____

1. Sim
2. Não VÁ PARA A PERGUNTA 23
3. Não fumo mais, parou há _____ anos _____ meses

FUMA
PAROUF

22. O que o senhor fuma(va)?

- | | | | | | |
|---------------------------|---------|---------|-------------------|---|----------|
| 1. cigarro com filtro | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | CIGFILT |
| 2. cigarro sem filtro | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | CIGSFILT |
| 3. palheiro fumo vermelho | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | PALVERN |
| 4. palheiro fumo negro | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | PALPRET |
| 5. charuto | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | CHARUTO |
| 6. outro _____ | (1) sim | (2) não | (8) Não se aplica | : | FUMAOUT |

TIPO	IDADE			QUANTIDADE		INTERRUPÇÃO	
	INICIOU	PAROU	CONTINUA	DIA	SEMANA	ANOS	MESES
1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
4	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

ATENÇÃO:

CODIFICAÇÃO ANEXA

23. O senhor tem alguma(s) doença(s)? SE NÃO VÁ PARA A PERGUNTA 28

- | | | | | |
|-------------------------------|---------|---------|---|----------|
| 1. Nervosismo | (1) Sim | (2) Não | : | NERV |
| 2. Diabete (açúcar no sangue) | (1) Sim | (2) Não | : | DIAB |
| 3. Bronquite ou asma | (1) Sim | (2) Não | : | BRAS |
| 4. Anemia | (1) Sim | (2) Não | : | ANEM |
| 5. Tuberculose | (1) Sim | (2) Não | : | TBC |
| 6. Câncer | (1) Sim | (2) Não | : | CANCER |
| 10. Coração | (1) Sim | (2) Não | : | COR |
| 71. Outra: _____ | (1) Sim | (2) Não | : | OUTRDOE1 |
| 72. Outra: _____ | (1) Sim | (2) Não | : | OUTRDOE2 |
| 73. Outra: _____ | (1) Sim | (2) Não | : | OUTRDOE3 |

OBSERVAÇÃO: PREENCHA COM 88 SE AS QUESTÕES 24 A 30 NÃO FOREM APLICÁVEIS

24. Quem lhe disse? USE O CÓDIGO ABAIXO

- | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------|----------|------------------|---|
| 1. Médico | 2. Profissional de saúde | 3. Eu acho que tenho | 7. Outro | 8. Não se aplica | : |
| 1. Nervosismo | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | NERVBIS | |
| 2. Diabete (açúcar no sangue) | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | DIABDIS | |
| 3. Bronquite ou asma | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | BRASDIS | |
| 4. Anemia | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | ANEMDIS | |
| 5. Tuberculose | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | TBCDIS | |
| 6. Câncer | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | CANCERDIS | |
| 10. Coração | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | CORDIS | |
| 71. Outro: _____ | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | OUTRDIS1 | |
| 72. Outro: _____ | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | OUTRDIS2 | |
| 73. Outro: _____ | (1) (2) (3) (7) Outro: _____ | (8) | : | OUTRDIS3 | |

25. Que indica/indicou o tratamento para essa(s) doença(s)? USE O CÓDIGO ABAIXO

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 1. Trata-se por conta própria | 5. Espíritas | 88. Não se aplica |
| 2. Médico tradicional | 6. Não se trata | |
| 3. Médico homeopata | 10. Umbandista | |
| 4. Curandeiro | 77. Outro (especificar) | |

1. Nervosismo	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: NERVIND	---
2. Diabete (açúcar no sangue)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: DIABIND	---
3. Bronquite ou asma	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: BRASIND	---
4. Anemia	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: ANEMIND	---
5. Tuberculose	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: TBCIND	---
6. Câncer	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: CANCERIND	---
10. Coração	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: CORIND	---
77. Outro: _____	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (10) (77):	88: OUTRIND	---

26. Que remédios usa/usou para essa doença?

1. Nervosismo : _____	NERVTR1	---
2. Diabete : _____	DIABTR1	---
3. Bronquite ou asma: _____	BRASTR1	---
4. Anemia : _____	ANEMTR1	---
5. Tuberculose: _____	TBCTR1	---
6. Câncer : _____	CANCTR1	---
10. Coração : _____	CORTR1	---
77. Outro : _____	OUTRTR1	---

27. Que outros tratamentos, como dieta, homeopatia, chás (especificar), cirurgia, espiritismo, umbanda, outro, usa/usou para esta doença?

1. Nervosismo : _____	NERVTR2	---
2. Diabete : _____	DIABTR2	---
3. Bronquite ou asma: _____	BRASTR2	---
4. Anemia : _____	ANEMTR2	---
5. Tuberculose: _____	TBCTR2	---
6. Câncer : _____	CANCTR2	---
10. Coração : _____	CORTR2	---
77. Outro : _____	OUTRTR2	---

28. Que remédios usou na última semana?

1. _____	REM1	---
2. _____	REM2	---
3. _____	REM3	---
4. _____	REM4	---
5. _____	REM5	---

29. Que outros tratamentos, como dieta, homeopatia, chás, cirurgia, espiritismo, umbanda, outro, usou na última semana?

1. _____	OUTTRA1	---
2. _____	OUTTRA2	---
3. _____	OUTTRA3	---
4. _____	OUTTRA4	---
5. _____	OUTTRA5	---

30. Por que motivo usou esses remédios ou outros tratamentos?

31. O senhor toma ou tomava bebidas alcoólicas? _____
 1. Sim 2. Não VÁ PARA A PERGUNTA 43 (MULHERES) OU 55 (HOMENS)
 3. Não tomo mais, parou há _____ anos _____ meses

BERE
 PAROU

32. Com que frequência? _____
 1. Diariamente 3. Uma vez por semana 8. Não se aplica
 2. Duas a 4 vezes por semana 4. Menos de uma vez por semana

FREQAL

33. Especifique o tipo e a quantidade usada:
 TIPO: 1. Cerveja (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
 2. Cachaça (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
 3. Vinho (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
 4. Whisky (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
 5. Modka! (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
 7. Outro: _____ (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

CERVEJA
 CACHACA
 VINHO
 WHISKY
 MODKA
 DOBERIDA

TIPO	IDADE			UNIDADES POR SEMANA		INTERRUPÇÃO	
	INICIOU	PAROU	CONTINUA	UNIDADE	NUMERO	ANOS	MESES
1	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	x	_____	_____

ATENÇÃO:
 CODIFICAÇÃO ANEXA

UNIDADE: 1. Martelo ou cálice aperitivo (100 ml) 4. 1/2 Garrafa ou litro
 2. Copo comum ou cálice de vinho (250 ml) 5. 1 Garrafa ou litro
 3. Dose (60 ml) 6. 1 lata (350 ml)

34. Há quanto tempo o Sr. bebeu pela última vez? _____
 1. _____ dias _____ horas 8. Não se aplica 9. Não me lembro

TEMPOBE

35. O que o senhor bebeu na última vez?
 USE OS CÓDIGOS ACIMA: TIPO UNIDADE NUMERO

1	_____	x	_____	USOU1
2	_____	x	_____	USOU2
3	_____	x	_____	USOU3
4	_____	x	_____	USOU4
5	_____	x	_____	USOU5
6	_____	x	_____	USOU6
7	_____	x	_____	USOU7

OBSERVAÇÃO: AS PERGUNTAS 36-39 SÃO RESPONDIDAS: 1. Sim 2. Não 8. Não se aplica

36. Alguma vez o Sr. sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida? _____

CAGE1

37. As pessoas o aborrecem porque criticam(vam) o seu modo de beber? _____

CAGE2

38. O Sr costuma(va) beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? _____

CAGE3

39. O Sr. se sente(ia) culpado pela maneira com que costuma(va) beber? _____

CAGE4

40. O senhor sente ressaca no dia seguinte? ___					SENTRESS	
1. Sempre	3. As vezes	8. Não se aplica				
2. A maior parte das vezes	4. Nunca	9. Não sei				
41. O que o senhor sente no dia seguinte quando bebe?						
1. Dor de cabeça	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES1	
2. Tremores	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES2	
3. Alucinações	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES3	
4. Dificuldade para caminhar	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES4	
5. Vontade de beber de manhã cedo	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES5	
6. Náusea pela manhã	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES6	
7. Outro: _____	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			RES7	
42. O que o senhor faz para aliviar?						
1. Bebe	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			ALRES1	
2. Toma remédio: _____	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			ALRES2	
3. Dorme	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			ALRES3	
4. Nada	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			ALRES4	
7. Outro _____	(1) Sim (2) Não	8. Não se aplica			ALRES7	
SE FOR DO SEXO MASCULINO PULAR PARA 55						
43. A senhora está grávida: ___	1. Sim	2. Não	3. Talvez	8. Não se aplica	PREGHANT	
44. Há ___ semanas ou há ___ meses		99. Não lembra		88. Não se aplica	PREGTIME	
45. Dia da última menstruação: ___/___/___				88. Não se aplica	DUM	___/___/___
				99. Não lembra		
46. A senhora já esteve grávida? ___ EXCLUIR A GESTAÇÃO ATUAL, SE EXISTIR					GRAVIDA	
1. Sim	2. Não	VÁ PARA A PERGUNTA 49		8. Não se aplica		
47. Quantas vezes? 1. ___				88. Não se aplica	NGRAVID	
48. Quantos nasceram mortos, e com quantas semanas de gravidez?						
1 ___ Com 28 semanas ou menos (- de 6 meses)				88. Não se aplica	MABORTO	
2 ___ Com mais de 28 semanas (+ de 6 meses)				99. Não se lembra	MNATIMOR	
49. Como a senhora se cuida(va) para não ter filhos?						
1. Tabela	(1) Sim (2) Não				TABELA	
2. Camisinha	(1) Sim (2) Não				CAMISA	
3. Pílula:	(1) Sim (2) Não	Qual: _____			PILULA	
4. DIU	(1) Sim (2) Não				DIU	
5. Diafragma	(1) Sim (2) Não				DIAFRG	
7. Outro:	(1) Sim (2) Não	Qual: _____			OUTRO	
8. Não se aplica						
SE NÃO USA E NUNCA USOU PÍLULA VÁ PARA A PERGUNTA 55						
50. Se usa ou já usou pílula, por quanto tempo? ___ anos e ___ meses					TEMPPIL	
50.A. Como toma ou tomava a pílula? _____						
51. Se parou, há quanto tempo? ___ anos e ___ meses					STOPPIL	

52. Quem indicou a pílula? ___		INDPILU	---
1. Médico	3. Usou por conta própria		
2. Amiga ou parente	7. Outro: _____		
	8. Não se aplica		
53. Por quanto tempo parou a pílula: ___ anos ___ meses (EXCLUIR O TEMPO DA 51)		INTERPIL	---
54. A senhora já teve algum problema com a pílula?			
1. Dor de cabeça (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL1	---
2. Tonturas (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL2	---
3. Vontade de vomitar (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL3	---
4. Ganho de peso (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL4	---
5. Pressão alta (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL5	---
6. Gravidez (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica		PROBPIL6	---
7. Outro: (1) Sim (2) Não Qual: _____ (8) Não se aplica		PROBPIL7	---
55. O senhor poderia me dizer quem são todas as pessoas que moram na casa?			
Crianças menores de 5 anos: ___		CRIM5	---
Crianças de 5 a menos de 12 anos: ___		CRIM12	---
Adolescentes de 12 a menos de 18 anos: ___		ADOLSC	---
Adultos (com mais de 18 anos completos): ___		ADULTOS	---
Total: ___		TOTALPES	---
56. O Sr(a) sabe ler? (1) Sim (2) Não (3) Um pouco (lê jornal, pelo menos)		SABELER	---
57. O senhor estudou no colégio? Até que ano? ___		GRAU	---
0. NÃO estudou 1. ___ série do ___ grau 8. Não se aplica		SERIE	---
		ESCOLA	---
58. No mês passado em que trabalharam e quanto ganharam as pessoas da casa? (completar com 9 todos os dígitos só se ignorado)			
POR: 1. Mês 2. Semana 3. Dia 4. Hora			
CATEGORIA: 1. Empregador (5/+) 2. Empregador 3. Assalariado 4. Autônomo 5. Biscateiro			
6. Aposentado 10. Pensionista			
1a. NCZ% _____ POR: _____		RCRUZ1	_____
Profissão: _____ Categoria: _____ Pessoa: _____		PROF	CATEGOR
2a. NCZ% _____ POR: _____		RCRUZ2	_____
Profissão: _____ Categoria: _____ Pessoa: _____		PROF	CATEGOR
3a. NCZ% _____ POR: _____		RCRUZ3	_____
Profissão: _____ Categoria: _____ Pessoa: _____		PROF	CATEGOR
4a. NCZ% _____ POR: _____		RCRUZ4	_____
Profissão: _____ Categoria: _____ Pessoa: _____		PROF	CATEGOR
5a. NCZ% _____ POR: _____		RCRUZ5	_____
Profissão: _____ Categoria: _____ Pessoa: _____		PROF	CATEGOR
59. A família tem outras fontes de renda como aluguel, mesada, pensão, poupança?			
1. NCZ% _____ por mês		OUTRCRUZ	_____

OBSERVAR A CASA E PERGUNTAR SE NECESSÁRIO

60. Tipo de construção: ___	RTOTCRUZ	---
1. Tijolo/cimento	CASA	---
2. Tijolo rústico		
3. Maloca		
4. Madeira regular		
5. Mista		
6. Tem água encanada? ___	ÁGUA	---
1. Sim, dentro de casa		
2. Sim, no terreno		
3. Não		
62. De onde vem a água? ___	FONTAGUA	---
1. Rede pública		
2. Poço		
3. Rio/riacho		
7. Outro		
63. Como é a patente? ___	PATENTE	---
1. Descarga		
2. Casinha		
3. Não tem		
7. Outro		
64. Quantas peças há na casa?(excluir banheiro, corredor, garagem, depósito) ___	PECAS	---
65. Em quantas peças dormem as pessoas? ___	DORMEM	---
66. Tem geladeira funcionando? ___	GELAD	---
1. Sim		
2. Não		
3. Usa a do vizinho		
67. PRESSÃO ARTERIAL 2: ___ / ___ mm Hg	PA2	___ / ___
68. FREQUENCIA CARDÍACA 2: ___ bpm	FC2	---
69. PESO: ___ kg	PESO	---
70. ALTURA: ___ cm	ALTURA	---
71. PERÍMETRO BRAQUIAL: ___ cm	PERBRAQ	---
72. PERÍMETRO DO QUADRIL: ___ cm	PQUADRIL	---
73. PERÍMETRO DA CINTURA: ___ cm	PCINTURA	---
74. Horário do final da entrevista: ___ : ___ h	HDRA2	___ : ___
75. OBSERVAR A COR: ___ 1. Branca 2. Negra 3. Mista 4. Outra	COR	---
76. Volume urinário de 12 horas: ___ ml	VOLXIXI	---
77. Sódio na urina: ___ meq/l	SODIO	---
78. Potássio na urina: ___ meq/l	POTASSIO	---
79. Cálcio na urina: ___ meq/l	CALCIO	---
80. Concentração de álcool na urina: ___ mg/l	ALCOOL	---
OBSERVAÇÕES: (VER MANUAL E USE VERSO SE NECESSÁRIO)		

ANEXO 3. Concentração alcoólica dos diversos tipos de bebida (ml de álcool absoluto*) e unidades (medidas de volume) utilizadas.

BEBIDA	CONCENTRAÇÃO	UNIDADE				
		martelo/ cálice	copo	dose	garrafa/litro	lata
cerveja	5%	-	250 ml	-	670 ml	350ml
cachaça	50%	100 ml	250 ml	40 ml	680 ml	-
vinho	11%	-	250 ml	-	720 ml	-
uísque	45%	-	-	40 ml	1000 ml	-
vodca	50%	-	-	40 ml	1000 ml	-
drinque forte	40%	100 ml	250 ml	40 ml	900 ml	-
drinque suave	8%	100 ml	250 ml	40 ml	1000 ml	-

* 1 ml = 0,8 gr de álcool.