

# Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional

## Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study

Juvenal S Dias da Costa<sup>a</sup>, Mariângela F Silveira<sup>a</sup>, Fernando K Gazalle<sup>a</sup>, Sandro S Oliveira<sup>a</sup>, Pedro C Hallal<sup>a</sup>, Ana Maria B Menezes<sup>a</sup>, Denise P Gigante<sup>a</sup>, Maria T A Olinto<sup>c</sup> e Sílvia Macedo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. <sup>b</sup>Escola de Medicina, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. <sup>c</sup>Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

### Descritores

Alcoolismo. Prevalência. Estudos transversais. Problemas sociais. Fatores de risco. Fatores socioeconômicos.

### Resumo

#### Objetivo

Determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo abusivo de álcool.

#### Métodos

Estudo transversal de base populacional incluindo 2.177 indivíduos adultos (20 a 69 anos) residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS. Amostragem em múltiplos estágios. Consumo de álcool abusivo foi definido como mais de 30 g/dia. A análise ajustada foi realizada por regressão logística não condicional.

#### Resultados

A prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 14,3%, sendo 29,2% para os homens e 3,7% para as mulheres. Os seguintes grupos apresentaram maior consumo abusivo de álcool após análise ajustada: homens, idosos, indivíduos com pele preta ou parda, de nível social mais baixo, fumantes pesados e que apresentam alguma doença crônica. Somente entre os homens, os que apresentavam distúrbios psiquiátricos menores mostraram maior índice de consumo abusivo e entre as mulheres a relação foi inversa com idade. Constatou-se também que entre os hipertensos, aqueles classificados como consumidores excessivos apresentavam pior controle da doença.

#### Conclusões

O consumo abusivo de álcool é elevado e acarreta inúmeras conseqüências negativas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Os resultados indicam uma alta prevalência de consumo abusivo de álcool e identificam alguns subgrupos da população mais suscetíveis ao alcoolismo.

### Keywords

Alcoholism. Prevalence. Cross-sectional studies. Risk factors. Socioeconomic factors. Social problems.

### Abstract

#### Objective

To determine the prevalence of heavy alcohol consumption and factors associated with it in a Brazilian adult population.

#### Methods

Cross-sectional population-based study including 2,177 adults (aged 20 to 69), living in the urban area of the municipality of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. The sample was selected in multiple stages. Heavy alcohol consumption was defined as above 30g/day. The adjusted analysis was conducted by logistic regression.

#### Results

The prevalence of heavy alcohol consumption was 14.3% (29.2% among men and

### Correspondência para/ Correspondence to:

Juvenal Soares Dias da Costa  
Departamento de Medicina Social  
Faculdade de Medicina (UFPel)  
Duque de Caxias, 250, 3º piso  
96030-002 Pelotas, RS, Brasil  
E-mail: jcosta@epidemiologia-ufpel.org.br

Recebido em 13/1/2003. Reapresentado em 1/9/2003. Aprovado em 19/9/2003.

3.7% among women). The following groups presented higher prevalences of heavy alcohol consumption after adjusted analysis: men, elderly people, blacks or mulattoes, heavy smokers, and people who present some kind of chronic disease. Men with minor psychiatric disorders showed higher prevalences of heavy alcohol consumption than other men. Among women, association between age and heavy alcohol consumption was inversely related. Furthermore, the study indicates that among hypertensive subjects, those with heavy alcohol consumption presented worse disease management.

#### **Conclusions**

Heavy alcohol consumption is high and results in countless negative consequences for the individual's health and quality of life. Our results highlight the high prevalence of heavy alcohol consumption and indicate subsections of the whole population more susceptible to alcoholism.

## INTRODUÇÃO

A literatura indica que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é fator de proteção para mortalidade por todas as causas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares.<sup>4,9</sup> Já o consumo abusivo traz inúmeras conseqüências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a freqüência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros.<sup>10,13,16</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que a mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo uso abusivo de álcool são maiores que aquelas produzidas pelo tabagismo.<sup>16</sup>

O alcoolismo, por si só, também é considerado uma doença. Estudo multicêntrico brasileiro<sup>1</sup> mostra prevalências entre 7,6 e 9,2%. Outra pesquisa realizada no País<sup>5</sup> mostra prevalência de 12,4% entre pacientes hospitalares. Estudo realizado na Coréia do Sul<sup>7</sup> mostrou prevalência de consumo abusivo de 16% para homens e 2% para mulheres, enquanto uma pesquisa na Nova Zelândia<sup>6</sup> indicou prevalência de 9,9% entre sujeitos idosos.

O consumo abusivo de álcool também provoca direta ou indiretamente custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo. Além disso, a dependência do álcool aumenta o risco para transtornos familiares.

O objetivo da presente investigação foi determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo abusivo de álcool em uma população adulta no Sul do Brasil. A detecção dos grupos populacionais mais expostos ao consumo abusivo de álcool permite planejar ações de saúde mais eficazes, visando à diminuição dessa morbidade e de outras doenças desencadeadas pelo alcoolismo.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de base populacional, no período entre 3 de dezembro de 1999 e 3 de abril de 2000, envolvendo diversos aspectos relacionados com a saúde da população adulta, de 20 a 69 anos, residente na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

O processo de amostragem foi conduzido em múltiplos estágios. As unidades amostrais primárias foram os 281 setores censitários da zona urbana do município, dos quais 40 foram sorteados sistematicamente. Nos setores sorteados, procedeu-se amostragem sistemática de domicílios. Foram entrevistados todos os moradores dos domicílios sorteados na faixa etária de interesse do estudo.

O cálculo de tamanho de amostra estimou uma prevalência de 15% de consumo abusivo de álcool, com um nível de confiança de 95%, poder de 80%, exposições entre 5 e 50%, risco relativo de 2,0, além de acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas e 15% para análise ajustada. Esse cálculo resultou em uma amostra necessária de 1.595 indivíduos. Em virtude do estudo ser conduzido em conjunto com outros, a amostra foi maior para obter poder para outros desfechos menos comuns.

O consumo de álcool foi mensurado a partir de questionário que avaliava tipos, quantidade e freqüência do consumo de bebidas alcoólicas de cada sujeito. O ponto de corte para definir consumo abusivo de álcool foi 30 g/dia de etanol ou mais.<sup>9,11</sup>

As variáveis independentes coletadas foram: sexo, idade, cor da pele (branca ou preta/parda e apenas observada pelo entrevistador), escolaridade (em anos de estudo com aprovação), nível social (classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP<sup>2</sup>), estado civil (com companheiro, solteiro ou viúvo/sepa-

rado), distúrbios psiquiátricos menores (Self Reported Questionnaire – SRQ-20, com ponto de corte de 6 para homens e 7 para mulheres),<sup>8</sup> hipertensão arterial (média de duas medidas maior ou igual a 160/95 ou consumo de medicamento anti-hipertensivo), índice de massa corporal (normal: <25 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade: 30 kg/m<sup>2</sup> ou mais),<sup>15</sup> atividade física (insuficientemente ativo: menos de 1.000 kcal/semana gastas em atividades de lazer<sup>12</sup>), tabagismo (nunca fumou; ex-fumante; fumante leve/moderado: <20 cigarros por dia; fumante pesado: 20 cigarros por dia ou mais) e doença crônica (presença de pelo menos uma das seguintes doenças: diabetes auto-referida, hipertensão arterial, distúrbios psiquiátricos menores, bronquite crônica ou obesidade).

Foi também realizada uma análise das conseqüências do uso abusivo de álcool na adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica (medido pelo adequado controle dos níveis tensionais), nas taxas de hospitalização e na procura aos serviços de saúde (medido pelo número de consultas no último ano).

Os entrevistadores eram acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas, e foram submetidos a um programa de treinamento, incluindo exercícios de padronização na coleta de peso e altura, estudo piloto, e desconheciam os objetivos e hipóteses do estudo. Os indivíduos que se recusaram a responder ao questionário ou que não estavam em casa no momento da entrevista foram visitados mais duas vezes em

**Tabela 1** – Descrição da amostra conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde e análise bruta entre o consumo de álcool abusivo e os preditores.

Variável***	N(%)	P (%)	RO (IC <sub>95%</sub> )	Valor p
Sexo				<0,001*
Masculino	846 (43,0)	27,2	9,53 (6,76 a 13,43)	
Feminino	1.122 (57,0)	3,8	1,00	
Idade – anos completos				0,08**
20 a 29	464 (23,7)	11,9	1,00	
30 a 39	457 (23,2)	14,7	1,28 (0,87 a 1,88)	
40 a 49	443 (22,5)	13,2	1,13 (0,76 a 1,67)	
50 a 59	374 (19,0)	12,6	1,07 (0,71 a 1,62)	
60 a 69	229 (11,6)	19,6	1,81 (1,18 a 2,80)	
Cor da pele				<0,001*
Branca	1.634 (83,0)	12,6	1,00	
Preta/parda	334 (17,0)	20,2	1,76 (1,30 a 2,39)	
Nível social – ANEP				0,001**
A	110 (5,6)	13,8	1,00	
B	500 (25,6)	10,3	0,72 (0,39 a 1,33)	
C	726 (37,2)	13,5	0,98 (0,54 a 1,75)	
D	529 (27,1)	14,6	1,07 (0,59 a 1,95)	
E	89 (4,6)	29,2	2,59 (1,27 a 5,27)	
Escolaridade – anos de estudo				<0,001**
0	88 (4,5)	20,7	2,21 (1,18 a 4,14)	
1-4	424 (21,5)	17,8	1,84 (1,19 a 2,82)	
5-8	631 (32,1)	15,3	1,54 (1,02 a 2,32)	
9-11	491 (24,9)	9,7	0,91 (0,57 a 1,44)	
12 ou mais	334 (7,0)	10,5	1,00	
Estado civil				0,09*
Casado/em união	1.205 (61,2)	14,8	1,09 (0,88 a 1,48)	
Separado/viúvo	287 (14,6)	9,8	0,68 (0,42 a 1,09)	
Solteiro	476 (24,2)	13,8	1,00	
Distúrbios psiquiátricos menores				0,5*
Sim	561 (28,5)	14,8	1,11 (0,84 a 1,47)	
Não	1.406 (71,5)	13,5	1,00	
Índice de massa corporal***				0,5***
Normal (<25 kg/m <sup>2</sup> )	907 (46,8)	13,8	1,00	
Sobrepeso (25 a 29,99 kg/m <sup>2</sup> )	653 (33,7)	15,0	1,10 (0,83 a 1,47)	
Obesidade (30 kg/m <sup>2</sup> ou mais)	376 (19,4)	11,8	0,83 (0,58 a 1,20)	
Atividade física				0,02*
Insuficientemente ativo	1.581 (80,6)	12,9	1,00	
Suficientemente ativo	380 (19,4)	17,7	1,45 (1,07 a 1,97)	
Hipertensão arterial				0,2*
Sim	462 (23,5)	13,3	1,21 (0,90 a 1,62)	
Não	1.501 (76,5)	15,7	1,00	
Doença crônica				<0,001*
Sim	459 (23,4)	19,5	1,75 (1,32 a 2,31)	
Não	1.503 (76,6)	12,2	1,00	
Tabagismo				<0,001**
Nunca fumou	945 (48,0)	6,2	1,00	
Ex-fumante	423 (21,5)	18,8	3,51 (2,44 a 5,03)	
Fumante leve/moderado	319 (16,2)	16,7	3,03 (2,03 a 4,50)	
Fumante pesado	281 (14,3)	28,8	6,13 (4,23 a 8,88)	

P: prevalência de consumo de álcool abusivo (+30 g/dia)

RO: razão de odds

\*teste para heterogeneidade de proporções

\*\*teste para tendência linear

\*\*\*máximo de 32 valores ignorados (variável "Índice de Massa Corporal IMC)

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

horários diferentes. Realizou-se controle de qualidade aplicando-se questionários simplificados a 10% das pessoas incluídas na amostra.

A codificação e a entrada de dados através do Programa Epi Info 6 foi realizada duas vezes, com checagem automática de consistência e amplitude. A análise foi realizada com os programas Stata 7.0 e SPSS 8.0 e consistiu de descrição da amostra, análises bruta (toda a amostra e separada por sexo) e ajustada. A análise ajustada foi realizada através de regressão logística não condicional, com base em um modelo conceitual com três níveis hierárquicos:<sup>14</sup> o primeiro, composto pelas variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele); o segundo nível, pelas variáveis socioeconômicas (nível social – ANEP, escolaridade e estado civil); e o terceiro, por morbidades e hábitos de vida (tabagismo, atividade

física, distúrbios psiquiátricos menores, IMC, hipertensão arterial sistêmica e presença de doenças crônicas). As variáveis foram mantidas no modelo quando alcançavam nível de significância de 20% e a associação foi considerada significativa quando atingiam 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e considerado de risco mínimo; dessa forma, apenas o consentimento verbal dos entrevistados foi solicitado.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 1.968 indivíduos, dos 2.177 indivíduos elegíveis para o estudo, perfazendo um índice de perdas e recusas de 9,6%.

**Tabela 2** – Análise bruta entre consumo abusivo de álcool e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde para os homens.

Variável***	N(%)	P (%)	RO (IC <sub>95%</sub> )	Valor p
Idade – anos completos				<0,001*
20 a 29	230 (27,2)	17,4	1,00	
30 a 39	187 (22,1)	30,5	2,08 (1,31 a 3,30)	
40 a 49	181 (21,4)	27,8	1,83 (1,14 a 2,93)	
50 a 59	149 (17,6)	27,0	1,76 (1,07 a 2,89)	
60 a 69	98 (11,6)	43,8	2,69 (2,18 a 6,26)	
Cor da pele				<0,005*
Branca	702 (83,0)	25,2	1,00	
Preta/parda	144 (17,0)	37,1	1,75 (1,20 a 2,56)	
Nível social – ANEP				<0,001*
A	50 (5,9)	26,0	1,00	
B	219 (26,0)	20,6	0,74 (0,36 a 1,51)	
C	323 (38,4)	25,2	0,96 (0,49 a 1,90)	
D	210 (24,9)	32,1	1,34 (0,67 a 2,69)	
E	40 (4,8)	52,5	3,15 (1,30 a 7,63)	
Escolaridade – anos de estudo				<0,001**
0	28 (3,3)	57,1	5,52 (2,35 a 12,98)	
1-4	182 (21,5)	36,5	2,38 (1,42 a 3,97)	
5-8	291 (34,4)	28,7	1,67 (1,03 a 2,71)	
9-11	201 (23,8)	18,0	0,91 (0,53 a 1,57)	
12 ou mais	144 (17,0)	19,4	1,00	
Estado civil				0,06*
Casado/em união	562 (66,4)	28,8	1,46 (1,02 a 2,10)	
Separado/viúvo	52 (6,1)	35,3	1,97 (1,03 a 3,80)	
Solteiro	232 (27,4)	21,6	1,00	
Distúrbios psiquiátricos menores				0,01*
Sim	178 (21,0)	35,2	1,62 (1,14 a 2,32)	
Não	668 (79,0)	25,1	1,00	
Índice de massa corporal				0,2**
Normal (<25 kg/m <sup>2</sup> )	405 (48,3)	24,7	1,00	
Sobrepeso (25 a 29,99 kg/m <sup>2</sup> )	313 (37,3)	29,7	1,29 (0,92 a 1,79)	
Obesidade (30 kg/m <sup>2</sup> ou mais)	121 (14,4)	28,9	1,24 (0,79 a 1,95)	
Atividade física				0,1*
Insuficientemente ativos	583 (69,0)	28,6	1,00	
Suficientemente ativos	262 (31,0)	23,8	0,78 (0,55 a 1,09)	
Hipertensão arterial				0,02*
Sim	181 (21,4)	34,3	1,54 (1,08 a 2,19)	
Não	664 (78,6)	25,3	1,00	
Doença crônica				<0,001*
Sim	205 (24,3)	37,3 24,0	1,88 (1,34 a 2,63)	
Não	640 (75,7)		1,00	
Tabagismo				<0,001**
Nunca fumou	331 (39,1)	15,5 31,4	1,00	
Ex-fumante	227 (26,8)	33,6 40,3	2,50 (1,66 a 3,76)	
Fumante leve/moderado	129 (15,2)		2,76 (1,72 a 4,42)	
Fumante pesado	159 (18,8)		3,67 (2,37 a 5,67)	

P: prevalência de consumo de álcool abusivo (+30 g/dia)

\*teste para heterogeneidade de proporções

\*\*teste para tendência linear

\*\*\*máximo de 32 valores ignorados (variável "Índice de Massa Corpora IMC)

Vinte e um por cento da amostra estudada relatou nunca ter ingerido bebida alcoólica; consumo moderado (até 30 g/dia de etanol) foi relatado por 65,1% da amostra e a prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 14,3% (IC 9,7% a 17,8%), sendo de 3,7% entre as mulheres e 29,2% entre os homens.

A amostra obtida foi composta de 1.122 (57%) mulheres e a média de idade foi de 41,6 anos, sendo que cerca da metade dos indivíduos tinha menos de 40 anos. A maior parte (83%) dos indivíduos foi definida como de raça branca. Em relação ao nível socioeconômico, as classes A e E da classificação da ANEP continham cerca de 5% dos indivíduos cada uma; a maior parte dos entrevistados estava concentrada na classe C (37%). Distribuição semelhante foi encontrada para anos completos de escolaridade. A maior parte da amostra foi composta de indivíduos

casados ou em união estável (61%). Dados relacionados à comorbidade e a hábitos de vida são melhor descritos na Tabela 1.

Na Tabela 1 também são apresentados os resultados da análise bruta para a ocorrência do desfecho e os diversos fatores estudados. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre consumo abusivo de álcool e sexo masculino, cor não branca, atividade física e presença de doença crônica. Os maiores riscos encontrados foram para o sexo masculino (RO=9,53) e cor não branca (RO=1,76). Houve uma tendência linear de aumento de prevalência conforme diminuição da escolaridade e da classe social, e conforme o aumento do consumo de cigarros.

As Tabelas 2 e 3 apresentam as análises brutas estratificadas por sexo, onde diferenças importantes

**Tabela 3** – Análise bruta entre consumo abusivo de álcool e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde para as mulheres.

Variável***	N(%)	P (%)	RO (IC <sub>95%</sub> )	Valor p
Idade – anos completos				0,02**
20 a 29	234 (20,9)	6,4	1,00	
30 a 39	270 (24,1)	3,7	0,56 (0,25 a 1,28)	
40 a 49	262 (23,4)	3,1	0,46 (0,19 a 1,11)	
50 a 59	225 (20,1)	3,1	0,47 (0,19 a 1,17)	
60 a 69	131 (11,7)	1,6	0,23 (0,05 a 1,03)	
Cor da pele				0,01*
Branca	932 (83,1)	3,0	1,00	
Preta/parda	190 (16,9)	7,4	2,56 (1,32 a 4,96)	
Nível social – ANEP				0,1**
A	60 (5,4)	3,4	1,00	
B	281 (25,3)	2,2	0,63 (0,12 a 3,18)	
C	403 (36,2)	4,0	1,19 (0,27 a 5,31)	
D	319 (28,7)	3,2	0,93 (0,20 a 4,35)	
E	49 (4,4)	10,2	3,24 (0,60 a 17,49)	
Escolaridade – anos de estudo				0,9**
0	60 (5,3)	3,4	0,91 (0,18 a 4,49)	
1-4	242 (21,6)	3,7	1,00 (0,37 a 2,74)	
5-8	340 (30,3)	3,8	1,03 (0,40 a 2,64)	
9-11	290 (25,8)	3,8	1,03 (0,39 a 2,71)	
12 ou mais	190 (16,9)	3,7	1,00	
Estado civil				0,04*
Casado/em união	643 (57,3)	2,7	0,41 (0,20 a 0,83)	
Separado/viúvo	235 (20,9)	4,3	0,67 (0,29 a 1,52)	
Solteiro	244 (21,7)	6,3	1,00	
Distúrbios psiquiátricos menores				0,07*
Sim	383 (34,2)	5,3	1,80 (0,97 a 3,34)	
Não	738 (65,8)	3,0	1,00	
Índice de massa corporal				0,1**
Normal (<25 kg/m <sup>2</sup> )	502 (45,8)	5,0	1,00	
Sobrepeso (25 a 29,99 kg/m <sup>2</sup> )	340 (31,0)	1,5	0,29 (0,11 a 0,76)	
Obesidade (30 kg/m <sup>2</sup> ou mais)	255 (23,2)	3,6	0,70 (0,32 a 1,52)	
Atividade física				0,8*
Insuficientemente ativos	998 (89,4)	3,6	1,00	
Suficientemente ativos	118 (10,6)	4,2	1,17 (0,45 a 3,04)	
Hipertensão arterial				1,0*
Sim	281 (25,1)	3,6	0,93 (0,45 a 1,92)	
Não	837 (74,9)	3,9	1,00	
Doença crônica				0,2*
Sim	254 (22,7)	5,2	1,55 (0,79 a 3,03)	
Não	863 (77,3)	3,4	1,00	
Tabagismo				
Nunca fumou	614 (54,7)	1,2	1,00	
Ex-fumante	196 (17,5)	4,1	3,64 (1,32 a 10,30)	
Fumante leve/moderado	190 (16,9)	5,3	4,76 (1,79 a 12,69)	
Fumante pesado	122 (10,9)	13,9	13,88 (15,62 a 34,28)	<0,001**

P: prevalência de consumo de álcool abusivo (+30 g/dia)

\*teste para heterogeneidade de proporções

\*\*teste para tendência linear

\*\*\*máximo de 32 valores ignorados (variável "Índice de Massa Corpora IMC)

foram encontradas. Em relação aos grupos etários, observou-se uma tendência de aumento conforme a elevação da idade, constituindo, porém, uma associação de fraca intensidade. Com a estratificação por sexo, nas mulheres, ocorreu uma tendência inversa. A faixa etária mais jovem, entre as mulheres, passou a apresentar uma maior associação com o consumo abusivo de álcool. Entre os homens, a tendência permaneceu a mesma da amostra como um todo, mas a magnitude do efeito foi mais bem demonstrada.

Para distúrbio psiquiátrico e hipertensão na amostra geral, não se encontrou associação, mas quando analisado isoladamente o sexo masculino, a presença de distúrbio mostrou-se associada ao desfecho.

As variáveis classe social e escolaridade, que apresentavam significância estatística na amostra geral, perdem sua significância quando estratificadas por sexo, principalmente para o sexo feminino. Fenômeno inverso se mostra para estado civil: as mulheres solteiras apresentam um risco maior de terem consumo abusivo.

Na análise multivariada, mantiveram associação significativa sexo masculino, idade avançada, cor da pele, baixo nível socioeconômico, presença de doença crônica e tabagismo (Tabela 4). Com exceção do tabagismo e da presença de doença crônica, as demais variáveis tiveram um efeito aumentado em relação à análise bruta.

Uma análise da relação entre o uso abusivo de ál-

cool e o controle da hipertensão arterial sistêmica foi realizada, e uma importante associação entre o consumo abusivo e um mau controle da hipertensão foi encontrada, tanto na análise global (RO=1,73, valor  $p < 0,001$ ) como na estratificada por sexo. Também esteve associado ao desfecho um menor número de consultas médicas. A variável hospitalização também foi estudada, sem mostrar associação significativa.

## DISCUSSÃO

O delineamento transversal, apesar das vantagens quanto à velocidade e custos, apresenta algumas limitações em relação às inferências causais, pois as exposições e o desfecho são coletados em um mesmo momento. No caso específico do presente estudo, as relações entre consumo abusivo de álcool e prática de atividades físicas, índice de massa corporal, distúrbios psiquiátricos menores e tabagismo podem ter sido afetadas por esse viés.

Além disso, o relato de consumo de álcool pode ter sido afetado pelo viés de memória. No entanto, se esse viés ocorreu, provavelmente ele foi conservador, ou seja, a frequência de uso abusivo pode ser maior do que o relatado.

O consumo de álcool foi avaliado através de relato da frequência, quantidade e tipos de bebidas consumidas semanalmente, similarmente a outras análises.<sup>6,7,9</sup> Sabe-se, contudo, que a mensuração de alcoolismo é controversa, e que a estratégia utilizada pode subestimar a prevalência de consumo abusivo.<sup>13</sup>

**Tabela 4** – Análise ajustada entre o consumo de álcool e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde.

Nível	Variável	RO (IC <sub>95%</sub> )	Valor p
1	Sexo		<0,001*
	Masculino	10,09 (7,13 a 14,28)	
	Feminino	1,00	
1	Idade – anos completos		0,01**
	20 a 29	1,00	
	30 a 39	1,60 (1,06 a 2,40)	
	40 a 49	1,39 (0,92 a 2,12)	
	50 a 59	1,35 (0,87 a 2,10)	
	60 a 69	2,33 (1,46 a 3,72)	
1	Cor da pele		0,001*
	Branca	1,00	
	Preta/parda	1,94 (1,39 a 2,71)	
2	Nível social – ANEP		0,001**
	A	1,00	
	B	0,73 (0,38 a 1,42)	
	C	1,04 (0,55 a 1,94)	
	D	1,22 (0,64 a 2,32)	
	E	2,81 (1,27 a 6,22)	
3	Doença crônica		0,007*
	Sim	1,60 (1,14 a 2,24)	
	Não	1,00	
3	Tabagismo		<0,001*
	Nunca fumou	1,00	
	Ex-fumante	2,34 (1,55 a 3,54)	
	Fumante leve/moderado	2,54 (1,63 a 3,95)	
	Fumante pesado	4,62 (3,04 a 7,00)	

\*teste para heterogeneidade  
\*\*teste para tendência linear

Entre as estratégias metodológicas do estudo, pode-se destacar o percentual de perdas e recusas menor que 10% e a similaridade da amostra em comparação aos dados censitários do município (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico, 2000).

A prevalência de consumo abusivo de álcool (14,3%) foi superior aos dados encontrados por outros estudos que utilizaram a mesma definição do desfecho, os quais mostram prevalências entre 7 e 10%.<sup>1,6</sup> Por outro lado, estudos<sup>7,15</sup> que utilizaram os critérios DSM III ou DSM IV encontraram prevalências maiores (15 a 30%).

O maior consumo abusivo de álcool em homens é consistente com a literatura.<sup>6</sup> Um estudo chinês<sup>6</sup> mostrou prevalências de alcoolismo de 16% para os homens e 2% para as mulheres, enquanto no presente trabalho essas prevalências foram, respectivamente, 27,2% e 3,8%. Outro estudo com pacientes hospitalares brasileiros<sup>5</sup> detectou uma prevalência de 22% entre os homens e apenas 3% entre as mulheres.

Em relação à idade, foram observadas diferenças entre os sexos. Para os homens o consumo abusivo de álcool apresentou-se diretamente associado com a idade, enquanto para as mulheres tendência inversa foi observada, ao contrário de outro estudo brasileiro<sup>9</sup> que encontrou padrão semelhante aos homens para o sexo feminino.

Os indivíduos com pele preta ou parda apresentaram maiores índices de abuso de álcool, mesmo após análise ajustada, indicando diferenças étnico-culturais não explicadas por idade ou sexo. Como a cor da pele é um dos determinantes da condição socioeconômica, seu efeito não está controlado para escolaridade e nível social (fatores mediadores). Mesmo assim, esse resultado é consistente com outros estudos realizados no Brasil,<sup>3,7</sup> os quais controlaram inclusive para os indicadores socioeconômicos.

A associação entre alcoolismo e indicadores socioeconômicos foi inversa, assim como na maior parte

da literatura revisada.<sup>3,7</sup> Entretanto, a única diferença significativa foi entre as pessoas mais pobres (classe E). A baixa escolaridade, apesar de associada com uso abusivo do álcool na análise bruta, não manteve a significância na análise ajustada.

Os tabagistas apresentaram maiores prevalências de consumo abusivo de álcool, principalmente os fumantes pesados. Mesmo sem haver relação causal, essa associação é bem descrita na literatura.<sup>3</sup> O resultado parece indicar que indivíduos alcoolistas têm menor cuidado com sua saúde.

Por fim, mesmo com as limitações do delineamento transversal, notou-se que as pessoas que apresentavam alguma doença crônica consumiam mais álcool de forma excessiva, se comparadas às demais. O dado é preocupante, visto que foi encontrado um pior controle de hipertensão arterial sistêmica nesses pacientes. Esse achado pode ser tanto em decorrência do efeito deletério do uso abusivo de álcool, como também do menor auto cuidado apresentado por esses indivíduos, uma vez que também foi encontrado que o número de consultas dessa população é menor do que entre os não consumidores de álcool.

Estudos como o presente devem ser realizados periodicamente para que sejam monitoradas as tendências de consumo abusivo de álcool. No entanto, idealmente, devem ser desenhados de forma a possibilitar análises estratificadas por sexo, visto que os achados sugerem perfis diferentes de uso abusivo de álcool entre homens e mulheres.

Concluindo, os resultados indicam que os homens, de pele preta ou parda, com pior nível socioeconômico, fumantes pesados e que apresentam doença crônica são os grupos com maior consumo abusivo de álcool e, portanto, mais suscetíveis à morbimortalidade relacionada com o alcoolismo. Ações de saúde para esses grupos, mas preferencialmente focadas em toda a população, devem ser planejadas visando a diminuir o consumo abusivo de álcool e, conseqüentemente, seus malefícios.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho LM, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992;14:38-42.
2. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo; 1996.
3. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo x alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev Saúde Pública* 1998;32:246-54.
4. Farchi G, Fidanza F, Giampaoli S, Mariotti S, Menotti A. Alcohol and survival in the Italian rural cohort of the Seven Countries Study. *Int J Epidemiol* 2000;29:667-71.

5. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Larangeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. *São Paulo Med J* 2000;118:139-43.
6. Khan N, Davis P, Wilkinson TJ, Sellman JD, Graham P. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *N Z Med J* 2002;115:72-5.
7. Kim JM, Shin IS, Stewart R, Yoon JS. Alcoholism in older Korean men: prevalence, aetiology, and comorbidity with cognitive impairment and dementia in urban and rural communities. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:821-7.
8. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatric* 1986;148:23-6.
9. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian City: a population-based survey. *J Studies Alcohol* 1996;57:253-9.
10. Nanchahal K, Ashton WD, Wood DA. Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. *Int J Epidemiol* 2000;29:57-64.
11. National Institutes of Health. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Washington (DC): NIH; 1997.
12. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.
13. Rehm J, Greenfield TK, Walsh G, Xie X, Robson L, Single E. Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm: a sensitivity analysis. *Int J Epidemiol* 1999;28:219-24.
14. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-47.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva; 1998. (WHO/NUT/NCD/98.1).
16. World Health Organization. About Global Alcohol Database [on line]. 2002. Available on <URL: [http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol\\_about\\_us.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol\\_about&language=english](http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_about_us.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_about&language=english) [2003 Set 25]