

## Transtornos relacionados ao uso de álcool entre pessoas com doenças infecciosas, crônicas e mentais: Brasil, 2015

Alcohol use disorder in people with infectious and chronic diseases and mental disorders: Brazil, 2015

Mariana Salles (<https://orcid.org/0000-0001-5331-7026>)<sup>1</sup>  
Francisco Inacio Bastos (<https://orcid.org/0000-0001-5970-8896>)<sup>2</sup>  
Giovanna Lucieri Alonso Costa (<https://orcid.org/0000-0003-0079-2354>)<sup>3</sup>  
Jurema Correa Mota (<https://orcid.org/0000-0002-5007-1590>)<sup>2</sup>  
Raquel B. De Boni (<https://orcid.org/0000-0002-2455-5997>)<sup>2</sup>

**Abstract** *The study aimed to estimate the prevalence of alcohol use disorder (AUD) and associated factors in Brazilian adults that reported chronic noncommunicable diseases (NCDs), mental disorders (MDs), and infectious diseases (IDs). This was a secondary analysis of the 3<sup>rd</sup> National Survey on Drug Use by the Brazilian Population in which the principal outcome was presence of AUD. Prevalence of AUD was estimated for three subgroups: individuals that reported NCDs, MDs, and IDs. Factors associated with AUD in each group were analyzed using logistic regression models. Of the 15,645 adults interviewed, 30.5% (95%CI: 29.4-31.5) reported NCDs, 17.6% (95%CI: 16.5-18.7) MDs, and 1.6% (95%CI: 1.2-1.9) IDs. Considering comorbidities, the analytical sample was 6,612. No statistically significant difference was found in the prevalence of AUD between individuals with NCDs (7.5% [95%CI: 6.1- 8.7]), MDs (8.4% [95%CI: 6.7-10.2]), and IDs (12.4% [95%CI: 7.0-17.8]). The main factors associated with AUD in all the groups were male sex and young adult age. Considering the high prevalence of AUD in all the groups, systematic screening of AUD is necessary in health services that treat NCDs, MDs, and IDs.*

**Key words** *Epidemiological surveys, Alcohol use disorder, Chronic diseases, Mental disorders, Infectious diseases*

**Resumo** *O objetivo do artigo é estimar a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool (TRA) e fatores associados entre indivíduos da população brasileira que reportaram doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), transtornos mentais (TM) e doenças infecciosas (DI). Análise secundária do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, cujo desfecho principal foi a presença de TRA. A prevalência de TRA foi estimada para três subgrupos: indivíduos que reportaram DCNT, TM e DI. Os fatores associados a TRA dentro de cada grupo foram analisados utilizando modelos de regressão logística. Dos 15.645 adultos entrevistados, 30,5% (IC95%: 29,4-31,5) reportaram DCNT, 17,6% (IC95%: 16,5-18,7) TM e 1,6% (IC95%: 1,2-1,9) DI. Considerando as comorbidades, a amostra analítica foi de 6.612. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na prevalência de TRA entre indivíduos com DCNT (7,5% [IC95% 6,1-8,7]), TM (8,4% [IC95% 6,7-10,2]) e DI (12,4% [IC95% 7,0-17,8]). Os principais fatores associados a TRA, em todos os grupos, foram ser do sexo masculino e jovem. Considerando a alta prevalência de TRA em todos os grupos é necessário seu rastreamento sistemático em serviços de saúde que atendam DCNT, TM e DI.*

**Palavras-chave** *Inquéritos epidemiológicos, Transtornos relacionados ao uso de álcool, Doenças crônicas, Transtornos mentais*

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. [marianasbiomed@gmail.com](mailto:marianasbiomed@gmail.com)

<sup>2</sup> Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>3</sup> Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

O uso nocivo de álcool é um problema de saúde pública<sup>1-3</sup> e fator de risco para doenças infecciosas, crônicas e mentais<sup>3,4</sup>. Entre as possíveis consequências decorrentes do uso de álcool, destacam-se os transtornos relacionados ao uso de álcool (TRA), que podem ser classificados de acordo com duas estratégias de classificação distintas: a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)<sup>5</sup>. Brevemente, a CID-11 classifica os TRA como uso nocivo e dependência de álcool<sup>6,7</sup>; o DSM-IV<sup>8</sup>, como abuso e dependência; e o DSM-V, como TRA leve, moderado e grave<sup>9</sup>. Apesar das diferentes nomenclaturas, os TRA são entendidos como “um padrão de uso compulsivo de álcool e perda de controle sobre ingestão de álcool, que pode ser observada, por exemplo, quando uso é continuado apesar das consequências adversas e apesar da disponibilidade de outras atividades gratificantes”<sup>10</sup>.

Acredita-se que os TRA decorrem da interação de uma série de fatores de risco individuais e contextuais. Entre os fatores de risco individuais, são frequentemente incluídos o sexo masculino, o baixo nível socioeconômico<sup>11,12</sup>, a religiosidade<sup>13</sup>, a impulsividade e os transtornos de conduta e de humor<sup>14,15</sup>. Entre os fatores contextuais, de acordo com a teoria de disponibilidade do álcool<sup>9</sup>, quanto maior a disponibilidade de bebidas alcoólicas em determinada população (seja essa disponibilidade física, social, subjetiva ou econômica)<sup>16</sup>, maior o consumo e maior a prevalência de consequências negativas, incluindo os TRA.

No Brasil, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), realizado em 2015, estimou a prevalência de TRA na população geral em 8,6% (IC95%: 7,7-9,7), sendo a prevalência de sua forma mais grave (dependência) 1,5% (IC95%: 1,2-1,8)<sup>17</sup>. Em populações clínicas, essas prevalências costumam ser substancialmente mais elevadas, tanto pela sobreposição de agravos como pela detecção bastante mais sistemática e cuidadosa do que a realizada na população geral. Por exemplo: a prevalência de *screening* positivo para TRA ficou em torno de 13,0% em pacientes atendidos na atenção primária do Rio de Janeiro<sup>18</sup>. Já as prevalências de *screening* positivo para dependência de álcool variaram de 2,0%<sup>19,20</sup> a 14%<sup>21</sup>, de acordo com o tipo de serviço, região e comorbidades dos usuários. Note-se que esses estudos utilizaram diferentes instrumentos para realizar o *screening* e nenhum deles utilizou escalas validadas para diagnóstico de TRA.

Evidências internacionais têm mostrado que indivíduos com determinadas condições clínicas apresentam maior consumo de álcool do que outros. Porém, não encontramos nenhum estudo brasileiro que compare a frequência de TRA (utilizando critérios diagnósticos validados) entre grupos de indivíduos portadores de doenças<sup>22</sup>. Apesar da prevalência elevada, dos danos decorrentes e da disponibilidade de tratamento, os TRA continuam sendo raramente ou nunca avaliados pelas equipes de saúde<sup>23</sup>. Identificar sua prevalência entre indivíduos que, por apresentarem condições distintas, são atendidos em diferentes serviços de saúde do SUS é relevante para direcionar as prioridades de capacitação e investimentos. Este estudo busca estimar a prevalência de TRA e seus fatores associados em indivíduos que reportaram diagnóstico e/ou tratamento de doenças infecciosas, crônicas e mentais na população brasileira.

## Métodos

### Desenho do estudo

Estudo transversal utilizando os dados do III LNUD<sup>24</sup>, que foi um inquérito populacional realizado em 2015 com amostra probabilística de 16.273 indivíduos de 12 a 65 anos de áreas urbanas e rurais do Brasil<sup>17,25-30</sup>. A amostra foi conglomerada e estratificada, selecionada em quatro estágios. Todos os detalhes metodológicos estão descritos no relatório original do levantamento, disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.

### Participantes

Nesta análise foram incluídos apenas indivíduos com 18 anos ou mais que apresentassem alguma doença infecciosa, crônica ou mental (n = 6,612). Foram definidos três subgrupos, não mutuamente excludentes, levando em consideração indivíduos que relataram:

doenças crônicas (diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, asma, cirrose, doença renal e/ou câncer);

doenças infecciosas (HIV/Aids, hepatites B ou C, infecções sexualmente transmissíveis (clamídia, herpes genital, sífilis etc.) e/ou tuberculose);

transtornos mentais (depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos alimentares).

Cada um dos agravos mencionados foi avaliado pela questão “Um médico ou outro profis-

sional de saúde disse que você tem...”<sup>31</sup>. As possíveis respostas eram: “não”, “sim”, “não sei”, “não quero responder”. A opção “sim” foi considerada diagnóstico positivo e todas as outras opções foram consideradas diagnóstico negativo.

A decisão de criar categorias não excludentes se deve ao fato de que a maior parte dos indivíduos apresentava alguma comorbidade, de forma que categorias excludentes gerariam grupos “artificiais”, em dissonância com o relato espontâneo dos entrevistados e com a realidade da saúde pública no país.

### Desfecho

O desfecho principal foi dicotômico: presença de TRA, que foi operacionalizado, para os propósitos do presente estudo, por meio da agregação dos diagnósticos de abuso e dependência aferidos pelos critérios do DSM-IV<sup>8</sup>. Para a avaliação dos critérios diagnósticos, foram utilizadas as questões padronizadas pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* para o *National Survey on Drug Use and Health* (2014)<sup>32</sup>, validadas no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil<sup>33</sup>. De acordo com o DSM-IV, foi considerado diagnóstico de uso abusivo a presença de um ou mais dos quatro critérios de abuso, e diagnóstico de dependência a presença de três ou mais dos sete critérios de dependência.

### Variáveis independentes

As variáveis incluídas na análise foram sexo ao nascimento (masculino/feminino), gênero (heterossexual/LGBTQ+, não sabe/não quis responder), faixa etária (18 a 24, 25 a 34, 35 a 34, 35 a 44, 45 a 54 ou 55 anos ou mais), renda (sem renda/até R\$ 1.500,00/mais de R\$ 1.500,00), cor (branca/não-branca), parceiro fixo (sim/não), religião (não tem/católica/evangélica ou protestante/outra), escolaridade (até 8 anos, 8 a 12 anos e 12 anos e mais), autoavaliação da saúde no momento da entrevista (muito boa ou boa/regular ou não sabe/ruim ou muito ruim) e como o/a respondente se considera com relação ao seu padrão de consumo de bebidas alcólicas (abstêmio, não bebe, ex-bebedor, bebedor ocasional, bebedor leve, bebedor social/bebedor pesado a alcoolista).

### Análise estatística

Todas as análises foram conduzidas para cada um dos três subgrupos avaliados (i.e., do-

enças infecciosas, doenças crônicas e transtornos mentais) e consideraram o desenho da amostra, a ponderação e a calibração dos pesos, em conformidade com o plano de análise original, descrito em detalhe no relatório pertinente e em uma ampla série de publicações<sup>5,17,24-30,34</sup>.

Foram estimados os totais populacionais, com seus respectivos erros-padrão (EP) para cada variável independente em cada um dos três subgrupos analisados. Em seguida, foi feita a análise bivariada das variáveis independentes segundo transtorno relacionado ao álcool (TRA) para os três subgrupos avaliados, estimando-se a prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para verificar as associações entre as variáveis independentes e o TRA, foi calculado o teste de qui-quadrado com ajuste de Rao Scott, considerando significância de 5%.

Todas as variáveis foram testadas quanto à colinearidade antes da fase de modelagem dos dados, considerando o ponto de corte de 0,60 e utilizando o teste “Cramer’s V” do pacote MASS.

Finalmente, no intuito de avaliar os fatores associados a TRA, foram feitos modelos de regressão logística não-condicional, valendo-se da estratégia *stepwise backwards* de elaboração de modelos intermediários e final. Foram incluídas as variáveis que tiveram p valor < 0,2 na análise bivariada, além das variáveis “sexo” e “idade” (definidas a priori). A idade, nos modelos, foi incluída como variável contínua. No sentido de controlar o efeito de cada grupo de doença, foram criadas variáveis *dummy*, indicando sua presença/ausência. Essas variáveis foram incluídas de acordo com o subgrupo avaliado. Por exemplo, no modelo para a subgrupo de indivíduos com doenças infecciosas, foram incluídas as variáveis *dummy* “doença crônica” e “transtorno mental”. Foram calculadas razões de *odds* e intervalos de confiança de 95%. As análises foram realizadas na linguagem R, versão 3.6.1, com a utilização das bibliotecas Survey e Survyer<sup>35</sup>.

### Considerações éticas

A presente análise foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas em 13 de fevereiro de 2020 (CAAE: 23232019.8.0000.5262). O estudo original foi aprovado em 1º de abril de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz (parecer nº 902.763 do CEP/EPSJV – CAAE: 35283814.4.0000.5241).

## Resultados

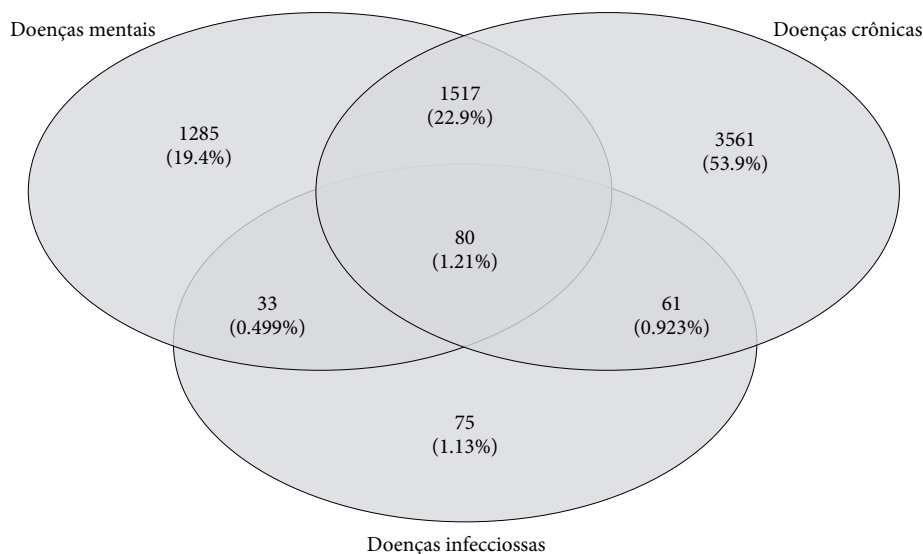
Foram incluídos inicialmente 15.645 indivíduos com 18 anos ou mais, sendo a prevalência do autorrelato de doenças infecciosas de 1,6% (IC95%: 1,2-1,9), de doenças crônicas, de 30,5% (IC95%: 29,4-31,5), e de transtornos mentais, de 17,6% (IC95%: 16,5-18,7). Considerando as intersecções entre os grupos (comorbidades), a amostra analítica foi composta por 6.612 indivíduos que reportaram alguma doença infecciosa, crônica ou mental, o que representa 52 milhões de brasileiros (Gráfico 1 e Figura 1). Desses, estima-se que aproximadamente 2 milhões reportaram alguma doença infecciosa, 40,5 milhões alguma doença crônica e 23,5 milhões algum transtorno mental.

Observou-se elevada presença de comorbidades entre subgrupos. No subgrupo de indivíduos com doenças infecciosas, 59,8% relataram ter também doenças crônicas, e 42,7% transtornos mentais. No subgrupo dos indivíduos com doenças crônicas, 3,1% referiram doenças infecciosas e 30,1% transtornos mentais. No subgrupo com transtornos mentais, 3,8% relataram doenças infecciosas e 52,1% doenças crônicas (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta as características socio-demográficas e de saúde segundo as subpopulações. No subgrupo de doenças infecciosas, a maioria dos participantes era do sexo masculino, 52,0% (IC95%:45,0-59,0), enquanto a presença de indivíduos do sexo feminino foi mais frequente nos grupos que relataram doenças crônicas (42,9% [IC95%:41,3-44,5]) e transtornos mentais (30,5% [IC95%:28,3 -32,7]).

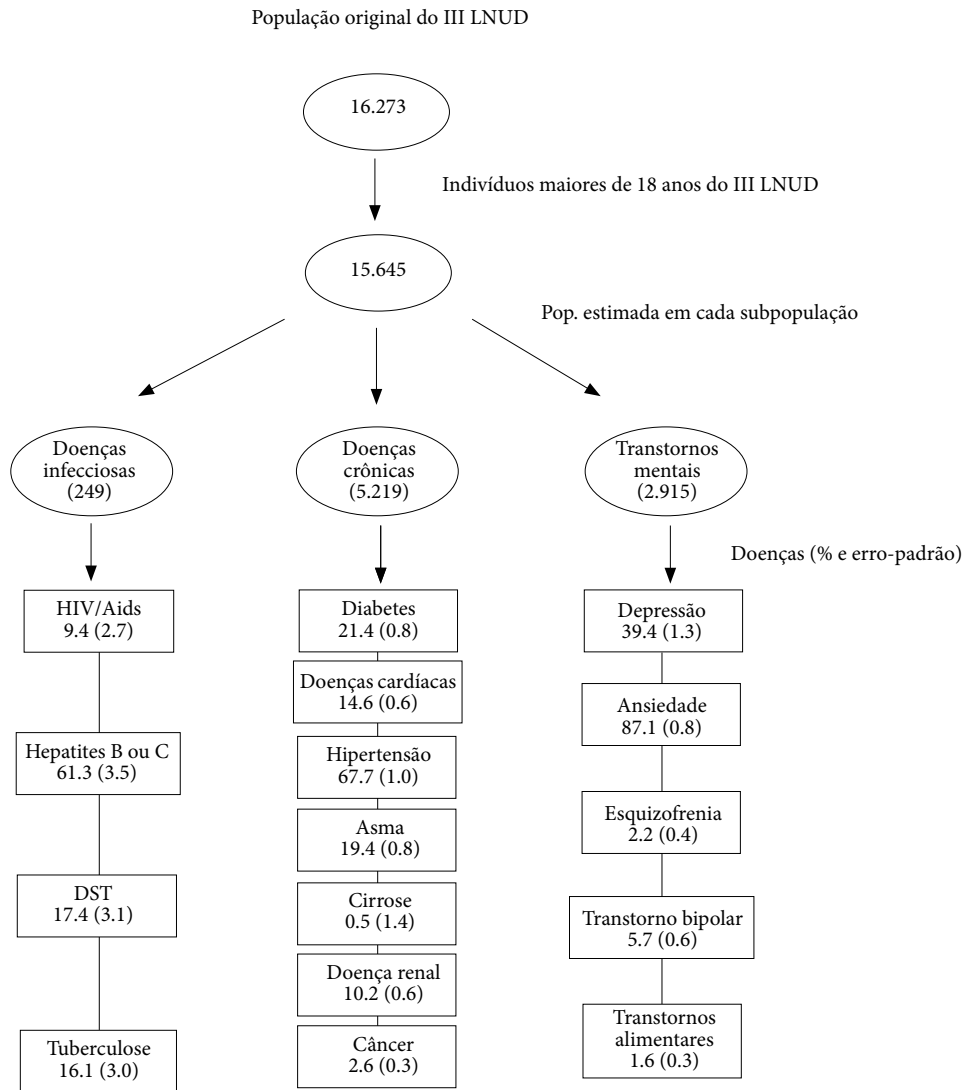
A prevalência de TRA entre os três subgrupos foi de 12,4% (IC95%:7,0-17,8) em indivíduos que relataram a presença doenças infecciosas, 8,4% (IC95%:6,7-10,2) em portadores de transtornos mentais e 7,5% (IC95%:6,1- 8,7) em indivíduos que referiram doenças crônicas. Considerando a sobreposição dos intervalos de confiança, não é possível inferir que exista diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos.

A Tabela 2 apresenta as características dos indivíduos com TRA em cada subgrupo e o resultado das análises bivariadas. Em todos os subgrupos, o TRA foi mais frequente entre homens, com idades de 18 a 34 anos, sem parceiro fixo, que avaliaram sua saúde como boa/muito boa e que se consideraram bebedores pesados/alcoolistas (p



**Gráfico 1.** Intersecção dos subgrupos de indivíduos maiores de 18 anos reportando doenças infecciosas, crônicas e mentais. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, n = 6.612, Brasil, 2015.

\* No total o subgrupo de indivíduos reportando doenças infecciosas é estimado em 2 milhões, o de doenças crônica é estimado em 40 milhões e o de transtornos mentais é de 23 milhões.



**Figura 1.** Fluxograma de inclusão dos subgrupos com a prevalência de doenças (% e erro-padrão) de indivíduos maiores de 18 anos que reportaram doenças infecciosas (n = 249), crônicas (n = 5.219) e mentais (n = 2.915) em uma amostra representativa brasileira estimada em 52 milhões de indivíduos, Brasil, 2015

DST – doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Autores.

< 0,05). Nos subgrupos com doenças crônicas e transtornos mentais, o TRA também foi mais frequente entre indivíduos que não tinham religião.

A Tabela 3 mostra os fatores associados a TRA nos três subgrupos. Ser do sexo masculino se mostrou associado a uma maior chance de TRA nos três subgrupos, e conforme o indivíduo se torna mais velho a chance de TRA se reduz. Nos subgrupos de doenças crônicas e transtornos

mentais, ser da religião evangélica/protestante ou outra se mostrou como fator protetor para TRA.

No subgrupo de indivíduos que relataram transtornos mentais, não ter um companheiro se mostrou associado à adoção desse padrão de consumo. Não foi observada evidência de associação estatisticamente significativa entre a presença de comorbidades e TRA.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos maiores de 18 anos que reportaram doenças infecciosas, crônicas e mentais. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, n = 6.612. Brasil, 2015.

Variável	Categoria	Doença infecciosa n = 249			Doença crônica n = 5.219			Transtorno mental n = 2.915		
		N x 1000	%	EP	N x 1000	%	EP	N x 1000	%	EP
Sexo	Masculino	1.090	52,0	3,6	17.354	42,9	0,8	7.144	30,5	1,1
	Feminino	1.007	48,0	3,6	23.090	57,1	0,8	16.250	69,5	1,1
Gênero	Heterossexual	1.909	91,0	2,2	39.088	96,6	0,3	22.448	96,0	0,5
	LGBTQ+	124	6,0	2,0	301	0,7	0,2	273	1,2	0,3
	Não sabe/Não quis responder	63	3,0	1,1	1.055	2,6	0,3	673	2,9	0,4
Faixa etária	18 a 24 anos	196	9,4	2,4	3.248	8,0	0,6	2.667	11,4	0,7
	25 a 34 anos	449	21,4	3,4	5.013	12,4	0,5	4.533	19,4	0,8
	35 a 44 anos	388	18,5	3,0	7.789	19,3	0,7	5.681	24,3	0,8
	45 a 54 anos	504	24,1	3,8	11.147	27,6	0,7	5.774	24,7	0,9
	55 anos ou mais	557	26,6	3,2	13.245	32,7	0,7	4.736	20,2	0,9
Renda*	Sem renda/até R\$1.500,00	1.156	55,1	4,2	20.602	50,9	1,2	12.055	51,5	1,5
	Mais de R\$1.501,00	941	44,9	4,2	19.842	49,1	1,2	11.339	48,5	1,5
Cor	Branca	1.055	50,3	5,3	18.620	46,0	1,2	11.865	50,7	1,5
	Não branca	1.042	49,7	5,3	21.824	54,0	1,2	11.529	49,3	1,5
Parceiro fixo	Sim	1.412	67,3	4,2	29.206	72,2	0,8	16.196	69,2	1,2
	Não	685	32,7	4,2	11.238	27,8	0,8	7.198	30,8	1,2
Religião	Não tem	197	9,4	2,3	2.558	6,3	0,4	1.401	6,0	0,5
	Católica	1.177	56,1	3,8	25.187	62,3	1,0	14.395	61,5	1,3
	Evangélica/protestante	589	28,1	3,1	10.848	26,8	0,9	6.415	27,4	1,2
	Outra	134	6,4	1,9	1.850	4,6	0,3	1.182	5,1	0,5
Escolaridade	Sem instrução até fundamental incompleto	752	35,9	3,8	17.087	42,2	1,1	8.527	36,4	1,3
	Fundamental completo até médio incompleto	454	21,7	3,8	7.355	18,2	0,7	4.610	19,7	1,0
	Médio completo ou mais	890	42,4	3,8	16.002	39,6	1,1	10.257	43,8	1,3
Autoavaliação da saúde	Muito boa/boa	1.019	48,6	3,9	18.743	46,3	1,0	10.660	45,6	1,3
	Regular/ruim/muito ruim/não sabe	1.078	51,4	3,9	21.701	53,7	1,0	12.734	54,4	1,3
Como se considera em relação ao hábito de consumo de bebidas alcoólicas	Abstêmio/não bebe/ex-bebedor/bebedor ocasional/bebedor leve/bebedor social	1.606	96,5	1,4	27.452	98,1	0,3	16.496	97,0	0,6
Doença infecciosa	Bebedor pesado a alcoolista	58	3,5	1,4	540	1,9	0,3	508	3,0	0,6
	Sim	-	-	-	1.253	3,1	0,5	894	3,8	0,5
Doença crônica	Não	-	-	-	39.191	96,9	0,5	22.500	96,2	0,5
	Sim	1.253	59,8	4,6	-	-	-	12.184	52,1	1,5
Doença mental	Não	844	40,2	4,6	-	-	-	11.210	47,9	1,5
	Sim	894	42,6	3,6	12.184	30,1	1,0	-	-	-
	Não	1.203	57,3	3,6	28.260	69,9	1,0	-	-	-

Nota: as populações não são mutuamente excludentes. N= população estimada. EP = erro padrão. \* Considerando um mês típico (em reais). LGBTQA+ = lésbicas, gays, bissexuais, transgênero.

Fonte: Autores.

## Discussão

Neste artigo, a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool variou de 7,5% (IC95%:

6,1- 8,7), entre indivíduos que referiram doenças crônicas, a 12,4% (IC95% 7,0-17,8) entre indivíduos que relataram doenças infecciosas, sendo que a diferença entre as prevalências pontuais

**Tabela 2.** Características dos indivíduos maiores de 18 anos com transtorno relacionado ao uso de álcool nas subpopulações que reportaram doenças infecciosas, crônicas e mentais. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, n = 463, Brasil, 2015.

Variável	Categoria	Doença infecciosa e TRA			Doença crônica e TRA			Doença mental e TRA		
		n = 30; N = 260.632			n = 336; N = 2.999.680			n = 220; N = 1.971.900		
		%	IC95%	P valor	%	IC95%	P valor	%	IC95%	P valor
Sexo	Masculino	19,0	9,6-28,5	0,002	12,1	9,7-14,4	0,000	15,6	11,8-19,5	0,000
	Feminino	5,3	1,2-9,3		3,9	3,0- 4,8		5,3	3,7- 6,8	
Gênero	Heterossexual	12,8	6,9-18,6	0,790	7,5	6,2- 8,8	0,066	8,4	6,6-10,1	0,088
	LGBTQ+	10,2	0,0-22,7		13,2	3,2-23,2		18,8	4,9-32,7	
	Não sabe/Não quis responder	6,9	0,0-20,5		3,3	0,2- 6,5		6,3	1,1-11,5	
Faixa etária	18 a 24 anos	23,7	3,18-44,1	0,099	11,7	6,5-16,8	0,000	11,4	6,3-16,5	0,014
	25 a 34 anos	18,2	3,2-33,2		11,1	7,3-14,8		10,6	7,5-13,8	
	35 a 44 anos	17,0	5,9-28,1		8,7	6,4-11,0		7,4	4,7-10,0	
	45 a 54 anos	9,1	1,4-16,7		7,7	5,5-9,9		9,7	6,3-13,0	
	55 anos ou mais	3,6	0,0-8,8		4,0	2,9-5,2		4,4	2,3-6,6	
Renda	Sem renda/até R\$ 1.500,00	15,0	7,0-23,0	0,253	6,9	5,5- 8,4	0,325	8,3	6,2-10,4	0,879
	Mais de R\$ 1,501,00	9,2	3,0-15,5		7,9	6,2- 9,7		8,5	6,3-10,8	
Cor	Branca	9,7	3,0-16,4	0,307	6,7	4,9- 8,4	0,27	8,7	6,6-10,8	0,728
	Não branca	15,2	7,2-23,1		8,0	6,3- 9,8		8,2	5,9-10,4	
Parceiro Fixo	Sim	8,7	3,2-14,1	0,034	6,7	5,2 - 8,2	0,037	7,3	5,5- 9,1	0,009
	Não	20,2	9,6- 30,8		9,2	7,1-11,3		10,9	8,1-13,7	
Religião	Não tem	16,1	0,6-31,6	0,177	10,6	6,7-14,6	0,000	13,6	7,0-20,2	0,000
	Católica	16	7,7-24,4		8,8	7,1-10,6		10,3	7,8-12,7	
	Evangélica/ protestante	5,4	0,0-11,0		3,5	2,1- 4,9		3,6	2,1- 5,2	
	Outra	6,4	0,0-18,9		6,6	2,3-11,0		6,0	1,6-10,4	
Escolaridade	Menor 8 anos	14,3	6,6-21,9	0,637	5,8	5,0- 8,1	0,112	7,8	6,1-10,1	0,852
	8-12 anos	10,2	2,8-17,5		8,4	6,8-11,5		8,8	6,4-11,5	
	12 anos ou mais	9,3	0,0-20,2		8,7	4,5-10,6		8,8	3,8-12,8	
Autoavaliação da saúde	Muito boa/boa	18,7	9,5-27,9	0,007	8,8	7,1-10,6	0,01	10,2	7,8-12,6	0,015
	Regular/ruim/muito ruim	6,5	2,0-11,0		6,2	4,8- 7,6		6,9	5,0- 8,9	
Como se considera em relação ao uso de álcool ?	Abstêmio/não bebe/ ex-bebedor/bebedor ocasional/bebedor leve/bebedor social	14,2	7,4-20,9	0,005	9,6	7,7-11,4	0,00	9,7	7,5-12,0	0,000
	Bebedor pesado/ alcoolista	57,0	16,9-97,0		69,1	55,7-82,4		71,8	55,1-88,5	
Doença infecciosa	Sim	-	-	-	9,4	3,6-15,2	0,434	13,5	4,7-22,3	0,161
	Não				7,3	6,1-8,6		8,2	6,4-10,0	
Doença crônica	Sim	9,4	3,6-15,2	0,145	-	-	-	7,4	5,6-9,4	0,939
	Não	16,9	7,7-26,1					9,5	6,8-12,1	
Doença mental	Sim	13,5	4,7-22,3	0,714	7,5	5,5-9,4	0,940	-	-	-
	Não	11,6	5,4-17,8		7,4	5,9-8,9				

TRA = transtorno relacionado ao uso de álcool. LGBTQA+ = lésbicas, gays, bissexuais, transgênero. P-valor = qui-quadrado com correção de Rao-Scott. n = tamanho da amostra. N = população estimada. As proporções e IC95% se referem a N.

Fonte: Autores.

**Tabela 3.** Fatores associados a transtornos relacionados ao uso de álcool entre indivíduos maiores de 18 anos que reportaram doenças infecciosas, crônicas e mentais. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, n = 6.612, Brasil, 2015.

Variáveis	Subgrupo	Subgrupo	Subgrupo
	doença infecciosa	doença crônica	doença mental
	AOR (IC95%)	AOR (IC95%)	AOR (IC95%)
Sexo masculino vs. feminino	<b>5,58 (1,85-16,79)</b>	<b>3,50 (2,63-4,65)</b>	<b>3,15 (2,10-4,73)</b>
Idade (para cada ano de acréscimo)	<b>0,95 (0,91-0,98)</b>	<b>0,97 (0,96-0,98)</b>	<b>0,99 (0,97-1,00)</b>
Não tem companheiro	-	-	<b>1,44 (1,02-2,04)</b>
NTR vs. católica	-	0,85 (0,53-1,39)	1,02 (0,54-1,92)
Religião evangélica/protestante vs. católica	-	<b>0,36 (0,23-0,57)</b>	<b>0,32 (0,19-0,53)</b>
Outra religião vs. católica	-	0,76 (0,35-1,65)	0,56 (0,24-1,30)
Doença infecciosa	-	1,22 (0,62-2,42)	1,80 (0,85-3,82)
Doença crônica	0,78 (0,29-2,14)	-	0,91 (0,59-1,41)
Doença mental	2,20 (0,78-6,20)	1,32 (0,95-1,83)	-

AOR = *adjusted odds ratio*. IC95% = intervalo de confiança 95%. NTR = não tem religião.

Fonte: Autores.

não pode ser considerada estatisticamente significativa. Os principais fatores independentemente associados a TRA foram ser do sexo masculino e jovem. Não encontramos evidência de que a presença de comorbidades estivesse associada a uma maior chance de TRA.

A prevalência de TRA em todos os grupos foi semelhante à encontrada na população geral do III LNUD (8,6%; IC95%: 7,7-9,7), que por sua vez foi superior à estimativa da OMS (4,2%)<sup>3</sup>. A comparação das prevalências com estudos nacionais e internacionais é desafiadora, principalmente por três razões metodológicas. A primeira se refere à forma de aferição dos TRA: a maior parte dos estudos utiliza ferramentas de *screening*, e não ferramentas diagnósticas, o que pode superestimar os resultados. A segunda razão deriva da natureza não probabilística da maioria dos estudos, introduzindo viés de seleção. Por fim, quando o objetivo é avaliar a prevalência de TRA entre indivíduos com alguma comorbidade, a maioria dos estudos é conduzida em ambiente clínico, onde também ocorre viés de seleção. Nesse sentido, nossos achados se contrapõem aos achados de Manthey *et al.*<sup>36</sup> e Nalwadda *et al.*<sup>37</sup>, relativos a Europa e Uganda, em que as prevalências de AUD foram mais altas em usuários da atenção primária do que na população geral. Note-se que, em ambos, os dados foram coletados em serviços de saúde e na população geral, e não houve especificação do tipo de agravamento que estava sendo atendido na atenção primária. De modo geral, as doenças crônicas são tratadas na atenção primária e a literatura dentro desse contexto

é vasta. Na Rússia, por exemplo, um dos países que apresenta as maiores prevalências de TRA no mundo, na AP essa prevalência foi estimada em 12,2% (IC95%: 10,8-13,6), sendo 6,1% entre as mulheres e 19,5% entre os homens<sup>38</sup>.

O tipo de agravamento é determinante para o planejamento de estratégias de tratamento, incluindo as de redução de danos. No contexto das doenças infecciosas, por exemplo, o uso nocivo de álcool está associado a uma menor percepção de risco, aumentando a chance de sexo desprotegido e DSTs<sup>39,40</sup>. Da mesma forma que, entre indivíduos vivendo com HIV/Aids, o uso é associado a uma maior chance de má adesão aos antirretrovirais (ARV)<sup>20</sup> e a perdas de seguimento<sup>41</sup>. Entre indivíduos com transtornos mentais, há aumento do risco de comportamentos agressivos, suicídio e maior frequência de pessoas vivendo em situação de rua<sup>42</sup>. Finalmente, entre indivíduos com doenças crônicas, os TRA podem aumentar tanto o risco de internações e reinternações hospitalares como o tempo de internação<sup>43</sup> – aumentando os custos para o sistema de saúde e o nível de complexidade em que se insere o paciente no sistema. Isso é particularmente relevante no Brasil, que passa por um período de transição epidemiológica, com crescente aumento na prevalência de doenças crônicas<sup>44</sup>. Por isso, nossos resultados ressaltam a importância de considerar qualquer atendimento de saúde como uma oportunidade de *screening* para TRA, e a ausência de *screening* como oportunidade de aconselhamento e tratamento perdida<sup>45</sup>, já que a maior parte dos indivíduos com TRA não irá buscar atendimento por



esta condição até estar nos estágios mais avançados da doença (quando o prognóstico é, via de regra, pior)<sup>46</sup>.

Em relação aos fatores associados aos TRA, nossos resultados estão em acordo com a literatura nacional e internacional. Indivíduos do sexo masculino têm maior chance de apresentar TRA do que indivíduos do sexo feminino<sup>10,47</sup>. Apesar de existirem diferenças biológicas entre homens e mulheres que influenciam a absorção e os efeitos do álcool em seus organismos, acredita-se que a diferença de padrão de consumo seja decorrente principalmente de variações culturais nas quais o uso de álcool está associado a papéis de gênero (reforçando a masculinidade dos homens e mantendo o papel de cuidadoras das mulheres, na medida em que muitas vezes elas ficam responsáveis por moderar o consumo dos outros)<sup>48</sup>. Infelizmente, devido ao tamanho da amostra, não foi possível aprofundar a análise sobre possíveis diferenças nos padrões de consumo entre as orientações sexuais. Essa é uma questão relevante para futuros estudos, visto que, considerando as teorias de estresse de minorias e automedicação, é possível que indivíduos de populações vulneráveis utilizem álcool e outras substâncias como forma de lidar com as graves adversidades a que estão submetidos<sup>49</sup>.

Como em outros estudos<sup>47,50</sup>, indivíduos mais jovens apresentaram maior chance de consumo nocivo de álcool. É possível que tenham maiores expectativas em relação ao consumo de álcool (levando-os a beber de forma mais frequente e aumentando o risco de uso abusivo)<sup>51</sup>, mas também é preciso considerar um possível viés de sobrevivência (visto que o álcool é uma das principais causas de morte prematura)<sup>52</sup>, especialmente porque estamos analisando indivíduos que já apresentam algum problema de saúde.

Neste estudo, observamos duas diferenças entre os grupos em relação aos fatores associados aos TRA. Apenas entre indivíduos reportando transtornos mentais a ausência de parceiro fixo foi associada a uma maior chance de TRA. Também observamos que ser evangélico ou protestante esteve associado a uma menor chance de TRA entre indivíduos com doença crônica ou transtorno mental, mas é possível que a amostra de indivíduos com doenças infecciosas não tenha sido suficientemente robusta para encontrarmos essa associação nesse grupo. Embora não estatisticamente significativa nos modelos finais, é importante ressaltar que, em todos os grupos, a maior parte dos indivíduos com TRA se considerou como “bebedor pesado/alcoolista”. Essa percepção pode ser uma “entrada” para que os

profissionais de saúde indiquem ou iniciem intervenções no sentido da diminuição/cessação do consumo de álcool (de acordo com a gravidade do quadro clínico e a motivação dos pacientes). Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente capacitados. Essa necessidade de capacitação vai ao encontro do ideal proposto pela OMS na estratégia SAFER, que consiste em um conjunto de cinco estratégias que visam a redução do consumo de álcool. Uma das intervenções é o estímulo à triagem, à intervenção breve e ao tratamento do abuso de substâncias<sup>53</sup>.

A abordagem que utilizamos para a definição das populações, que indica a alta prevalência de múltiplos diagnósticos simultaneamente, pode reforçar a importância de abordagens de saúde centradas no paciente – e não em uma doença específica<sup>54-63</sup>. Futuros estudos com amostras maiores de indivíduos atendidos em serviços de saúde são necessários para avaliar se existem *clusters* de condições em que o consumo nocivo de álcool e/ou TRA são mais frequentes.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados. A primeira é que os diagnósticos de doenças infecciosas, crônicas e mentais foram autorreferidos, o que pode subestimar (por vezes, menos frequentemente, superestimar, sobretudo se os indivíduos perceberem, ainda que de maneira equivocada, que poderiam extrair algum benefício secundário de uma lista exagerada de transtornos<sup>64</sup>) a real prevalência dessas condições na população – seja pelos indivíduos não quererem reportar, seja por falta de acesso aos serviços de saúde.

Além disso, ao recortar subpopulações para fins analíticos, os eventos se tornam necessariamente esparsos, o que não permite distinguir a ausência de associação da ausência de poder estatístico ou de precisão<sup>65</sup> para avaliar determinados estratos. A terceira limitação diz respeito ao desenho do estudo, que não permite fazer inferências causais, o que, aliás, não é o propósito de inquéritos populacionais. Por fim, os dados foram coletados em 2015, antes da pandemia de COVID-19, e é fundamental considerar um possível efeito dessa crise no padrão de consumo de álcool das populações, especialmente as populações clínicas.

Apesar das limitações descritas, os achados deste estudo – especificamente a alta prevalência do relato de comorbidades, que incluem TRA, em uma amostra representativa da população brasileiras – são relevantes e inéditos e podem servir de subsídio para o planejamento de serviços de saúde.

## Colaboradores

Todos os autores contribuíram de forma significativa para o manuscrito.

## Financiamento

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-SENAD 08/2014), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ – #E-26/010.002428/2019 e #E-26/203.154/2017) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – #312543-2020/4).

## Referências

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392(10152):1015-1035.
2. Institute for Health and Metrics Evaluation. Global Burden of Diseases [Internet]. 2019. [cited 2023 jun 11]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
3. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018. [cited 2023 out 13]. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
4. World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Geneva: WHO; 2014.
5. De Boni RB. Understanding alcohol-related indicators from population surveys: answering the “Five W’s of Epidemiology”. *Cad Saude Publica* 2022; 38(8):e00238321.
6. World Health Organization (WHO). *ICD-11: International Classification of Diseases (11th revision)*. Geneva: WHO; 2019.
7. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). Transtornos por uso de álcool na CID-11: passado, presente e futuro [Internet]. 2022. [acessado 2023 set 19]. Disponível em: <https://cisa.org.br/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/343-transtornos-por-uso-de-alcool-na-cid-11-passado-presente-e-futuro>
8. American Psychiatric Association (APS). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) [Internet]. 1994. [cited 2022 out 18]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>
9. American Psychiatric Association (APS). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) [Internet]. 2000. [cited 2022 out 18]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
10. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet* 2019; 394(10200):781-792.
11. Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res* 2016; 38(1):83.
12. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC Public Health* 2016; 16:599.
13. Castaldelli-Maia JM, Bhugra D. Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture - insights from a systematic review. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26(3):352-367.
14. Chartier KG, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19(3):493-504.
15. Yang P, Tao R, He C, Liu S, Wang Y, Zhang X. The risk factors of the alcohol use disorders: through review of its comorbidities. *Front Neurosci* 2018; 12:303.
16. Paul J, Gruenewald, Alex B. Millar, Andrew J. Treno. Alcohol availability and the ecology of drinking behavior. *Alcohol Heal Res World* 1993; 17(1):39-45.

17. De Boni RB, Vasconcellos MTL, Silva PN, Coutinho C, Mota J, Peixoto JNB, Bertoni N, Bastos FI. Reproducibility on science: challenges and advances in Brazilian alcohol surveys. *Int J Drug Policy* 2019; 74:285-291.
18. Cruz IO, Cruz FO, Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):27-38.
19. Silva CM, Mendoza-Sassi RA, Mota LD, Nader MM, Martinez AMB. Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. *BMC Infect Dis* 2017; 17(1):263.
20. De Boni RB, Shepherd BE, Grinsztejn B, Cesar C, Cortés C, Padgett D, Gotuzzo E, Belaunzarán-Zamudio PF, Rebeiro PF, Duda SN, McGowan CC. Substance Use and adherence among people living with HIV/AIDS receiving cART in Latin America. *AIDS Behav* 2016; 20(11):2692-2699.
21. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Jesus Mari J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(7):423-431.
22. Sterling SA, Palzes VA, Lu Y, Kline-Simon AH, Parthasarathy S, Ross T, Elson J, Weisner C, Maxim C, Chi FW. Associations between medical conditions and alcohol consumption levels in an adult primary care population. *JAMA Netw Open* 2020; 3(5):e204687.
23. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 201(2):93-100.
24. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira [Internet]. 2017. [acessado 2023 ago 3]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
25. De Boni RB, Mota JC, Coutinho C, Bastos FI. Would the Brazilian population support the alcohol policies recommended by the World Health Organization? *Rev Saude Publica* 2022; 56:66.
26. Krawczyk N, Mota JC, Coutinho C, Bertoni N, Vasconcellos MTL, Silva PLN, De Boni RB, Cerdá M, Bastos FI. Polysubstance use in a Brazilian national sample: Correlates of co-use of alcohol and prescription drugs. *Subst Abus* 2022; 43(1):520-526.
27. De Boni RB, Vasconcellos MTL, Pedro Luis NS, Silva KML, Bertoni N, Coutinho CFS, Mota JC, Bastos FI. Substance use, self-rated health and HIV status in Brazil. *AIDS Care* 2020; 33(10):1358-1362.
28. Rakovski C, Cardoso TA, Mota JC, Bastos FI, Kapczynski F, De Boni RB. Underage drinking in Brazil: findings from a community household survey. *Brazilian J Psychiatry* 2021; 44(3):257-263.
29. Krawczyk N, Silva PLN, De Boni RB, Mota J, Vasconcellos M, Bertoni N, Coutinho C, Bastos FI. Non-medical use of opioid analgesics in contemporary Brazil: Findings from the 2015 Brazilian National Household Survey on Substance Use. *Glob Public Health* 2019; 15(2):299-306.
30. Bertoni N, Szklo A, De Boni R, Coutinho C, Vasconcellos M, Silva PN, Almeida LM, Bastos FI. Electronic cigarettes and narghile users in Brazil: Do they differ from cigarettes smokers? *Addict Behav* 2019; 98:106007.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
32. Center for Behavioral Health Statistics and Quality (CBHSQ). *National Survey on Drug Use and Health: Summary of Methodological Studies, 1971-2014*. Rockville: CBHSQ; 2014.
33. Carlini E, supervisão. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005*. São Paulo: CEBRID; 2006.
34. Carvalho AM, Bertoni N, Coutinho C, Bastos FI, Fonseca VM. Tobacco use by sexual and gender minorities: findings from a Brazilian national survey. *BMJ Open* 2023; 13(4):e065738.
35. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. 2013. [cited 2023 ago 3]. Available from: <http://www.r-project.org>
36. Manthey J, Gual A, Jakubczyk A, Pieper L, Probst C, Struzzo P, Trapencieres M, Wojnar M, Rehm J. Alcohol use disorders in Europe: a comparison of general population and primary health care prevalence rates. *J Subst Use* 2016; 21(5):478-484.
37. Nalwadda O, Rathod SD, Nakku J, Lund C, Prince M, Kigozi F. Alcohol use in a rural district in Uganda: findings from community-based and facility-based cross-sectional studies. *Int J Ment Health Syst* 2018; 12:12.
38. Rehm J, Shield KD, Bunova A, Ferreira-Borges C, Franklin A, Gornyi B, Rovira P, Neufeld M. Prevalence of alcohol use disorders in primary health-care facilities in Russia in 2019. *Addiction* 2022; 117(6):1640-1646.
39. Hahn JA, Woolf-King SE, Muyindike W. Adding fuel to the fire: alcohol's effect on the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa. *Curr HIV/AIDS Rep* 2011; 8(3):172-180.
40. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 2012; 107(1):51-59.
41. De Boni RB, Peratikos MB, Shepherd BE, Grinsztejn B, Cortés C, Padgett D, Gotuzzo E, Belaunzarán-Zamudio PF, Rebeiro PF, Duda SN, McGowan CC; for CCASAnet. Is substance use associated with HIV cascade outcomes in Latin America? *PLoS One* 2018; 13(3):e0194228.
42. Alves H, Kessler F, Caldas Ratto LR. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Braz J Psychiatry* 2004; 26(Suppl.):51-53.
43. MacMurdo M, Lopez R, Udeh BL, Zein JG. Alcohol use disorder and healthcare utilization in patients with chronic asthma and obstructive lung disease. *Alcohol* 2021; 93:11-16.

44. Monteiro MFG. Transição demográfica e epidemiológica. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
45. Mushi D, Moshiro C, Hanlon C, Francis JM, Teferra S. Missed opportunity for alcohol use disorder screening and management in primary health care facilities in northern rural Tanzania: a cross-sectional survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2022; 17(1):50.
46. Rehm J, Allamani A, Vedova R Della, Elekes Z, Jakubczyk A, Landsmane I, Manthey J, Moreno-España J, Pieper L, Probst C, Snikere S, Struzzo P, Voller F, Wittchen HU, Gual A, Wojnar M. General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med* 2015; 13(1):28-32.
47. Plens JA, Valente JY, Mari JJ, Ferrari G, Sanchez ZM, Rezende LFM. Patterns of alcohol consumption in Brazilian adults. *Sci Rep* 2022; 12(1):8603.
48. Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2005; 100(12):1763-1769.
49. Schuler MS, Rice CE, Evans-Polce RJ, Collins RL. Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity. *Drug Alcohol Depend* 2018; 189:139-146.
50. Moura EC, Malta DC. Alcoholic beverage consumption among adults: sociodemographic characteristics and trends. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(3):61-70.
51. Nicolai J, Moshagen M, Demmel R. Patterns of alcohol expectancies and alcohol use across age and gender. *Drug Alcohol Depend* 2012; 126(3):347-353.
52. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R, Liang W, Chikritzhs T. Selection biases in observational studies affect associations between 'moderate' alcohol consumption and mortality. *Addiction* 2017; 112(2):207-214.
53. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Pacote técnico SAFER: um mundo livre dos danos relacionados ao álcool. Cinco áreas de intervenção em âmbito nacional e estadual [Internet]. 2020. [acessado 2023 out 13]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51903>
54. Whitty CJM, MacEwen C, Goddard A, Alderson D, Marshall M, Calderwood C, Atherton F, McBride M, Atherton J, Stokes-Lampard H, Reid W, Powis S, Marx C. Rising to the challenge of multimorbidity. *BMJ* 2020; 368:l6964.
55. Whitty CJM, Watt FM. Map clusters of diseases to tackle multimorbidity. *Nature*; 579(7800):494-496.
56. Gaulin M, Simard M, Candas B, Lesage A, Sirois C. Combined impacts of multimorbidity and mental disorders on frequent emergency department visits: a retrospective cohort study in Quebec, Canada. *CMAJ* 2019; 191(26):E724-E732.
57. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1):2.
58. Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018; 19(1):12.
59. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen DAN, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10(1):52-77.
60. Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, Griffin S. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2018; 68(669):e245-e251.
61. Forslund T, Carlsson AC, Ljunggren G, Ärnlov J, Wachtler C. Patterns of multimorbidity and pharmacotherapy: a total population cross-sectional study. *Fam Pract* 2021; 38(2):132-140.
62. Zhu Y, Edwards D, Mant J, Payne RA, Kiddle S. Characteristics, service use and mortality of clusters of multimorbid patients in England: a population-based study. *BMC Med* 2020; 18(1):78.
63. Rodrigues M, Wiener JC, Stranges S, Ryan BL, Anderson KK. The risk of physical multimorbidity in people with psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2021; 140:110315.
64. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE, Latkin CA. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland HHS Public Access. *Addict Behav* 2017; 73:133-136.
65. Rothman KJ, Greenland S. Planning Study size based on precision rather than power. *Epidemiology* 2018; 29(5):599-603.

Artigo apresentado em 30/01/2023

Aprovado em 13/09/2023

Versão final apresentada em 15/09/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva