

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de
Dourados, MS.**

FLAVIA QUINTANILHA DE OLIVEIRA LEITE ESTEVÃO

**Dourados - MS
2018**

FLAVIA QUINTANILHA DE OLIVEIRA LEITE ESTEVÃO

**Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de
Dourados, MS.**

Área do CNPq: Epidemiologia.

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Doenças Crônicas e Infecto-Parasitárias.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rosangela da Costa Lima

Dourados - MS
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

E79u Estevao, Flavia Quintanilha De Oliveira Leite

Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS. [recurso eletrônico] / Flavia Quintanilha De Oliveira Leite Estevao. -- 2019.

Arquivo em formato pdf.

Orientadora: Rosangela da Costa Lima.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2018.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Alcoolismo. 2. Saúde da Mulher. 3. Epidemiologia. 4. Saúde Pública. I. Lima, Rosangela Da Costa. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR FLAVIA QUINTANILHA DE OLIVEIRA LEITE ESTEVÃO, ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "DOENÇAS CRÔNICAS E INFECTO-PARASITÁRIAS", REALIZADA NO DIA 08 DE MARÇO DE 2018.

Ao oitavo dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito (08/03/2018), às 08h, em sessão pública, realizou-se, no Auditório da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Grande Dourados, a Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS." apresentada pela mestranda FLAVIA QUINTANILHA DE OLIVEIRA LEITE ESTEVÃO, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências da Saúde, à Banca Examinadora constituída pelos professores Dra. Rosângela da Costa Lima (Presidente/orientador), Dra. Naiara Ferraz Moreira (membro titular/externo), Dra. Verônica Gronau Luz (membro titular/externo) e Dra. Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz (membro titular/externo). Iniciada sessão, a presidência deu a conhecer a candidata e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Dissertação. Após a candidata ter apresentado a sua Dissertação, no tempo previsto de 30 até 40 minutos, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições, que foram intercaladas pela defesa do candidato, no tempo previsto de até 240 minutos. Terminadas as arguições, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou ao julgamento, tendo sido a candidata considerada APROVADA, fazendo jus ao título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Dourados, 08 de março de 2018.

Dra. Rosângela da Costa Lima _____

Dra. Naiara Ferraz Moreira _____

Dra. Verônica Gronau Luz _____

Dra. Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz _____

ATA HOMOLOGADA EM: __/__/__, PELA PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA / UFGD.

Profa. Kely de Fozil Souza
Pró-Reitora de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa

DEDICATÓRIA

A Deus, que ainda realiza
sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por a cada dia, me dar a oportunidade de recomeçar.

Aos meus pais, Francisco e Sandra, pelo incentivo, estímulo e investimento de uma vida.

Ao meu marido, Fanuel, pela paciência, companheirismo, parceria... Seu apoio foi fundamental pra que esse sonho se realizasse.

Aos meus filhos, Larissa e Benjamin, que pela simples existência, me motivam a ir além.

À minha orientadora, profa. Dra. Rosangela da Lima Costa, pelo conhecimento compartilhado. Vou sentir saudades de nossas conversas e do Pepeu.

Aos docentes e discentes do programa de Mestrado em Ciências da Saúde. Foi uma honra tê-los nessa caminhada de troca e crescimento.

À Universidade Federal da Grande Dourados, pelo privilégio de ocupar uma de suas cadeiras.

Às mulheres de Dourados, que colaboraram para que esse trabalho fosse realizado. Agradeço por abrirem as portas para essa carioca de sotaque arrastado e compartilharem um pouco de suas vidas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test.</i>
CAGE	<i>Cut down, Annoyed, Guilt e Eye-opener.</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LENAD	Levantamento Nacional de Consumo de Álcool e outras Drogas.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Panamericana de Saúde.
T-ACE	<i>Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener.</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Vigitel	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS.

RESUMO

O consumo abusivo de bebida alcoólica é um atual problema de saúde pública, inclusive entre a população feminina, uma vez que tem havido um crescente aumento do consumo pela mesma. Objetivo do estudo: Estimar a prevalência do transtorno do uso do álcool entre a população adulta feminina residente em área urbana de Dourados, conforme variáveis associadas. Métodos: Estudo do tipo transversal, pertencente ao projeto “Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em adultos de Dourados-MS”, cuja coleta de dados foi realizada entre março e novembro de 2016. Os sujeitos do estudo são mulheres com idade entre 20 e 59 anos residentes na zona urbana de Dourados, oriundas dos domicílios sorteados com base na grade de setores censitários, que concordaram em participar mediante aceite e assinatura do TCLE. Os dados foram inseridos por dupla digitação no Epi Data versão 3.0. A análise estatística foi realizada nos softwares SPSS e STATA, versões 21.0 e 13.0, respectivamente, por meio de Teste qui-quadrado, Exato de Fisher, Tendência Linear e Regressão de Poisson. Resultados: A amostra foi composta por 597 mulheres, com uma prevalência de transtorno do uso do álcool de 12%. Mulheres sem companheiro apresentaram 10% a mais de probabilidade de transtorno do uso do álcool do que as casadas ou que viviam com companheiro, enquanto as tabagistas apresentaram 25% a mais de transtorno do que as não tabagistas. Mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresentaram 5% a menos de prevalência de transtorno do que as não hipertensas. Conclusão: Entre as mulheres de Dourados foi encontrada uma alta prevalência de transtorno do uso do álcool, com associação à situação marital e tabagismo, e o diagnóstico de HAS esteve associado à proteção. Os resultados do presente estudo servem para o planejamento e manejo adequados às necessidades da mulher com transtorno do uso do álcool.

Palavras-chave: Alcoolismo, Saúde da mulher, Epidemiologia, Saúde Pública.

Alcohol use and associated factors among adult women in the city of Dourados, MS.

ABSTRACT

The abusive consumption of alcoholic beverages is a current public health problem, even among the female population, since there has been an increasing increase of consumption by the same. Aim of the study: To estimate the prevalence of alcohol use disorder among the adult female population living in the urban area of Dourados, according to associated variables. Methods: A cross-sectional study from the project "Prevalence of Systemic Arterial Hypertension and associated factors in adults from Dourados-MS" whose data collection was performed between March and November 2016. The subjects of the study are women aged 20 and 59 years of age residing in the urban area of Dourados, coming from households that were drawn on the basis of the census tracts, who agreed to participate by accepting and signing the Informed consent form. The data was entered by double typing in Epi Data version 3.0. Statistical analysis was performed using the SPSS and STATA software, versions 21.0 and 13.0, respectively, using the Chi-square test, Fisher's exact test, Linear Trend and Poisson regression. Results: The sample consisted of 597 women, with a prevalence of alcohol use disorder of 12%. Women without partners were 10% more likely to have alcohol-related disorders than married or living with partners, while smokers had 25% more disorder than non-smokers. Women with a diagnosis of systemic arterial hypertension presented 5% less prevalence of disorder than non-hypertensive. Conclusion: Among the women of Dourados, a high prevalence of alcohol use disorder was found, associated with marital status and smoking. The results of the present study serve to plan and manage the needs of women with alcohol use disorders.

Keywords: Alcoholism, Women's health, Epidemiology, Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Uso do álcool	13
2.2 Testes de rastreamento do uso problemático do álcool	14
2.3 Variáveis associadas ao uso de álcool	16
2.4 Consumo de álcool por mulheres no Brasil	17
2.4.1 Prevalência do consumo abusivo	17
2.4.2 Prevalência de transtorno do uso do álcool pelo AUDIT	19
3 OBJETIVOS	20
4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
5 APÊNDICES	24
5.1 Artigo 1: Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS.	25
6 ANEXO	46
6.1 Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa	47

1 INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de álcool é um problema de saúde pública atual. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes foram atribuídas ao consumo nocivo, correspondendo a 5,9% de todas as mortes no mundo. Na população feminina, especificamente, 4% das mortes foram atribuídas ao álcool (WHO, 2014). O consumo abusivo é definido pela ingestão de quatro ou mais doses (no caso de mulheres), ou cinco ou mais (no caso de homens), em um único episódio, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias (BRASIL, 2007a). A esse consumo são relacionadas mais de 200 doenças e distúrbios, contribuindo com cerca de 10% de toda a carga de doenças no Brasil, além de ser a droga que mais gera violência familiar e urbana (BRASIL, 2014).

O padrão de consumo de bebida alcoólica estabelece relação direta com as questões de sexo e que, historicamente, o consumo é maior entre os homens (FERREIRA *et al.*, 2011). Entretanto, estudos indicam um crescente aumento do consumo entre mulheres (BRASIL, 2014; FERREIRA *et al.*, 2011). Esse aumento pode ser explicado pela ruptura no modelo social tradicional, com a inserção da mulher, não só no mercado de trabalho, que por sua vez, proporciona a independência financeira, mas também em espaços sociais, antes, masculinos apenas.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), as mulheres bebem cada vez mais e, em alguns países do continente americano, quase o mesmo que os homens. A prevalência de transtornos relacionados ao uso do álcool entre mulheres nas Américas é a mais alta do mundo (PAHO, 2015).

No Brasil, de 2006 para 2012, anos em que ocorreram o Levantamento Nacional de Consumo de Álcool e outras Drogas, o LENAD, observou-se um incremento tanto na quantidade habitual em um dia regular de consumo de bebida alcoólica, como na frequência do consumo. Na população feminina o consumo de cinco ou mais doses em um dia regular passou de 17% para 27%, ao mesmo tempo em que a regularidade da ingestão de pelo menos uma vez na semana foi de 27% para 38%. O consumo abusivo, também denominado *binge*, saltou de 36% para 49% nessa população (BRASIL, 2014).

Assim, é possível inferir que as mulheres brasileiras estão bebendo mais, inclusive de forma abusiva, e com maior frequência. Os efeitos do álcool sobre o organismo feminino são diferenciados, haja vista que metabolizam o álcool mais rápido pela menor quantidade de massa corporal associada a uma maior proporção de gordura do que os homens, o que as torna mais vulneráveis biologicamente (PAHO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O consumo abusivo de bebida alcoólica é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, neoplasias, transtornos mentais, diabetes mellitus), doenças infecciosas (como tuberculose, HIV-AIDS), além de ser responsável por absenteísmo, acidentes de trabalho, de transporte, violência de uma maneira geral e uma elevada taxa de ocupação dos leitos hospitalares (PAHO, 2015; MACHADO; JUNIOR, 2011; CEYLAN-ISIK; MCBRIDE; REN, 2010). Em longo prazo, o abuso de álcool é responsável pelo desenvolvimento de doenças hepáticas mais precocemente na mulher do que no homem (CEYLAN-ISIK; MCBRIDE; REN, 2010).

Quando observada a população feminina, sob efeito do álcool, a mulher se torna mais vulnerável à prática de sexo desprotegido com múltiplos parceiros (MOLA *et al.*, 2016; AGIUS *et al.*, 2013; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Há de se destacar ainda o consumo feito na gestação, pelos efeitos teratogênicos do álcool sobre o feto, sendo responsável por déficits intelectuais, mal formações, baixo peso ao nascer, transtorno do espectro alcoólico fetal, não havendo dose segura de bebida alcoólica durante a gestação (PARDO *et al.*, 2013).

A relevância do estudo se dá por não existirem pesquisas que descrevam os padrões de consumo de bebida alcoólica, a partir de instrumento já validado, na região do Mato Grosso do Sul, e serem poucos os trabalhos nacionais que o façam entre a população feminina. Por existirem evidências de que o aumento do consumo nessa população tende a ser crescente, a pesquisa justifica-se diante da necessidade de produção e disseminação de conhecimento acerca dos padrões e riscos de consumo de bebida alcoólica e fatores associados, como variáveis sociodemográficas e relacionadas à situação de saúde, com o intuito de subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção do consumo de bebida alcoólica ou mesmo redução do consumo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Uso do álcool

O uso de álcool no Brasil data desde os tempos primórdios, anteriores à colonização. Os indígenas que aqui viviam já produziam uma bebida forte a partir da fermentação da mandioca, o cauim. Com a chegada dos colonizadores, e a instalação dos primeiros engenhos, começou-se também a produzir aguardente, a partir da cana de açúcar. As bebidas eram produzidas de maneira artesanal e tinham baixo teor alcoólico, uma vez que eram obtidas pelo processo de fermentação (BRASIL, 2017a).

Com a Revolução Industrial Inglesa, no século XIX, houve um incremento na fabricação dessas bebidas, que passaram a ser produzidas em maior quantidade, com maior teor alcoólico e ser mais acessíveis, uma vez que eram de baixo custo. Com isso, o consumo abusivo de álcool começou a figurar como uma importante questão de saúde pública, tendo em vista não só o dano causado ao próprio indivíduo, como os encargos sociais e financeiros decorrentes (BRASIL, 2017a).

O que antes era visto como uma fraqueza de caráter, a partir do século XIX, é descrito pela primeira vez como doença, por Magno Huss. No entanto, foi no século seguinte, com Jellinek, que o alcoolismo ganhou visibilidade da comunidade científica, ao considerar que o mesmo deveria ser considerado como uma doença quando estivesse acompanhado de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito), abstinência (alterações físicas e psicológicas após um período de interrupção do uso do álcool) e perda de controle. O autor o definiu como uma doença progressiva e fatal, da qual se era portador ou não, e cuja única opção terapêutica era parar de beber (RAMOS; WOITOWITZ, 2004; SILVEIRA, 2010).

Graças aos avanços na área da Epidemiologia, o alcoolismo passou a ser definido como uma doença crônica com desenvolvimento e manifestação influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, cuja característica principal é a falta de controle sobre o ato de beber (RAMOS; WOITOWITZ, 2004).

O álcool é uma droga psicotrópica que atua no Sistema Nervoso Central, promovendo efeitos sedativos, ansiolíticos, mas também euforizantes, em alguns indivíduos, cuja exposição crônica pode causar tolerância e dependência. O processo de dependência se dá pelo sistema de recompensa, no qual a indução de sensações prazerosas constitui-se reforço positivo e o alívio das experiências desagradáveis, reforço negativo. Entre seus principais usos, tem-se a busca pelo alívio da ansiedade e do estresse, e pela sedação. Na cultura

ocidental, seu uso é socialmente aceito e, historicamente, transita desde rituais religiosos a situações de lazer e comunhão entre as pessoas (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005)

Os efeitos do álcool no organismo dependem da frequência de ingestão, do tipo de bebida (concentrações de etanol puro variam de bebida para bebida), da quantidade consumida, das características individuais de sensibilidade de órgãos/tecidos e da velocidade com que o etanol é metabolizado pelo organismo (BRASIL, 2017a).

O consumo de 0,5 a duas doses de álcool por dia (no caso de mulheres, até uma dose de álcool por dia, haja vista que duas doses ou mais ao dia nessa população está relacionada a um aumento na mortalidade) reduz o risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral e de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo II, reduz a pressão sanguínea, aumenta o HDL colesterol e a sensibilidade insulínica, e reduz o LDL colesterol. No entanto, esse efeito protetor é estritamente dependente da quantidade de álcool consumida e do padrão de ingestão (KRENZ; KORTHUIS, 2012).

Sabe-se que fatores psicológicos contribuem para a manifestação dos transtornos de uso do álcool. Em relação às mulheres alcoolistas, em específico, são observadas altas prevalências de abuso físico e sexual na infância, e violência doméstica. O início do uso do álcool por mulheres frequentemente é ligado a situações de perda familiar (morte do cônjuge e separação), assim como perda de patrimônio financeiro (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No geral, o uso de álcool por mulheres é influenciado por: idade; situação marital; trabalho em locais majoritariamente masculinos; ser casada com um bebedor pesado; ter histórico de violência física, emocional ou sexual na infância; ter sofrido violência doméstica; tabagismo; histórico de perda familiar e dificuldades financeiras; além de fatores internos, como baixa autoestima, depressão, transtornos alimentares (BRASIL, 2017a; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

2.2 Testes de rastreamento do uso problemático do álcool

O rastreamento do padrão de consumo do álcool pode ser verificado por uma gama variada de testes, o que acaba por dificultar a comparação dos resultados (REISDORFER et al., 2012). Dentre os validados no Brasil, podemos citar:

- CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilt e Eye-opener*), criado na década de 70 e validado no Brasil em 1983, é composto por quatro perguntas (Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?; As pessoas o(a)

aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?; O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?; Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?), cujas respostas são *sim* ou *não*. Preenchem critério de abuso ou dependência, os sujeitos que respondem a no mínimo duas questões como positivo (CASTELLS; FURLANETTO, 2005; FILHO *et al.*, 2001);

➤ T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener*), trata-se do questionário CAGE adaptado para uma população específica, gestantes (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007);

➤ ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), validado no Brasil em 2004, consiste em um teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas. É composto de oito perguntas relacionadas ao uso de nove substâncias psicoativas (derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides). A pontuação total varia de zero a vinte, sendo o escore de zero a três, indicativo de uso ocasional; de quatro a quinze, abuso; e de dezesseis a vinte, provável dependência (HENRIQUE *et al.*, 2004);

➤ AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*), utilizado para rastreamento de transtornos decorrentes do uso do álcool, a saber: uso de risco, também chamado uso perigoso, uso nocivo e provável dependência do álcool (REISDORFER *et al.*, 2012). Elaborado pela OMS, a partir de 150 questões aplicadas a 1.888 usuários do sistema de atenção primária em seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e EUA). Sua versão final ficou composta por dez questões, cujas respostas são graduadas em uma escala de zero a quatro, com *escore* total que varia de zero a quarenta (LIMA *et al.*, 2005).

As questões do AUDIT abrangem três domínios principais: consumo de álcool, dependência do álcool e problemas relacionados ao seu uso, abrangendo o consumo no período dos últimos doze meses. Da primeira à terceira questão, tem-se um limiar de consumo que é capaz de prever danos futuros (uso de risco); da quarta à sexta questão, a dependência do álcool; enquanto que da sétima à décima, e última questão, o uso nocivo (LIMA *et al.*, 2005).

O uso de risco, também denominado consumo perigoso, consiste num padrão de consumo de álcool no qual o risco de consequências prejudiciais ao próprio sujeito ou terceiros está aumentado, daí sua relevância para a saúde pública. O uso nocivo consiste num padrão de consumo que já é capaz de gerar consequências nocivas à saúde física e mental do próprio sujeito. A dependência é definida por um conjunto de alterações de comportamento,

cognitivas e fisiológicas que podem ocorrer depois do consumo repetido. Dentre essas alterações, tem-se o forte desejo de beber, a dificuldade em controlar o consumo, a manutenção do consumo mesmo frente às consequências negativas, a maior importância dada ao consumo do que as atividades do cotidiano, como trabalho, estudo, afazeres domésticos, um aumento na tolerância ao efeito do álcool, ou seja, necessita de doses cada vez maiores para alcançar o mesmo efeito; e uma reação física quando o consumo é interrompido por um período (REISDORFER *et al.*, 2012).

Através do AUDIT é possível identificar os diferentes padrões de consumo referidos, que são tanto contínuos quanto às suas consequências sobre o organismo do próprio sujeito, como também às suas consequências sociais (HOERTEL *et al.*, 2014). Tem-se por consumo de baixo risco (Zona de Risco I), o escore que varia de zero a sete pontos; e os transtornos ou problemas do uso do álcool nos escores maiores que sete: oito a quinze pontos, uso de risco ou perigoso (Zona de Risco II); dezesseis a dezenove, uso nocivo (Zona de Risco III); e vinte a quarenta, provável dependência (Zona de Risco IV) (HONG *et al.*, 2015). O conceito de zonas de risco possibilita instituir padrões de uso gradativos, cujas ações de prevenção objetivam que o indivíduo descenda ao nível anterior (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Validado no Brasil em 2005, apresentou uma sensibilidade de 87,8% e uma especificidade de 81%, sendo amplamente recomendado por tratar-se de um instrumento curto e fácil de aplicar. É importante salientar que o AUDIT não é um instrumento para diagnóstico de dependência do álcool (LIMA *et al.*, 2005).

2.3 Variáveis associadas ao uso de álcool

Nos estudos nos quais o transtorno do uso do álcool foi identificado por meio do AUDIT, as variáveis associadas foram:

- Sexo: Os homens apresentam maior probabilidade de transtorno do uso do álcool quando comparados às mulheres (FERREIRA *et al.*, 2013; REISDORFER *et al.*, 2012; FREITAS; MORAES, 2011; VARGAS *et al.*, 2009; BARROS *et al.*, 2007; AMATO *et al.*, 2006);

- Idade: Os mais jovens (até 40 anos) apresentam maior probabilidade de transtorno do uso do álcool, comparado aos mais velhos (mais de 40 anos) (FERREIRA *et al.*, 2013; REISDORFER *et al.*, 2012; FREITAS; MORAES, 2011; BARROS *et al.*, 2007; AMATO *et al.*, 2006);

- Escolaridade: A probabilidade de transtorno do uso do álcool apresenta-se maior tanto entre os indivíduos de menor escolaridade (SILVEIRA, 2010; BARROS *et al.*, 2007), como entre os com mais anos de estudo (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009).

- Estado civil: Indivíduos sem companheiro (solteiros, viúvos e separados/divorciados) apresentam maior probabilidade de desenvolver transtorno do uso do álcool do que os casados ou que vivem com companheiro(a) (REISDORFER *et al.*, 2012; FREITAS; MORAES, 2011; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; AMATO *et al.*, 2006);

- Participação no mercado de trabalho: Ter trabalho remunerado aumenta a probabilidade de transtorno do uso do álcool (FREITAS; MORAES, 2011);

- Renda: A maior renda aumenta a probabilidade de transtorno do uso do álcool (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; BARROS *et al.*, 2007);

- Tabagismo: Pessoas com histórico atual ou pregresso de tabagismo apresentam maior probabilidade de também apresentarem transtorno do uso do álcool do que não fumantes (FERREIRA *et al.*, 2013; REISDORFER *et al.*, 2012; FREITAS; MORAES, 2011; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009);

- Uso de drogas ilícitas: Indivíduos que usaram drogas ilícitas em algum momento da vida tem maior probabilidade de apresentarem transtornos do uso do álcool do que os que nunca fizeram uso (BARROS *et al.*, 2007);

- Religião: Ser de religião não evangélica ou declarar-se sem religião aumenta a probabilidade de transtorno do uso do álcool (FERREIRA *et al.*, 2013; FREITAS; MORAES, 2011; BARROS *et al.*, 2007);

- Auto-avaliação do estado de saúde: Sujeitos com uma auto-avaliação de saúde como regular, ruim ou péssima apresentam maior probabilidade de transtorno do uso do álcool (FREITAS; MORAES, 2011).

2.4 Consumo de álcool por mulheres no Brasil

2.4.1 Prevalência do consumo abusivo

Em relação ao uso de álcool na população geral brasileira, desde 2006, é anualmente investigado, em maiores de 18 anos, das 26 capitais e Distrito Federal, na pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, conforme padrão de quantidade de doses recomendado pela OMS para a população feminina, de quatro ou mais doses em um

único episódio. No referido inquérito, considera-se como “dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho” (BRASIL, 2017b).

A prevalência desse tipo de consumo entre a população feminina registrou valores de 8,2% (em 2006) e de 12,1% (em 2016). Foi observado consumo maior na faixa dos 18 aos 34 anos e aumento do mesmo conforme aumentavam os anos de estudo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2017b).

Garcia e Freitas (2015), na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificaram uma prevalência de consumo abusivo de álcool na população feminina maior de 18 anos, de 6,6%. Na população geral, a maior prevalência foi encontrada entre os mais jovens, os não brancos, fumantes e com boa avaliação de saúde.

Guimarães *et al.* (2010), definiram consumo abusivo na mulher como sendo 24 gramas ao dia de etanol ou mais. Encontraram prevalência desse tipo de consumo em 26,8% das mulheres com idade entre 20 e 59 anos no estado de São Paulo, e entre essas encontraram associação com escolaridade (igual ou maior que 12 anos de estudo), situação marital (sem companheiro) e tabagismo.

Amato *et al.* (2006), encontraram uma prevalência de consumo abusivo de 10% entre as mulheres que buscaram atendimento na atenção primária à saúde de uma cidade mineira, a partir do questionário AUDIT. Os autores consideraram como tendo padrão binge, os sujeitos que responderam maior ou igual a dois na questão “Pense em um dia em que o (a) sr. (a) bebe. Qual a bebida o (a) sr. (a) bebe? Quantas (latas, doses, garrafas, etc.) bebe?” e/ou maior ou igual a dois na questão “Quantas vezes o (a) Sr. (a) bebe seis ou mais (doses, latas, doses, garrafas) em uma mesma ocasião?”.

Para Kerr-Corrêa *et al.* (2007), em uma revisão de literatura dos anos de 1972 a 2004, as mulheres podem ser mais discriminadas pelo uso do álcool e ter problemas de saúde mais sérios em consequência do consumo abusivo. Os autores encontraram indícios de que os papéis e as responsabilidades sociais que a mulher exerce influenciam no uso do álcool. Observou-se que a inserção da mulher no mercado de trabalho e a escolha em não exercer o papel de cuidadora imposto pela sociedade, aumentou o padrão de consumo de álcool (KERR-CORRÊA *et al.*, 2007).

2.4.2 Prevalência dos Transtornos do uso do álcool pelo AUDIT

Em estudo de base populacional com participantes de ambos os sexos, em uma cidade do nordeste brasileiro, Ferreira *et al.* (2013) encontraram uma prevalência de 7,9% de transtornos do uso do álcool em mulheres com idade superior a 14 anos.

Já Reisdorfer *et al.* (2012), em inquérito com homens e mulheres, numa cidade do sul do Brasil, encontraram prevalência de 9,3% de transtornos do uso do álcool em mulheres com idade de 20 a 59 anos.

Freitas e Moraes (2011) identificaram prevalência de transtorno do uso do álcool de 10,2% em mulheres, em inquérito com amostra populacional de adultos de ambos os sexos, com idade a partir de 30 anos, de um município do estado de São Paulo.

Barros *et al.* (2007), em estudo de base populacional com sujeitos de ambos os sexos e idade a partir de 14 anos, encontraram prevalência de transtornos do uso do álcool de 4,1% em mulheres.

Amato *et al.* (2006), em estudo com pacientes na faixa etária dos 18 aos 85 anos da atenção primária à saúde de Juiz de Fora (MG), encontraram prevalência de transtorno do uso do álcool 9,1% entre as mulheres.

Apesar de serem poucos os estudos, pode-se observar uma importante discrepância entre as prevalências do transtorno do uso do álcool em mulheres (4% - 10%), ratificando que a investigação do uso de álcool pela população feminina e a compreensão das especificidades desse uso são processos complexos, porém altamente relevantes. Além da vulnerabilidade biológica, que faz com que os danos do uso do álcool sejam mais precoces, são as mulheres alcoólatras que apresentam o maior histórico de tentativas de suicídio; também são elas que sofrem o maior estigma social, o que faz com que o uso seja encoberto e o tratamento postergado (BRASIL, 2017a).

3 OBJETIVOS

GERAL

Estimar a prevalência do transtorno do uso do álcool entre a população adulta feminina residente em área urbana de Dourados - MS, conforme variáveis associadas.

ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra do estudo, em relação à prevalência dos fatores socioeconômicos e comportamentais;

Estimar a prevalência do transtorno do uso do álcool entre a população adulta feminina de Dourados, MS;

Avaliar a associação entre a prevalência do transtorno do uso do álcool e os fatores socioeconômicos e comportamentais.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGIUS P., TAFT A., HEMPHILL S., TOUMBOUROU J., MCMORRIS B. Excessive alcohol use and its association with risky sexual behaviour: a cross-sectional analysis of data from Victorian secondary school students. **Aust N Z J Public Health**, v.37, p.76-82, 2013.

AMATO TC, SILVEIRA PS, OLIVEIRA JS, RONZANI TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.4, p.1-17, 2008.

BARROS MBDA, BOTEGA NJ, DALGALARRONDO P, MARÍN-LEÓN L, OLIVEIRA HBD. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v.41, p.502-509, 2007.

BRASIL. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 90p.

BRASIL. II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

BRASIL. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017a. 146 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 160p.

CASTELLS MA, FURLANETTO LM. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.27, p.54-57, 2005.

CEYLAN-ISIK AF, MCBRIDE SM, REN J. Sex difference in alcoholism: Who is at a greater risk for development of alcoholic complication? **Life Sci**, v.87, p.133-138, 2010.

DA PAZ FILHO GJ, SATO LJ, TULESKI MJ, TAKATA SY, RANZI CCC, SARUHASHI SY, SPADONI B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev Ass Med Brasil**, v.47, p.65-69, 2001.

EDWARDS G, MARSHALL EJ, COOK CCH. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Tradução de Amarílis Eugênia Fernandez Miazzi. Porto Alegre: Artmed, 2005, 4ed.

FABBRI CE, FURTADO EF, LAPREGA MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev. Saúde Pública**, v.41, p.979-984, 2007.

FERREIRA LN, BISPO JÚNIOR JP, SALES ZN, CASOTTI CA, BRAGA JÚNIOR ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, p.3409-3418, 2013.

FERREIRA LN; SALES ZN; CASOTTI CA; BISPO JÚNIOR JP; BRAGA JÚNIOR ACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.27, p.1473-1486, 2011.

FREITAS ICMd, MORAES SAd. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad Saúde Pública**, v.27, p.2021-2031, 2011.

GARCIA LP, FREITAS LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: Resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v.24, p.227-237, 2015.

GUIMARÃES VV, FLORINDO AA, STOPA SR, CÉSAR CLG, BARROS MBA, CARANDINA L, GOLDBAUM M. Consumo abusivo e dependência em população adulta no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.13, p.314-325, 2010.

HENRIQUE IFS, DE MICHELI D, LACERDA RB, LACERDA LA, FORMIGONI MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, v.50, p.199-206, 2004.

HOERTEL N, CROCHARD A, ROUILLON F, LIMOSIN F. Patterns of alcohol consumption in France and their medical and social consequences as seen through the family circle and friends and general practitioners. **Encephale**, v.40, p.11-31, 2014.

HONG SW, LINTON JÁ, SHIM JY, KANG HT. High-risk drinking is associated with a higher risk of diabetes mellitus in korean men, based on the 2010 -2012 KNHANES. **Alcohol**, v.49, p. 275-281, 2015.

KERR-CORRÊA F, IGAMI TZ, HIROCI V, TUCCI AM. Patterns of alcohol use between genders: a cross-cultural evaluation. **J Affect Disord**, v.102, p.265-275, 2007.

KERR-CORRÊA F, TUCCI AM, HEGEDUS AM, TRINCA LA, OLIVEIRA JB, FLORIPES TMF, KERR LRFS. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, p.235-242, 2008.

KRENZ M, KORTHUIS RJ. .Moderate ethanol ingestion and cardiovascular protection: From epidemiologic associations to cellular mechanisms. **J Mol Cell Cardiol**, v.52, p.93-104.

LIMA CT, FREIRE ACC, SILVA APB, TEIXEIRA RM; FARRELL M; PRINCE M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in na urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v.40, p.584-589, 2005.

MACHADO RM, JUNIOR MLC. Evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. **R Enferm Cent O Min**, v.1, p.407-421, 2011.

MOLA R, PITANGUI ACR, BARBOSA SAM, ALMEIDA LS, SOUSA MRM, PIO WPL, ARAÚJO RC. Condom use and alcohol consumption in adolescents and youth. **Einstein**, v.14, p.143-151, 2016.

MORETTI-PIRES RO, CORRADI-WEBSTER CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27:497-509, 2011.

OLIVEIRA GC, DELL'AGNOLO CM, BALLANI TSL, CARVALHO MDB, PELLOSO SM. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, p.66-68, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas. Washington, DC: PAHO, 2015.

PARDO IMCG, GLASS LM, OLIVEIRA FM, NASCIMENTO SRD, SANTUCCI VCR, MIRANDA JEGB. Comparação entre a frequência de positividade do questionário T-ACE entre mães de recém-nascidos de termo e prematuros. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v.15, p.105-108, 2013.

RAMOS, SP; WOITOWITZ, AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, p.18-22, 2004.

REISDORFER E, BÜCHELE F, PIRES ROM, BOING AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, p.582-594, 2012.

SILVEIRA, CM. Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios de uso do álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo. São Paulo: 2010. 211 p. [Tese].

VARGAS D, OLIVEIRA MAF, ARAÚJO EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, p.1711-1720, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health, 2014.

5 APENDICES

Artigo 1: Revista Brasileira de Psiquiatria (Qualis B1)

<http://www.scielo.br/revistas/rbp/iinstruc.htm>

Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS.

Flavia Quintanilha de Oliveira Leite Estevão, Karoline Omizolo de Souza, Maria Cristina Corrêa de Souza, Rosangela da Costa Lima.

Autor correspondente: Rosangela da Costa Lima

Título abreviado: Uso de álcool entre mulheres de Dourados, MS.

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência do transtorno do uso do álcool entre a população adulta feminina residente na área urbana de Dourados, MS, Brasil, e avaliar a associação com fatores socioeconômicos, comportamental e de saúde. **Métodos:** Estudo seccional, de base populacional, com mulheres adultas de 20 a 59 anos. A amostragem foi feita por conglomerados em múltiplos estágios. O transtorno do uso do álcool foi calculado a partir do *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, sendo positivo quando maior ou igual a oito. A análise estatística das informações foi realizada através do Teste qui-quadrado, Exato de Fisher, Tendência Linear e Regressão de Poisson. **Resultados:** Das 597 mulheres entrevistadas, 12% apresentavam transtorno do uso do álcool. As mulheres sem companheiro(a) apresentavam 10% a mais de prevalência de transtorno do uso do álcool do que as com companheiro(a), as tabagistas tiveram 25% a mais de transtorno do que as não tabagistas, enquanto as com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresentaram 5% a menos de prevalência de transtorno do que as não hipertensas. **Conclusão:** Entre as mulheres de Dourados foi encontrada alta prevalência de transtorno do uso do álcool, com associação à situação marital e tabagismo, e o diagnóstico de HAS esteve associado à proteção.

Palavras-chave: Alcoolismo, saúde da mulher, Epidemiologia, Saúde Pública.

Introdução

O consumo nocivo de álcool é um atual problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes foram atribuídas ao consumo nocivo, correspondendo a 5,9% de todas as mortes no mundo⁽¹⁾. Esse tipo de consumo está relacionado há mais de 200 doenças e distúrbios, sendo fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas (como tuberculose, HIV-AIDS), além de ser responsável pelo surgimento de doenças cardiovasculares, neoplasias, transtornos mentais, absenteísmo, acidentes de trabalho, de transporte, violência de uma maneira geral e uma elevada taxa de ocupação dos leitos hospitalares⁽²⁻⁴⁾. No Brasil, o uso de álcool contribui com cerca de 10% de toda a carga de doenças, além de ser a droga que mais gera violência familiar e urbana⁽⁵⁾.

A literatura traz ainda algumas outras definições de padrões de consumo problemáticos: o *heavy episodic drinking* (HED), que é caracterizado pela ingestão de 60g ou mais de etanol (seis ou mais doses) em um único episódio, pelo menos uma vez ao mês⁽⁶⁾; o consumo abusivo, que é definido pela OMS como sendo a ingestão de quatro ou mais doses (no caso de mulheres), ou cinco ou mais (no caso de homens), em um único episódio, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias⁽⁷⁾; o consumo nocivo e a síndrome de dependência são definidos como transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool, na Classificação Internacional de Doenças, versão 10 – CID-10. No primeiro, o modo de consumo do álcool é prejudicial à saúde do próprio indivíduo, com complicações físicas ou psicológicas; no segundo, é necessário que estejam presentes um conjunto de alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas que se desenvolvem após o uso repetido do álcool e frequentemente estar associado à perda de controle sob o ato de beber, à manutenção do uso, mesmo diante das consequências negativas, a um aumento da tolerância e à abstinência física⁽⁸⁾.

O padrão de consumo de álcool estabelece relação direta com o sexo. Historicamente, o consumo é maior entre os homens⁽⁹⁾. Entretanto, estudos indicam um crescente aumento do consumo entre mulheres^(5,9) que pode ser explicado pela mudança no estilo de vida da população feminina, com sua inserção não só no mercado de trabalho, que por sua vez, proporciona a independência financeira, mas também em ambientes antes, majoritariamente masculinos, como bares.

As mulheres brasileiras estão bebendo em maior quantidade, inclusive de forma abusiva, e com maior frequência⁽⁵⁾. Entretanto, vale destacar que os efeitos do álcool sobre o

organismo feminino são diferenciados, haja vista que por apresentarem menor concentração da enzima gástrica ADH (Aldeído Desidrogenase), associado a menor massa corporal e maior proporção de gordura do que os homens, estas tornam-se mais vulneráveis biologicamente aos seus efeitos, uma vez que o etanol torna-se biodisponível no sangue mais rapidamente e em maior concentração^(2,10,11).

Quando observada a população feminina, sob efeito do álcool, a mulher torna-se mais vulnerável à prática de sexo desprotegido com múltiplos parceiros^(12,13). A longo prazo, o abuso de álcool é responsável pelo desenvolvimento de doenças hepáticas mais precocemente na mulher do que no homem⁽¹⁰⁾. O alcoolismo feminino também contribui para infertilidade e menopausa precoce⁽³⁾. Há de se destacar ainda o consumo na gestação, pelos efeitos teratogênicos do álcool sobre o feto, sendo responsável por déficits intelectuais, mal formações, baixo peso ao nascer, transtorno do espectro alcoólico fetal, não havendo dose segura de álcool nesse período⁽¹⁴⁾.

Por existirem evidências de que o aumento do consumo nessa população tende a ser crescente e a população feminina ser mais passiva na busca por ajuda em virtude do estigma social associado ao alcoolismo feminino⁽¹¹⁾, a pesquisa justifica-se diante da necessidade de produção e disseminação de conhecimento acerca dos padrões e riscos de consumo de bebida alcoólica com uso de instrumento validado, e fatores associados a estes, com o intuito de subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção do uso de álcool ou mesmo a redução do consumo.

Diante disso, o estudo tem por objetivo geral, estimar a prevalência do transtorno do uso do álcool entre a população adulta feminina residente na área urbana de Dourados e avaliar a associação com fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde.

Métodos

Estudo seccional integrante de um projeto maior intitulado “Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos residentes na zona urbana do município de Dourados”, localizado na região Centro-Oeste do Brasil.

Dourados está situado geograficamente no extremo sul do estado do Mato Grosso do Sul, distando 235 km da capital, Campo Grande, e 120 km do Paraguai. É o segundo município mais populoso do estado, o maior município do interior do MS e terceiro lugar no *ranking* estadual do índice de desenvolvimento humano (IDH), classificado como alto. A cidade também é uma região migratória, abrigando temporariamente pessoas de diferentes

idades do estado ou de fora dele, seja por oportunidades de emprego, nos setores de comércio, serviços e agropecuária, ou de estudos, uma vez que o município é um polo universitário⁽¹⁵⁾.

A amostra utilizada foi por múltiplos estágios. Para definição dos conglomerados, usou-se a grade de setores censitários da zona urbana do município de Dourados conforme Censo Demográfico de 2010. Dourados apresenta 295 setores censitários urbanos. A população na faixa etária de 20-59 anos da área urbana foi estimada em 112.532 indivíduos⁽¹⁶⁾.

Para estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta da área urbana eram necessários 1.646 sujeitos. A partir dessa informação, calculou-se o número de domicílios necessários para encontrar a amostra necessária. Este cálculo foi realizado dividindo-se o número de indivíduos do estudo ($n=1646$) pelo número médio de pessoas por domicílio (3,2) multiplicado pela proporção média de adultos na população (1,98), conforme dados do IBGE. Obteve-se uma estimativa de 1.018 domicílios a serem visitados. O número de setores incluídos na pesquisa foi definido em 35. Assim, eram necessários 34 domicílios por setor para atingir o total de domicílios a serem visitados (1.018).

Para o sorteio dos setores, estes foram ordenados em ordem crescente pela análise fatorial das variáveis percentual de alfabetizados no setor, coleta de lixo, esgoto e água encanada - variáveis utilizadas como *proxy* da situação socioeconômica. O número total de domicílios da região urbana de Dourados (56569) foi dividido por 35, de forma a obter-se o pulo de 1.616, intervalo entre os setores na seleção sistemática. O número 865 foi selecionado aleatoriamente, entre um e 1616. Assim, o setor que incluía o número 865 ficou sendo o primeiro setor da amostra. A este número foi adicionado 1616, sendo escolhido o setor cujo número de domicílios mais se aproximasse ao resultado desse cálculo. A esse escolhido, somou-se novamente 1616, de forma que um novo setor foi selecionado. Repetiu-se o processo até que o número obtido superasse o total de domicílios. Nesse ponto, os 35 setores necessários haviam sido selecionados.

O número de domicílios a serem visitados por setor foi definido em 34. Para seleção dos domicílios, partiu-se do número total de domicílios de cada setor, dividido por 34, obtendo-se o pulo, intervalo entre os domicílios. O setor sorteado foi percorrido por duplas de alunos, a partir do ponto inicial definido pelo IBGE e os moradores dos domicílios elegíveis foram abordados com uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e o questionamento da idade dos moradores. Os sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão no estudo (ter idade entre 20 e 59 anos, não declarar-se indígena e a renda do domicílio ser originária do próprio

município - excluindo, assim, universitários residentes em repúblicas ou casas de temporada, cuja renda não fosse gerada em Dourados - conforme critérios do IBGE⁽¹⁷⁾), eram informados de maneira mais detalhada a respeito da proposta do projeto por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em consonância com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. No caso de aceite, aplicava-se o questionário. A pesquisa foi aprovada sob parecer nº. 1.444.698 pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD. Para ser considerada perda, estabeleceu-se um número mínimo de três tentativas de contato, em dias e horários diferentes, incluindo um dia de final de semana.

Para o estudo do uso de álcool por mulheres, considerou-se a população adulta feminina total da amostra, com idades entre 20 e 59 anos, composta por 597 indivíduos. Para o cálculo do tamanho amostral usou-se como base a população feminina residente em área urbana na cidade, que de acordo com o Censo 2010, era de 54.106 mulheres, uma prevalência de transtorno do uso do álcool de 9,3%, nível de confiança de 95%, precisão de três pontos percentuais e um efeito de desenho de 1,2. Acrescidos 10% para eventuais perdas e recusas, a amostra mínima necessária ficou estabelecida em 473 mulheres, sendo, portanto, atingida pelo número de participantes do projeto primário.

O transtorno do uso do álcool foi identificado por meio do questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*), cujas questões abrangem três domínios principais: consumo de álcool, dependência do álcool e problemas relacionados ao seu uso, relativos ao período dos últimos doze meses. É composto por 10 questões, cujas respostas são graduadas de zero a quatro, totalizando um escore de zero a quarenta pontos: zero a sete pontos, baixo risco; oito a quinze, uso de risco ou perigoso; dezesseis a dezenove, uso nocivo; vinte a quarenta, provável dependência. É recomendado pela OMS para rastreamento do uso do álcool e validado no Brasil^(18,19). Foi considerado como positivo para transtorno do uso do álcool, pontuação total igual ou maior que oito pontos, dividindo a amostra em dois grupos: abstinências/baixo risco e portadoras de algum transtorno do uso do álcool (uso de risco, uso nocivo e provável dependência).

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: Idade (em anos completos, posteriormente agrupados por décadas); cor da pele (agrupada em branca e não branca); situação marital (agrupada em dois grupos: com companheiro e sem companheiro); escolaridade (dividida em dois grupos: até oito anos de estudo e oito anos ou mais de estudo); nível socioeconômico, segundo classificação ABEP (Critério de Classificação Econômica Brasil, cuja finalidade é classificar a população de acordo com seu poder de compra em A₁,

A₂, B₁, B₂, C₁, C₂, D e E), agrupadas em três categorias: A/B, C e D/E⁽²⁰⁾; e inserção no mercado de trabalho.

A variável comportamental e as de saúde foram: tabagismo atual (mediante resposta positiva à pergunta: “O (a) senhor(a) é fumante?”); auto-avaliação de saúde (dividida em duas categorias: boa, que reunia as muito satisfeitas e as satisfeitas, e ruim, que agrupava as nem satisfeitas nem insatisfeitas, as insatisfeitas e as muito insatisfeitas); Hipertensão arterial sistêmica (auto-referida); Diabetes Mellitus (auto-referido).

Os dados foram codificados e inseridos por entrada dupla no software EPI DATA versão 3.0. As análises estatísticas foram realizadas nos softwares SPSS 21.0 e STATA 13.0. Em um primeiro momento, foi feita a análise descritiva, com a finalidade de caracterizar a amostra, seguida de análises bivariadas, com teste Qui-quadrado, teste Exato de Fisher e de Tendência Linear. A magnitude das associações foi avaliada por cálculo de razões de prevalências brutas e ajustadas, através da Regressão de Poisson, para amostras complexas, com intervalos de confiança de 95%. No modelo inicial, foram incluídas todas as variáveis que estiveram associadas ao transtorno do uso do álcool com nível de significância menor que 0,20 na análise bivariada. Como critério de permanência no modelo final, adotou-se $p < 0,05$.

Resultados

A coleta de dados ocorreu entre março e novembro de 2016. Foram entrevistadas 597 mulheres, de 511 domicílios. A média de idade foi de 39 anos (+- 11,5). A maioria das entrevistadas se autodeclarou branca (51,3%), vivia com companheiro (60,5%), tinha mais de oito anos de estudo (63,3%), pertencia à classe econômica C (53,5%), estava inserida no mercado de trabalho (58,0%), era não fumante (88,8%), com boa auto-avaliação do estado de saúde (63,5%), não hipertensa (80,9%) e não diabética (95,6%), conforme Tabela 1.

Em relação aos transtornos do uso do álcool, 12,0% (IC 9,2% – 15,6%) apresentavam algum transtorno, a saber: 8,9% faziam uso de risco, 1,7% uso nocivo e 1,4% apresentavam provável dependência. As abstêmias ou bebedoras de baixo risco representavam 88% da amostra (Dados não apresentados em tabela).

Na análise bivariada, as mais jovens, sem companheiro, com baixo nível econômico (classes D e E) e fumantes apresentaram maior probabilidade de transtornos do uso do álcool, enquanto as mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica apresentaram pequena proteção ($p < 0,20$), conforme Tabela 1.

Foram calculadas as razões de prevalência bruta do transtorno do uso do álcool para todas as variáveis independentes do estudo, porém no modelo ajustado foram incluídas apenas

as com $p < 0,20$ na análise bivariada. Após o ajuste para fatores de confusão, permaneceram com significância: situação marital, tabagismo e hipertensão arterial sistêmica. Mulheres sem companheiro(a) tiveram 10% a mais de probabilidade de apresentarem transtornos do uso do álcool do que as casadas ou que vivem com companheiro(a), assim como as tabagistas que apresentaram 25% a mais de probabilidade de ter o transtorno do que as não tabagistas, enquanto as que apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica tinham 6% menos de probabilidade de transtorno do uso do álcool do que as não hipertensas, conforme Tabela 2.

Segundo as respostas ao AUDIT, 53,6% não beberam nos últimos 12 meses. Das que beberam ($n = 272$), 45,6% relataram numa frequência menor que 1 vez ao mês, e 34,2% de duas a quatro vezes ao mês. As quantidades de doses referidas foram de duas ou três doses (37,6%), no entanto 33,2% apresentaram um padrão de beber pesado no último ano (quatro ou mais doses em um dia típico de consumo). Em relação ao consumo de seis ou mais doses, 56,7% referiram não ter feito. Das bebedoras, 12,7% referiram não ter conseguido parar de beber após ter começado, 12,7% responderam ter deixado de fazer alguma coisa que normalmente fariam, por conta de ter bebido; 2,6% precisaram beber pela manhã após um período de abstinência; 19% já se sentiram culpadas por ter bebido; 12,3% não lembravam do que tinha acontecido antes de beber; 16,6% alegaram já ter se magoado ou se ferido, ou tê-los feito a terceiros por conta de ter bebido; e 15,3% referiram que algum familiar, amigo ou profissional de saúde já sugeriu que parasse de beber ou reduzisse o consumo, conforme Tabela 3.

Discussão

A prevalência de transtornos do uso do álcool encontrada no presente estudo foi de 12%, valor este maior do que os resultados encontrados em outros inquéritos de base populacional utilizando o questionário AUDIT. Ferreira *et al.* (2013) encontraram prevalência de transtornos de 7,3% entre mulheres maiores de 14 anos no nordeste brasileiro⁽²¹⁾, Reisdorfer *et al.* (2012), encontraram 9,3% de prevalência de transtorno em população de mulheres de 20 a 59 anos no sul do país⁽¹⁹⁾, Freitas e Moraes (2011) estimaram em 10,2% a prevalência entre mulheres com mais de 30 anos no sudeste⁽²²⁾, Barros *et al.* (2007) encontraram 4,1% entre mulheres com mais de 14 anos de sua amostra em uma cidade do interior de São Paulo⁽²³⁾ e Amato *et al.* (2006), ao estudarem os usuários da atenção primária à saúde de uma cidade mineira identificaram uma prevalência de 9,1% entre as mulheres com

idade entre 18 e 85 anos⁽²⁴⁾. Essas discrepâncias podem ser explicadas pelas diferenças nas composições das amostras estudadas, haja vista que, ao incluir extremos de idades (adolescentes e idosas), a tendência é uma diminuição na prevalência.

Uma possível explicação para a alta prevalência encontrada na população feminina está relacionada às características da cidade de Dourados: a proximidade com a fronteira seca com o Paraguai, país no qual o acesso ao álcool é facilitado pela diversidade de bebidas encontradas a preços relativamente baixos, corroborando assim com a premissa de que a oferta é capaz de gerar demanda; o constante processo migratório, que agrega valores à cultura local; a escassez de infraestrutura de lazer para além de bares e restaurantes. Vale destacar que a prevalência de transtornos do uso do álcool pode ter sido subestimada, em virtude da exclusão de estudantes que viviam em repúblicas ou casas de temporada, no geral, jovens e sem companheiro(a)^(15,16,17).

Outro método comumente utilizado para investigar o padrão de consumo de álcool na população geral, é por meio do questionamento do consumo abusivo de bebida alcoólica. No Brasil, anualmente, desde 2006, esse tipo de consumo é investigado pelo Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, em amostra representativa de 26 capitais brasileiras e Distrito Federal⁽²⁵⁾. Para a população feminina, o mesmo é definido como quatro ou mais doses de bebida alcoólica pelo menos em um único episódio, nos últimos 30 dias. Considera-se como uma dose de álcool (12 gramas de etanol puro): uma lata de cerveja (330ml), uma taça de vinho (100ml) ou uma dose de bebida destilada (30ml)⁽²⁶⁾. Ao analisar os anos em que ocorreram os inquéritos, nota-se que a prevalência desse tipo de consumo entre mulheres, com 18 anos ou mais, foi crescente de 2006 a 2010 (8,2% a 10,6%), diminuiu em 2011 (9,1%), aumentou em 2012 (10,3%), decresceu nos anos de 2013 (9,7%) e 2014 (9,4%), voltando a aumentar em 2015 (10,2%) e 2016 (12,1%)⁽²⁵⁾, tornando possível perceber um aumento na proporção da quantidade de álcool consumida pela população feminina.

Assim, em virtude do padrão de consumo do álcool poder ser verificado por diferentes testes validados no Brasil (*Cut down, Annoyed, Guilt e Eye-opener* - CAGE, *Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener* - T-ACE, *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* - ASSIST, *Alcohol Use Disorder Identification Test* - AUDIT)^(18,27,28) e também por meio de outros instrumentos não validados, existe uma dificuldade na comparação dos resultados⁽¹⁹⁾. Somado a isso, diferenças metodológicas em relação à população estudada e à forma de coleta, também acabam por influenciar nos resultados e na posterior comparação dos dados disponíveis sobre alcoolismo.

A OMS recomenda o uso do questionário AUDIT para rastreamento dos transtornos decorrentes do uso do álcool na atenção primária, e estudos já demonstraram também ser recomendado em levantamentos domiciliares^(19,29). Por meio dele, é possível ter um panorama do uso de risco, nocivo e a provável dependência, nos últimos 12 meses. Validado no Brasil em 2005, o teste apresentou sensibilidade de 87,8% e especificidade de 81%, sendo amplamente recomendado por tratar-se de um instrumento curto e fácil de aplicar⁽¹⁸⁾.

As variáveis associadas ao transtorno do uso do álcool no presente estudo foram: situação marital, tabagismo e hipertensão arterial sistêmica, divergindo dos estudos realizados com homens e mulheres, que em sua maioria encontravam associação com faixa etária^(19,21-24), escolaridade^(22,23), renda⁽²³⁾ e presença de trabalho remunerado⁽²²⁾, o que pode refletir uma natureza de consumo feminino mais complexa⁽³⁰⁾. O transtorno do uso do álcool em mulheres transita por vias diferentes das masculinas. A vulnerabilidade biológica faz com que as complicações físicas se desenvolvam mais precocemente nelas, além de serem mais estigmatizadas socialmente, pelo fracasso no desempenho do papel social⁽³¹⁾, uma vez que passam a ser “percebidas como tendo abandonado os papéis de esposa e mãe”. (Edwards et al., 2005, pag. 153)

Mulheres em situação marital sem companheiro (solteiras, viúvas e separadas/divorciadas) tem maior prevalência de transtorno do uso do álcool do que as casadas. Esse achado corrobora com os resultados de inquéritos brasileiros^(19,22,24,30,32). Estudo apenas com mulheres em uma cidade italiana produtora de vinho também encontrou associação entre não ter companheiro e apresentar transtorno do uso do álcool⁽³³⁾. Ao estratificar sua amostra por sexo, Silveira (2010) também encontrou uso mais prevalente entre mulheres sem companheiro da região metropolitana de São Paulo⁽³⁴⁾. Esses dados fazem refletir sobre o significado de não ter companheiro e suas implicações para homens e mulheres. O lazer, descontração e inserção social ao qual o álcool está associado na cultura brasileira e em outras no mundo⁽³⁵⁾ pode, ter outra representatividade para a mulher sem companheiro⁽³³⁾. Ao passo que, ter um relacionamento estável está associado a melhores condições de saúde⁽¹⁹⁾.

A associação entre tabagismo e alcoolismo é amplamente demonstrada na literatura, tanto para homens como para mulheres^(19,22,30,36,37). Ambas são capazes de gerar dependência (co-abuso) e, possivelmente, tem a mesma razão causal. O tabagismo, em um primeiro momento, reduz os efeitos aversivos resultantes dos níveis de acetaldeído, primeiro produto do metabolismo do etanol, no sangue⁽³⁸⁾.

Referir diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica esteve associado a uma menor prevalência de transtorno do uso do álcool. Uma possível explicação, é que o uso concomitante de medicamento anti-hipertensivo e álcool reduz o efeito do primeiro⁽³⁹⁾, colocando em risco a vida do indivíduo. A literatura aponta que pode haver um benefício do baixo consumo de álcool, como redução da pressão sanguínea, do risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral⁽³⁹⁾. O acesso à informação em saúde é capaz de desencadear um conjunto de mudanças comportamentais, incluindo a redução no consumo do álcool.

Os estudos mostram que indivíduos das faixas etárias mais jovens apresentam maior prevalência de transtorno do uso do álcool do que os mais velhos^(19, 21-24). Contudo, ao observar apenas a população feminina, os dados sugerem influência de outras variáveis. Reisdorfer *et al.* (2012) encontraram associação do transtorno do uso do álcool com a faixa etária jovem de sua amostra⁽¹⁹⁾; Guimarães *et al.* (2010), não encontraram associação entre o consumo abusivo e faixa etária, ao estratificar sua amostra por sexo⁽³⁰⁾; Kerr-Côrrea *et al.* (2008), ao estudar duas comunidades distantes apenas seis quilômetros uma da outra, encontraram associação entre faixa etária mais jovem e uso do álcool apenas na comunidade com características mais tradicionais, de maioria abstêmia, sugerindo que os fatores socioculturais influenciam o uso do álcool⁽³⁷⁾. No presente estudo, não foi encontrada associação, apesar da representatividade de todas as faixas etárias.

Em relação à escolaridade, a literatura indica que há controvérsias. Enquanto alguns estudos demonstram uma associação entre maior escolaridade e aumento no consumo regular de álcool^(30,32,34), quando o desfecho observado é a dependência, observa-se que a probabilidade de desenvolvimento em determinados momentos apresenta-se maior entre os indivíduos de menor escolaridade^(23,34), e em outros nos de maior escolaridade⁽³⁶⁾. Souza *et al.* (2016) identificaram que idosas com baixa escolaridade de sua amostra bebiam diariamente ou semanalmente⁽⁴⁰⁾. De acordo com o *Vigitel*, no ano de 2006, o consumo abusivo entre mulheres sofreu variação mínima em relação aos anos de estudo, mas ainda assim, foi menor nas mulheres com até oito anos de estudo. Nos demais anos em que ocorreram os inquéritos, o consumo abusivo permaneceu menor entre as mulheres de menor escolaridade e observou-se tendência de aumento conforme aumentavam os anos de estudo⁽²⁵⁾. Apesar de indivíduos com maior escolaridade e conseqüente acesso à informação terem maior probabilidade de apresentarem melhores condições de saúde, quando relacionado ao uso do álcool, o aumento no nível educacional parece não exercer influência nas escolhas individuais. Na população do estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

No que tange à renda, a literatura demonstra que também há controvérsias. Alguns estudos indicam que quanto maior a renda, maior o consumo de álcool^(23,32), entretanto a síndrome de dependência do álcool, segundo a literatura, parece acometer mais os homens de menor renda^(34,36). Essas diferenças podem estar relacionadas a questões metodológicas de definição de padrões de consumo ou mesmo indicar que o álcool está presente em todas as classes socioeconômicas. A literatura aponta que estar inserido no mercado de trabalho está relacionado a um aumento no consumo regular⁽⁴¹⁾ e na probabilidade de apresentar algum tipo de transtorno de uso⁽²³⁾, sugestivo de ampliação do acesso e busca pelos efeitos depressivos do álcool como meio de aliviar o estresse do dia a dia. Silveira (2010), ao estudar diferentes padrões de consumo, encontrou maior prevalência de uso regular em mulheres inseridas no mercado de trabalho, enquanto a menor prevalência foi encontrada entre as que eram do lar. As mulheres de sua amostra que trabalhavam fora e as estudantes tinham maior proteção para dependência⁽³⁴⁾. Contudo, nas populações femininas de diferentes estudos^(19,21,23,24), a associação entre trabalho remunerado e transtornos do uso do álcool não foi encontrada, corroborando com o achado do presente estudo. Vale destacar que, trabalhar em ambiente majoritariamente masculino influencia o uso de álcool por mulheres⁽¹¹⁾. Assim, sugere-se que os estudos futuros considerem as condições laborais femininas como uma variável possivelmente associada ao uso problemático do álcool.

Por ser parte de um projeto maior envolvendo a população geral, o presente estudo tem por limitações a não inclusão de questões que contemplassem as peculiaridades femininas, como número de gestações, partos e abortos, além de outras como convívio com companheiro(a) bebedor(a) pesado(a), histórico familiar de alcoolismo, composição da estrutura familiar, religião, ocupação/profissão, condições laborais, histórico de perdas afetivas e materiais, que ampliariam o escopo de variáveis, uma vez que sabe-se que o transtorno do uso do álcool perpassa por questões genéticas, socioeconômicas, psicológicas, ambientais e culturais.

Conclui-se, portanto, que a prevalência do transtorno do álcool entre as mulheres de Dourados é mais alta do que as encontradas em estudos semelhantes realizados no Brasil. A associação com situação marital e tabagismo deve ser considerada tanto no planejamento de ações no nível local, como no desenvolvimento de políticas públicas. Sugere-se o acompanhamento da tendência de uso por meio de instrumento de fácil aplicação na prática clínica, como o AUDIT, permitindo assim, a identificação precoce de transtornos do uso do álcool e viabilizando ações oportunas de redução de risco; e a inclusão da abordagem ao uso de álcool nas práticas de controle do tabaco. A menor prevalência do transtorno entre as

mulheres com diagnóstico de HAS, vem reforçar a relevância da garantia do acesso à informação em saúde e de uma abordagem completa, considerando o sujeito na sua totalidade, como estratégia eficaz de enfrentamento não só dos transtornos do uso do álcool, como demais doenças crônicas não transmissíveis.

Agradecimentos: O projeto “Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre adultos residentes da área urbana de Dourados/MS” recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Tabela 1 – Caracterização da amostra e prevalência de transtorno do uso do álcool, de acordo com variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamental e de saúde entre mulheres adultas. Dourados, 2016.

	Frequência n (%)	Transtorno do uso do álcool n (%)	P valor
Faixa etária			<0,001*
20 a 29 anos	169 (28,4)	32 (20,0)	
30 a 39 anos	135 (22,6)	24 (18,2)	
40 a 49 anos	166 (27,8)	12 (7,5)	
50 ou mais	127 (21,2)	8 (6,6)	
Cor da pele			0,620 **
Branca	306 (51,3)	36 (12,2)	
Não branca	290 (48,7)	39 (14,0)	
Situação marital			<0,001**
Com companheiro	349 (60,5)	23 (6,8)	
Sem companheiro	228 (39,5)	50 (23,1)	
Escolaridade			0,418**
Até 8 anos de estudo	207 (36,7)	28 (14,0)	
+ 8 anos de estudo	357 (63,3)	39 (11,4)	
Classe Econômica			0,066*
A/B	211 (36,6)	15 (7,5)	
C	308 (53,5)	42 (14,0)	
D/E	57 (9,9)	8 (14,8)	
Trabalho Remunerado			0,709**
Não	250 (42,0)	30 (12,6)	
Sim	345 (58,0)	46 (13,8)	
Tabagismo			<0,001**
Não	530 (88,8)	50 (9,8)	
Sim	67 (11,2)	26 (40,6)	
Auto avaliação da saúde			1,000**
Ruim	217 (36,5)	28 (13,3)	
Boa	378 (63,5)	48 (13,3)	
Diabetes Mellitus			1,000**
Não	571 (95,6)	73 (13,3)	
Sim	26 (4,4)	3 (11,5)	
Hipertensão Arterial Sistêmica			0,042**
Não	482 (80,9)	68 (14,7)	
Sim	114 (19,1)	8 (7,3)	

*Teste de qui-quadrado (χ^2)

**Teste Exato de Fisher

Tabela 2 – Razões de prevalência bruta e ajustada para transtorno do uso do álcool e variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamental e de saúde entre mulheres adultas. Dourados, 2016.

	Transtorno do uso do álcool		
	Razão de Prevalência Bruta (IC 95%)	Razão de Prevalência Ajustada (IC 95%)*	
Faixa etária		0,599	
20 a 29 anos	1,13 (1,03 – 1,23)	-	
30 a 39 anos	1,11 (1,02 – 1,21)	-	
40 a 49 anos	1,00 (0,96 – 1,06)	-	
50 ou mais	1,00	-	
Cor da pele		0,497	
Branca	1,00	-	
Não branca	1,01 (0,97 – 1,06)	-	
Situação marital		0,001	0,010
Com companheiro	1,00	1,00	
Sem companheiro	1,15 (1,07 – 1,24)	1,11 (1,03 – 1,21)	
Escolaridade		0,319	
Até 8 anos de estudo	1,00	-	
+ 8 anos de estudo	0,98 (0,93 – 1,02)	-	
Classe Econômica		0,777	0,931
A/B	1,00	1,00	
C	1,07 (0,98 – 1,16)	1,03(0,99 – 1,08)	
D/E	1,06 (1,00 – 1,12)	1,00(1,00 – 1,12)	
Trabalho Remunerado		0,673	
Não	1,00	-	
Sim	1,12 (0,96 – 1,07)	-	
Tabagismo		<0,001	<0,001
Não	1,00	1,00	
Sim	1,28 (1,18 – 1,39)	1,24 (1,15 – 1,35)	
Auto avaliação da saúde		0,993	
Ruim	1,00	-	
Boa	1,00 (0,95 – 1,05)	-	
Diabetes Mellitus		0,782	
Não	1,00	-	
Sim	0,99 (0,88 – 1,10)	-	
Hipertensão Arterial Sistêmica		0,052	0,026
Não	1,00	1,00	
Sim	0,93 (0,87 – 0,99)	0,94 (0,88 – 0,99)	

*Ajustada por faixa etária, situação marital, classe econômica, tabagismo e hipertensão arterial (p<0,20).

Tabela 3 – Padrão de respostas ao AUDIT para mulheres adultas não abstêmias, de Dourados – MS, 2016.

Questões AUDIT	n (%)
Frequência de consumo (n=272)	
Mensalmente ou menos	124 (45,6)
De 2 a 3 vezes por semana	93 (34,2)
De 2 a 4 vezes no mês	42 (15,4)
4 ou mais vezes por semana	13 (4,8)
Quantidade de doses (n=271)	
0 ou 1	80 (29,5)
2 ou 3	102 (37,6)
4 ou 5	49 (18,1)
6 ou 7	14 (5,2)
8 ou mais	26 (9,6)
Frequência de consumo de 6 ou mais doses (n=268)	
Nunca	152 (56,7)
Menos do que uma vez ao mês	60 (22,4)
Mensalmente	27 (10,1)
Semanalmente	21 (7,8)
Todos ou quase todos os dias	8 (3,0)
Achou que não ia conseguir parar de beber depois de ter começado (n=269)	
Nunca	235 (87,4)
Menos do que uma vez ao mês	22 (8,2)
Mensalmente	5 (1,9)
Semanalmente	4 (1,5)
Todos ou quase todos os dias	3 (1,1)
Deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria, após ter bebido (n=269)	
Nunca	235 (87,4)
Menos do que uma vez ao mês	23 (8,6)
Mensalmente	3 (1,1)
Semanalmente	3 (1,1)
Todos ou quase todos os dias	5 (1,9)
Precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido muito no dia ou na noite anterior (n=269)	
Nunca	262 (97,1)
Menos do que uma vez ao mês	3 (1,1)
Mensalmente	1 (0,4)
Semanalmente	2 (0,7)
Todos ou quase todos os dias	1 (0,4)

Sentiu-se culpada ou com remorso depois de ter bebido (n=269)

Nunca	218 (81,0)
Menos do que uma vez ao mês	36 (13,4)
Mensalmente	9 (3,3)
Semanalmente	3 (1,1)
Todos ou quase todos os dias	3 (1,1)

Não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior (n=269)

Nunca	235 (87,7)
Menos do que uma vez ao mês	24 (9,0)
Mensalmente	5 (1,9)
Semanalmente	2 (0,7)
Todos ou quase todos os dias	2 (0,7)

Feriu magoou alguém ou se feriu magoou alguém por causa de ter bebido (n=270)

Não	225 (83,3)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	22 (8,1)
Sim, nos últimos 12 meses	23 (8,5)

Já causou preocupação a terceiros pela forma com que bebe (n=268)

Não	227 (84,7)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	19 (7,1)
Sim, nos últimos 12 meses	22 (8,2)

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014.
2. Pan American Health Organization. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas. Washington, DC : PAHO, 2015.
3. Ceylan-Isik AF, McBride SM, Ren J. Sex Difference in Alcoholism: Who is at a Greater Risk for Development of Alcoholic Complication? *Life sciences*. 2010;87(5-6):133-8.
4. Machado RM, Junior MLC. Evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011;1(3):407-21.
5. Brasil. II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.
6. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: Resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v.24, p.227-237, 2015.
7. Brasil. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007a.
8. Classificação Internacional de Doenças, versão 10 - CID-10. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm
9. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo Júnior JP, Braga Júnior ACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1473-86.
10. Oliveira CG, Dell’Agnolo CM; Ballani TSL; Carvalho MDB; Pelloso SM. Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2012;33(2):60-8.
11. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Tradução de Amarílis Eugênia Fernandez Miazzi. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005 in Brasil.
12. Mola R, Pitangui ACR, Barbosa SA, Almeida LS, Sousa MR, Pio WP, et. al. Condom use and alcohol consumption in adolescents and youth. *Einstein*. 2016;14(2):143-51.
13. Agius P, Taft A, Hemphill S, Toumbourou J, McMorris B. Excessive alcohol use and its association with risky sexual behaviour: a cross-sectional analysis of data from Victorian secondary school students. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37(1):76-82.
14. Pardo IMCG, Glass LM, Oliveira FM, Nascimento SRD, Santucci VCR, Miranda JEGB. Comparação entre a frequência de positividade do questionário T-ACE entre mães de recém-nascidos de termo e prematuros. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. 2013;15:105-108.

15. Prefeitura Municipal de Dourados. Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/cidade-de-dourados/>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/dourados/panorama>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio contínua – Manual de Entrevista. Rio de Janeiro: 2011. 175p.
18. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in na urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40:584-9.
19. Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15:582-94.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: www.abep.org/criterio-brasil.
21. Ferreira LN, Bispo Júnior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Júnior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:3409-18.
22. Freitas ICMd, Moraes SAd. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:2021-31.
23. Barros MBdA, Botega NJ, Dalgarrondo P, Marín-León L, Oliveira HBd. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:502-9.
24. Amato TC, Silveira PS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2008;4:1-17.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 90p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf.
26. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4503/definicao-dose-padrao.php>.
27. Castells MA, Furlanetto LM. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27: 54-7.

28. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199-206.
29. World Health Organization. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. 2001, 2ed.
30. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et. al. Consumo abusivo e dependência em população adulta no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13:314-25.
31. Silva, MGB. O pensar e o agir das mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação. Recife: 2012. 100 p. [Dissertação].
32. Castro DS, Sanchez ZM, Zaleski M, Alves HNP, Pinsky I, Caetano R, et. al. Sociodemographic characteristics associated with binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence.* 2012;126:272-6.
33. Grattagliano I, Gallone MF, Tafuri S, Fanelli E, Viola G, Ragusa M, et. al. Woman and alcohol. A survey in the city of Barletta. *J Prev Med Hyg.* 2014;55(3):96-100.
34. Silveira, CM. Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios de uso do álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo. São Paulo: 2010. 211 p. [Tese].
35. Brunelli RT, Romera LA, Marcelino NC. Lazer, juventude e álcool: uma análise das promoções e eventos dirigidos ao público jovem. *Licere.* 2013;16: 1-18.
36. Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25:1711-20.
37. Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Hegedus AM, Trinca LA, Oliveira JB, Floripes TMF, et. al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30:235-42.
38. Silva MTB, Araújo FLO, Félix FHC, Simão AFL, Lobato RFG, Sousa FCF, Fonteles MMF, Viana GSB, Vasconcelos SMM. Álcool e nicotina: mecanismos de dependência. *Rev Neurocienc.* 2010; 18(4):531-7.
39. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? (Review). *J Intern Med* 2015; 278: 238-50.
40. Souza JGS, Jones KM, Fonseca ADG, Martins AMEBL. Consumption profile and factors associated with the ingestion of beer and distilled beverages among elderly Brazilians: Gender differences. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16:810-20.

41. Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):679-85.

6. ANEXO

6.1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS/UF GD-MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em adultos de Dourados, MS

Pesquisador: ROSANGELA DA COSTA LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50059115.8.0000.5160

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal da Grande Dourados/UF GD-MS

Patrocinador Principal: CNPQ
FUND. DE APOIO E DE DESENV. DO ENSINO, CIENCIA E TECN. DO ESTADO DO MS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.444.698

Apresentação do Projeto:

O projeto objetiva estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na população adulta urbana da cidade de Dourados, MS conforme características sócio-demográficas. A população alvo são indivíduos de ambos os sexos na faixa etária entre 20 a 59 anos, residentes na área urbana do município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul. Serão coletadas informações sobre dieta, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e amostras de sangue para a realização de exames bioquímicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos

- Estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta, de 20 a 59 anos, residentes na cidade de Dourados, MS.
- Descrever a prevalência estimada de hipertensão arterial sistêmica auto-referida, a utilização de serviços de saúde no último ano e o consumo de medicamentos anti-hipertensivos.
- Avaliar características sócio-demográficas (idade, cor da pele, sexo, escolaridade e nível econômico).
- Avaliar o estado nutricional destes indivíduos através de medidas de Índice de Massa Corporal,

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS/UFMS



Continuação do Parecer: 1.444.698

dobras cutâneas e circunferência da cintura.

- Avaliar características comportamentais como o consumo de bebida alcoólica, tabagismo, atividade física e dieta.

- Medir índices de glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e albumina séricos em uma amostra destes indivíduos.

- Analisar a prevalência de HAS aferida conforme as demais variáveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1. Riscos: a) desconforto da coleta de sangue;

2. Benefícios: a) levantamento de informações sobre a população estudada; b) lança bases para futuras intervenções; c) potencial de impactar positivamente a saúde da população estudada à partir do diagnóstico da HAS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto:

1) Apresenta suas premissas e objetivos de forma clara e direta;

2) Usa métodos recorrentes e amplamente aceitos na área da saúde;

3) Pode impactar positivamente na população estudada, fornecendo diagnóstico e informações aos voluntários sobre a HAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo e o questionário estão em linguagem clara e adequada, descrevendo a pesquisa aos voluntários.

Recomendações:

Considerando que o parecer anterior foi atendido integralmente, pois os autores ajustaram o TCLE atendendo às exigências da resolução 466/12, recomendo aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_551232.pdf	05/02/2016 14:46:44		Aceito

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS Município: DOURADOS

Telefone: (67)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS/UFMS



Continuação do Parecer: 1.444.698

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/02/2016 14:46:16	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/12/2015 14:43:23	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito
Outros	questionarioprojeto.doc	01/12/2015 18:59:25	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito
Outros	resolucaoFCSeprojeto.PDF	30/11/2015 12:40:59	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	delcaracaodecompromisso.pdf	18/11/2015 14:51:28	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.doc	11/11/2015 16:23:47	ROSANGELA DA COSTA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 09 de Março de 2016

Assinado por:

Paulo Roberto dos Santos Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br