

Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil

Gustavo Pêgas Jaeger^I, Christian Loret de Mola^{II}, Mariangela Freitas Silveira^{III}

^I Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento Materno Infantil e de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em uma população exclusivamente rural.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, integrante de um consórcio de pesquisa rural, realizado em cidade de médio porte do Sul do Brasil, com adultos residentes na zona rural, utilizando o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). A análise incluiu a prevalência dos transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados, como sociodemográficos, familiares e de saúde; foi realizada por regressão de Poisson, em modelo hierarquizado de análise, com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: A amostra final foi de 1.519 indivíduos. A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) foi de 8,4% (IC95% 7,0–9,8). Os fatores de risco para transtornos relacionados ao uso de álcool foram sexo masculino (RP = 8,26; IC95% 4,82–14,16), faixa etária entre 18 e 29 anos (RP = 3,29; IC95% 1,80–6,0) e tabagismo (RP = 1,88; IC95% 1,03–3,43). Como fatores de proteção com significância estatística encontramos a prática de religião (RP = 0,38; IC95% 0,25–0,58) e escolaridade entre nove e 11 anos de estudo, (RP = 0,33; IC95% 0,16–0,69). Estado civil e classe social não estiveram associados com o desfecho estudado.

CONCLUSÕES: A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool na população rural é alta, porém, em média, mais baixa do que as encontradas em populações urbanas. Os fatores de risco e proteção foram similares aos encontrados em estudos prévios. Os homens, as pessoas mais jovens e os tabagistas têm maior risco para apresentar transtornos relacionados ao uso de álcool. Por outro lado, praticar uma religião e ter maior escolaridade foram fatores de proteção.

DESCRITORES: Consumo de Bebidas Alcoólicas, epidemiologia. Transtornos Induzidos por Álcool, epidemiologia. Alcoolismo, epidemiologia. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. População Rural

Correspondência:

Gustavo Pêgas Jaeger
Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia – UFPel
Rua Marechal Deodoro, 1160
3º piso Centro
96020-220 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: gpjaeger@yahoo.com.br

Recebido: 31 mai 2017

Aprovado: 2 nov 2017

Como citar: Jaeger GP, Loret de Mola C, Silveira MF. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52 Supl 1:8s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas da população brasileira adulta vem sendo objeto de diversas pesquisas nas últimas décadas¹⁻³. A importância desses estudos advém do fato de que o padrão de consumo está relacionado a diversos problemas de saúde, além de sociais e econômicos^{2,4}.

A literatura científica atual utiliza nomenclaturas diversas para se referir a diferentes padrões de consumo de álcool⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define três padrões de consumo de álcool. O uso de risco é descrito como um padrão de consumo que aumenta a possibilidade de danos a quem consome ou a outros. O uso nocivo é definido como um padrão de consumo que resulta em danos físicos ou mentais. A dependência é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas fisiológicos, comportamentais e cognitivos, como forte desejo de consumir álcool e dificuldade de interromper o consumo, que denotam um padrão mais grave⁵.

Em relatório publicado pela OMS em 2014, o álcool é descrito como uma substância capaz de levar à dependência química e causadora de agravos sérios à saúde, como, por exemplo, cirrose hepática, diversos tipos de câncer e pancreatite⁴. O número de óbitos atribuídos ao consumo de álcool em 2012 foi de 3,3 milhões, o que representa 5,9% de todos os óbitos ocorridos no mundo naquele ano⁴. O consumo nocivo de álcool leva a enormes prejuízos econômicos às nações. A Coreia do Sul e a Tailândia, países de renda média, assim como o Brasil, tiveram um custo total com o uso abusivo de bebidas alcoólicas de aproximadamente 2,1% de seu produto interno bruto⁶. No Brasil, grandes estudos nacionais têm pesquisado o consumo de bebidas alcoólicas. O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD-II), em 2012, encontrou uma prevalência geral de dependência de álcool de 6,8%². Outro grande inquérito, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, constatou uma prevalência de 10,3% de consumo abusivo de álcool, definido como o consumo de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias³. Além dessas pesquisas de âmbito nacional, estudos de menor porte têm sido realizados para conhecer, de maneira detalhada, o padrão, a prevalência e os fatores associados ao consumo de álcool no Brasil. Estudo realizado em 2012⁷ com população urbana da cidade de Florianópolis, SC, utilizando o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁵, encontrou uma prevalência de 18,4% de transtornos relacionados ao uso de álcool. Em Pelotas, RS, em 2004, estudo também realizado com população urbana encontrou uma prevalência de 14,3% de consumo abusivo de álcool (30 gramas ou mais por dia)⁸.

Alguns fatores associados ao maior consumo de álcool são conhecidos e mais consistentes na literatura atual, como ser do sexo masculino, ser solteiro ou divorciado e ser tabagista. Entretanto, a relação com alguns importantes fatores sociodemográficos, como faixa etária, classe social, escolaridade, renda, entre outros, não está bem estabelecida^{1,7-9}.

Apesar de o conhecimento acerca do padrão de consumo de álcool na população brasileira ter crescido bastante, poucos dados são encontrados na literatura sobre o consumo de bebidas alcoólicas em populações rurais^{2,3,10}. Em uma dessas pesquisas, com comunidades quilombolas em 2015, foi encontrada uma prevalência de 10,7% de consumo excessivo de bebidas alcoólicas e sua associação com maior escolaridade, tabagismo e exercício de atividade laborativa. O consumo excessivo nesse estudo foi classificado como cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião ou consumo regular de 15 ou mais doses por semana¹⁰.

Diferentemente do Brasil, encontra-se na literatura estudos em outros países sobre consumo e problemas relacionados ao álcool realizados em regiões exclusivamente rurais. Estudo realizado em região rural da Índia em 2013 encontrou uma prevalência de 9,4% de consumo de álcool e de 3,7% de consumo alcoólico de risco. Nesse estudo, o consumo de álcool esteve associado ao sexo masculino, à faixa etária intermediária (15–44 anos), à baixa escolaridade e ao tabagismo¹¹. Outro estudo realizado com população rural do Vietnã, no mesmo ano, constatou uma prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool de 11,8%, com forte associação com o sexo masculino¹².

Neste estudo, descrevemos a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e seus fatores associados em população rural de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Este estudo de base populacional e com delineamento transversal foi conduzido na zona rural do município de Pelotas, RS, com indivíduos de 18 anos ou mais de idade. Faz parte do consórcio de pesquisa do biênio 2015/2016 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas¹³. Pelotas localiza-se na região sul do estado do Rio Grande do Sul. A população total do município, em 2010, era de 328.275 habitantes, dos quais aproximadamente 17.000 tinham 18 anos ou mais e residiam na zona rural. A zona rural de Pelotas é composta por oito distritos, divididos de acordo com critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 50 setores censitários¹⁴.

A amostra foi composta por indivíduos de todos os distritos da zona rural do município de Pelotas, RS. O tamanho da amostra do consórcio foi definido a partir das necessidades de nove subprojetos. Para este estudo, o tamanho amostral mínimo foi de 1.440 indivíduos, sendo calculado no programa OpenEpi¹⁵. Os parâmetros utilizados para o cálculo do tamanho amostral foram prevalência de 15% do desfecho principal (transtornos relacionados ao uso de álcool), estimada pela média das prevalências de dois estudos com desenho similar e outro realizado na zona urbana de Pelotas, RS^{7,8,16}, erro aceitável de três pontos percentuais (p.p.), efeito de delineamento de dois, intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, razão de *odds* mínima de 1,8, acrescidos de 10% para perdas e recusas e 15% para fatores de confusão.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Inicialmente, foram sorteados 24 dos 50 setores censitários que compõem a zona rural. Em seguida, 30 domicílios de cada setor foram selecionados aleatoriamente para alcançar o valor amostral mínimo, estimando-se que em cada domicílio haveria no mínimo dois adultos. Utilizou-se o *software Google Earth* para identificação dos domicílios em cada setor.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de janeiro e junho de 2016. Um grupo de entrevistadoras foi treinado na aplicação dos instrumentos da pesquisa, com questionários eletrônicos em *tablets*, usando o *software RedCap (Research Electronic Data Capture)*, e questionários tradicionais em papel. Também receberam treinamento e foram padronizadas na coleta de dados antropométricos. O trabalho de campo contou sempre com a supervisão de no mínimo dois mestrandos responsáveis pelo consórcio.

No campo de pesquisa, foi fundamental a utilização de um aparelho de GPS (*Global Positioning System*). A partir de processo previamente definido para seleção amostral, iniciava-se o percurso utilizando as coordenadas geográficas fornecidas pelo GPS para a localização das residências a serem pesquisadas. Maiores detalhes sobre a metodologia do trabalho de campo estão disponíveis no artigo metodológico desse consórcio de pesquisa¹⁶.

Para a avaliação do consumo de álcool, foi utilizado o AUDIT, que é um instrumento de rastreamento elaborado pela OMS, já validado no Brasil^{7,17}, constituído por 10 perguntas cuja soma pode gerar um escore de zero a 40 pontos. Utilizou-se, neste estudo, a versão do AUDIT validada na cidade de Pelotas, RS¹⁷. A OMS propõe uma subdivisão, de acordo com os escores alcançados no AUDIT, em quatro categorias ou padrões de consumo de álcool: zero a sete, uso sem risco; oito a 15, uso de risco; 16 a 19, uso nocivo e 20 ou mais, provável dependência. Além disso, o AUDIT é também utilizado de forma dicotomizada, sendo de zero a sete pontos a categoria considerada “uso sem risco”, e ≥ 8 pontos, a categoria denominada “transtornos relacionados ao uso de álcool”, utilizada como desfecho deste estudo, a qual engloba as subcategorias uso de risco, uso nocivo e provável dependência⁷.

As variáveis de exposição estudadas foram assim categorizadas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (18–29; 30–39; 40–49; 50–59; ≥ 60 anos), cor da pele autorreferida (branca; negra, preta ou mulata; parda, amarela ou indígena), descendência familiar autorreferida (alemã ou

pomerana; brasileira ou mista; italiana; portuguesa; africana ou quilombola; polonesa ou polaca; outras), história familiar de problemas com uso de álcool (não; sim), escolaridade em anos completos (zero; 1–4; 5–8; 9–11; ≥ 12), estado civil (casado ou com companheiro; divorciado, separado ou viúvo; solteiro), trabalho atual (não; sim), classe socioeconômica (A–B; C; D–E), através da classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP)¹⁸, religião (não; sim), opção religiosa (católica; evangélica; afro-brasileira; espírita; outras), prática religiosa nos últimos 30 dias (nenhuma; ≥ 1 vez), utilizando a pergunta “Desde <dia> do mês passado, quantas vezes o(a) Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa?”, tabagismo (atual; ex-tabagista; nunca fumou), provável diagnóstico atual de depressão (não; sim), usando a escala de depressão de Edimburgo, com ponto de corte ≥ 13 para provável diagnóstico¹⁹, uso de álcool em algum momento da vida (não; sim), idade em que experimentou bebidas alcoólicas (< 18 ; ≥ 18 anos).

Para realizar as análises de associação, bivariada e multivariável, optou-se pelo uso da forma dicotomizada da variável de desfecho, para aumentar o poder estatístico. Nessas análises, foi utilizado o teste de heterogeneidade de Wald e de tendência para calcular os valores de p. As análises multivariáveis foram realizadas a partir de modelo conceitual e teórico hierarquizado²⁰ em quatro níveis, partindo do mais distante para o mais proximal ao desfecho.

No primeiro nível do modelo, incluímos as variáveis sexo, idade, descendência familiar e história familiar de alcoolismo. No segundo, estado civil, escolaridade, trabalho atual, classificação econômica e tipo de religião. O terceiro nível foi composto apenas pela variável prática religiosa. O quarto, e último nível hierárquico, incluiu as variáveis tabagismo, provável diagnóstico de depressão e idade em que experimentou bebidas alcoólicas.

O modelo hierarquizado serviu como base para as análises estatísticas. A variáveis de cada nível hierárquico foram ajustadas entre si. A partir do segundo nível, os ajustes também passaram a ser feitos pelos blocos de variáveis dos níveis anteriores. Essa abordagem apresenta algumas vantagens, como manter o ajuste para as variáveis potencialmente confundidoras e evitar o ajuste para variáveis possivelmente mediadoras do processo estudado²⁰.

As análises foram realizadas por regressão de Poisson para o cálculo de razões de prevalência (RP), tendo permanecido no modelo as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Em todo o processo de análise estatística, utilizou-se o comando *svy*, para lidar com o fato de que o processo amostral foi realizado em múltiplas etapas, sendo sorteados *clusters*, e não indivíduos, além de ponderar para os diferentes tamanhos amostrais em cada distrito. As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico Stata 14.1.

O controle de qualidade foi realizado por meio da aplicação, via telefone, de 10 questões do questionário original à 10% da amostra total. A concordância foi calculada pelo teste de Kappa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Parecer 1.363.979, de 11 de dezembro de 2015). Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.697 indivíduos residentes na zona rural. Desses, 1.519 completaram a pesquisa, o que caracterizou 10,5% de perdas e recusas. O coeficiente de Kappa ponderado foi de 0,90 para a questão sobre tabagismo, e de 0,51 para a questão sobre a idade do primeiro consumo de bebidas alcoólicas. Da amostra, 51,7% eram do sexo feminino, 85,2% definiram-se como brancos e 41,0% declararam-se descendentes de alemães ou pomeranos. A maior parte tinha de cinco a oito anos de estudo (42,6%), trabalhava no momento da pesquisa (59,0%) e pertencia à classe socioeconômica C (53,7%). Quanto ao estado civil, 60,3% declararam ser casados ou morar com companheiro e 4,4% declararam ser divorciados ou separados. A maioria (86%) relatou ser adepto a algum tipo de religião. Desses, 46,5% declararam-se católicos e 45,0% evangélicos. Além disso, 50,6% relataram a prática da religião no mínimo uma vez por mês (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra de indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, Brasil, 2016. (n = 1.519)

Característica	n ^a	%
Sexo		
Masculino	734	48,3
Feminino	785	51,7
Faixa etária (anos)		
18–29	287	18,9
30–39	228	15,0
40–49	296	19,5
50–59	297	19,5
60 ou mais	411	27,1
Cor da pele		
Branca	1.296	85,0
Preta/Negra	92	6,0
Mulata/Parda	101	6,9
Amarela	21	1,4
Indígena	9	0,7
Descendência familiar		
Alemã/Pomerana	632	41,0
Brasileira/Mista	386	26,0
Italiana	171	11,4
Portuguesa	88	5,8
Africana/Quilombola	75	5,0
Outras	167	10,8
História familiar de problemas com álcool		
Não	1.074	70,9
Sim	441	29,1
Escolaridade		
0	39	2,6
1–4	435	28,7
5–8	648	42,6
9–11	360	23,6
12 ou mais	37	2,5
Estado civil		
Casado/Companheiro	920	60,3
Divorciado/Separado	67	4,4
Solteiro	397	26,4
Viúvo	135	8,9
Trabalho atual		
Não	613	41,0
Sim	906	59,0
Classe socioeconômica (ABEP)		
A ou B	301	20,0
C	814	53,7
D ou E	388	26,3
Religião		
Não	212	14,0
Sim	1.307	86,0
Opção religiosa		
Evangélicos	595	45,0
Católicos	599	46,5
Espíritas	38	2,9

Continua

Tabela 1. Descrição da amostra de indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, Brasil, 2016. (n = 1.519). Continuação

Afro-brasileiras	11	0,9
Outra	61	4,7
Prática religiosa		
Nenhuma/mês	660	49,4
≥ 1/mês	645	50,6
Tabagismo		
Nunca fumou	987	64,7
Ex-fumante	285	18,7
Fumante atual	247	16,6
Diagnóstico de depressão ^b		
Não	1.287	89,0
Sim	155	11,0
Uso de álcool		
Nunca usou	169	11,1
Pelo menos 1 vez	1.350	88,9
Idade em que experimentou bebida alcoólica (anos)		
< 18	853	64,9
≥ 18	458	35,1

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a Diferentes valores amostrais devido a dados faltantes (*missings*).

^b Escala de depressão pós-natal de Edimburgo – ponto de corte ≥ 13.

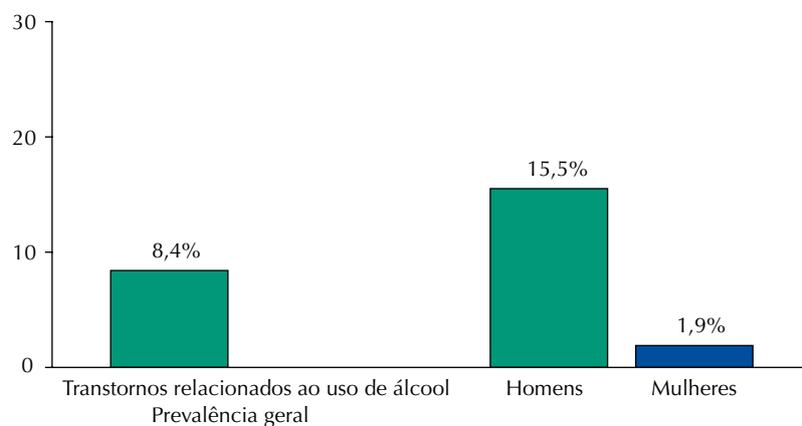
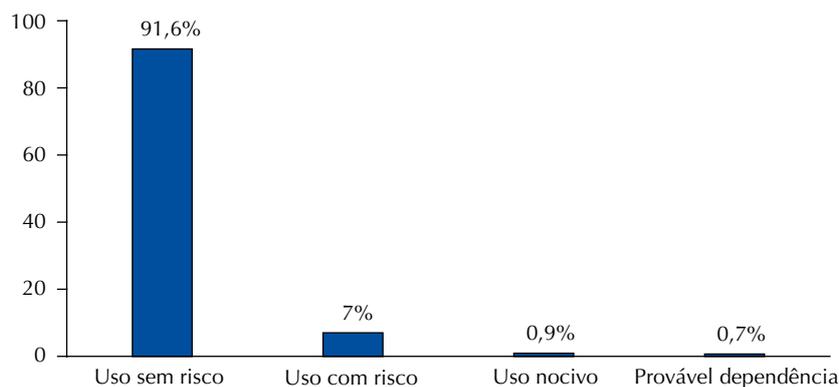
**Figura 1.** Prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) em adultos residentes na zona rural de Pelotas, RS, Brasil, 2016.**Figura 2.** Categorias de padrão de consumo de bebidas alcoólicas em adultos residentes na zona rural de Pelotas, RS, Brasil, 2016.

Tabela 2. Análise multivariável entre transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) e variáveis de exposição. Pessoas com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural de Pelotas, RS, Brasil, 2016.

Variável	Análise não ajustada		Análise ajustada	
	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)
1º nível ^c				
Sexo		p < 0,001 ^a		p < 0,001 ^a
Masculino	112 (15,3)	8,27 (4,80–14,24)	111 (15,2)	8,26 (4,82–14,16)
Feminino	15 (1,9)	1	15 (1,9)	1
Faixa etária (anos) ^a		p < 0,001 ^b		p = 0,001 ^b
18–29	34 (11,9)	3,57 (1,94–6,56)	34 (11,9)	3,29 (1,8–6,0)
30–39	24 (10,5)	3,24 (1,60–6,55)	24 (10,5)	2,94 (1,42–6,13)
40–49	27 (9,2)	2,80 (1,57–4,89)	27 (9,2)	2,56 (1,39–4,68)
50–59	29 (9,7)	3,04 (1,61–5,71)	28 (9,4)	2,86 (1,53–5,34)
≥ 60	13 (3,2)	1	13 (3,2)	1
Cor da pele		p = 0,224 ^a		p = 0,145 ^a
Demais	2 (6,7)	0,96 (0,23–3,98)	2 (6,7)	0,76 (0,19–2,94)
Negra/Preta/Mulata/Parda	22 (11,4)	1,46 (0,94–2,25)	22 (11,5)	1,43 (1,00–2,05)
Branca	103 (8,0)	1	102 (7,9)	1
História familiar		p = 0,184 ^a		p = 0,067 ^a
Não	82 (7,6)	0,76 (0,51–1,14)	82 (7,6)	0,72 (0,51–1,02)
Sim	44 (10,0)	1	44 (10,0)	1
2º nível ^d				
Escolaridade (anos completos)		p = 0,108 ^a		p = 0,013 ^a
0–4	30 (6,3)	0,41 (0,15–1,10)	30 (6,3)	0,42 (0,18–1,01)
5–8	64 (9,9)	0,64 (0,26–1,57)	64 (9,9)	0,57 (0,26–1,24)
9–11	27 (7,5)	0,46 (0,21–1,00)	27 (7,5)	0,33 (0,16–0,69)
≥ 12	6 (16,2)	1	6 (16,2)	1
Estado civil		p = 0,018 ^a		p = 0,273 ^a
Solteiro	55 (13,9)	2,02 (1,24–3,29)	55 (13,9)	1,41 (0,82–2,44)
Divorciado/Viúvo/Separado	10 (4,9)	0,73 (0,40–1,30)	10 (5,0)	1,32 (0,70–2,52)
Trabalho atual		p < 0,001 ^a		p = 0,114 ^a
Não	29 (4,7)	0,41 (0,28–0,60)	29 (4,7)	0,69 (0,44–1,10)
Sim	98 (11,0)	1	98 (11,0)	1
ABEP		p = 0,190 ^a		p = 0,192 ^a
A ou B	30 (9,6)	0,89 (0,49–1,60)	30 (9,6)	0,88 (0,50–1,53)
C	58 (6,8)	0,64 (0,40–1,04)	58 (6,8)	0,66 (0,42–1,03)
D ou E	35 (10,4)	1	34 (10,1)	1
Opção religiosa		p = 0,008 ^a		p = 0,09 ^a
Evangélicos	33 (5,6)	0,46 (0,27–0,78)	33 (5,6)	0,70 (0,38–1,30)
Outras	8 (7,3)	0,60 (0,27–1,32)	8 (7,3)	0,92 (0,45–1,85)
Católicos	61 (10,2)	0,85 (0,54–1,32)	61 (10,2)	1,25 (0,79–1,98)
Sem religião	25 (11,8)	1	24 (11,4)	1
3º nível ^e				
Prática religiosa		p < 0,001 ^a		p = 0,02 ^a
Nenhuma/mês	73 (11,4)	2,55 (1,72–3,78)	73 (11,4)	1,62 (1,08–2,43)
≥ 1 /mês	29 (4,4)	1	29 (4,4)	1
4º nível ^f				
Tabagismo		p < 0,001 ^b		p = 0,033 ^b
Fumante	43 (17,4)	3,00 (1,87–4,81)	31 (17,4)	1,88 (1,03–3,43)
Ex-fumante	28 (9,8)	1,69 (1,16–2,46)	25 (11,4)	1,29 (0,81–2,05)
Nunca fumou	56 (5,7)	1	44 (6,4)	1
Diagnóstico de depressão		p = 0,396 ^a		p = 0,814 ^a
Não	11 (7,0)	0,75 (0,39–1,46)	6 (5,8)	0,90 (0,39–2,10)
Sim	114 (8,8)	1	94 (9,6)	1
Idade em que experimentou bebida alcoólica (anos)		p = 0,012 ^a		p = 0,189 ^a
< 18	97 (11,4)	1,66 (1,12–2,46)	75 (10,7)	1,31 (0,86–2,00)
≥ 18	30 (6,5)	1	25 (6,5)	1

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a Valor de p de teste de heterogeneidade.^b Valor de p de tendência linear.^c Ajuste para todas as variáveis do primeiro nível.^d Ajuste para variáveis do 1º nível com p < 0,20 e para todas do 2º nível.^e Ajuste para as variáveis dos níveis superiores com p < 0,20 e para prática religiosa.^f Ajuste para as variáveis dos níveis superiores com p < 0,20 e para variáveis do nível.

Os transtornos relacionados ao uso de álcool, categoria de pontuação do AUDIT ≥ 8 pontos, foram encontrados em 8,4% dos 1.519 indivíduos adultos estudados, com uma diferença marcante entre os sexos, sendo 15,5% nos homens e 1,9% nas mulheres. Entre os padrões de consumo de álcool, o de provável dependência apresentou uma prevalência de 0,7% (Figuras 1 e 2).

Na análise multivariável, o risco de ter transtornos relacionados ao uso de álcool, categoria de desfecho do AUDIT utilizada, foi maior no sexo masculino (RP = 8,26; IC95% 4,82–14,16). A faixa etária de 18–29 anos apresentou uma prevalência 3,3 vezes maior (IC95% 1,80–6,00) em relação à categoria 60 anos ou mais. Além disso, as demais categorias também apresentaram maiores prevalências em relação à de referência, mas com tendência de diminuição com o aumento da faixa etária ($p < 0,001$) (Tabela 2).

A categoria de escolaridade composta por aqueles que completaram de nove a 11 anos de estudo apresentou menor prevalência do desfecho do que a categoria de referência, i.e., aqueles com 12 anos ou mais de estudo (RP = 0,33; IC95% 0,16–0,69). As demais categorias também apresentaram menores prevalências, porém sem significância estatística.

Indivíduos que se autodeclararam evangélicos apresentaram menor prevalência do desfecho em relação àqueles sem religião (RP = 0,70; IC95% 0,38–1,30), mas a associação não foi estatisticamente significativa. A prática religiosa uma ou mais vezes nos últimos 30 dias também foi um fator de proteção à presença de transtornos relacionados ao uso de álcool. Aqueles que não praticaram nos últimos 30 dias apresentaram prevalência 1,6 vezes maior (IC95% 1,08–2,43) (Tabela 2).

Também foi encontrada relação entre tabagismo e transtornos relacionados ao uso de álcool. Após análise ajustada, os fumantes atuais apresentaram prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool 1,9 vezes maior (IC95% 1,03–3,43) do que aqueles que nunca haviam fumado (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDIT ≥ 8) encontrada neste estudo foi de 8,4%. Prevalências mais elevadas foram encontradas no sexo masculino, na faixa etária de 18–29 anos, nos que não praticavam sua religião e nos tabagistas.

Não foi encontrada associação entre a variável desfecho, i.e., transtornos relacionados ao uso de álcool e as seguintes variáveis de exposição: estado civil, história familiar de problemas com álcool, classe social, opção religiosa, provável diagnóstico de depressão e idade em que experimentou bebidas alcoólicas.

De maneira geral, a prevalência de 8,4% de transtornos relacionados ao uso de álcool mostrou-se mais baixa do que as encontradas em muitos estudos sobre o tema^{8,11,12,21–23}. Por exemplo, em regiões rurais da Índia, a prevalência de consumo alcoólico de risco (AUDIT ≥ 8) foi de 33,2%²⁴.

Os achados de prevalência, no entanto, são similares aos encontrados em outras pesquisas e estudos. A PNS, por exemplo, encontrou uma prevalência de consumo abusivo de álcool de 10,3% em indivíduos adultos residentes nas zonas rurais do Brasil³. Em comunidades quilombolas predominantemente rurais na Bahia, a prevalência de consumo excessivo de álcool foi de 10,7%¹⁰. Em 2013, na Índia, estudo usando o mesmo instrumento e o mesmo ponto de corte que usamos encontrou prevalência de 9,4%¹¹. Outro trabalho, realizado em região rural do Quênia, encontrou prevalência de 7,7% de transtornos relacionados ao uso de álcool, utilizando o questionário AUDIT e ponto de corte ≥ 8 ²⁵.

Para comparar as diferentes prevalências encontradas em alguns estudos, é importante levar em conta os métodos de mensuração utilizados, como o questionário e o ponto de corte, por

exemplo. Dois estudos realizados no Brasil, nas cidades de Florianópolis, SC, e Rio Grande, RS, utilizaram o questionário AUDIT com o mesmo ponto de corte deste estudo^{7,21}, o que permite uma melhor comparação entre os achados. A prevalência encontrada neste estudo é bastante próxima à encontrada em Rio Grande, de 7,9%, município vizinho de Pelotas e com características muito similares, e diferente da prevalência de 18,4% encontrada em Florianópolis. Esse resultado pode ser um indicativo de que as características de diferentes regiões e populações estudadas, como o número de habitantes e hábitos culturais, podem estar relacionadas aos diferentes padrões de consumo.

Principalmente no Brasil, há poucos estudos realizados exclusivamente com populações rurais, o que limita a comparabilidade com os resultados encontrados. Com os dados atualmente disponíveis, pode-se constatar que a prevalência encontrada neste estudo na zona rural de Pelotas foi menor do que a identificada na zona urbana desse município⁸, o que pode decorrer de diferenças nos métodos utilizados em ambos os estudos. Outros dois grandes estudos que avaliaram todas as regiões do país também encontraram menores prevalências de consumo de risco em zonas rurais. Esses resultados podem sugerir que o consumo alcoólico de risco seja menor em populações rurais do que em populações urbanas^{2,3,8}.

O fator mais fortemente associado aos transtornos relacionados ao uso de álcool neste estudo foi pertencer ao sexo masculino, o que corrobora praticamente todos os estudos sobre o tema^{8,9,21}. A literatura tem mostrado que homens bebem mais do que mulheres, o que pode ser parte da explicação para uma maior prevalência de consumo de risco nesse grupo^{2,3}. Apesar de não haver ainda uma sólida explicação para essa associação, possivelmente a complexa combinação de fatores genéticos, comportamentais e culturais próprios do sexo masculino possa desempenhar um papel importante²⁶.

Em relação à faixa etária, o principal fator de risco foi pertencer à situada entre 18–29 anos, como mostrado pela maior parte dos estudos^{9,23}. Alguns fatores poderiam atuar como risco para os mais jovens, como a fase transicional de vida (entrada na vida adulta), maior frequência de conflitos pessoais e familiares e maior susceptibilidade às campanhas publicitárias que incentivam o consumo de álcool^{23,27}. É importante salientar, para melhor interpretação desse resultado, que o método utilizado neste estudo, pontuação no AUDIT ≥ 8 , permite detectar desde padrões mais leves de consumo até padrões mais graves. É possível que as maiores prevalências em faixas etárias mais jovens decorram do maior número de indivíduos com padrões mais leves de consumo de risco, porém já considerados, pela classificação adotada, como transtornos relacionados ao uso de álcool.

Este estudo não encontrou associação estatisticamente significativa entre estado civil e transtornos relacionados ao uso de álcool. Entretanto, solteiros apresentaram prevalências maiores do que aqueles casados ou vivendo com companheiro^{7,28}. Uma possível explicação para essa relação pode ser o fato de indivíduos em relacionamentos mais estáveis apresentarem melhores hábitos relacionados à saúde²⁹. O tamanho da amostra estudada pode não ter sido suficiente para encontrar associação estatisticamente significativa.

Em relação à opção religiosa, apesar de a associação não ser estatisticamente significativa, foram encontrados resultados que seguem a mesma direção de outros estudos sobre o tema. Indivíduos que alegam ser adeptos de religião evangélica apresentaram menores prevalências de transtornos relacionados ao uso de álcool²³. Além disso, indivíduos que praticam suas religiões, ou seja, frequentam uma vez ou mais por mês os locais de prática, apresentaram menores prevalências do desfecho estudado. Provavelmente, essa associação esteja relacionada a um contexto mais amplo de suporte e apoio social. Também podemos compreender essa associação pensando nas orientações de cada religião (algumas com maior ênfase em comportamentos e hábitos saudáveis, como a abstinência de bebidas alcoólicas) e na maneira com que seus adeptos as seguem²³.

Este estudo também encontrou associação positiva entre tabagismo e transtornos relacionados ao uso de álcool. Os tabagistas apresentaram prevalências maiores que os ex-fumantes e

os que nunca fumaram, conforme já encontrado na literatura atual^{8,11,21}. A explicação para essa dupla adição pode estar na complexa interação genético-ambiental, possivelmente com uma causa comum aos dois comportamentos, seja ela por características genéticas que predisõem à adição, por exposição ambiental a substâncias químicas consumidas por parentes, ou por ambas as condições³⁰.

O grande diferencial desta pesquisa é que a conduzimos com base populacional e em uma população exclusivamente rural. No entanto, algumas limitações são relevantes e precisam ser destacadas e discutidas. A forma encontrada para realizar o processo amostral adequado para este estudo pode ter diminuído a chance de domicílios muito distantes participarem da pesquisa¹⁶. Entretanto, mesmo sendo uma limitação, acredita-se que não tenha sido capaz de distorcer os resultados encontrados. Outra condição que deve ser pensada como uma limitação é a forma como o consumo de álcool foi pesquisado. O questionário foi aplicado por meio de entrevistas, e não de questionários autoaplicáveis, o que pode ter levado alguns indivíduos a minimizar seu padrão de consumo. Essa limitação pode ter levado a uma subestimação da prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool. No entanto, acredita-se que o valor realmente subestimado tenha sido o de padrões mais graves de consumo, com pontuação no AUDIT ≥ 20 .

Outras possíveis limitações decorrem de o estudo ter um delineamento transversal. Inferências causais ficam limitadas, demandando cautela na interpretação dos dados. Além disso, existe a possibilidade de causalidade reversa em algumas associações, como com estado civil, tabagismo e opção e prática religiosa. Acredita-se que a associação com prática religiosa deva ser melhor entendida em estudos futuros, com desenhos mais adequados para essa investigação. É possível que indivíduos atualmente abstêmios tenham buscado a religião como uma forma de ajuda para os problemas relacionados ao álcool.

A possibilidade de generalização dos resultados desta pesquisa provavelmente seja limitada, pois estudou-se uma população rural específica. Regiões rurais de diferentes locais do Brasil podem ter características peculiares em relação a diversos hábitos, como o consumo de bebidas alcoólicas. Entretanto, acredita-se que este estudo seja um avanço no conhecimento de populações menos estudadas, como as rurais, e um possível motivador para que mais pesquisas sejam realizadas com populações residentes em zonas rurais de outras regiões do país.

A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool na população rural estudada é alta, porém menor do que as encontradas no país em outros estudos, em sua maioria com populações urbanas. Os fatores associados aos transtornos relacionados ao uso de álcool que encontramos são similares aos identificados em outras pesquisas. Esse conhecimento proveniente de achados repetidos contribui para a adoção de medidas de saúde pública em diferentes níveis de prevenção. Há, no entanto, uma evidente falta de dados sobre consumo de álcool em populações rurais do Brasil. Mais estudos precisam ser realizados em populações rurais com o intuito de aprofundar o conhecimento de suas características e necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):231-41. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000012>
2. Laranjeira R, diretor, Madrugá CS, coordenadora; Equipe UNIAD. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) UNIFESP; 2014 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; MS; 2014 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in Primary Care. 2.ed. Geneva: WHO; 2001 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
6. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
7. 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(3):582-94. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300012>
8. Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):284-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200019>
9. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):227-37. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>
10. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(3):809-20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>
11. Kumar SG, Premarajan KC, Subitha L, Suguna E, Vinayagamoorthy, Kumar V. Prevalence and pattern of alcohol consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in rural Tamil Nadu, India. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(8):1637-9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/5521.3216>
12. Giang KB, Van Minh H, Allebeck P. Alcohol consumption and household expenditure on alcohol in a rural district in Vietnam. *Glob Health Action*. 2013;6:18937. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.18937>
13. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11 Supl 1:133-44. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500014>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. XII Censo Demográfico Brasil 2010: Cidades. Rio de Janeiro: IBGE; c2017 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama>
15. Sullivan KM, Dean A, Soe MM. OpenEpi: a Web-based epidemiologic and statistical calculator for Public Health. *Public Health Rep*. 009;124(3):471-4. <https://doi.org/10.1177/003335490912400320>
16. Gonçalves H, Tomasi E, Tovo-Rodrigues L, Bielemann RM, Machado AKF, Ruivo ACO, et al. Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. *Rev Saude Publica*. 2018;52 Supl 1:3s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000270>
17. Méndez BE. Uma versão brasileira do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica do Brasil. São Paulo: ABEP; 2014 [citado 13 fev 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org>
19. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14:284. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0284-x>
20. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
21. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003;98(6):799-804. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00411.x>

22. Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004;26(3):280-6. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000300005>
23. Ferreira LN, Bispo Júnior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(11):3409-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100030>
24. Rathod SD, Nadkarni A, Bhana A, Shidhaye R. Epidemiological features of alcohol use in rural India: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009802. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009802>
25. Takahashi R, Wilunda C, Magutah K, Mwaura-Tenambergen W, Wilunda B, Perngparn U. Correlates of alcohol consumption in rural western Kenya: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):175. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1344-9>
26. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(11):973-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.11.973>
27. Pinsky I, El Jundi SARJ. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(4):362-74. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000015>
28. Freitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saude Publica*. 2011;27(10):2021-31. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000015>
29. Derrick JL, Leonard KE, Quigley BM, Houston RJ, Testa M, Kubiak A. Relationship-specific alcohol expectancies in couples with concordant and discrepant drinking patterns. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(5):761-8. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.761>
30. Skalamera J, Hummer RA. Educational attainment and the clustering of health-related behavior among U.S. young adults. *Prev Med*. 2016;84:83-9. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.011>

Financiamento: Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES/PROEX – Processo 23038.002445/2015-97, número do auxílio 1012/2015).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: GPJ, MFS. Coleta, análise e interpretação dos dados: GPJ, CLM, MFS. Elaboração ou revisão do manuscrito: GPJ, CLM, MFS. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.