

Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde

Relationship of alcohol consumption and mental disorders common with the quality of life of patients in primary health care

Marcos Vinicius Ferreira dos Santos¹
Mônica Rodrigues Campos¹
Sandra Lúcia Correia Lima Fortes²

Abstract *The objective was to measure the Quality of Life (QoL) of the patients treated in Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro and its own association with CMD, alcohol consumption and socio-demographic aspects. This is a cross-sectional study involving 624 patients in 2012/2013, using: General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Screening for Somatoform Symptoms, Alcohol Use Disorder Identification Test e World Health Organization Quality of Life Instrument (bref version). There were conducted a bivariate analysis and a multiple linear regressions for each domain of QOL. The QoL score for the domains, physical, psychological, social relationships and environment were: 61,2; 62,6; 66 and 50,9. In multivariate analysis, the QOL was negatively associated to the CMD, especially in the psychological domain ($\beta = -15,75$; p -value = 0,00), and the dependence on physical ($\beta = -5,38$; p -value = 0,05). There was a positive and significant association of the QoL with the risk consumption ($\beta = 5,77$) and the harmful consumption ($\beta = 6,15$) in the environment domain, and with the first in the psychological domain ($\beta = 7,08$). CMD and alcohol dependence are associated with the loss of QOL, but other patterns of consumption, even being harmful are associated with higher QOL.*

Key words *Quality of Life, Alcohol-Related Disorders, Primary Health Care*

Resumo *Objetivou-se mensurar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro e verificar sua associação com Transtornos Mentais Comuns (TMC), uso de álcool e aspectos sociodemográficos. Trata-se de um estudo transversal com 624 pacientes em 2012/2013 e aplicação dos instrumentos: "General Health Questionnaire", "Hospital Anxiety and Depression Scale", "Screening for Somatoform Symptoms", "Alcohol Use Disorder Identification Test" e "World Health Organization Quality of Life Instrument (bref version)". Realizou-se análise bivariada (Teste-t) e regressões lineares múltiplas para cada domínio de QV. Os escores QV para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente foram: 61,2; 62,6; 66 e 50,9. Na análise multivariada, a QV associou-se negativamente aos TMC, principalmente no domínio psicológico ($\beta = -15,75$; p -valor = 0,00), e a dependência no domínio físico ($\beta = -5,38$; p -valor = 0,05). Houve associação positiva e significativa da QV com consumo de risco ($\beta = 5,77$) e nocivo ($\beta = 6,15$) no domínio meio ambiente, e com o primeiro no domínio psicológico ($\beta = 7,08$). TMC e a dependência de álcool estão associados à perda da QV, porém outros padrões de consumo, mesmo sendo nocivos, se associaram a maior QV.*

Palavras-chave *Qualidade de vida, Transtornos relacionados ao uso de álcool, Transtornos mentais, Atenção primária à saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mvsantos@hotmail.com

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O consumo abusivo de álcool constitui-se como importante problema de Saúde Pública e está associado ao crescimento da taxa de mortalidade e morbidade devido ao seu potencial de causar doenças e estar relacionado à perda de Qualidade de Vida (QV)¹. Considerando-se as dez primeiras causas de DALY (“*disability-adjusted lifeyears*” - “anos de vida perdidos por morte prematura ou por viver com incapacidades”), para homens no Brasil em 2008, o abuso/dependência de álcool ocupou a segunda, terceira e sexta posições nas idades de 15-29, 30-44 e 45-59 anos, respectivamente². Em 2012, um inquérito nacional sobre álcool e drogas, detectou que a prevalência de bebedores nocivos e dependentes no Brasil foi respectivamente de 16,0% e 6,8%³. Neste mesmo ano, o abuso de álcool (9,8%) e a dependência de álcool (3,3%) foram registrados, por um estudo multicêntrico brasileiro, como o segundo e o terceiro transtornos frequentes na vida dos participantes⁴.

Os transtornos mentais (TMs) também configuram-se como importante parcela da morbimortalidade na população brasileira e mundial, principalmente nas últimas décadas. Estudos brasileiros de Carga de doença realizados em 1998⁵ e 2008⁶, bem como estudos mundiais do *Global burden of disease* – realizados em 2010⁷, detectaram que a maior fração do DALY no Brasil é atribuída ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis, cerca de 75,0%; e, em particular às doenças neuropsiquiátricas (34,0%). TMs geram alto custo social e econômico, demandando diversas ações de assistência^{8,9}. Em 2012, um estudo multicêntrico constatou que a depressão maior (16,8%) e os transtornos de ansiedade (28,1%) foram respectivamente o transtorno e o grupo de transtornos mais frequentes na vida dos participantes⁴.

Os transtornos mentais comuns (TMC) são um subgrupo de TMs normalmente atendidos pela Atenção Primária em Saúde (APS) e seu conceito engloba tanto sofrimento emocional, quanto pacientes que preenchem critérios para transtornos depressivo-ansiosos e somatização. A literatura registra que TMC são condições prevalentes entre usuários dos serviços de APS¹⁰⁻¹².

Numa pesquisa publicada em 2011, foi detectada presença de TMC entre 56,0% dos pacientes atendidos por unidades do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, Rio de Janeiro¹³. Em 2014, um estudo epidemiológico multicêntrico

mediu a prevalência de TMC em quatro capitais brasileiras encontrando taxas entre pacientes da APS maiores que 50,0% em cada uma das cidades estudadas¹².

Nos serviços APS, bem como nas comunidades por eles atendidos, também é comum a presença de pacientes que fazem consumo de álcool em padrões que merecem atenção por parte dos profissionais¹⁴⁻¹⁶. Um inquérito domiciliar que avaliou usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro observou que o consumo com algum risco para a saúde esteve presente em 29,6% dos participantes e a provável dependência de álcool em 5,7%¹⁴. Outra pesquisa no mesmo município, porém com população comunitária, observou elevada prevalência de consumo nocivo de álcool (31,0%)¹⁶.

APS é considerada a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. São princípios da APS desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita¹⁷. Para a construção deste vínculo é necessária uma aproximação efetiva dos profissionais com os usuários, por meio principalmente da escuta qualificada, onde é possível compartilhar e detectar condições de saúde que na maior parte das vezes são omitidos devido ao estigma e preconceito. Com isto, este nível de atenção torna-se essencial na assistência de portadores de TMC e consumo problemático de álcool.

Para estabelecer este vínculo é essencial a valorização das experiências, valores e também o conhecimento da percepção dos usuários sobre sua história, sua vida e sua saúde. Dessa maneira, tanto a força do vínculo, quanto o conhecimento de quais são as ‘questões problema’ na perspectiva do usuário podem auxiliar no planejamento de intervenções mais exitosas¹⁸.

A QV é uma medida que vem sendo utilizada em pesquisas e pode ajudar a sistematizar a percepção do usuário sobre sua saúde, foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a *percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*¹⁹.

TMC e consumo de álcool diminuem a QV e são condições prevalentes na APS. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi mensurar a QV de pacientes atendidos na APS no município do Rio de Janeiro e verificar sua associação com TMC (depressão, ansiedade, somatização crônica), consumo de álcool e aspectos sociodemográficos.

Material e métodos

Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo de corte transversal com utilização de dados provenientes da pesquisa fonte longitudinal intitulada *Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro*, realizada nos anos 2012 e 2013²⁰. Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (parecer de aprovação nº Parecer 78A/2011), cumprindo os dispositivos da Resolução nº 196/96²¹ (revogada pela resolução 466/2012)²² do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

A pesquisa fonte rastreou usuários da AP para transtornos ansiosos e depressivos e uso de álcool, em duas diferentes modalidades de atendimento: 01 (uma) Unidade Básica de Saúde tradicional – UBS – e 01 (uma) unidade da Estratégia da Saúde da Família – ESF. Os casos detectados como suspeitos foram comunicados às equipes para acompanhamento. Os participantes foram reavaliados após 12 meses por meio da re-aplicação dos mesmos instrumentos e da análise de seus prontuários.

O presente artigo apresenta os resultados referentes à primeira avaliação dos participantes (primeiro ciclo). Os dados foram coletados com pacientes na sala de espera, antes da consulta com o profissional de saúde, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por profissionais previamente treinados para este fim. A amostra foi de conveniência pois o objetivo era de comparar o tratamento oferecido aos portadores de TM nas duas modalidades de serviço. Assim a mesma foi composta por 624 usuários com idade entre 18 e 65, sendo 309 participantes provenientes de uma UBS e 315 de uma unidade de ESF localizadas num mesmo território geográfico no município do Rio de Janeiro.

Instrumentos

a) Questionário socioeconômico e demográfico

Instrumento contendo questões objetivas que investigou dados sociais, econômicos e demográficos.

Este questionário foi utilizado previamente em outras duas pesquisas^{10,23}.

As questões de caracterização socioeconômicas e demográficas foram trabalhadas como variáveis dicotômicas devido à homogeneidade da amostra, com isso foi possível construir indicadores com capacidade de discriminar diferenças sociais significativas. As variáveis e suas respectivas categorias foram: sexo (masculino/feminino), faixa etária (Até 39 anos/ acima de 39 anos), estado civil (sem companheiro/com companheiro), raça/cor (não brancos/brancos), escolaridade (ensino fundamental completo/ ensino fundamental incompleto), frequência religiosa (menor que duas vezes por mês/ maior que duas vezes por mês), renda familiar *per capita* mensal (maior que R\$ 272,50/ menor ou igual à R\$ 272,50; este valor é referente a metade do salário mínimo vigente no ano de 2011).

b) Avaliação de TMC (ansiedade, depressão e Somatização Crônica)

• General Health Questionnaire (GHQ-12)

O GHQ-12 é um instrumento usado para rastreamento de TMC e já foi validado no Brasil com uso aceitável em unidades de Atenção Primária²⁴. Nesta pesquisa, considerou-se indivíduos com 3 ou 4 pontos como casos suspeitos de TMC e os que obtivessem 5 pontos ou mais como prováveis casos de TMC de intensidade grave.

• Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD

Escala traduzida e validada no Brasil contendo 14 questões, sendo 7 relativas à subescala de depressão e as demais à subescala de ansiedade. A pontuação total em cada subescala varia de 0 a 21 e considera-se casos positivos de transtorno mental os indivíduos que obtiverem pontuação maior que oito²⁵.

• Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2

Instrumento para rastreio de sintomas sem explicação médica (SEM). É uma lista de 53 sintomas somáticos pertencentes ao Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e à Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁶. O presente estudo considerou como portador de Somatização Crônica o indivíduo que referiu quatro ou mais sintomas, sem um diagnóstico médico, com a presença de algum grau de incapacidade por estes sintomas²⁶.

c) Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

O AUDIT é preconizado pela OMS para a detecção do consumo de álcool nos últimos 12

meses. Seu uso na Atenção Primária é indicado para o diagnóstico do padrão de consumo de álcool²⁷. O ponto de corte que rastreia o uso problemático de álcool é 8 pontos²⁸. Com o AUDIT, os indivíduos podem ser classificados em quatro zonas de risco:

Zona 1 – Provável consumo de baixo risco de álcool ou abstinência. Pontuação entre 0 e 7.

Zona 2 – Provável consumo de risco de álcool. Pontuação entre 8 e 15.

Zona 3 – Provável consumo nocivo de álcool. Pontuação entre 16 e 19.

Zona 4 – Provável dependência de álcool. Pontuação entre 20 e 40.

Para fins de análise, estas zonas foram classificadas como variáveis *dummies*, gerando as variáveis ‘consumo de risco de álcool’, ‘consumo nocivo de álcool’ e ‘dependência de álcool’, onde a classificação SIM corresponde ao padrão de consumo de interesse e o NÃO aos demais padrões. Por exemplo, para a variável ‘consumo de risco de álcool’, o grupo SIM equivale aos indivíduos da Zona 2 do AUDIT (consumo com risco) e o grupo NÃO às demais zonas (1,3 e 4).

d) *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)*

O WHOQOL-bref foi proposto pela OMS para a avaliação da QV, pelo WHOQOL Group²¹. Possui 4 domínios referentes a QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas questões gerais de QV, sendo o cálculo dos *escores* obtidos em sintaxe gerada pelo mesmo grupo através do programa *Statistical Package for the Social Science – SPSS*²⁹. A pontuação varia de 0 (zero) a 100 pontos, onde zero pontos indica pior qualidade de vida e cem pontos qualidade de vida ótima.

Análise estatística

Os dados foram submetidos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 17*. Realizou-se a análise descritiva do desfecho QV calculando-se sua médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para cada domínio. Efetuou-se posteriormente análise bivariada por meio do Teste-t para verificar a associação entre as variáveis de exposição socioeconômicas e clínicas com o desfecho QV em seus diferentes domínios (p -valor $< 0,05$), exceto para a variável ‘Consumo de Álcool’ onde foi empregado o Teste ANOVA com *post-hoc* de Bonferroni, também ao nível de significância de 5%.

Por fim, foi realizado um modelo regressão linear múltipla método *stepwise backward*, cujos

desfechos foram os quatros domínios de QV aferidos pelo WHOQOL-bref. Com isso, efetuou-se quatro modelos de regressão linear múltipla, sendo cada um deles relativo a cada domínio de QV. Foram selecionadas para fazer parte do modelo, como variáveis explicativas, aquelas que tiveram nível de significância menor de que 10,0% na análise bivariada.

Para cada modelo foram calculados e apresentados o coeficiente de determinação (R^2), os coeficientes do modelo (β) e seus respectivos valores de p para cada variável explicativa. Ao final foram analisados os resíduos de cada modelo.

Resultados

Quanto a caracterização socioeconômica observou-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (72,6%), pertencentes à faixa etária ‘acima de 39 anos’ (64,5%), viviam sem companheiro (57,6%), da raça/cor ‘não branca’ (76,0%), com ensino fundamental incompleto (55,0%). A maioria dos entrevistados informou frequentar as atividades de sua religião mais que duas vezes por mês (64,6%). Pouco mais da metade dos indivíduos eram oriundos de UBS (51,1%) e os demais pertencentes à unidade de ESF. Dentre os participantes 23,7% referiu renda familiar *per capita* menor meio salário mínimo (R\$ 272,50) (Tabela 1). Trata-se de uma população majoritariamente de baixa renda (onde 57,2% possuía renda familiar *per capita* até 1 salário mínimo (SM) e 28,7% mais de 1 Até 2 SM) (Dados não apresentados em tabela).

Nota-se que a menor média de QV foi obtida no domínio ‘Meio Ambiente’ (50,96), já a maior foi a do domínio ‘Relações Sociais’ (66,00) (Tabela 1). Detectou-se que ser mulher diminui em torno de 8 pontos na QV de todos os domínios avaliados ($p < 0,05$) e ter mais de 39 anos diminui em torno de 3,5 pontos na QV dos domínios ‘Físico’ ($p = 0,027$) e ‘Relações Sociais’ ($p = 0,012$). Pôde ser vista menor QV entre os pacientes com companheiro no domínio ‘Psicológico’, como também no domínio ‘Meio Ambiente’ entre os indivíduos com renda *per capita* menor ou igual a meio salário mínimo ($p < 0,05$).

O transtorno mais prevalente foi a Ansiedade (42,3%). A depressão esteve presente em 29,5% dos entrevistados e a Somatização Crônica em 4,0%. É notável uma menor QV com significância estatística ($p < 0,05$) em todos os domínios entre aqueles que eram portadores destes desfechos em saúde mental (Tabela 2).

Tabela 1 . Distribuição de frequências da amostra de pacientes atendidos na área programática 2.2, médias e desvios padrão dos domínios de qualidade de vida do Whoqol-bref, segundo características socioeconômicas. Município do Rio de Janeiro, 2012.

Característica	Frequência		Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
	N	%	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor
Sexo														
Mulher	453	72,6	58,5	18,7	0,000	60,3	17,2	0,000	64,1	20,3	0,000	49,02	13,4	0,000
Homem	171	27,4	68,3	15,9		68,6	14,2		71,0	19,7		56,11	14,0	
Faixa Etária														
Até 39 anos	221	35,5	63,3	17,0	0,027	63,6	15,0	0,236	68,8	19,3	0,012	50,53	13,5	0,562
Acima de 39 anos	402	64,5	60,0	19,3		62,0	17,8		64,5	20,8		51,21	14,2	
Estado Civil														
Sem companheiro	359	57,6	61,3	18,8	0,823	63,8	16,5	0,031	66,7	20,3	0,326	50,88	14,2	0,870
Com companheiro	264	42,4	60,9	18,2		60,9	17,2		65,1	20,4		51,06	13,6	
Raça														
Não Brancos	474	76,0	61,1	18,7	0,874	63,1	16,6	0,127	66,3	19,9	0,468	51,0	13,8	0,845
Branco	150	24,0	61,4	18,2		60,7	17,3		64,9	21,9		50,8	14,4	
Escolaridade														
Ensino Fundamental Completo	281	45,0	62,0	18,3	0,322	63,0	16,8	0,560	67,7	18,7	0,057	51,3	13,7	0,552
Ensino Fundamental incompleto	343	55,0	60,5	18,7		62,2	16,9		64,6	21,6		50,7	14,2	
Frequência Religiosa +2 X mês														
Sim	403	64,6	60,4	18,7	0,158	62,8	16,6	0,655	66,4	19,3	0,527	50,4	13,9	0,204
Não	221	35,4	62,6	18,1		62,2	17,3		65,3	22,2		51,9	14,0	
Renda per capita < ou = 0,5 SM*														
Não	476	76,3	61,5	18,5	0,458	62,5	16,9	0,915	66,4	20,1	0,433	51,7	14,0	0,012
Sim	148	23,7	60,2	18,7		62,7	16,6		64,8	21,4		48,5	13,5	
Tipo de Serviço														
UBS	319	51,1	60,0	19,1	0,093	62,9	17,5	0,667	65,6	21,2	0,648	50,9	14,6	0,971
ESF	305	48,9	62,4	17,8		62,3	16,1		66,4	19,5		51,0	13,2	
Total da amostra	624	100	61,2	18,5	-	62,6	16,8	-	66	20,4	-	50,9	13,9	-

*SM = Salário Mínimo; R\$ 545,00 em 2011

Tabela 2. Distribuição de frequência dos desfechos em Saúde Mental (SM), médias e desvios padrão dos domínios de qualidade de vida do Whoqol-bref por desfechos. Município do Rio de Janeiro, 2012.

Desfecho em SM	Frequência		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Meio Ambiente					
	n	%	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor			
Transtorno Mental Comum(GHQ)														
Não	498	79,8	60,5	19,2	0,051	61,6	17,6	0,005	65,8	20,4	0,756	50,1	14,1	0,051
Sim	126	20,2	63,7	15,2		66,3	12,7		66,5	20,3		53,1	13,0	
Transtorno Mental Comum Grave														
Não	375	60,1	69,5	14,4	0,000	69,9	12,4	0,000	71,4	17,8	0,000	55,0	13,0	0,000
Sim	249	39,9	48,7	17,0		51,5	16,6		57,8	21,4		44,9	13,1	
Ansiedade (HAD)														
Não	360	57,7	69,4	14,4	0,000	69,6	12,6	0,000	71,1	18,1	0,000	55,0	12,6	0,000
Sim	264	42,3	50,0	17,7		52,9	17,1		59,0	21,3		45,4	13,8	
Depressão (HAD)														
Não	440	70,5	67,1	15,2	0,000	68,8	12,8	0,000	70,6	17,9	0,000	54,8	12,5	0,000
Sim	184	29,5	46,9	18,1		47,6	15,8		55,1	21,7		41,8	12,9	
Somatização														
Não	599	96,0	61,8	18,2	0,000	62,9	16,7	0,014	66,4	20,1	0,015	51,4	13,8	0,000
Sim	25	4,0	45,0	18,4		54,5	17,5		56,3	24,1		41,4	14,6	
Consumo de Alcool (AUDIT)														
Zona 1	458	73,4	60,3	18,8	0,010 ^a	61,6	17,6	0,004 ^a	66,0	20,6	0,010 ^a	49,6	13,9	0,000 ^a
Zona 2	110	17,6	64,6	16,3		67,8	13,8		69,2	17,9		56,4	13,8	
Zona 3	26	4,2	68,4	14,9		60,7	13,4		64,1	19,8		56,6	12,2	
Zona 4	30	4,8	55,7	21,6		59,7	13,6		55,3	22,4		47,1	11,1	
Consumo de risco de álcool ¹														
Não	514	82,4	60,4	18,9	0,033	61,4	17,2	0,000	65,3	20,8	0,066	49,8	13,7	0,000
Sim	110	17,6	64,6	16,3		67,8	13,8		69,2	17,9		56,4	13,8	
Consumo nocivo de álcool ²														
Não	598	95,8	60,9	18,6	0,042	62,6	17,0	0,571	66,1	20,4	0,629	50,7	14,0	0,035
Sim	26	4,2	68,4	14,9		60,7	13,4		64,1	19,8		56,6	12,2	
Dependência de álcool ³														
Não	594	95,2	61,4	18,3	0,098	62,7	17,0	0,345	66,5	20,2	0,003	51,2	14,0	0,118
Sim	30	4,8	55,7	21,6		59,7	13,6		55,3	22,4		47,1	11,1	
Total da amostra	624	100	61,2	18,5		62,6	16,8		66	20,4		50,9	13,9	

*a) p-valor referente ao teste ANOVA; 1) Consumo de risco de álcool (Caso suspeito de consumo com algum risco de álcool, alocado na Zona 2 de acordo com escore do AUDIT); 2) Consumo nocivo de álcool (Caso suspeito de consumo de nocivo de álcool, alocado na Zona 3 de acordo com escore do AUDIT); 3) Dependência de álcool (Caso suspeito de dependência de álcool, alocado na Zona 4 de acordo com escore do AUDIT).

Embora a Somatização Crônica tenha sido o desfecho menos prevalente, observou-se uma diminuição de quase 20 pontos na QV domínio 'Físico' na presença deste transtorno. A avaliação do consumo de álcool detectou 4,2% dos participantes na Zona 3 (consumo nocivo) e 4,8% na Zona 4 (dependência).

Houve menor escore de QV em todos os domínios para os indivíduos indicados com dependência de álcool na avaliação do AUDIT. Para a variável consumo de álcool, após a ANOVA, foi realizado adicionalmente o pós-teste *Bonferroni* (dados não apresentados em tabela). A partir disto, foi realizada uma comparação dois a dois com as classes do AUDIT de modo a identificar as zonas de consumo do AUDIT que apresentavam diferenças na QV.

Obteve-se que no domínio 'Físico', os pertencentes à 'Zona 4 (dependência)' tinham média de QV menor do que os da 'Zona 3 (consumo nocivo)' (p-valor = 0,06). No domínio 'Psicológico' os indivíduos da 'Zona 2 (consumo de risco)' tiveram média estatisticamente maior que os da 'Zona 1 (abstêmios/consumo sem risco)' (p-va-

lor = 0,030). Já no domínio 'Relações Sociais', os possíveis dependentes tiveram média menores que os abstêmios/consumidores sem risco (p-valor = 0,029) e os que consumiam álcool com risco (p-valor = 0,005). Finalmente, no domínio 'Meio Ambiente' os entrevistados que beberam álcool no padrão de consumo com risco obtiveram maior escore de QV que os indivíduos abstêmios/ consumo sem risco. (p-valor = 0,000)

Acerca da análise das variáveis *dummies* do AUDIT, a dependência de álcool se associou negativamente (p-valor < 5,0%) com o domínio 'Relações Sociais'. Os outros padrões de consumo associaram-se positivamente à QV (p-valor < 5%) da seguinte forma: o consumo com risco de álcool esteve associado a todos os domínios de QV, exceto 'Relações Sociais' e consumo nocivo relacionou aos domínios 'Físico' e 'Meio Ambiente'.

Através da análise multivariada (Tabela 3), constatou-se que o conjunto das variáveis selecionadas foi capaz de explicar a variabilidade (R^2) da QV dos quatro domínios 'Físico', 'Psicológico', 'Relações Sociais' e 'Meio Ambiente', respectivamente em 37,8%, 40,6%, 14,5% e 25,6%.

Tabela 3. Resultados do modelo de regressão linear múltipla (*stepwisebackward*) para os domínios de qualidade de vida do Whoqol-bref. Rio de Janeiro, 2012.

Modelo de Regressão Linear Múltipla: StepwiseBackward	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Meio Ambiente	
	β	p-valor	β	p-valor	β	p-valor	β	p-valor
R^2		37,8		40,6		14,5		25,6
Constante (α)	74,23	0,000	72,46	0,000	72,19	0,000	54,47	0,000
Variáveis Explicativas (*)								
Sexo	-3,51	0,012	-2,43	0,047	-3,18	0,069	-2,41	0,040
Faixa Etária	-2,84	0,022	-	-	-	-	-	-
Estado Civil	-	-	-2,13	0,045	-	-	-	-
Renda per capita < ou =0,5 SM	-	-	-	-	-	-	-2,45	0,030
Ansiedade	-13,05	0,000	-8,74	0,000	-6,23	0,000	-4,36	0,000
Depressão	-11,78	0,000	-15,75	0,000	-11,56	0,001	-9,56	0,000
Somatização	-8,93	0,003	-	-	-	-	-4,98	0,050
Consumo de risco de álcool	-	-	4,65	0,001	-	-	5,77	0,000
Consumo nocivo de Álcool	7,08	0,019	-	-	-	-	6,15	0,010
Dependência de álcool	-5,38	0,053	-	-	-	-	-	-

Obs: As células preenchidas com um traço (" - ") sinalizam as variáveis não contempladas no modelo final. As variáveis escolaridade e tipo de serviço foram excluídas da tabela por não apresentarem significância estatística no modelo final (p < 5%) em nenhum dos domínios de QV analisados.

P = P-valor do coeficiente Beta (α) no teste de Wald. R^2 é o coeficiente de determinação da variável dependente (QV). β é o coeficiente de cada variável independente por regressão. α é a constante em cada modelo segundo o domínio de QV investigado. As caselas em branco (" - ") correspondem a variáveis não contempladas no modelo final. Variáveis adicionadas no modelo: Sexo (0=Masculino/1=Feminino), Faixa Etária (0=Até 39 anos/ 1=Acima de 39 anos), Estado Civil (0=Sem companheiro/1=Com companheiro), Escolaridade (0=Ensino Fundamental Completo/1= Ensino Fundamental Incompleto) Renda Familiar per capita < ou = 0,5 SM (0=Maior que 0,5 Salário-mínimo/ 1= Menor ou igual a 0,5 Salário-mínimo), Tipo de Serviço (0=Unidade Básica de Saúde/1=Estratégia de Saúde da Família) Ansiedade (0=Não/1=Sim), Depressão (0=Não/1=Sim), Somatização (0=Não/1=Sim), Consumo de risco de álcool (0=Não/1=Sim), Consumo nocivo de álcool (0=Não/1=Sim) e Dependência de álcool (0=Não/1=Sim).

Os resíduos dos modelos multivariados foram analisados quanto à sua qualidade de ajuste e normalidade, tendo apresentado boa qualidade diagnóstica dos mesmos.

As variáveis sexo, faixa etária, estado civil, renda per capita, ansiedade, depressão, Somatização Crônica, e dependência de álcool apresentaram associação negativa e significativa com pelo menos um dos domínios de QV analisados. Já o consumo de risco de álcool e o consumo nocivo de álcool estiveram associados positivamente com a QV.

Consumir álcool com algum risco aumentou cerca de 5 (cinco) pontos no domínio 'Psicológico' de QV para os indivíduos que apresentaram este padrão de consumo (p-valor = 0,001). Da mesma forma, os indivíduos que realizaram consumo nocivo de álcool obtiveram acréscimo de cerca de 7 (sete) pontos no domínio 'Físico' de QV (p-valor = 0,019). No domínio 'Meio Ambiente' o consumo de risco de álcool e o consumo nocivo de álcool se associaram com intensidade semelhante ao aumento do *escore* de QV, que foi cerca de 6 (seis) pontos (p-valor < 0,05 para ambos). Na regressão multivariada não foi observada a associação das variáveis escolaridade e tipo de serviço com os domínios de QV.

As variáveis que se associaram com maior intensidade com os domínios de QV (após o controle pelas demais variáveis do modelo) foram Ansiedade, Depressão e Somatização e o consumo de álcool (consumo de risco, consumo nocivo e dependência). No domínio 'Físico', a ansiedade ($\beta = -13,05$), a depressão ($\beta = -11,78$) e a Somatização Crônica ($\beta = -8,93$) apresentam-se como os fatores que mais diminuem a QV (p-valor < 0,05). Nos domínios 'Psicológico' e 'Relações Sociais', a ansiedade e a depressão (p-valor < 0,05) foram os fatores associados com maior intensidade de diminuição da QV. Já no 'Meio Ambiente', além da presença da ansiedade e depressão como fatores de maior diminuição da QV, o consumo de risco ($\beta = 5,77$; p-valor = 0,000) e nocivo ($\beta = 6,15$; p-valor = 0,010) de álcool estiveram presentes aumentando-a fortemente.

Discussão

Houve associação estatisticamente significativa do sexo feminino, estado civil, faixa etária e renda *per capita* menor que ½ salário com pontuações menores de QV em pelo menos um domínio. Ser do sexo feminino se associou negativamente a todos os domínios. Há diversos relatos na literatura

da associação negativa da QV com estas características^{11,30-34}.

Como os indivíduos pesquisados são oriundos de serviços de APS era esperada menor QV no contexto físico, visto que também se esperava maior ocorrência de doenças crônicas associadas à idade mais elevada, assim como encontrado em outros estudos^{31,32,34}. Da mesma forma, era esperada pior QV entre os que possuíam menor rendimento salarial. Isto confirmou-se com a associação negativa da variável renda *per capita* menor que ½ salário apenas no aspecto 'Meio Ambiente', uma vez que esta é uma característica aferida por uma questão específica deste domínio. O domínio 'Meio Ambiente' teve o menor *escore* registrado (50,9 pontos) dentre o conjunto de domínios do *Whoqol-bref*, este achado está em consonância com os resultados encontrados por diversos estudos brasileiros realizados em populações com baixas condições socioeconômicas^{11,30-32}.

As frequências de casos suspeitos de ansiedade e depressão encontradas na presente pesquisa são altas e semelhantes às encontradas em estudos brasileiros, concordam com os registros da literatura que afirmam que estes transtornos são frequentes na população de APS^{10,12,33}. Na presença dos transtornos de ansiedade, depressão e Somatização Crônica, foram detectados menores *escores* de QV em todos os domínios analisados. Desse modo, os resultados obtidos nesta pesquisa também concordam com a literatura, ao demonstrar que há menor QV na presença de um TMC^{11,31,33,35}.

Diferentemente da Ansiedade e Depressão que estiveram associadas a todos os aspectos de QV aferidos, a Somatização Crônica se associou negativamente somente nos aspectos 'Físico' e de 'Meio Ambiente'. A Somatização Crônica é definida pela presença de sintomas sem explicação médica por no mínimo dois anos, pela gravidade e incapacidade gerada por tais sintomas²⁶. A incapacidade oriunda destes sintomas pode estar relacionada à diminuição do lazer e a dificuldade de exercer atividades remuneradas, diminuindo a renda dos indivíduos e então justificando menores *escores* de QV no aspecto 'Meio Ambiente'.

A presente pesquisa está em consonância com a literatura no que diz respeito a prevalência de uso nocivo e dependência de álcool entre usuários de serviços da APS¹⁴. As frequências encontradas estão próximas às obtidas por pesquisas realizadas com pacientes atendidos na APS no Brasil, onde as taxas variam entre 3,0 e 10,0%^{14,15,36}.

No contexto multivariado, diferentes variáveis independentes explicam os quatro domínios da QV, o que de certa forma corrobora o objetivo do *WHOQOL-bref* que é investigar aspectos distintos da QV. Escolaridade e Tipo de serviço não permaneceram associadas no modelo final de regressão, provavelmente pela correlação destas com as demais variáveis já incluídas na análise e pela homogeneidade dos participantes no que tange a estas características. O domínio 'Psicológico' obteve maior proporção de variabilidade explicada ($R^2 = 40,6\%$), possivelmente devido a presença de variáveis relacionadas aos aspectos de saúde mental e consumo de álcool que se associam mais fortemente com as facetas determinadas por este domínio.

É válido chamar atenção para melhores pontuações de QV na presença do consumo nocivo e consumo com risco. Estes resultados são relevantes para contribuir com discussões no que tange às diversas formas de entender o consumo desta substância na sociedade. Pois, mesmo que o consumo de álcool esteja ligado com atividades culturais e sociais geradoras de prazer para o indivíduo, parte significativa das produções acadêmicas enfatiza somente a questão do âmbito de saúde, assim, fechando espaços para discussões que se referem ao prazer, lazer e sentimentos positivos oriundos do consumo de álcool³⁷.

O aspecto psicológico de QV do *WHOQOL-bref* aborda facetas sobre sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e crenças pessoais. Nesse sentido, indivíduos com melhores percepções de sua QV podem refletir aqueles que usam álcool em atividade social e/ou de recreação.

Participação em oportunidades de recreação e lazer e recursos financeiros estão entre as facetas avaliadas no domínio 'Meio Ambiente', que por sua vez se associou positivamente com o consumo de risco de álcool neste estudo. Entre as muitas expectativas e motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, encontram-se o lazer, a recreação e a interação social o que seria uma possível justificativa para associação entre o consumo de risco (ainda não patológico) e a QV no domínio 'Meio Ambiente'. Ademais, bebidas alcoólicas possuem um custo financeiro, o que é outra possível explicação esta associação. Em outras palavras, o resultado encontrado pode estar refletindo a relação entre melhores condições financeiras e QV.

Como esperado, a dependência de álcool, por estar presente quando se identifica um dano físico ou mental relacionada ao consumo da droga,

colaborou para menores pontuações no aspecto físico da QV. Contudo, a direção da associação foi inversa com o consumo nocivo.

No entanto, salienta-se que a variável "consumo nocivo" era uma *dummy* onde o grupo de referência se contrapõe aos diferentes padrões de consumo de álcool. Com isso, a interpretação da associação com a QV no domínio físico deve considerar esta estratégia de análise e é possível que a relação observada não seja exclusivamente explicada somente pela presença do consumo nocivo.

As informações sobre consumo de álcool e QV não podem ser diretamente comparáveis ao do presente estudo devido as distintas de avaliar a QV e consumo de álcool utilizadas nas publicações científicas. No entanto, nossos achados corroboram a literatura pois detectou-se que os padrões de consumo de álcool se associam de forma distinta aos domínios de QV.

Num estudo transversal brasileiro com 648 participantes, onde aplicou-se o *The Medical Outcomes Study*36- *Item Short Form- Health Survey (SF-36)*, o consumo excessivo de álcool esteve associado, com significância estatística, à dimensão de QV capacidade funcional mas não associou-se com limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental³⁴. Outra pesquisa, do tipo caso-controle, concluiu que usuários de drogas (39,0% dos participantes usavam álcool) tiveram escores de qualidade de vida muito menores do que os indivíduos controle, exceto no domínio meio ambiente, no qual os usuários obtiveram melhores pontuações do que os controles³⁸. Consumidores frequentes de bebidas alcoólicas tiveram menores escores de QV no componente físico de QV, com significância estatística, mas não no componente mental, num estudo de base populacional com adultos realizados em Minas Gerais³⁹.

No que tange às associações positivas do consumo de álcool com a QV, nossos resultados estão em consonância com as conclusões obtidas por alguns estudos internacionais. O estudo de coorte "National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions" (NESARC) conduzido pelo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) com 43.093 participantes concluiu que o uso de álcool esteve associado a melhor qualidade de vida relacionada à saúde física e mental⁴⁰. Em outro estudo internacional, participantes que relataram consumo episódico excessivo tiveram uma maior porcentagem de QV física do que os participantes sem esse com-

portamento (não foram identificadas diferenças para QV mental)⁴¹. Pesquisa conduzida na Noruega com amostra aleatória de 4.000 cidadãos detectou que os não bebedores relataram ter QV mais pobre no domínio da saúde física⁴².

Como limitações do estudo, é relevante ressaltar que o seu desenho é transversal, com isso assume-se o fato que as relações de associação da QV com fatores sociodemográficos, consumo de álcool e TMC podem se dar em duas direções, ou seja, modificações na QV sendo consequências dos fatores sociais e demográficos investigados ou sendo causa destes.

Como a amostra do estudo foi de conveniência e composta por usuários de serviços da APS (população específica e adscrita), há presença do *Viés de Prevalência*. Este tipo vies colaborou para inclusão de indivíduos com maior número de problemas de saúde e menor renda, favorecendo detecção de maior prevalência de TMC. Este fato explica a homogeneidade da amostra no que diz respeito à baixa escolaridade e a menor renda que impactaram na análise da relação destas com a QV.

Não foram utilizados critérios diagnósticos para a definição de TMC e dependência de álcool, como o DSM -IV ou CID-10. É possível que existam falso-positivos uma vez que os instrumentos utilizados (*GHQ-12*, *SOMs-2*, *HAD*, *AUDIT*) eram de rastreamento. Isto não diminui a relevância dos resultados encontrados uma vez que foram detectadas altas prevalências e os serviços de APS são de suma importância no cuidado destes transtornos.

Considerações finais

Este estudo demonstrou alta prevalência de desfechos em saúde mental e presença relevante do consumo de álcool em diferentes padrões, o que reitera a relevância da capacitação dos profissionais e organização de serviços de APS para o manejo destes agravos. Além disso, os achados confirmam que piores escores de QV estão associados a fatores socioeconômicos (sexo feminino, idade superior à 39 anos, possuir companheiro e renda familiar per capita menor que meio salário mínimo) e a condições de saúde (ansiedade, depressão, somatização).

Mesmo que diversos estudos apontem o álcool como elemento prejudicial à QV, constatou-se o consumo nocivo e consumo com risco como padrões de uso de álcool relacionados a melhor percepção da QV (em especial, nos domínios psicológico e meio ambiente) pelos participantes. A associação do álcool com a QV não é uniforme, mas sim dependente do padrão de consumo, como confirmam os dados deste estudo. Dessa maneira, são de suma relevância de novas pesquisas visando a analisar com profundidade a relação dos diversos padrões de consumo de bebidas alcoólicas e QV para melhor contribuição no entendimento desta associação positiva.

No entanto, a despeito das limitações deste estudo, recomenda-se que os profissionais e serviços que desejam a efetiva QV do usuário considerem a adoção de estratégias onde o foco não seja exclusivamente a abstinência do álcool. Indubitavelmente, não desconsiderando seus prejuízos à saúde.

Embora a QV seja um constructo que vem sendo amplamente estudado, esta pesquisa torna-se relevante por investigar a relação do consumo de álcool nos seus diferentes padrões com os domínios da QV especificamente em pacientes da APS.

Colaboradores

MVF Santos: contribuiu na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na aprovação da versão final a ser publicada. MR Campos; concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na revisão crítica do conteúdo intelectual e na aprovação da versão final a ser publicada. SLCL Fortes: concepção e desenho do estudo, coordenação da pesquisa de campo, obtenção de financiamento, na análise e interpretação dos dados, na revisão crítica do conteúdo intelectual e na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility*. Geneva: OMS; 2014.
2. Portugal FB, Campos MR, Carvalho JR, Flor LS, Schramm JMA, Costa MFS. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):491-501.
3. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012* [Internet]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2012. [acessado 2016 Jul 27]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
4. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(3):249-260.
5. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
6. Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, Daumas RP, Rodrigues RN, Santos MF, Oliveira AE, Silva RS, Campos MR, Mota JC. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1551-1564.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V, Abraham J, Ackerman I, Aggarwal R, Ahn SY, Ali MK, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Bahalim AN, Barker-Collo S, Barrero LH, Bartels DH, Basáñez MG, Baxter A, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bernabé E, Bhalla K, Bhandari B, Bikbov B, Bin Abdulhak A, Birbeck G, Black JA, Blencowe H, Blore JD, Blyth F, Bolliger I, Bonaventure A, Boufous S, Bourne R, Boussinesq M, Braithwaite T, Brayne C, Bridgett L, Brooker S, Brooks P, Brughha TS, Bryan-Hancock C, Bucello C, Buchbinder R, Buckle G, Budke CM, Burch M, Burney P, Burstein R, Calabria B, Campbell B, Canter CE, Carabin H, Carapetis J, Carmona L, Cella C, Charlson F, Chen H, Cheng AT, Chou D, Chugh SS, Coffeng LE, Colan SD, Colquhoun S, Colson KE, Condon J, Connor MD, Cooper LT, Corriere M, Cortinovis M, de Vaccaro KC, Couser W, Cowie BC, Criqui MH, Cross M, Dabhadkar KC, Dahiya M, Dahodwala N, Damsere-Derry J, Danaei G, Davis A, De Leo D, Degenhardt L, Dellavalle R, Delossantos A, Denenberg J, Derrett S, Des Jarlais DC, Dharmaratne SD, Dherani M, Diaz-Torne C, Dolk H, Dorsey ER, Driscoll T, Duber H, Ebel B, Edmond K, Elbaz A, Ali SE, Erskine H, Erwin PJ, Espindola P, Ewoigbokhan SE, Farzadfar F, Feigin V, Felson DT, Ferrari A, Ferri CP, Fèvre EM, Finu-

cane MM, Flaxman S, Flood L, Foreman K, Forouzanfar MH, Fowkes FG, Fransen M, Freeman MK, Gabbe BJ, Gabriel SE, Gakidou E, Ganatra HA, Garcia B, Gaspari F, Gillum RF, Gmel G, Gonzalez-Medina D, Gosselin R, Grainger R, Grant B, Groeger J, Guillemin F, Gunnell D, Gupta R, Haagsma J, Hagan H, Halasa YA, Hall W, Haring D, Haro JM, Harrison JE, Havmoeller R, Hay RJ, Higashi H, Hill C, Hoen B, Hoffman H, Hotez PJ, Hoy D, Huang JJ, Ibeanusi SE, Jacobsen KH, James SL, Jarvis D, Jasrasaria R, Jayaraman S, Johns N, Jonas JB, Karthikeyan G, Kassebaum N, Kawakami N, Keren A, Khoo JP, King CH, Knowlton LM, Kobusingye O, Koranteng A, Krishnamurthi R, Laden F, Lalloo R, Laslett LL, Lathlean T, Leasher JL, Lee YY, Leigh J, Levinson D, Lim SS, Limb E, Lin JK, Lipnick M, Lipshultz SE, Liu W, Loane M, Ohno SL, Lyons R, Mabweijano J, MacIntyre MF, Malekzadeh R, Mallinger L, Manivannan S, Marcenes W, March L, Margolis DJ, Marks GB, Marks R, Matsumori A, Matzopoulos R, Mayosi BM, McAnulty JH, McDermott MM, McGill N, McGrath J, Medina-Mora ME, Meltzer M, Mensah GA, Merriman TR, Meyer AC, Miglioli V, Miller M, Miller TR, Mitchell PB, Mock C, Mocumbi AO, Moffitt TE, Mokdad AA, Monasta L, Montico M, Moradi-Lakeh M, Moran A, Morawska L, Mori R, Murdoch ME, Mwaniki MK, Naidoo K, Nair MN, Naldi L, Narayan KM, Nelson PK, Nelson RG, Nevitt MC, Newton CR, Nolte S, Norman P, Norman R, O'Donnell M, O'Hanlon S, Olives C, Omer SB, Ortblad K, Osborne R, Ozgediz D, Page A, Pahari B, Pandian JD, Rivero AP, Patten SB, Pearce N, Padilla RP, Perez-Ruiz F, Perico N, Pesudovs K, Phillips D, Phillips MR, Pierce K, Pion S, Polanczyk GV, Polinder S, Pope CA 3rd, Popova S, Porrini E, Pourmalek F, Prince M, Pullan RL, Ramaiah KD, Ranganathan D, Razavi H, Regan M, Rehm JT, Rein DB, Remuzzi G, Richardson K, Rivara FP, Roberts T, Robinson C, De León FR, Ronfani L, Room R, Rosenfeld LC, Rushton L, Sacco RL, Saha S, Sampson U, Sanchez-Riera L, Sanman E, Schwebel DC, Scott JG, Segui-Gomez M, Shahraz S, Shepard DS, Shin H, Shivakoti R, Singh D, Singh GM, Singh JA, Singleton J, Sleet DA, Sliwa K, Smith E, Smith JL, Stapelberg NJ, Steer A, Steiner T, Stolk WA, Stovner LJ, Sudfeld C, Syed S, Tamburlini G, Tavakkoli M, Taylor HR, Taylor JA, Taylor WJ, Thomas B, Thomson WM, Thurston GD, Tleyjeh IM, Tonelli M, Towbin JA, Truelsen T, Tsilimbaris MK, Ubeda C, Undurraga EA, van der Werf MJ, van Os J, Vavilala MS, Venketasubramanian N, Wang M, Wang W, Watt K, Weatherall DJ, Weinstock MA, Weintraub R, Weisskopf MG, Weissman MM, White RA, Whiteford H, Wiebe N, Wiersma ST, Wilkinson JD, Williams HC, Williams SR, Witt E, Wolfe F, Woolf AD, Wulf S, Yeh PH, Zaidi AK, Zheng ZJ, Zonies D, Lopez AD, AlMazroa MA, Memish ZA. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380(9859):2197-223.

8. Silva Júnior JS, Fischer FM, Junior S, Da JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1):186-190.
9. Barbosa-Branco A, Bültmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saude Publica* 2012; 28(10):1854-1866.
10. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33(2):150-156.
11. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):497-508.
12. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):623-632.
13. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1):32-37.
14. Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH, Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):27-38.
15. Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(8):1711-1720.
16. Abreu ÂMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Harmful consumption of alcoholic beverages among users of a Family Health Unit. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(2):291-295.
17. Brasil. *Política Nacional de Promoção da Saúde* [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 [acessado 2016 Jul 27]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online/?!IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=361238indexSearch=ID>
18. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física e Esporte* 2012; 26(2):241-50.
19. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
20. Fortes S. *Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na Rede SUS da área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro*. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); 2013.
21. Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. *Diário Oficial da União* 1996; 11 out.
22. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2012; 13 dez.
23. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari JJ. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med* 2011; 41(1):3-13.
24. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness* [Internet]. Oxford University Press; 1972. (Maudsley monographs). [citado 2016 Out 27]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PbRrAAAAMAAJ>
25. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica* 1995; 29(5):359-363.
26. Fabião MCM. *Rastreamento e diagnóstico da somatização em cuidados primários: validação da screening for somatoform symptoms-2* [Internet]. 2011 [citado 2016 Out 27]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/45217>
27. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care* [Internet]. World Health Organization; 2001. [citado 2016 Out 27]. Disponível em: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
28. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005; 40(6):584-589.
29. SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences para Windows*. Chicago: SPSS Inc; 2007.
30. Chazan ACS, Campos MR, Portugal FB. Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):547-556.
31. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LÁ. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1774-1782.
32. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2011; 20(7):1123-1129.
33. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Gask L, Bower P, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63(1):23-32.
34. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, Magalhães JC, Drumond D. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):873-882.

35. Corso AN, Costa LS, Fleck MP, Heldt E. [Impact of depressive symptoms in the quality of life of basic health care service users]. *Rev Gaucha Enfermagem* 2009; 30(2):257-262.
36. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Bellón-Saameño JA, Moreno B, Svab I, Rotar D, Rifel J, Maaroos HI, Aluoja A, Kalda R, Neeleman J, Geerlings MI, Xavier M, de Almeida MC, Correa B, Torres-Gonzalez F. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2008; 192(5):362-367.
37. Romera LA, Marcellino NC. Lazer e uso de drogas: a partir do olhar sociológico. *Impulso* 2012; 20(49):75-84.
38. Moreira TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, Ferigolo M. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):1953-1962.
39. Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):463-474.
40. Cogle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarría J, Zvolensky MJ. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res* 2015; 66-67:135-141.
41. Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health-risk behaviors and quality of life among young men. *Qual Life Res* 2014; 23(3):1009-1017.
42. Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M, Richter J. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Qual Life Res* 2012; 21(9):1527-1536.

Artigo apresentado em 29/10/2016

Aprovado em 10/05/2017

Versão final apresentada em 12/05/2017

