



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CINTHIA REGINA MOLINA DE SOUZA

**USO DE ÁLCOOL ASSOCIADO AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM HOMENS
ADULTOS**

**Piracicaba
2019**

CINTHIA REGINA MOLINA DE SOUZA

**USO DE ÁLCOOL ASSOCIADO AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM HOMENS
ADULTOS**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos exigidos
para obtenção do título de Mestra em Gestão
e Saúde Coletiva.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Jaqueline Vilela
Bulgareli.

Este exemplar corresponde à versão final da
dissertação defendida pela aluna Cinthia
Regina Molina de Souza e orientada pela
Prof^a. Dr^a. Jaqueline Vilela Bulgareli.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

M733u Molina, Cinthia Regina, 1979-
Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos /
Cinthia Regina Molina de Souza. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Jaqueline Vilela Bulgareli.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Álcool. 2. Adulto. 3. Atenção primária à saúde. 4. Depressão. 5.
Ansiedade. I. Bulgareli, Jaqueline Vilela, 1980-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Use of alcohol associated with mental disorders in adults men

Palavras-chave em inglês:

Alcohol

Adult

Primary health care

Depression

Anxiety

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Jaqueline Vilela Bulgareli [Orientador]

Heloísa Cristina Valdrighi

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 12-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-5446-1804>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1944586823380373>

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 12 de Fevereiro de 2020, considerou a candidata CINTHIA REGINA MOLINA DE SOUZA aprovada.

PROF^a. DR^a. JAQUELINE VILELA BULGARELI

PROF^a. DR^a. HELOÍSA CRISTINA VALDRIGHI

PROF^a. DR^a. LUCIANE MIRANDA GUERRA

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Daniel, meu maior incentivador, minha inspiração e apoio para que eu possa me desenvolver de forma integral, me motivando a melhorar a cada dia. Sem você não teria chegado aonde estou hoje, meu companheiro, que nunca duvidou do meu potencial.

Aos meus filhos por serem a razão da vida, por vezes tendo a mãe estressada, para que nunca duvidem do meu amor.

Aos meus pais, pela minha formação, são meu porto seguro nos momentos de dificuldade desta e em outras jornadas.

À Deus, que sempre caminha ao meu lado e nunca me desampara, me mantendo forte na caminhada.

AGRADECIMENTO

À Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, na pessoa do Reitor Prof. Dr. Marcelo Knobel.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Diretor Francisco Haiter Neto.

À coordenação do programa de mestrado, na pessoa de sua coordenadora Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, profissional inspiradora e ser humano incrível.

À Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli, minha orientadora, pela disponibilidade, paciência e generosidade. Gratidão por ensinar e inspirar a todos a sua volta, sempre com dedicação e profissionalismo.

A todos os meus familiares, pelo amor e carinho.

À minha eterna equipe, USF CHAPADÃO, pelo carinho e auxílio nesta pesquisa.

Aos integrantes das demais equipes da estratégia saúde da família de Piracicaba que gentilmente se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa.

Ao departamento de Atenção básica, principalmente a enfermeira Tatiana do Prado Lima Bonini e dra Anay Gomes Ferrer, por permitirem que esse projeto pudesse ser desenvolvido e colaborarem com as informações.

RESUMO

O conhecimento do estado de saúde de uma comunidade e dos indivíduos que a formam pressupõe entender os seus hábitos e comportamentos de risco, em particular o consumo de álcool. Este estudo tem como objetivo identificar o uso de álcool em homens adultos e verificar a associação com as variáveis socioeconômicas e os transtornos mentais, depressão e ansiedade. Foi realizado um estudo transversal analítico em adultos de 20 a 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba/São Paulo. O padrão de uso de álcool foi investigado na população através da aplicação do instrumento AUDIT, que se destaca como instrumento de rastreio, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Através do questionário socioeconômico de Meneghim et al, 2007 modificado, foram investigados os fatores socioeconômicos e demográficos. A investigação breve dos principais transtornos mentais: episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada, foi realizado com o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária. Foram enviados 10 Termos de Consentimentos Livre e Esclarecidos para cada USF e a amostra escolhida de maneira aleatória, as entrevistas foram realizadas por telefone em uma única etapa. Obtivemos o retorno de 252 e a amostra elegível contou com 227 participantes, por desistência da participação ou telefone inadequado. A prevalência de uso de álcool, escore AUDIT acima de 8 (consumo perigoso, prejudicial, possível dependência), foi de 26,9%. Na análise final, as variáveis com $p\text{-valor} < 0,20$ nas análises simples, foram estudadas em modelo de regressão binomial negativa múltipla, estimando-se a razão de médias ajustadas com intervalos de confiança de 95%. Com esta análise foi observado que o escore de AUDIT aumenta com a idade, que protestantes e evangélicos apresentam escore médio menor do que outras religiões, sendo os católicos com maior escore. Pessoas com depressão e ansiedade, ou ambos os transtornos apresentam escore médio de AUDIT maior do que os sem transtorno. Concluímos que o álcool na população adulta masculina é bastante prevalente, que a idade atua como fator de risco para aumento do uso e que a religião tem efeito protetor, destacando a importância da USF no desenvolvimento de estratégias que rastreiem as condições de sua população, bem com a discussão e abordagem das intervenções.

Palavras chaves: Álcool, adultos, Atenção Primária, Depressão, Ansiedade

ABSTRACT

Knowledge of the health status of a community and the individuals who make it up presupposes understanding their risky habits and behaviors, in particular alcohol consumption. This study aims to identify the use of alcohol in adult men and to verify the association with socioeconomic variables and mental disorders, depression and anxiety. A cross-sectional analytical study was carried out on adults aged 20 to 59 years living in the areas covered by the Family Health Units (FHU) in the city of Piracicaba / São Paulo. The pattern of alcohol use was investigated in the population through the application of the AUDIT instrument, which stands out as a screening instrument, recommended by the World Health Organization (WHO). Through the modified socioeconomic questionnaire by Meneghim et al, 2007, socioeconomic and demographic factors were investigated. The brief investigation of the main mental disorders: major depressive episode and generalized anxiety disorder, was carried out with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The MINI is a brief standardized diagnostic interview intended for use in clinical practice and research in primary care. 10 Free and Informed Consent Terms were sent to each USF and the sample was chosen at random, the interviews were conducted by phone in a single step. We obtained a return of 252 and the eligible sample had 227 participants, due to the withdrawal of participation or inappropriate telephone. The prevalence of alcohol use, AUDIT score above 8 (dangerous, harmful consumption, possible dependence), was 26.9%. In the final analysis, variables with $p < 0.20$ in simple analyzes were studied in a multiple negative binomial regression model, estimating the ratio of adjusted means with 95% confidence intervals. With this analysis it was observed that the AUDIT score increases with age, that Protestants and Evangelicals have a lower average score than other religions, with Catholics having a higher score. People with depression and anxiety, or both disorders, have an average AUDIT score higher than those without the disorder. We conclude that alcohol in the adult male population is quite prevalent, that age acts as a risk factor for increased use and that religion has a protective effect, highlighting the importance of the USF in the development of strategies that track the conditions of its population, as well as with the discussion and approach of the interventions.

.

Key-words: Alcohol, Adults, Primary Care, Depression, Anxiety

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ARTIGO: Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos.....	14
3. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE. TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38
ANEXOS.....	40
ANEXO 1. APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	40
ANEXO 2. VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO	41
ANEXO 3. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test.....	42
ANEXO 4. MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview	43
ANEXO 5. Questionário socioeconômico de Meneghim 2007- modificado.....	45
ANEXO 6. Comprovante de submissão do artigo.....	46

1. INTRODUÇÃO

Problemas relacionados ao álcool não só afetam o indivíduo, como também a comunidade, ou seja, aquelas pessoas que não bebem, incluindo familiares e vítimas de violências e acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas (Dualibi e Laranjeira, 2007).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2018, globalmente estima-se que cerca de 43% da população são bebedores atuais, ou seja, consumiram nos últimos 12 meses. Do ponto de vista da saúde pública, a carga global relacionada ao consumo de álcool, tanto em termos de morbidade como de mortalidade, é considerável na maior parte do mundo, sendo responsável por 58.3 milhões de anos perdidos por razão de inaptidão e 3.3 milhão de mortes, ou 5,9% da mortalidade global por doenças atribuíveis a ingestão alcoólica. O álcool é o principal fator de risco para morte em homens de 15 a 59 anos, sendo responsável por 7,6% das mortes entre homens (WHO,2014).

Na média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial (Laranjeira et. Al, 2010). A menor taxa de consumo de álcool foi registrada na Guatemala (2,4L de álcool puro *per capita*) e a maior no Uruguai (10,8L de álcool puro *per capita*). O consumo de álcool na população brasileira foi o 22º maior nas Américas (WHO,2018).

No Brasil, cerca de 21,4% da população nunca ingeriu bebidas alcoólicas e aproximadamente 40% consumiram nos últimos 12 meses. Entre os brasileiros que beberam neste período, os homens são maioria (54%, *versus* 27,3% das mulheres) (WHO, 2018). Estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o uso de álcool na

população brasileira são realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas desde 2000 (Galduroz et al, 2000). No I Levantamento domiciliar, em 2001, a prevalência da dependência de álcool na população geral foi de 11,2%, sendo para o sexo masculino ainda maior de 17,1%. No II Levantamento domiciliar, em 2005, a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo de 19,5% entre homens.

Quanto ao uso regular de bebidas alcoólicas (mínimo de 3 a vezes por semana, incluindo os que bebem diariamente) 9,1% dos homens e 1,7% das mulheres o fazem, totalizando em 5,2% o número de indivíduos que bebem regularmente (SENAD, 2007). O consumo abusivo álcool, definido como consumo de 4 ou mais doses de bebidas alcoólicas se mulher ou 5 ou mais doses se homem, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias, havia sido de 17,9%, sendo mais frequente em homens (26%) (Vigitel, 2018).

No geral, há uma relação causal entre consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e lesões. O álcool é estimado em 20-30% para causa do câncer esofágico, câncer de fígado, cirrose do fígado, homicídio, convulsões epiléticas e acidentes de veículos a motor em todo o mundo (WHO, 2014).

Tendo em vista os dados epidemiológicos apresentados e o impacto que o uso de álcool pode causar para a vida das pessoas e populações, ações concretas de prevenção do uso são necessárias para que um cuidado adequado possa ser oferecido. Tal processo começa na definição do diagnóstico (Ronzani e Furtado, 2010). Dentre as diversas medidas utilizadas para detecção do consumo de álcool em seus distintos padrões, destaca-se o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), instrumento originalmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 1980 e validado no Brasil por Lima et al, em 2005.

O AUDIT configura-se como uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool. Desde a sua elaboração, o AUDIT tem sido expressivamente empregado nos estudos acerca do consumo de álcool com amostras clínicas, da população geral, sendo, inclusive, recomendado pelo Ministério da Saúde para levantamentos na atenção básica (Santos et.al,2012).

Pesquisas do Epidemiologic Catchment Área Study (ECA) demonstraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com dependência de álcool e outras substâncias pelos critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) apresentam um diagnóstico psiquiátrico adicional: 26% apresentam transtornos do humor, 28% transtorno de ansiedade, 18% transtornos da personalidade anti-social e 7% esquizofrenia. Existe uma associação clara e consistente entre a dependência de álcool e distúrbios depressivos. Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com estas comorbidades está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro (ABEAD, 2006). Na população em geral, a dependência do álcool e a depressão ocorrem sobreproporcionalmente. Já entre os pacientes em tratamento de abuso de álcool e dependência, a prevalência de depressão é maior do que na população geral, assim como maior prevalência de transtornos por uso de álcool foi documentado em pacientes em tratamento para depressão (WHO, 2014).

Transtornos ansiosos pré-mórbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias e não só de álcool, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por estas substâncias (ABEAD, 2006). As desordens de ansiedade podem ser causa ou consequência da dependência de álcool e fatores

etiológicos comuns podem também estar envolvidos (Yoshimi et al,2016). A ansiedade pode contribuir para problemas de uso de álcool devido a uma tendência geral de se engajar em tentativas inadaptadas para regular as emoções (Paulus et al, 2017). Ataques de pânico e as fobias estão associados com um aumento da gravidade e pior prognóstico para o alcoolismo (ABEAD, 2006).

A Atenção Primária em Saúde (APS), observou um incremento progressivo nas unidades de Saúde da Família e da expansão da cobertura, evidenciada pelo número de pessoas cadastradas, constituindo este um espaço privilegiado devido a atender a um número maior de pessoas e ter oportunidade de intervir antes que o padrão de uso de álcool provoque danos à saúde do usuário. A alta prevalência das desordens provocadas pelo uso rotineiro do álcool no Brasil e no mundo fez com que esta fosse umas prioridades listadas pelo Ministério da Saúde para abordagem na Estratégia de Saúde da família, em função do reconhecimento do problema como expressivo em termos de Saúde Pública e principalmente na tentativa de incentivar práticas de detecção precoce, prevenção dos danos causados pelo uso do álcool (Lima et.al, 2014). Recomenda-se rotineiramente em serviços de APS, especialmente para médicos e enfermeiros, a utilização rotineira do AUDIT, por constituir-se uma ferramenta útil na identificação do padrão de consumo de álcool, facilitando sua abordagem e auxiliando em atividades de proteção e promoção da saúde, voltadas aos usuários, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (Jomar et al, 2012).

Este estudo tem como objetivo identificar o uso de álcool em homens adultos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família e verificar se há associação com as variáveis socioeconômicas e os transtornos mentais, depressão e ansiedade.

2. ARTIGO

Esta dissertação está baseada na Resolução CCPG/002/06/UNICAMP, que regulamenta o formato alternativo de impressão das Dissertações de Mestrado, permitindo a inserção de artigos científicos de autoria do candidato. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi aprovado sob protocolo CAAE nº 86700618.70000.5418.

O artigo será submetido de acordo com as normas Revista de Saúde Pública.

Título: Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar o uso de álcool em homens adultos com o instrumento AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) e verificar a associação de fatores socioeconômicos, demográficos e os transtornos mentais (episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada). Foi realizado um estudo transversal analítico em adultos de 20 a 59 anos do município de Piracicaba, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família no ano 2018. Após análises descritivas, as variáveis com $p\text{-valor} < 0,20$ nas análises simples foram estudadas em modelos de regressão binomial negativa múltipla. Pelo modelo final estimaram-se as razões de médias ajustadas com os intervalos de 95% de confiança. Observou-se uma alta prevalência de consumo de álcool, 26,9%. O escore de AUDIT aumenta com a idade (RM: 1,02; IC95%: 0,99-1,03). Protestantes e evangélicos apresentam escore médio de AUDIT menor que as demais religiões (RM: 1,78; IC95%: 1,14-2,79). As pessoas com transtorno mental apresentam escore médio de AUDIT maior do que os sem transtorno (RM: 2,30; IC95%: 1,28-4,11). Concluiu-se que o álcool na população

adulta masculina é bastante prevalente, que a idade atua como fator de risco para aumento do uso e que a religião tem efeito protetor, destacando a importância da USF no desenvolvimento de estratégias que rastreiem as condições de sua população, bem com a discussão e abordagem das intervenções.

Palavras chave: Álcool, adultos, Atenção Primária, Depressão, Ansiedade.

Abstract

This study aimed to identify alcohol use in adult patients with the AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) instrument and to verify the association between socioeconomic, demographic and mental disorders (major depressive episode and generalized anxiety disorder). An analytical cross-sectional observational study was performed in adults aged 20 to 59 years from the city of Piracicaba, registered at Family Health Units in 2018. After descriptive analyzes, the variables with p-value <0.20 in the simple analyzes were studied in models of multiple negative binomial regression. The final model estimated the adjusted average ratios with the 95% confidence intervals. There was a high prevalence of alcohol consumption, 26.9%. The AUDIT score increases with age (RM: 1.02; 95% CI: 0.99-1.03). Protestants and evangelicals have lower AUDIT scores than other religions (RM: 1.78; 95% CI: 1.14-2.79). People with mental disorders have a higher average AUDIT score than those without mental disorders (RM: 2,30; 95% CI: 1.28-4,11). The study highlights the high prevalence of alcohol use in the adult male population, as well as the increased use with age and mental disorders, as well as considering protestant or evangelical religion as a protective effect, highlighting the importance of USF in the development of strategies that track the conditions of its population, as well as the discussion and approach of interventions.

Key-words: Alcohol, Adults, Primary Care, Depression, Anxiety.

Introdução

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2018, globalmente estima-se que cerca de 43% da população são bebedores atuais, ou seja, consumiram nos últimos 12 meses. Do ponto de vista da saúde pública, a carga global relacionada ao consumo de álcool, tanto em termos de morbidade como de mortalidade, é considerável na maior parte do mundo. Sendo responsável por 58.3 milhões de anos perdidos por razão de inaptidão e 3.3 milhão de mortes, ou 5,9% da mortalidade global por doenças atribuíveis a ingestão alcoólica. O álcool é o principal fator de risco para morte em homens de 15 a 59 anos, sendo responsável por 7,6% das mortes entre homens². Na média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial³. A menor taxa de consumo de álcool foi registrada na Guatemala (2,4L de álcool puro *per capita*) e a maior no Uruguai (10,8L de álcool puro *per capita*). O consumo de álcool na população brasileira foi o 22º maior nas Américas ¹.

No Brasil, aproximadamente 40% consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses. Entre os brasileiros que beberam neste período, os homens são maioria (54%, *versus* 27,3% das mulheres) ¹. Estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o uso de álcool na população brasileira são realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. No I Levantamento domiciliar, em 2001, a prevalência da dependência de álcool na população geral foi de 11,2%,

sendo para o sexo masculino ainda maior de 17,1%⁴. No II Levantamento domiciliar, em 2005, a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo de 19,5% entre homens⁵. Quanto ao uso regular de bebidas alcoólicas (mínimo de 3 a vezes por semana, incluindo os que bebem diariamente) 9,1% dos homens e 1,7% das mulheres o fazem, totalizando em 5,2% o número de indivíduos que bebem regularmente⁶. O consumo abusivo álcool, definido como consumo de 4 ou mais doses bebidas alcoólica se mulher ou 5 ou mais doses se homem, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias, havia sido de 17,9%, sendo mais frequente em homens (26%)⁷.

Diante do cenário onde a população masculina adulta mostra-se vulnerável ao uso de álcool e as suas consequências, a detecção precoce, a busca por fatores associados e abordagem mostram-se necessárias. Este estudo tem como objetivo identificar o uso de álcool em homens adultos e verificar se há associação com as variáveis socioeconômicas e os transtornos mentais, depressão e ansiedade.

Metodologia

O estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Após aprovação pelo CEP foi iniciada a pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelos entrevistados. Os participantes foram orientados sobre o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o manejo confidencial das informações, direito de retirar o consentimento dado, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo no atendimento recebido na unidade de saúde.

Foi realizado um estudo transversal analítico, em adultos, do sexo masculino, de 20 anos a 59 anos, cadastrados nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde

da Família do município de Piracicaba. A população do município de Piracicaba é constituída por aproximadamente 339.4419 habitantes entre eles 103810 habitantes da população são homens de 20 a 59 anos (IBGE, 2010). A rede pública de saúde, segundo nota técnica do departamento de atenção básica, é composta por 52 Unidades de Saúde da Família (USF). Na etapa seguinte, executada nas USF, foram enviado 10 TCLE para cada unidade e os homens foram convidados de maneira aleatória a participar, com caráter voluntário de sua participação tendo o direito de abandonar a pesquisa em qualquer momento, garantia do sigilo dos dados individuais e ausência de riscos à saúde física e mental. Obtivemos retorno de 252 TCLE assinados e com telefone para contato. A pesquisa foi realizada por telefone, em uma única etapa, correspondendo a coleta de dados com a aplicação de três instrumentos de pesquisa.

Para o contexto socioeconômico e demográfico, foram utilizados dados do questionário socioeconômicos de Meneghim et al, 2007 modificado (Anexo 2)⁸. O padrão de uso de álcool foi avaliado pelo instrumento AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), considerando escore do AUDIT acima de 8⁹. Esse instrumento é composto por dez questões subjetivas e permite respostas com pesos preestabelecidos, variando de 0 a 4. Posteriormente, utiliza-se a classificação em quatro níveis indicativos da gravidade do hábito, também denominados zonas de “risco”: zona I (escores de 0-7): abstinente/ beber baixo risco, zona II (de 8-15): beber perigoso/de risco, zona III (de 16-19): beber prejudicial/ uso nocivo de álcool, e zona IV (escores de 20-40): possível dependência^{10,11}. (Anexo 1). A ansiedade e depressão foram diagnosticadas utilizando o instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)¹². O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10. Tendo inicialmente as questões filtros

que correspondem aos critérios principais do transtorno e critérios menores que podem ser somados para fechar o diagnóstico (Anexo 3)¹³.

A amostra final foi de 227 participantes, sendo realizada análise “post-hoc” considerando esta amostra, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05\%$), onze variáveis independentes, resultando em poder do teste acima de 80% ($\beta=0,20$) para a variável independente presença de transtorno (tamanho de efeito=0,33). Esse tamanho da amostra atendeu também a necessidade de 15 a 20 participantes por variável independente no modelo de regressão múltipla. Os cálculos foram realizados com auxílio dos programas R e GPower.

Análise de dados

Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados e a seguir as relações entre cada variável independente e a variável de desfecho (consumo de álcool pelo AUDIT), analisadas por modelos de regressão binomial negativa simples, estimando as razões de médias brutas com os intervalos de 95% de confiança. As variáveis com $p\text{-valor} < 0,20$ nas análises simples foram estudadas em modelos de regressão binomial negativa múltipla. Pelo modelo final estimou-se as razões de médias ajustadas com os intervalos de 95% de confiança. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As análises foram realizadas no programa R.

Resultados

Dos 227 participantes, 61 apresentaram escore do AUDIT acima de 8 (uso de risco, uso nocivo e provável dependência), ou seja, prevalência é de 26,9%.

Na tabela 1, nota-se que 66,1% era casado, a maioria com até 2º grau (86,4%) e renda até R\$2811,00 (63,9%). A idade média da amostra era de 40,7 anos com

desvio padrão de 12,1 anos. De acordo com o diagnóstico pelo M.I.N.I., 36,1% apresentava depressão, ansiedade ou ambos.

Tabela 1. Análise descritiva do perfil da amostra

Variável	Categoria	N (%)
Estado civil	Solteiro	60 (26,4%)
	Casado	150 (66,1%)
	Viúvo	2 (0,9%)
	Separado/Divorciado	15 (6,6%)
Pessoas na família	Até 2	52 (22,9%)
	3	75 (33,0%)
	4	63 (27,8%)
	5	29 (12,8%)
	6	6 (2,6%)
	Acima de 6	2 (0,9%)
Escolaridade	Não alfabetizado	3 (1,3%)
	1ª e 4ª série	29 (12,8%)
	5ª e 8ª série	68 (30,0%)
	2º grau	96 (42,3%)
	Superior incompleto	14 (6,2%)
	Superior completo	10 (4,4%)
	Pós-graduação	7 (3,1%)
Habitação	Própria quitada	144 (63,4%)
	Própria com financiamento a pagar	26 (11,4%)
	cedida pelos pais ou parentes	8 (3,5%)
	cedida em troca de trabalho	1 (0,4%)
	alugada	47 (20,7%)
	cedida por não ter onde morar	1 (0,4%)
Profissão	Profissional Liberal e empresário de médio porte	5 (2,2%)
	Funcionário em ocupações de nível superior	9 (4,0%)
	Empresário de pequeno porte	13 (5,7%)
	Funcionário em ocupações de nível médio	58 (25,6%)
	Profissional autônomo	25 (11,1%)
	Profissional autônomo operacional	64 (28,2%)
	Funcionário em ocupações auxiliares	40 (17,6%)
	Ambulante, Safrista, Trabalho eventual	13 (5,7%)

Variável	Categoria	N (%)
Renda familiar	Até R\$ 937,00	24 (10,6%)
	De R\$937,00 a R\$ 1874,00	60 (26,4%)
	De R\$ 1874,00 a R\$ 2811,00	61 (26,9%)
	De R\$ 2811,00 a R\$5622,00	66 (29,1%)
	De R\$ 5622,00 a R\$ 7496,00	8 (3,5%)
	De R\$ 7496,00 a R\$ 9370,00	1 (0,4%)
	Acima de R\$ 9370,00	7 (3,1%)
Condição de trabalho	Desempregado	47 (20,7%)
	Temporário	51 (22,5%)
	Registrado em carteira	98 (43,2%)
	Aposentado/BPC	31 (13,7%)
Doença crônica	Não	143 (63,0%)
	Sim	84 (37,0%)
Utilizou serviço De saúde	Não	56 (24,7%)
	Sim	171 (75,3%)
Religião	Católica	119 (52,4%)
	Protestante/Evangélica	79 (34,8%)
	Espírita	2 (0,9%)
	Outra	4 (1,8%)
	Sem religião	23 (10,1%)
Transtorno (M.I.N.I.)	Negativo	145 (63,9%)
	Depressão	13 (5,7%)
	Ansiedade	41 (18,1%)
	Ambos	28 (12,3%)
Média (desvio padrão)		Mediana (mínimo e máximo)
Idade	40,7 (12,1)	41,0 (16,0-59,0)
AUDIT	4,4 (5,9)	2,0 (0,0-36,0)

Na tabela 2, observa-se que o escore de AUDIT aumenta com a idade (RM: 1,02; IC95%:0,99-1,03) Figura 1. Protestantes e evangélicos apresentam escore do AUDIT menor que as outras religiões. Os Católicos apresentam escore médio de AUDIT maior que os Protestantes e Evangélicos (RM=1,78; IC95%: 1,14-2,79), e as demais religiões, como Espírita e outras que não católicos ou os que definem como sem religião, também apresentam escore médio de AUDIT maior que os Protestantes e Evangélicos (RM=3,03; IC95%: 1,61-5,71) Figura 2. Além disso, pessoas com

depressão e ansiedade apresentam escore médio do AUDIT maior que os sem transtorno (RM:2,30; IC95%:1,28-4,11) Figura 3.

Tabela 2. Resultados das análises de regressão binomial negativa simples e múltiplas para consumo de álcool (AUDIT) e as variáveis independentes.

Variável	Categoria	\$RM bruta	p-valor	\$RM ajustada	p-valor
Idade		1,02 (1,01-1,04)	0,0027	1,02 (0,99-1,03)	0,0540
Estado civil	Casado	Ref			
	Não casado	1,25 (0,82-1,91)	0,2928		
Pessoas na		1,04 (0,87-1,25)	0,6603		
Escolaridade		0,86 (0,73-1,02)	0,0952		
Habitação	Residência própria	1,06 (0,70-1,61)	0,7657		
	quitada outros	Ref			
Renda familiar		1,06 (0,92-1,24)	0,4118		
Condição de trabalho	Registrado	Ref			
	Outros	1,26 (0,84-1,88)	0,2646		
Doença crônica	Não	1,36 (0,90-2,06)	0,1382		
	Sim	Ref			
Utilizou serviço De saúde	Não	Ref			
	Sim	1,04 (0,65-1,65)	0,8823		
Religião	Católica	1,73 (1,12-2,66)	0,0128	1,78 (1,14-2,79)	0,0117
	Protestante/Evangélica	Ref		Ref	
	Outras	2,74 (1,46-5,14)	0,0017	3,03 (1,61-5,71)	0,0006
Transtorno (M.I.N.I.)	Negativo	Ref		Ref	
	Depressão	1,72 (0,74-4,01)	0,2101	2,05 (0,89-4,74)	0,0925
	Ansiedade	1,35 (0,80-2,29)	0,2622	1,46 (0,88-2,40)	0,1393
	Ambos	1,94 (1,06-3,54)	0,0319	2,30 (1,28-4,11)	0,0051

\$RM: Razões de médias; #Intervalo de confiança. Modelo vazio (AICC=1134,26); modelo final ajustado (AICC=1119,65).

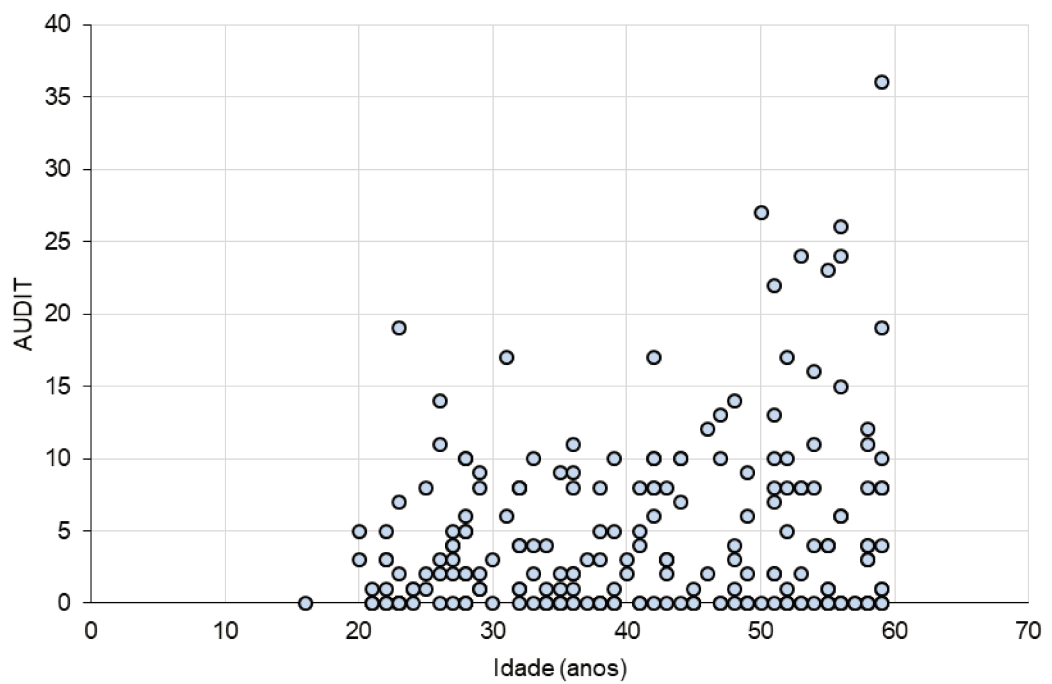


Figura 1. Gráfico de dispersão do escore do AUDIT (consumo de álcool) em função da idade.

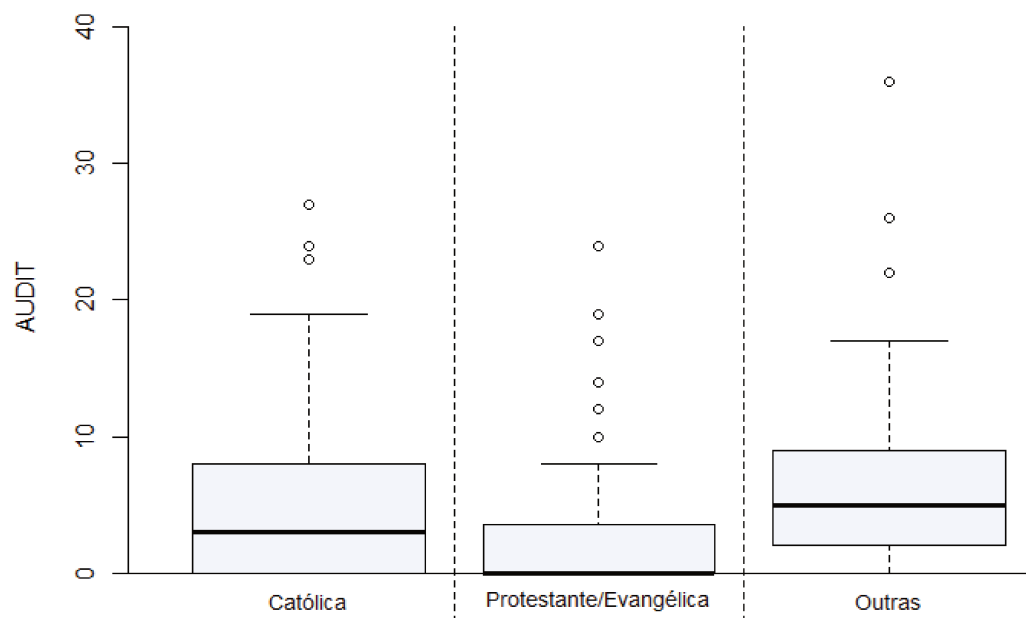


Figura 2. Box plot do escore de AUDIT (consumo de álcool) em função da religião

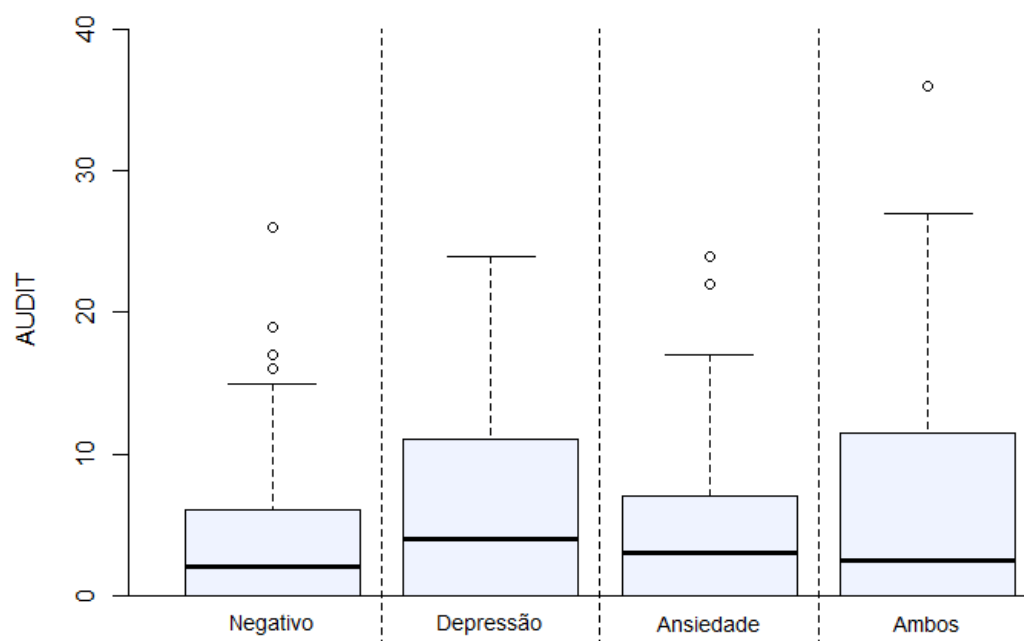


Figura 3. Box plot do escore de AUDIT (consumo de álcool) em função dos transtornos (M.I.N.I.)

Discussão

No presente estudo, observou-se uma alta prevalência de consumo de álcool, 26,9%, comparado a outros estudos realizados com adultos brasileiros usuários da atenção primária que, segundo escore do AUDIT maior que 8, apresentavam prevalência em torno de 18,5%^{16,19} a 22%¹⁴. Estudos realizados em países europeus para identificar o uso de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde registraram prevalências entre 15 e 17% na Itália, 8% na França e 20% no Reino Unido¹⁴.

Os resultados demonstraram uma associação entre o consumo de álcool e a idade, onde o escore de AUDIT aumenta com a idade, dado compatível com outros estudos em Atenção Primária que utilizaram o instrumento AUDIT e este também aumentou conforme a idade, considerando a população adulta^{4,17,18}. Nos Estados Unidos o padrão de consumo em adultos cai após os 20 anos, porém entre os latinos

nos EUA os homens tem mais liberdade para beber, destacando a diferença das culturas latino-americanas e americanas. Nas culturas latinas, o consumo de bebida é geralmente mais integrado às atividades e festividades e, principalmente, entre os homens as normas permitem que bebam mais¹⁹.

Quanto à religião, os resultados mostraram que Católicos, pessoas de religião Espírita, que se dizem sem religião ou de outras religiões, apresentam escore médio de AUDIT maior que os Protestantes e Evangélicos. Com relação à crença religiosa, estudos mostram prevalências de uso abusivo e dependência de álcool entre evangélicos, são consideravelmente menores quando comparadas aos de religião católica²⁰. A prática religiosa pode exercer efeito protetor sobre o comportamento de risco e dependência, principalmente quando relacionada a cultos que impõem normas rígidas contra o hábito, por isso cultos protestantes atuam protetor quando comparada a pessoas que não tem filiação religiosa^{21,22,23}.

No presente estudo, pessoas com transtorno mentais apresentam escore médio de AUDIT maior do que os sem transtorno. Em outros estudos o consumo excessivo de álcool foi associado a uma infinidade de condições de saúde mental, e um declínio na qualidade de vida foi entre os bebedores compulsivos^{24,25}. Problemas frequentes de consumo excessivo de álcool estão associados a problemas de saúde mental²⁶. Pessoas com depressão e ansiedade apresentam escore médio de AUDIT maior do que os sem transtorno. Um estudo realizado com grande amostra internacional de atenção primária obteve que o consumo leve a moderado de álcool no início do estudo foi associado a uma menor incidência de depressão e transtorno de ansiedade em comparação à abstinência, enquanto o consumo excessivo de álcool foi associado a uma maior incidência de depressão, mas não ansiedade⁷⁶. O

uso excessivo de álcool está associado ao aumento da incidência de ansiedade, em homens, porém o uso moderado diminui esta incidência na população geral²⁸.

O estado atual da literatura sugere que indivíduos deprimidos apresentaram menor qualidade de vida e escores AUDIT mais altos do que os não deprimidos²⁰. Estudo realizado com jovens franceses evidenciou que o álcool é usado para lidar com a depressão, sem preverem os problemas relacionados uso do álcool²⁹.

Os transtornos de ansiedade podem ser causa ou consequência da dependência do álcool e fatores etiológicos comuns também podem estar envolvidos, mas geralmente os sintomas de ansiedade social precedem a dependência do álcool por vários anos. Nos transtornos de ansiedade, a coocorrência de comorbidades, como a depressão, está associada a maior gravidade, incapacidade e pior resposta ao tratamento da dependência de álcool³⁰. Segundo as diretrizes brasileiras de estudos do álcool e outras drogas (ABEAD), existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos acabam por usar álcool como uma forma de automedicação, o que acaba por agravar o transtorno ansioso primário. Portanto os transtornos ansiosos pré-morbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação³¹.

Na abordagem por profissionais de saúde na atenção primária, há avaliação do uso de álcool, mas perguntas de acompanhamento, conselhos breves e referências de tratamento são inconsistentemente direcionadas. Embora tratamentos psicológicos estruturados sejam recomendados como intervenções de primeira linha, apenas uma pequena fração das pessoas em todo o mundo recebe esses tratamentos por causa do acesso insuficiente à atenção primária de rotina. Estudo realizado na Índia avaliou a eficácia e o custo-efetividade do Aconselhamento para Problemas com Álcool

(PAC), um breve tratamento psicológico oferecido por conselheiros leigos podendo esta, ser uma estratégia fundamental para reduzir a lacuna de tratamento dos transtornos causados pelo uso de álcool³². Assim como podemos também utilizar s intervenções breves, como recomendado pelas 17 diretrizes revistas sobre o gerenciamento de pacientes com uso nocivo de álcool em unidades básicas de saúde³³. Os formuladores de políticas e profissionais de saúde podem ser altamente incentivados a implementar essas recomendações e estratégias³³.

Destacamos a as dificuldades na abordagem dos usuários diante do tema, a adesão dos homens aos serviços de saúde e a busca destes por cuidados preventivos.

Conclui-se que uso de álcool apresenta uma alta prevalência na população de homens adultos. O aumento uso de álcool associa-se tanto ao transtorno mental quanto a idade, assim como saber que a religião atua como fator de proteção, para que, desta forma as USF's planejem estratégias de intervenções e ações para o controle do consumo.

Referências

1. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Department of Mental Health and Substance Abuse. ISBN: 978-92-4-156563-9. Genebra, Suíça. 2018.
2. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol 2014. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2014.
3. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. Rev Bras de Psiquiatr, 2010; 32 (3) 231-41.
4. Carlini EA, Galduroz JCP, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações

- Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
5. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez ZVDM. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. p. 1-472.
 6. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Ministério da Saúde. Brasília, 2007.
 7. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
 8. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. Ciênc. Saúde Coletiva 2007, 12(2).
 9. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. Rev APS.2012;5(1):113-7.
 10. Barbor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. World Health Organization (WHO). Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
 11. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of AUDIT in an urban Brazilian sample. Alcohol&Alcohol 2005; 40:584-9.
 12. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. Hôpital Salpêtrière – Paris – França./ Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview University of South Florida – Tampa – EUA.. Tradução para o português (Brasil): P. Amorim © 1992, 1994, 1998, 2000. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho,2002).

13. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (3):106-15.
14. Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção Primária à Saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto/2009. 25 (8): 1711-20.
15. Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. IJADR, 2016; 5 (2): 17-24.
16. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4): 637-47.
17. Lima KCB, Mata RN, Santos GRDS, Teixeira GM, Amaral AKM, Botti NCL. Prática preventiva do uso de risco de álcool na Atenção Primária à Saúde. Rev APS, 2014, 17 (2) 229-35.
18. Pereira CF, Vargas D, Silva AR. Uso de álcool: análise de correspondência de usuários de serviços da Atenção Primária. Rev Enferm UFPE on line, Recife, agosto, 2016; 10 (8) 2956 - 64.
19. Paulus DJ, Gallagher MW, Rogers AH, Viana AG, Garza M, Valdivieso J, Ochoa-Perez M, Lemaire C, Bakhshaie J, Zvolinsky MJ. Emotion dysregulation as a mechanism linking anxiety and hazardous drinking among Latinos in primary care. Am J Addict. 2017; 20:1-8.
20. Ferreira LN, Bispo Junior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. Ciênc Saúde Coletiva vol 18, no11. Rio de Janeiro nov.2013.
21. Jomar RT, Fonseca VAO, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. J Bras Psiquiatr. 2015;64(1):55-62.
22. Freitas ICM, Moraes AS. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011; 27(10): 2021-2031.
23. Amato TC, Silveira PS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. *versão On-line* ISSN 1806-6976. SMAD,

Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.4 n.2. Ribeirão Preto ago. 2008.

24. Levola J, Pitkanen T, Kampman O, Aalto M. The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. *Qual Life Res.* 2018 May; 27(5):1217-1226.
25. Lee YY, Wang P, Abdin E, Chang S, Shafie S, Sambasivam R, Tan KB, Tan C, Heng D, Vaingankar J, Chong SA, Subramaniam M. Prevalence of binge drinking and its association with mental health conditions and quality of life in Singapore. *Addict Behav.* 2019 Aug 28; 100:106114.
26. Mäkelä P, Raitasalo K, Wahlbeck K. Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. *Eur J Public Health.* 2015 Apr; 25(2):225-31. doi: 10.1186/s13643-017-0461-3.
27. Bellos S, Skpinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, Lionis C, Mavreas V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research.* Volume 243, 30 September 2016, Pages 30-34.
28. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* Volume 106, Issue 5. May 2011. Pages 906-914.
29. Acier TLD. Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addictive Behaviors.* Volume 72, September 2017, Pages 120-125.
30. Bravo AJ, Pilatti A, Pearson MR, Mezquita L, Ibáñez MI, Ortet G. Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: A multiple mediation model among college students in three countries *Addictive Behaviors.* Volume 76, January 2018, Pages 319-327.
31. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, Soares MBM, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastri S, Hochgraf PB, Giliotti AP, Lemos T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):142-8.

32. Nadkarni A et al. Counselling for alcohol problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomized controlled trial. *Lancet*, Jan 2017; 389 (10065): 186-195.
33. Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras de Psiquiatr* 2012; 61(3): 117-23.

3. Conclusão

Conclui-se que uso de álcool apresenta uma alta prevalência na população de homens adultos. O aumento uso de álcool associa-se tanto ao transtorno mental quanto a idade, assim como saber que a religião atua como fator de proteção, destacando a importância da USF no desenvolvimento de estratégias que rastreiem as condições de sua população. Levando-se em consideração os Atributos da Atenção Primária torna-se primordial o papel das USF, as equipes estão inseridas na dinâmica de vida dos usuários, de suas famílias e da comunidade, devendo ser este cenário da busca do usuário pelo sistema de saúde, permeando a facilidade de acesso para a população masculina. No acompanhamento ao longo da vida e visando o cuidado integral, nas consultas, tanto médica quanto de enfermagem, mostra-se crucial a abordagem dessa problemática, visto que o score do AUDIT aumenta com a idade. As aplicações de instrumentos breves, já amplamente utilizados e validados, podem atuar de maneira preventiva ou com intervenções precoces. De acordo com o diagnóstico do M.I.N.I., os transtornos mentais mostram-se também muito prevalentes, sendo este fator também a se considerar, principalmente no que se evidencia sua associação com o uso de álcool.

Referências

1. Acier TLD. Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addictive Behaviors*. Volume 72, September 2017, Pages 120-125.
2. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(3): 106-15.
3. Bastos FI, BeroniN, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa no âmbito nacional. B rasil 2005. *Rev Saúde Pública* 2008;42 Suppl 1:109-17.
4. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrrondo P, Marin-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:502-9.
5. Barbor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. World Health Organization (WHO) Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
6. Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. *IJADR*, 2016; 5 (2): 17-24.
7. Bellos S, Skpinakis P, Rai D ,Zitko P, Araya R, Lewis G, Lionis C, Mavreas V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research*. Volume 243, 30 September 2016, Pages 30-34.
8. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. Volume106, Issue5. May 2011. Pages 906-914.
9. Bravo AJ, Pilatti A, Pearson MR, Mezquita L, Ibáñez MI, Ortet G. Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: A multiple mediation model among college students in three countries *Addictive Behaviors*. Volume 76, January 2018, Pages 319-327.
10. Dualibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (5): 839-48

11. Ferreira LN, Bipo-junior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga-junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciênc Saúde Coletiva* vol 18, no11. Rio de Janeiro nov.2013.
12. Freitas ICM, Moraes AS. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(10):2021-2031.
13. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (Supl I): 3-6.
14. Hasselgård-Rowe J, Broers B, Haller DM. Protocol for a systematic review of the factors associated with binge drinking among adolescents and young adults. *Syst Rev*. 2017 Apr 11;6(1):76.
15. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Ministério da Saúde. Brasília, 2007.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf.
16. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001, CEBRID, Departamento de Psicobiologia – UNIFESP.
17. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005, CEBRID, Departamento de Psicobiologia – UNIFESP.
18. Jomar RT, Fonseca VAO, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):55-62.
19. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Rev APS*. 2012;5(1):113-7.
20. Kim K, Kim JS. The association between alcohol consumption patterns and health-related quality of life in a nationally representative sample of South Korean adults. *PLoS One*. 2015 Mar 18;10(3).
21. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras de Psiquiatr* 2010; 32 (3)231-41.

22. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol&Alcohol* 2005; 40:584-9.
23. Lee YY, Wang P, Abdin E, Chang S, Shafie S, Sambasivam R, Tan KB, Tan C, Heng D, Vaingankar J, Chong SA, Subramaniam M. Prevalence of binge drinking and its association with mental health conditions and quality of life in Singapore. *Addict Behav.* 2019 Aug 28; 100:106114.
24. Levola J, Pitkänen T, Kampman O, Aalto M. The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. *Qual Life Res.* 2018 May; 27(5):1217-1226.
25. Lima KCB, Mata RN, Santos GRDS, Teixeira GM, Amaral AKM, Botti NCL. Prática preventiva do uso de risco de álcool na atenção primária à saúde. *Rev. APS.* 2014; 17(2): 229 - 235.
26. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. *Hôpital Salpêtrière – Paris – França./ Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. University of South Florida – Tampa – EUA.. Tradução para o português (Brasil): P. Amorim © 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier. M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho, 2002).*
27. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4): 637-47.
28. Mäkelä P, Raitasalo K, Wahlbeck K. Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. *Eur J Public Health.* 2015 Apr;25(2):225-31. doi: 10.1186/s13643-017-0461-3.
29. Mason-Jones AJ, Cabieses B. Alcohol, binge drinking and associated mental health problems in young urban Chileans. *PLoS One.* 2015 Apr 1;10(4): e0121116. doi: 10.1371/journal.pone.0121116. eCollection 2015.
30. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007, 12(2).
31. Nadkarni A, Weobong B, Weiss HA, McCambridge J, Bhat B, Katti B. et al. Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India:

- randomised controlled trial. *The Lancet*. Colume 389, ISSUE10065, P 186-195, January 14, 2017
32. Paulus DJ, Gallagher MW, Rogers AH, Viana AG, Garza M, Valdivieso J, Ochoa-Perez M, Lemaire C, Bakhshaie J, Zvolinsky MJ. Emotion dysregulation as a mechanism linking anxiety and hazardous drinking among Latinos in primary care. *Am J Addict*. 2017; 20:1-8.
 33. Pereira CF, Vargas D, Silva AR. Uso de álcool: Análise de correspondência de usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, agosto/2016.10(8):2956-64.
 34. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *Rev Bras de Psiquiatr* 2010; 59(4):326-332.
 35. Sahker E, Arndt S. Alcohol use screening and intervention by American primary care providers. *International Journal of Drug Policy*. Volume 41, March 2017, Pages 29-33.
 36. Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras de Psiquiatr* 2012; 61(3):117-23.
 37. Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcóolica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, agosto/2009. 25(8):1711-1720.
 38. *Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.
 39. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2004.
 40. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol and Health 2014. ISBN 978 92 4 069276 3. Genebra, Suíça. 2014.
 41. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Department of Mental Health and Substance Abuse. Editors: Vladimir Poznyak and Dag Rekve. Languages: English. ISBN: 978-92-4-156563-9. Genebra, Suíça. 2018.
 42. Yoshimi NT, Campos LM, Simão MO, Torresan RC, Torres AR. Social anxiety symptoms in alcohol-dependent outpatients: prevalence, severity and predictors. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 659(2): 117-26.

43. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, Soares MBM, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastrì S, Hochgraf PB, Giliotti AP, Lemos T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):142-8.
44. Zvolensky MJ, Paulus DJ, Bakhshaie J, Garza M, Ochoa-Perez M, Medvedeva A, Bogiaizian D, Robles Z, Manning K, Schmidt NB. Interactive effect of negative affectivity and anxiety sensitivity in terms of mental health among Latinos in primary care. *Psychiatry Research.* Volume 243, 30 September 2016, Pages 35-42.
45. Zhang DX, Li ST, Lee Qk, Chan KH, Kim JH, Yip BH, Chung RY, Wong AH, Fang Y, Liang M, Wong MC. Systematic Review of Guidelines on Managing Patients with harmful Use of Alcohol in Primary Healthcare settings. *Alcohol_alcohol*, 2017 jun 7:1-15. Doi: 10.1093/alcalc/agx034.

APÊNDICE

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNICAMP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Número do CAAE: 86700618.7.0000.5418



APRESENTAÇÃO DA PESQUISA:

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada "**AValiação DOS FATORES RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL EM PACIENTES HOMENS ADULTOS**", que será realizada na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli e Cinthia Regina Molina de Souza. As informações presentes neste documento foram fornecidas pelo pesquisador Cinthia Regina Molina de Souza.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que ficará com você e outra que ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se tiver perguntas antes ou mesmo depois assinar o Termo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, você pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá qualquer tipo de penalização ou prejuízo se você não quiser participar ou se retirar sua autorização em qualquer momento, mesmo depois de iniciar sua participação na pesquisa. É importante realizar esta pesquisa porque em função do reconhecimento do uso de álcool como problema expressivo em termos de Saúde Pública e principalmente numa tentativa de incentivar práticas de detecção precoce e limitação de danos, recomenda-se rotineiramente a utilização rotineira do AUDIT, por constituir-se uma ferramenta útil na identificação do padrão de consumo de álcool, facilitando sua abordagem e auxiliando em atividades de proteção e promoção da saúde voltadas aos usuários.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivos: O objetivo desta pesquisa será identificar o padrão uso de álcool em pacientes adultos e verificar se há associação com as variáveis individuais, psicológicas e utilização dos serviços de saúde.

Procedimentos e metodologias: Participando do estudo você está sendo convidado a responder o questionário AUDIT que se refere ao hábito de consumir bebidas alcoólicas, tendo como referência, o último ano que antecedeu a entrevista. Esse instrumento é composto por dez questões subjetivas e permite respostas com pesos preestabelecidos, variando de 0 a 4, em três domínios: consumo de álcool (itens 1 -3), dependência (itens 4 -6), e consequências álcool-relatadas (itens 7 – 10). Posteriormente, utiliza-se a classificação em quatro níveis indicativos da gravidade do hábito, também denominados zonas de "risco": zona I (escores de 0-7): abstinente/ beber baixo risco, zona II (de 8-15): beber perigoso/de risco, zona III (de 16-19): beber prejudicial/ uso nocivo de álcool, e zona IV (escores de 20-40): possível dependência. A fim de investigar variáveis de risco será utilizado dados do instrumento socioeconômicos de Meneghim et al, 2007, modificado. Acrescentado de algumas outras informações como idade, endereço, condição atual de trabalho, religião. Além de perguntas relacionadas a utilização dos serviços de saúde. Depressão e ansiedade serão investigado utilizando o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), para esses dois módulos.

Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: A pesquisa não apresenta grupo controle ou placebo.

Métodos alternativos: A pesquisa não envolve tratamentos.

Desconfortos e riscos previstos: Para reduzir o desconforto ao responder questão de caráter pessoal e garantir a privacidade será solicitado local reservado e há liberdade para não responder questões que julgue constrangedora. O participante terá acesso aos resultados individuais e terá o direito de desistir.

Benefícios: será visto o hábito de consumir bebidas alcoólicas e classificação da gravidade deste hábito, além da possibilidade diagnóstica sobre ansiedade e depressão. Diante destas informações, procure as unidades de saúde para orientação e auxílio referentes a estas problemáticas, caso assim desejem.

Acompanhamento e assistência: Como será realizada uma única entrevista, qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através do email: cimolina.souza@gmail.com ou Departamento de Saúde Coletiva - FOP- UNICAMP: Av: Limeira, 901 - Piracicaba - SP CEP 13414-903. Fone:(19) 2106-5278.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Contato com os pesquisadores: Cinthia Regina Molina de Souza ou Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli. Email: cimolina.souza@gmail.com e Departamento de Saúde Coletiva -FOP- UNICAMP: Av: Limeira, 901 - Piracicaba - SP CEP 13414-903. Fone:(19) 2106-5278.

Forma de contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os participantes em seus direitos e dignidade. **Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP: Av Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax 19-2106.5349, e-mail cep@fop.unicamp.br e Web Page www.fop.unicamp.br/cep.

GARANTIAS AOS PARTICIPANTES:

Esclarecimentos: Você será informado e esclarecido sobre os aspectos relevantes da pesquisa, antes, durante.

Direito de recusa a participar e direito de retirada do consentimento: Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e de desistir e retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem que isso traga qualquer penalidade ou represálias de qualquer natureza e sem que haja prejuízo ao seu tratamento iniciado ou por iniciar

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que será mantida sigilo e as informações obtidas durante a pesquisa só serão acessadas pelos pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, informações que possam identificá-lo não serão mostradas ou publicadas.

Ressarcimento: Você não terá qualquer despesa por participar na pesquisa.

Indenização e medidas de reparação: Não há previsão de indenização ou de medidas de reparo, pois não há previsão de risco ou de dano pela participação na pesquisa, mas você tem o direito de buscar indenização e reparação se se sentir prejudicado pela participação na pesquisa.

Entrega de via do TCLE: Você receberá uma via deste Termo assinada e rubricada pelo pesquisador.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e desconfortos que esta pode acarretar, aceito participar e declaro ter recebido uma via original deste documento rubricada em todas as folhas e assinada ao final, pelo pesquisador e por mim:

Nome do participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXOS

ANEXO 1. APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO		
O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Avaliação dos fatores relacionados ao uso de álcool em pacientes homens adultos", CAAE 86700618.7.0000.5418, dos pesquisadores Cinthia Regina Molina de Souza e Jaqueline Vilela Bulgarelli, satisfaz as exigências das resoluções específicas sobre ética em pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e foi aprovado por este comitê em 15/05/2018.		
The Research Ethics Committee of the Piracicaba Dental School of the University of Campinas (FOP-UNICAMP) certifies that research project "Evaluation of factors related to the use of alcohol in patients adult men", CAAE 86700618.7.0000.5418, of the researcher's Cinthia Regina Molina de Souza and Jaqueline Vilela Bulgarelli, meets the requirements of the specific resolutions on ethics in research with human beings of the National Health Council - Ministry of Health, and was approved by this committee on May, 15 2018.		
 Profa. Fernanda Miori Pascon Vice Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	 Prof. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
Nota: O título do protocolo e a lista de autores aparecem como fornecidos pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title and the list of researchers of the project appears as provided by the authors, without editing.		

ANEXO 2. VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO.

Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE



CORRESPONDER A TODAS AS FONTES(SOMENTE AS FONTES IMPRESSAS SELECIONADAS)

7%
★ docplayer.com.br
Fonte da Internet

Excluir citações	Desligado	Excluir correspondências	Desligado
Excluir bibliografia	Em		

ANEXO 3. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

AUDIT – Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool**1) Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?**

0 Nunca

1 Uma vez por mês ou menos 3 Duas a três vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês 4 Quatro ou mais vezes por semana

2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?

0 1 a 2 doses 3 7 a 9 doses

1 3 ou 4 doses 4 10 ou mais doses

2 5 ou 6 doses

3) Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

4) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

5) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

6) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

7) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

8) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

0 Nunca

3 Duas a três vezes por semana

1 Uma vez por mês ou menos

4 Quatro ou mais vezes por semana

2 Duas a quatro vezes por mês

9) Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?

0 Não

1 Sim, mas não no último ano

4 Sim, durante o último ano

10) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

0 Não

1 Sim, mas não no último ano

4 Sim, durante o último ano

Total

UMA DOSE =

150 ml de vinho

40 ml de destilado (whisky, vodca, pinga)

350 ml de cerveja

ANEXO 4. MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")			
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:				

NÃO SIM *

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2				
A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..			→ NÃO	SIM	3				
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE									
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:							
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									

ANEXO 5. Questionário socioeconômico de Meneghim 2007- modificado

Idade: ____ anos:	Endereço
Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado	Número de pessoas na família: ☐ Até 2 Pessoas ☐ 3 Pessoas ☐ 4 Pessoas ☐ 5 Pessoas ☐ 6 Pessoas ☐ Acima de 6 Pessoas
Escolaridade: ☐ Não alfabetizado ☐ 1ª e 4ª série (antigo primário) ☐ 5ª e 8ª série (antigo ginásio) ☐ 2º grau (antigo colegial) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós-graduação	Habitação (moradia): ☐ Residência própria quitada ☐ Residência própria com financiamento a pagar ☐ Residência cedida pelos pais ou parentes ☐ Residência cedida em troca de trabalho ☐ Residência alugada ☐ Residência cedida por não ter onde morar
Profissão do chefe da família (mencionar mesmo que desempregado): ☐ Empresário de grande porte ☐ Profissional Liberal e Empresário de médio porte ☐ Funcionário em ocupações de nível superior ☐ Empresário de pequeno porte ☐ Funcionário em ocupações de nível médio ☐ Profissional autônomo (Vendedor, Corretor e outros) ☐ Profissional autônomo operacional (Marceneiro, Pedreiro e outros) ☐ Funcionário em ocupações auxiliares (Ajudantes, trabalhador rural) ☐ Ambulante, Safrista, Trabalho eventual (Bicos)	Situação econômica da família (renda familiar mensal): ☐ Até R\$ 937,00 ☐ De R\$937,00 a R\$ 1874,00 ☐ De R\$ 1874,00 a R\$ 2811,00 ☐ De R\$ 2811,00 a R\$5622,00 ☐ De R\$ 5622,00 a R\$ 7496,00 ☐ De R\$ 7496,00 a R\$ 9370,00 ☐ Acima de R\$ 9370,00
	Condição de trabalho: ☐ Desempregado ☐ Trabalho temporário ☐ Registro em carteira
Tem alguma doença crônica que faz seguimento? Sim Não Utilizou o serviço de saúde no último ano? Sim Não	Religião: ☐ Católica. ☐ Protestante ou Evangélica ☐ Espírita. ☐ Umbanda ou Candomblé ☐ Outra. ☐ Sem religião.

ANEXO 6. Comprovante de submissão do artigo

 Revista de Saúde Pública

 Início

 Autor

Confirmação da submissão

imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Revista de Saúde Pública

ID do manuscrito
RSP-2020-2380

Título
USO DE ÁLCOOL ASSOCIADO AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM HOMENS ADULTOS.

Autores
Molina, Cinthia
Mendes, Karine Laura Cortelazzi
Bulgarelli, Jaqueline
Guerra, Luciane
Meneghim, Marcelo
Pereira, Antonio Carlos

Data da submissão
08-fev-2020

Painel do autor