

11.02.08

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALCOOLISMO E USO DE ALCOOL

Relação com o Perfil Sócio-econômico de Adultos Residentes
em Porto Alegre

Autora: Luciana Petrucci Gigante

Professora Orientadora: Maria Inês Schmidt

PORTO ALEGRE, 1988



19705

MED

05187344

T

WM274 G459a 1988

[0018069] Gigante, Luciana Petrucci.
Alcoolismo e uso de alcool : relacao com o
perfil socio-economico de adultos residentes em
Porto Alegre. 1988. 115 f. : il.

UFPEL
Biblioteca de Medicina
19705
T
11.02.08
G459a
1988
19705
30-03-89
Nº de Call: 54

* 4 DFZ 1890

AGRADECIMENTOS

Sintetizar agradecimentos aos que auxiliaram neste trabalho mostrou ser tarefa das mais difíceis. Tão grande é o número de pessoas a quem desejo agradecer que é impossível citá-las.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos mais de mil entrevistados.

Também quero registrar meu muito obrigada à equipe que coletou, digitou e realizou a limpeza de dados.

Agradeço ainda a todos os que participaram da coordenação local do Estudo dos Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, entre os quais está minha orientadora, Maria Inês Schmidt.

Há uma pessoa cujo auxílio precisa ser salientado. Tendo acompanhado cada passo da elaboração deste trabalho, não poupou palavras de estímulo e apoio. Durante todo o tempo esteve disponível para ensinar e ajudar e estou certa de que não venceria esta etapa sem sua preciosa colaboração. Ao amigo Angelo Fiori, o meu carinhoso reconhecimento.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - O QUE É ALCOOLISMO?

1.2 - MEDIDAS DE ALCOOLISMO E CONSUMO DE ALCOOL

1.3 - PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO

1.3.1 - AMÉRICA LATINA

1.3.2 - BRASIL

1.3.3 - PORTO ALEGRE

1.4 - FATORES DE RISCO

1.4.1 - SEXO

1.4.2 - FAIXAS ETÁRIAS

1.4.3 - FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS

1.5 - PADRÃO DE MORBI-MORTALIDADE

1.5.1 - MORBIDADE

1.5.2 - MORTALIDADE

1.6 - SÍNTESE DA REVISÃO DA LITERATURA

1.7 - OBJETIVOS

1.7.1 - OBJETIVO GERAL

1.7.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.8 - HIPÓTESES

2 - METODOLOGIA

2.1 - AMOSTRAGEM

2.2 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

2.3 - VARIÁVEIS ESTUDADAS

2.3.1 - QUESTIONÁRIO

2.3.2 - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

2.4 - COLETA DE DADOS

2.5 - ANÁLISE

3 - RESULTADOS

3.1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

3.1.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

3.1.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

3.1.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.2 - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE "CAGE"

3.2.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

3.2.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

3.2.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.3 - DESCRIÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL

3.3.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

3.3.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

3.3.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.4 - DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS MÉDIOS DE INGESTÃO DE ALCOOL

3.4.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

3.4.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

3.4.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.5 - RELAÇÃO ENTRE AS FORMAS UTILIZADAS PARA
AVALIAR ALCOOLISMO E CONSUMO DE ALCOOL

3.5.1 - "CAGE" POR PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL

3.5.2 - "CAGE" POR NÍVEIS MÉDIOS DE INGESTÃO
DE ALCOOL ABSOLUTO POR ANO

3.5.3 - PADRÃO DE CONSUMO POR NÍVEIS MÉDIOS DE
INGESTÃO DE ALCOOL ABSOLUTO POR ANO

3.6 - ANÁLISE ESTRATIFICADA

3.6.1 - "CAGE" E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.6.2 - PADRÃO DE CONSUMO E POSIÇÃO SÓCIO-
ECONÔMICA

3.6.3 - NÍVEIS DE INGESTÃO E POSIÇÃO SÓCIO-
ECONÔMICA

3.6.4 - "CAGE" E DESEMPREGO

3.6.5 - NÍVEIS DE INGESTÃO E DESEMPREGO

4 - DISCUSSÃO

4.1 - TESTE CAGE

4.2 - PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL

4.3 - NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCÓOL ABSOLUTO

4.4 - CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

4.5 - SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

4.6 - LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSTRACT

RESUMO

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Paradigma biaxial para o entendimento do alcoolismo de acordo com Edwards.

Figura 2 - Distribuição da amostra por sexo.

Figura 3 - Distribuição da amostra por sexo e faixas etárias.

Figura 4 - Distribuição da amostra por inserção no mercado de trabalho.

Figura 5 - Distribuição da amostra por posição sócio-econômica.

Figura 6 - Distribuição da amostra pelo teste CAGE.

Figura 7 - CAGE positivo por sexo e faixas etárias.

Figura 8 - CAGE positivo. Razões de prevalências entre homens e mulheres por faixas etárias.

Figura 9 - CAGE positivo. Prevalência por inserção no mercado de trabalho.

Figura 10 - CAGE positivo por posição sócio-econômica-1

Figura 11 - CAGE positivo por posição sócio-econômica-2

Figura 12 - Distribuição da amostra pelo padrão de consumo de álcool.

Figura 13 - Bebedores sistemáticos. Distribuição por sexo.

Figura 14 - Bebedores sistemáticos. Distribuição por sexo e faixas etárias.

Figura 15 - Bebedores sistemáticos por inserção no mercado de trabalho.

Figura 16 - Bebedores sistemáticos por posição sócio-econômica.

Figura 17 - Níveis médios de ingestão de álcool absoluto.

Figura 18 - Ingestão média de álcool absoluto por sexo e faixas etárias.

Figura 19 - Ingestão média de álcool absoluto por inserção no mercado de trabalho.

Figura 20 - Ingestão média de álcool absoluto (em litros por ano) por posição sócio-econômica - 1.

Figura 21 - Ingestão média de álcool absoluto por posição sócio-econômica - 2.

Figura 22 - CAGE positivo por padrão de consumo de álcool.

Figura 23 - CAGE por níveis médios de ingestão de álcool absoluto (em litros por ano).

Figura 24 - Padrão de consumo de álcool por níveis médios de ingestão de álcool absoluto (em litros por ano).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Alcoolismo no Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos (Nona Revisão).

Quadro 2 - Síndrome de Dependência do Alcool. Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (American Psychiatric Association; Revisão da Terceira Edição).

Quadro 3 - Síndrome de Dependência do Alcool. Classificação Internacional das Doenças (Organização Mundial da Saúde, Décima Edição).

Quadro 4 - Sinais e Sintomas da Síndrome de Dependência do Alcool. Griffith Edwards, 1982.

Quadro 5 - Conteúdo de álcool absoluto em cada tipo de bebida no Brasil.

Quadro 6 - Classificação dos bebedores. Organização Mundial da Saúde.

Quadro 7 - Fluxograma para a determinação da posição sócio-econômica. 1. Trabalhadores por conta própria.

Quadro 8 - Fluxograma para a determinação da posição sócio-econômica. 2. Assalariados.

Quadro 9 - Fluxograma para a determinação da posição sócio-econômica. 3. Empregadores.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Alguns estudos populacionais sobre consumo de álcool na América Latina. Expressos em porcentagens.

Tabela 2 - Estudos de prevalência de alcoolismo em amostras populacionais no Brasil.

Tabela 3 - Distribuição de adultos de Vila Marginal de Porto Alegre quanto ao tipo de ingestão de bebidas alcoólicas.

Tabela 4 - Alcoolismo detectado por entrevista psiquiátrica no bairro Jardim Botânico, Porto Alegre (RS).

Tabela 5 - Alcoolismo por sexo em estudos brasileiros.

Tabela 6 - Prevalência de alcoolismo em serviços de saúde no Brasil.

Tabela 7 - Consumo de álcool per-capita (1976) e mortalidade por cirrose hepática (1974) em diversos países.

Tabela 8 - Causas de óbitos por faixas etárias. Residentes em Porto Alegre, 1981.

Tabela 9 - Distribuição da amostra por sexo e faixas etárias.

Tabela 10 - Distribuição da amostra por inserção no mercado de trabalho.

Tabela 11 - Distribuição dos chefes de família conforme posição sócio-econômica.

Tabela 12 - Distribuição dos resultados do CAGE por sexo e faixas etárias.

Tabela 13 - CAGE positivo por inserção no mercado de trabalho.

Tabela 14 - Distribuição dos CAGE positivo por posição sócio-econômica.

Tabela 15 - Distribuição da amostra de acordo com o padrão de consumo de álcool.

Tabela 16 - Distribuição dos bebedores sistemáticos por sexo e faixas etárias.

Tabela 17 - Distribuição dos bebedores sistemáticos por inserção no mercado de trabalho.

Tabela 18 - Distribuição dos bebedores sistemáticos por posição sócio-econômica.

Tabela 19 - Distribuição de frequências dos níveis de ingestão de álcool absoluto.

Tabela 20 - Distribuição do padrão de consumo de álcool pelos resultados do teste CAGE.

Tabela 21 - CAGE e posição sócio-econômica. Estudo da associação após ajuste de variáveis de confusão.

Tabela 22 - Padrão de consumo e posição sócio-econômica. Estudo da associação após ajuste de variáveis de confusão.

Tabela 23 - Níveis de ingestão de álcool absoluto (em litros por ano) e posição sócio-econômica. Estudo da associação após ajuste de variáveis de confusão.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - O QUE É ALCOOLISMO?

No final do século XIII, Benjamin Rush, médico norte-americano, sugeriu que o alcoolismo era uma enfermidade. Em 1804 o médico inglês Thomas Trotter escreveu: "A embriaguez crônica é uma enfermidade de causa externa... que produz no indivíduo a alteração das funções orgânicas...". Pouco mais tarde autores italianos descreviam a "oimania" que consistia no abuso freqüente do vinho e o alemão Bruhl-Cramer publicava seu trabalho sobre Trunksucht (adição à bebida). Ambos os termos foram trocados posteriormente por dipsomania que significava um estado patológico cuja manifestação principal era a compulsão por beber e não as complicações causadas pelo uso do álcool. O termo alcoolismo propriamente dito foi empregado pela primeira vez pelo autor sueco Magnus Huss em 1849, ele o utilizou para descrever uma enfermidade crônica na qual o abuso do álcool estava vinculado às alterações do sistema nervoso central.

No final do século passado tais conceitos sobre embriaguez crônica foram objeto de debate público e severamente combatidos com base em atitudes morais e crenças religiosas. Foi nesta época que o Reverendo Todd (EUA) publicou seu ensaio: "O alcoolismo: um vício, não uma enfermidade".

No início do século XX esta posição popular moralista originou medidas políticas repressivas com proibição da produção, importação e comércio de bebidas alcoólicas em vários países. Nos Estados Unidos da América o Congresso promulgou a Lei Harrison que incluía penalidades severas para os usuários de drogas proibidas estabelecendo a criação de hospitais prisões para a internação compulsória destes indivíduos. Paradoxalmente, em um destes hospitais, o Hospital Prisão de Lexington, Kentucky, um grupo de investigadores realizou experimentos clínicos que demonstraram claramente a fisiopatogenia de algumas das manifestações comumente observadas em casos de alcoolismo.

Foucos anos mais tarde, em 1960, Jellinek publicou sua obra fundamental sobre o conceito de enfermidade do alcoolismo, que ele define como a perda da capacidade de decisão voluntária a respeito do uso de bebidas. (Negrete, 1985)

Entretanto, a conceituação do alcoolismo é, até hoje, um assunto polêmico porque o bom entendimento do problema passa pela sua compreensão tanto do ponto de vista da saúde individual como coletiva. Ainda não foi possível determinar fatores objetivos que indiquem o momento de transição entre o "bebedor social" e o alcoolista. A este respeito transcrevemos a opinião de dois respeitáveis autores que, impossibilitados de emitir um conceito rigoroso, se utilizam de figuras de linguagem na descrição do alcoolismo. ..

Vaillant (1982) traça um paralelo entre o entendimento do que é alcoolismo e a compreensão do que é uma montanha. De acordo com este autor, a definição de montanha, no Oxford Dictionary é uma elevação da superfície da terra que, comparada a elevações vizinhas, é "imponente" ou "notável". Ele conclui então, que, para o entendimento do alcoolismo, é necessário sair um pouco do rigor científico e usar o senso comum, pois mesmo que não se tenha um conceito objetivo do alcoolismo, este é um fenômeno real.

Masur (1986) sugere que se pense nos muitos matizes que há entre o rosa claro e o vermelho vivo. É fácil distinguir os extremos mas quem pode determinar o ponto exato em que a cor deixa de ser rosa para ser vermelha?

Não restam dúvidas que o uso do álcool tem implicações sobre a saúde física, psíquica e social. É muito provável que o alcoolismo seja o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, além de influências culturais. Assim sendo serão necessários estudos abrangentes capazes de descrever o problema como um todo antes que se atinja um conceito aceitável.

No atual estágio, pensamos que a melhor definição para o alcoolismo é a utilizada por Bertolote (1987). De acordo com este autor, o núcleo do que se pode entender por alcoolismo hoje é a soma dos conceitos de "abuso de álcool" e de "síndrome de dependência do álcool" descritos no Manual de Classificação de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos (OMS, 1978). Tais conceitos estão reproduzidos a seguir, no Quadro 1.

QUADRO 1

ALCOOLISMO CONFORME O MANUAL DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS, LESÕES E CAUSAS DE ÓBITO (NONA REVISÃO)

ABUSO DO ALCOOL: "... casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível, receba assistência em virtude dos efeitos adversos do álcool, do qual ela não é dependente, e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde ou atuação social".

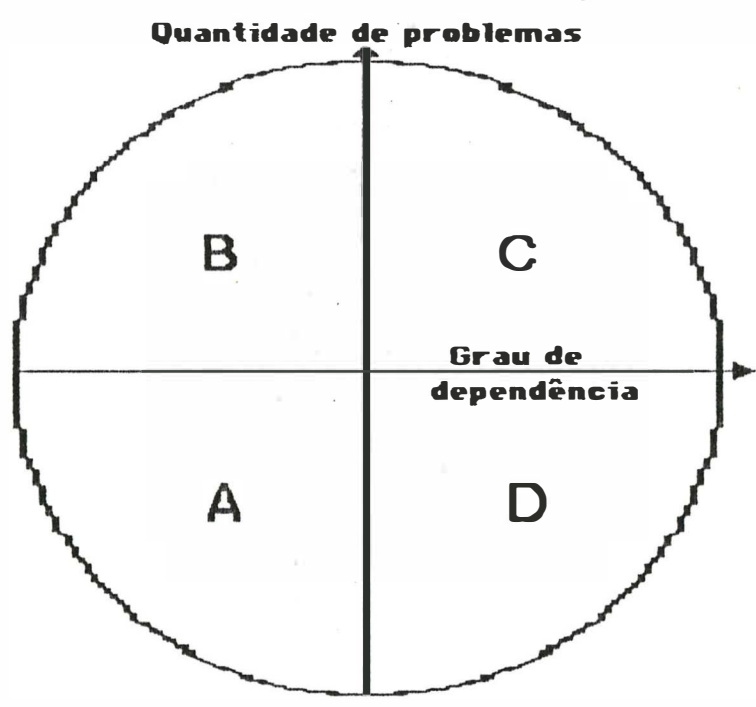
SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ALCOOL: Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente".

FONTE: OMS, 1978

Estas duas condições básicas implicam em diversos problemas médicos e sociais apontadas por Edwards (citado por Bertolote, 1987) como um dos eixos do paradigma biaxial através do qual propõe a compreensão do Alcoolismo (Figura 1).

Figura 1

Paradigma biaxial para o entendimento do alcoolismo de acordo com Edwards



Fonte: Bertolote, 1987

O quadrante "A" abrange os indivíduos que, embora consumindo álcool, não apresentam dependência ou problemas relacionáveis a ele. No quadrante "B" estão as pessoas que apresentam complicações orgânicas, psicológicas e/ou sociais ligadas ao seu padrão de ingestão de álcool sem, no entanto, evidenciarem nenhum grau de dependência. No quadrante "C" estão aqueles indivíduos que apresentam concomitantemente problemas vinculados ao consumo de álcool e dependência dele. O quadrante "D" foi considerado pelo autor como uma virtualidade gráfica "já que é inconcebível um indivíduo com um grau, mínimo que seja, de dependência, sem que isto seja considerado um problema" (Bertolote, 1987).

Ainda que nos pareça a melhor conceituação para o presente momento é importante notar que ela peca por ser incompleta. O conceito de abuso do álcool limita-se às situações em que "uma pessoa receba assistência" o que subestima o problema, pois, em nosso meio, a maioria das complicações sociais e mesmo algumas consequências médicas do uso do álcool não chegam ao sistema assistencial.

Por outro lado a Síndrome de Dependência do Alcool não teve ainda seus critérios diagnósticos padronizados como mostra Caetano (1987), em recente publicação sobre a conceituação do problema pelas últimas revisões do Código Internacional das Doenças (CID-10) e do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM -IIIR).

Caetano (1987) aponta as diferenças entre os nove itens que compõem as duas classificações (Quadros 2 e 3). Embora o conteúdo de cinco deles possa ser pareado, persistem algumas diferenças entre as palavras. Chama a atenção para o fato de a DSM-IIIR deixar de salientar dois itens citados por Edwards (Quadro 4) na descrição da síndrome (empobrecimento do repertório e reinstalação após abstinência). Critica o uso não-técnico do termo compulsão e a utilização de palavras de sentido vago com pouca ou nenhuma especificação de seus significados em ambas as classificações.

QUADRO 2

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ALCÓOL.
MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS DOENÇAS MENTAIS.
DSM IIIR
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

-
1. **Compulsão:** Substância freqüentemente usada em maiores quantidades e períodos mais longos do que a pessoa tenciona.
 2. **Reinstalação após abstinência:** Desejo persistente ou um ou mais esforços sem sucesso para deixar ou controlar o uso da substância.
 3. **Compulsão:** Uma grande quantidade de tempo gasto em atividades necessárias para obter a substância, usá-la, ou recuperar-se dos seus efeitos.
 4. **Relevância da bebida:** Intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência quando se espera que cumpra obrigações de trabalho, escolares ou domésticas; ou quando o uso da substância é fisicamente perigoso.
 5. **Relevância da bebida:** Deixar de lado importantes atividades sociais, ocupacionais ou de lazer por causa do uso da substância.
 6. **Relevância da bebida:** Continuar o uso da substância apesar do conhecimento de problemas sociais, psicológicos ou físicos causados ou exacerbados pelo uso da substância.
 7. **Tolerância:** Necessidade de quantidades marcadamente aumentadas da substância para obter a intoxicação ou efeito desejado (isto é, no mínimo 50% de aumento), ou efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade.
 8. **Abstinência:** Sintomas característicos de abstinência.
 9. **Compulsão:** Substância freqüentemente usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
-

TRADUZIDO DE CAETANO, 1987

QUADRO 3

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ALCOOL.
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, DÉCIMA EDIÇÃO.

1. Negligência progressiva de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância.
 2. Persistência no uso da droga apesar de evidências claras de conseqüências perigosas.
 3. Evidência de tolerância tal que doses maiores da substância são requeridas para obter efeitos originalmente produzidas por doses menores.
 4. Estado fisiológico de abstinência.
 5. Uso da substância com a intenção de aliviar sintomas de abstinência e com o conhecimento de que esta estratégia é eficaz.
 6. Empobrecimento do modo de usar a droga, por exemplo, tendência a usar bebidas alcoólicas da mesma forma nos dias úteis e nos fins de semana, sem levar em conta as regras sociais do ambiente em que se encontra.
 7. Evidência de que o retorno ao uso da droga após um período de abstinência leve à reinstalação das características da síndrome mais rápido do que ocorre em indivíduos não-dependentes.
 8. Conhecimento subjetivo de alteração da capacidade de controlar o uso da droga levando em conta o comportamento ao iniciar, terminar ou determinar a quantidade do uso.
 9. Forte desejo ou sensação de compulsão para usar drogas.
-

TRADUZIDO DE CAETANO, 1987

QUADRO 4

SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ALCÓOL.
GRIFFITH EDWARDS, 1982

1. Empobrecimento do repertório
 2. Relevância da bebida
 3. Aumento da tolerância ao álcool
 4. Sintomas repetidos de abstinência
 5. Alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência através de mais bebida
 6. Percepção subjetiva da compulsão para beber
 7. Reinstalação após abstinência
-

FONTE: BERTOLOTE, 1987

1.2 - MEDIDAS DE ALCOOLISMO E CONSUMO DE ALCÓOL

Ao longo do tempo foram desenvolvidos instrumentos de triagem com o objetivo de identificar o alcoolismo. Para esta finalidade a literatura faz referência a um grande número de questionários que têm sido usados tanto em clínica como em pesquisa. A seguir fazemos referência aos que, de alguma forma, estão citados no presente estudo.

O primeiro e mais conhecido, é o Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Selzer, 1971) cujo autor encontrou sensibilidade de 98% quando o aplicou em alcoolistas hospitalizados. Mais tarde o teste foi validado por Moore (1972), em hospital psiquiátrico, e mostrou sensibilidade de 80% e especificidade de 92%.

Em 1974, Mayfield e cols. validaram o teste CAGE sugerido por Ewing e Rouse anos antes. O teste que consta de apenas 4 questões, sendo portanto mais rápido e fácil de aplicar, ganhou popularidade e é hoje parte do arsenal clínico e de pesquisa em alcoolismo. Neste trabalho o teste mostrou sensibilidade de 81% e especificidade de 89%.

O teste CAGE foi validado em português por Masur e Monteiro (1983) em pacientes de hospital psiquiátrico. Neste estudo encontraram 88% de sensibilidade e 83% de especificidade quando se considerou duas ou mais respostas afirmativas como critério de positividade. A mesma autora chama a atenção para o fato de que a confiabilidade do CAGE ainda não foi testada, não só quanto à concordância entre diferentes entrevistadores mas também quanto à replicabilidade dos resultados de um mesmo indivíduo (Masur, 1985).

Em 1985, Capriglione e cols. utilizaram a tradução do CAGE em 700 indivíduos, definidos como não-pacientes, encontrando teste positivo em 11.5% da amostra (18% dos homens e 5% das mulheres). O estudo foi realizado com dois grupos escolhidos arbitrariamente visitantes ou acompanhantes em hospitais e entre usuários do terminal rodoviário de São Paulo e conclui que o teste é aplicável na população geral, não tendo características de validação.



21

Saunders e cols. realizaram uma pesquisa com o CAGE em população geral, na Inglaterra. Estes autores comparam os resultados do CAGE e do MAST em comunidade com os resultados do Clydebank Questionnaire (CBQ) por eles validado. Entretanto, o estudo considerou "alcoolistas" e "bebedores problema" os indivíduos daquela comunidade que tinham registro no hospital psiquiátrico. Assim, embora realizado nos domicílios, o estudo limita-se aqueles que procuraram atendimento e não a todos os alcoolistas da comunidade.

Santana e Almeida Filho (1985) desenvolveram e validaram uma Escala para Detecção de Alcoolismo e Sintomatologia Associada (EDASA-1). O questionário de 20 itens mostrou 92% de sensibilidade e 79% de especificidade quando comparado com entrevista psiquiátrica. Este estudo teve base populacional em área de baixa renda de Salvador (BA).

O EDASA-1 e a tradução do MAST foram aplicados por Cataldo Neto (1985) em população de um bairro de Porto Alegre mostrando correlação elevada entre si e com o diagnóstico final realizado por entrevista psiquiátrica que utilizou os critérios da DSM-III (1980).

A literatura apresenta alguns modelos de questionários padronizados para medida do consumo de álcool. Entre eles os mais conhecidos em nosso meio são o questionário do Serviço de Saúde da Universidade do Chile (citado por Luz Jr., 1974), o inquérito desenvolvido por Cahalan e Cisin (citado por Moreira e cols, 1980), e o teste de Khavari (1978).

De um modo geral estes testes são muito semelhantes e todos perguntam sobre a quantidade e frequência do uso dos três tipos de bebida (cerveja, vinho e destilados) e se preocupam em diferenciar o consumo habitual e o máximo para os diferentes tipos.

Nas questões são usadas unidades familiares aos entrevistados tais como garrafas de cerveja, copos de vinho e doses de destilados. Para conversão em medidas mais exatas (mililitros ou gramas de álcool) os autores assumem um volume médio para os citados padrões, realizando então uma estimativa da quantidade de álcool.

Moreira e cols. (1980) discutem as dificuldades em estabelecer unidades de equivalência etanólica para as diversas bebidas no Brasil onde há três formas de servir cerveja (garrafa de 600ml, meia-garrafa e lata de 360ml) e os copos de vinho e as doses de destilados apresentam volumes variados. Estes autores utilizam como padrão as medidas apontadas no quadro 5.

QUADRO 5

CONTEUDO DE ALCOOL ABSOLUTO EM CADA TIPO DE BEBIDA NO BRASIL

BEBIDA	ALCOOL			
	UNIDADE (DOSE)	%	ml	g
CERVEJA	GARRAFA 600ml	4	24	19
VINHO	COPO 150ml	11	16.5	13
DESTILADOS	DOSE 45-50ml	46	23	18

Obs: Cada 100 ml correspondem a 80 g de álcool absoluto.

ADAPTADO DE MOREIRA E COLS., 1980

A imprecisão das medidas tomadas desta forma soma-se a tendência a negar ou minimizar o consumo de álcool. Também é importante lembrar que a exatidão da informação dependerá da memória do entrevistado e que esta está alterada nos indivíduos que bebem exageradamente. Por estas razões questionários sobre consumo devem ser avaliados com cuidado. É provável que seus resultados subestimem as diferenças de consumo entre bebedores moderados e patológicos.

23

Em 1981 a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma pesquisa sobre as respostas da comunidade aos problemas relacionados com o consumo do álcool. Calderón e cols. e Roizen (citados por Caetano, 1984) comunicaram os resultados do estudo do México onde utilizaram a classificação reproduzida no quadro 6.

QUADRO 6

CLASSIFICAÇÃO DOS BEBEDORES. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

BEBEDORES SISTEMÁTICOS: os que bebem pelo menos uma vez por semana.

BEBEDORES INTERMEDIÁRIOS: os que ingerem álcool entre uma e três vezes por mês.

BEBEDORES OCASIONAIS: os que consomem bebidas alcoólicas menos de uma vez por mês e mais de uma vez por ano.

ABSTÊMIOS: os que não consumiram bebidas alcoólicas durante um ano.

FONTE: CAETANO, 1984

Esta classificação torna-se interessante pela sua simplicidade. Além disto beber uma vez por semana é culturalmente bem aceito e por isto dificilmente omitido. É provável que, assim estudados, os dependentes e os abusadores, em sua maioria, sejam classificados como bebedores sistemáticos. Se fosse utilizada como teste de triagem esta classificação mostrar-se-ia muito sensível em detrimento da especificidade, mas pode ser utilizada para dividir as pessoas entre as que têm maior ou menor risco de alcoolismo.

1.3 - PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO

1.3.1 - AMERICA LATINA

Caetano (1984), em extensa revisão sobre o assunto, mostra que na América Latina as taxas de alcoolismo entre homens variam de 5% na Argentina a 10% na Colômbia e que a prevalência de bebedores excessivos vai de 12% na Argentina a 26% em partes da Costa Rica ou 28% no Chile. Tais diferenças podem refletir variações metodológicas mas provavelmente são resultado de diferenças culturais. O mesmo autor salienta como achado constante que as mulheres são abstinências ou bebedoras moderadas e que é praticamente exclusividade dos homens beber em excesso ou embriagar-se. Os resultados de alguns dos estudos citados por este autor estão na Tabela 1.

TABELA 1

ALGUNS ESTUDOS POPULACIONAIS SOBRE CONSUMO DE ALCÓOL NA
AMÉRICA LATINA EXPRESSOS EM PORCENTAGENS

PAÍS	AMOSTRA	ALCO- OLISTAS (%)	BEBEDORES		ABSTÉ- MIOS (%)
			EXCES- SIVOS (%)	MODE- RADOS (%)	
ARGENTINA					
TARNOPOLSKI	MULHERES	0	1	-	-
	HOMENS	4.4	12	-	-
GRIMSON		6.7	16	61	15
COLÔMBIA					
MACKENZIE		10	24	46	19
COSTA RICA					
INSA*	HOMENS	7-14	14-16	28-51	12-22
	MULHERES	1-3	1-8	27-52	34-61
CHILE					
MARCONI	HOMENS	8.3	28	-	-
	MULHERES	0.6	0.5	-	-
HONORATO		6	2	73	19
HORWITZ		5	8	54	34
GUATEMALA					
NAJERA		14.4	13	52	20
MEXICO					
CABILDO	HOMENS	11.5	12.5	46	-
	MULHERES	2.5	2.5	19	-
PERU					
CRISTIENSEN		9	-	-	-
ROTONDO		9	-	-	-

ADAPTADO DE CAETANO, 1984

* Resultados de cinco estudos

1.3.2 - BRASIL

Os levantamentos em base populacional realizados no Brasil mostram taxas que variam de 6% até 22.6% de indivíduos que ora são classificados de bebedores patológicos (conforme critérios de Marconi) ora são chamados de alcoólatras ou consumidores excessivos. Os resultados de tais estudos estão na Tabela 2.

Apesar dos critérios nem sempre comparáveis os resultados tendem a se localizar na mesma faixa das taxas encontradas em outros países da América Latina.

TABELA 2

ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO EM AMOSTRAS
POPULACIONAIS NO BRASIL

AUTOR (DATA) LOCAL	CLASSIFICAÇÃO	(%)	TOTAL (%)
AZQUEBEL NETO (1965) RIBEIRÃO PRETO	INGESTÃO EXCESSIVA INGESTÃO PATOLÓGICA	13 6	19
LUZ JR. (1974) PORTO ALEGRE	INGESTÃO EXCESSIVA INGESTÃO PATOLÓGICA	4 6	10
VIANNA FILHO (1975) FLORIANÓPOLIS	"OS QUE BEBEM FREQUENTEMENTE"		9-10
COUTINHO (1976) SALVADOR	"OS QUE BEBEM MAIS DE 2 VEZES/DIA, EM GERAL AO ACORDAR, E QUE SE EMBRI- GARAM PELO MENOS 4 VE- ZES NO MÊS ANTERIOR"		23
D'ASSUNÇÃO (1980) NATAL	CASOS DEFINIDOS CASOS PROVÁVEIS	10 10	19
ALMEIDA FI- LHO (1984) SALVADOR	ALCOÓLATRAS		3
CATALDO NE- TO (1985) PORTO ALEGRE	DEPENDENTES ABUSADORES	5 7	12

ADAPTADO DE SSMA-RS, 1984

1.3.3 - PORTO ALEGRE

Dois estudos de prevalência foram realizados em Porto Alegre.

O primeiro estudo foi realizado por Luz Jr. em 1974 numa vila marginal. Tomou-se uma amostra aleatória de 100 domicílios e, através de entrevista estruturada, colheram-se dados dos 290 moradores com mais de 15 anos. Foram utilizado os critérios de Marconi (citados por Luz Jr., 1974) e os resultados obtidos estão na Tabela 3.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DE ADULTOS DE VILA MARGINAL DE PORTO ALEGRE QUANTO AO TIPO DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

INGESTÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
ABSTINENTE	36	(25)	79	(54)	115	(40)
MODERADO	80	(55)	65	(44)	145	(50)
EXCESSIVO	12	(8)	0		12	(4)
PAIOLÓGICO	16	(11)	2	(1)	18	(6)
TOTAL	144		146		290	

FONTE: LUZ JR., 1974

Em 1985, Cataldo Neto realizou um levantamento no bairro Jardim Botânico. Na primeira etapa, realizou levantamento de todos os domicílios existentes (3220) e a seguir sorteou 200 residências nas quais foi escolhido aleatoriamente um dos moradores de mais de 15 anos de idade. Ao indivíduo selecionado foram aplicados dois testes de diagnóstico de alcoolismo (MAST e EDASA-1) por entrevistadores treinados. Todas as pessoas que tiveram um dos testes positivos foram submetidas à avaliação psiquiátrica pelo autor utilizando os critérios da DSM-III. Os resultados estão na Tabela 4.

TABELA 4

ALCOOLISMO DETECTADO POR ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA NO BAIRRO JARDIM BOTÂNICO-PORTO ALEGRE

DIAGNÓSTICO	SEXO		TOTAL N (%)
	MASCULINO N (%)	FEMININO N (%)	
SEM DIAGNÓSTICO	77 (78)	98 (96)	175 (87)
ABUSO DO ALCÓOL	12 (12)	3 (3)	15 (7)
DEPENDÊNCIA	9 (9)	1 (1)	10 (5)
TOTAL	98	102	200

FONTE: CATALDO NETO, 1984

1.4 - FATORES DE RISCO

1.4.1 - SEXO

Os estudos epidemiológicos mostram sempre taxas de alcoolismo bem mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres. Embora esta relação não esteja ainda explicada, o achado já é bem conhecido e aceito pois mostra-se consistente nos diversos estudos.

A Tabela 5 mostra as taxas de alcoolismo e bebedores exagerados encontradas em homens e mulheres em alguns estudos populacionais brasileiros.

TABELA 5

ALCOOLISMO POR SEXO EM ESTUDOS BRASILEIROS

AUTOR (ANO)	ALCOOLISMO		BEBER EXAGERADO	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
LUZ JR. (1974)	11%	1%	3%	0%
SANTANA (1978)	6%	1%	6%	1%
CATALDO (1984)	9%	1%	12%	3%

1.4.2 - FAIXAS ETÁRIAS

Estudos recentes mostram a presença de alcoolismo desde faixas etárias bem precoces. Em 1986, Carlini e cols. realizaram pesquisa entre estudantes de primeiro grau na cidade de São Paulo, encontrando 5% de bebedores excessivos entre os 9 e os 18 anos de idade.

Mais frequentemente as pesquisas envolvem adultos, a partir dos 15 anos de idade. Em geral os alcoolistas são encontrados nas faixas etárias intermediárias. Luz Jr. (1978) encontrou prevalência de 15% na faixa dos 40 aos 49 anos contra 6% no total. Santana (1978) mostra taxas de alcoolismo e de bebedores exagerados mais elevadas entre os 25 e 54 anos. No estudo de Cataldo (1984) todos os alcoolistas estavam entre os 30 e os 54 anos.

1.4.3 - FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS

Estudos de países escandinavos mostram prevalências de alcoolismo maiores entre as classes trabalhadoras em relação às classes dominantes. Também mostram maiores índices entre os desempregados (Ojesjo, 1980, citado por Santana e Almeida Filho, 1987).

Na Argentina, Tarnopolski (1975) encontrou uma relação inversa entre o grau de escolaridade, ocupação e urbanização da zona de residência com alcoolismo. Neste estudo foram detectados 13% de alcoolistas nos bairros melhores contra 0.6% na zona de maior pobreza.

Em 1972, Grimson, na Argentina, encontrou índices de alcoolismo quatro vezes maiores nos bairros pobres em relação às zonas urbanizadas.

Os estudos realizados no Brasil têm sido feitos com amostras provenientes de um só bairro onde os fatores sócio-econômicos são homogêneos não permitindo análises semelhantes.

1.5 - PADRÃO DE MORBI-MORTALIDADE

1.5.1 - MORBIDADE

A associação entre o uso do álcool e o aparecimento de doenças orgânicas é assunto bastante discutido na literatura.

Por muitas décadas persistiu a idéia de que os danos físicos associados ao uso do álcool eram resultado de deficiências nutricionais e não da toxicidade direta da droga. Em 1949, Best e cols. chegaram a afirmar que o efeito do álcool sobre as células hepáticas era comparável ao do açúcar, ou seja, não havia efeito tóxico (Lieber, 1984).

Mais recentemente, a constatação de menor incidência de doença coronariana em bebedores moderados originou a hipótese de que o álcool, em doses moderadas, pudesse ser um fator protetor contra a doença cardíaca isquêmica.

Hoje está bem reconhecido que grandes quantidades de álcool resultam em lesões não só hepáticas mas virtualmente em todos os tecidos, inclusive o sistema cardiovascular.

A associação entre diminuição de doença coronariana com ingestão moderada de álcool não encontrou ainda suporte suficiente para que seja considerada como uma relação de causa-efeito.

Sabe-se hoje que a ingestão de mais de 40 g de álcool absoluto por dia, que equivalem a 50 mililitros por dia ou 18 litros de etanol por ano, está associado a um detectável aumento da incidência de cirrose hepática nos homens. Nas mulheres a incidência da cirrose aumenta a partir do consumo de 20 g diárias (Lieber, 1984).

Estudos epidemiológicos em diferentes populações têm demonstrado aumento da prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica associada ao consumo regular de mais de três dose de destilados por dia, independentemente da presença de outros fatores hipertensores (Klatski, 1977; de Luca, 1981, citados por Barros, 1987).

No Rio Grande do Sul, Victora e cols., (1987) estudando fatores de risco para neoplasia de esôfago, encontraram associação entre esta doença e o consumo de cachaça. Os indivíduos que usavam 29 g de álcool absoluto por dia, sob forma de cachaça, (o que equivale a menos de duas doses de 50 ml) durante 20 anos, apresentavam duas vezes maior risco para câncer de esôfago. O risco mostrou ser crescente de acordo com o tempo de exposição de forma que as pessoas que consumiam cachaça diariamente em doses menores do que 29 g de álcool absoluto durante 50 anos mostraram chances sete vezes maiores do que os abstêmios de ter a doença. Quando a dose diária passava de 30 g de álcool por dia o risco variou, conforme o tempo de exposição, de cinco até quinze vezes mais do que as pessoas que não usavam cachaça.

No Brasil, vários estudos de prevalência realizados com populações clínicas mostram índices de alcoolismo bem mais altos do que os da população geral (Tabela 6).

TABELA 6

PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

AUTOR	ANO	ESTADO	RESULTADO	AMOSTRA
MOREIRA	1978	RN	32% (H) 5% (M)	AMBULATORIO
MASUR	1979	SP	53% (H) 6% (M)	HOSP. GERAL
MASUR	1980	SP	58% (H) 18% (M)	HOSP. GERAL
SCHWARTZMAN	1981	RS	25%	HOSP. UNIV.
PECHANSKY	1983	RS	16%	AMB. HOSP. UNIV.
BERTOLOTE	1983	RS	13% (H) 0% (M)	HOSP. GERAL PRIV.
LUZ JR.	1983	RS	32% (H) 9% (M)	UTI-HOSP. GERAL

Obs: (H) = HOMENS; (M) = MULHERES

FONTE: SOIBELMAN, 1984

Estudando pacientes internados e ambulatoriais, Barros (1985) encontrou uma média de dois problemas clínicos em cada alcoolista examinado. A maior parte dos problemas detectados estavam ligados aos sistemas digestivo, neurológico e cardio-vascular, nesta ordem.

No que diz respeito à associação das complicações de ordem social com o uso inadequado do álcool, o Departamento de Trânsito de Porto Alegre apurou que, no período de um ano, 50% dos acidentes de trânsito envolviam pelo menos uma pessoa alcoolizada. O percentual crescia para 75% quando somente se consideravam os acidentes com vítimas fatais (Ministério da Saúde, Brasil, 1987).

1.5.2 - MORTALIDADE

Existe uma correlação positiva entre o nível de consumo de álcool e as taxas de lesões orgânicas causadas pelo álcool em uma determinada população. A Tabela 7 mostra claramente que a mortalidade por cirrose hepática é mais alta nos países onde a média anual de consumo de bebidas alcoólicas é mais elevada.

TABELA 7

CONSUMO DE ALCÓOL PER-CAPITA (1976) E MORTALIDADE POR CIRROSE HEPÁTICA (1974) EM DIVERSOS PAÍSES

PAÍS	CONSUMO*	MORTALIDADE**
FRANÇA	21.3	32.8
PORTUGAL	19.4	31.3
ESPANHA	19.3	22.5
ITÁLIA	16.8	31.9
ALEMANHA FEDERAL	15.8	26.9
CANADÁ	11.7	11.6
REINO UNIDO	11.0	4.7
POLÓNIA	10.8	9.7
ESTADOS UNIDOS	10.7	15.8
FINLÂNDIA	8.1	5.5
SUÉCIA	7.4	10.5

* Litros de álcool por habitante maior de 15 anos de idade por ano.

** Taxa de mortalidade por cirrose hepática por 100 mil habitantes, população geral.

FONTE: MOSER, J., 1981 citado por NEGRETE, 1985

Em 1982, Petersson e cols. apresentaram resultados de um estudo de coorte, realizado na Suécia, onde se constatou um excesso de mortalidade atribuível ao uso do álcool. Foram acompanhados mais de 10.000 homens de 46 a 48 anos durante, em média, três anos. Dos 199 óbitos, 61 (31%) eram relacionados com o álcool, que foi o fator de risco mais comum que ocorreu nesta amostra.

Na América do Norte pelo menos dois estudos de coorte não mostraram excesso de mortalidade atribuível ao álcool (Gordon, 1984; Gordon, 1987). Em nosso meio não há estudos de coorte enfocando o assunto.

Em Santiago do Chile, Naveillan e Vargas (1984) publicaram quatro artigos sobre um estudo retrospectivo a respeito da expectativa de vida do bebedor problema. Seus resultados mostram taxas específicas de mortalidade 3,1 vezes maiores entre os bebedores problema do que nos controles. Nos homens, a razão das prevalências foi de 2,2 e nas mulheres 7,1. Também foi demonstrado que a expectativa de vida é menor para os bebedores problema em relação a dos controles.

Em nosso meio não existem estudos sobre mortalidade relacionada com o álcool, mas o exame de dados oficiais nos permite algumas considerações interessantes.

A Tabela 8 mostra as causas de óbitos por faixas etárias dos residentes em Porto Alegre, no ano de 1981.

TABELA 8

CAUSAS DE ÓBITOS POR FAIXAS ETÁRIAS.
RESIDENTES EM PORTO ALEGRE, 1981

CAUSAS	FAIXAS ETÁRIAS (EM ANOS)					TOTAL
	0-1	1-19	20-29	49-	IGN.	
NEOPLASIAS	1	37	230	1048	17	1333
DOENÇA ISQUÊ- MICA CARDÍACA	0	0	153	2155	12	1272
DOENÇA CERE- BROVASCULAR	2	2	121	740	5	873
SUICÍDIOS, HO- MICÍDIOS E OU TRAS VIOLÊNCIAS	0	52	180	86	7	392
ACIDENTES	1	85	191	88	8	364
CIRROSE	0	1	68	90	5	159
OUTRAS	819	969	529	775	38	3323
TOTAL	823	1146	1472	49 82	92	7716

FONTE: SSMA, 1981

Note-se que, quando comparada com grupos de causas, a cirrose hepática aparece em sexto lugar como causa de óbito a partir da terceira década. É importante salientar, entretanto, que nenhuma neoplasia isolada atinge o número de óbitos originados pela cirrose. Considerando apenas patologias isoladas, somente o Infarto Agudo do Miocárdio e as Doenças Cerebrovasculares estão na frente da cirrose como causa de óbito em Porto Alegre, naquele ano.

Partindo do pressuposto que o álcool está relacionado com as causas acidentais e mortes violentas, além das neoplasias e da cirrose, percebe-se que pode ter havido efeito do álcool em 30% dos óbitos ocorridos em 1981.

1.6 - SÍNTESE DA REVISÃO DA LITERATURA

Embora ainda sem critérios conceituais e diagnósticos bem definidos, o alcoolismo é um problema de saúde que, quer por si próprio, quer pelas patologias com que se relaciona, merece a atenção dos profissionais da saúde.

Considerando todos os abusadores do álcool e os dependentes temos em nosso meio entre 10 e 12% de adultos alcoolistas. o que equivale a dizer que de cada 10 adultos pelo menos um tem problemas com o uso do álcool.

Ainda restam muitas dúvidas na literatura sobre as causas, conseqüências e mesmo sobre o que é alcoolismo. Em alguns países tem sido demonstrado que os indivíduos menos favorecidos pela sociedade apresentam taxas mais elevadas de alcoolismo. Não há dados a este respeito no Brasil.

O presente estudo se propõe a colaborar para o entendimento deste grave problema de saúde estudando sua associação com o perfil sócio-econômico e inserção no mercado de trabalho.

1.7 - OBJETIVOS

1.7.1 - OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho é uma abordagem descritiva do problema do uso e dependência do álcool em uma amostra de adultos moradores de Porto Alegre.

1.7.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as três variáveis utilizadas como medida de uso de álcool (teste CAGE, padrão de consumo e níveis médios de ingestão de álcool) por sexo, faixas etárias, inserção no mercado de trabalho e posição sócio-econômica.

1.8 - HIPÓTESES

Pelo exposto é nossa hipótese de trabalho que existe uma associação inversa entre o teste CAGE e o padrão de consumo de álcool com a posição sócio-econômica.

2 - METODOLOGIA

Os dados do presente trabalho foram retirados do Estudo de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, pesquisa multicêntrica incentivada pela Organização Panamericana da Saúde. Nossa pesquisa é subprojeto do trabalho realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de outubro de 1986 a agosto de 1987. a técnica de amostragem utilizada, portanto, é a do referido estudo. Os dados utilizados para a presente análise foram retirados do banco original, logo após a conferência manual.

2.1 - AMOSTRAGEM

A população-alvo da pesquisa é a população de Porto Alegre, entre 15 e 64 anos. A amostra foi escolhida para satisfazer dois objetivos: primeiro, servir de linha de base para ações de promoção da saúde do adulto em Porto Alegre e, segundo, ser representativa desta população-alvo.

Para facilitar as ações de promoção previstas, foram escolhidas quatro áreas docente-assistenciais de Porto Alegre, com as quais seria planejado um programa de intervenção.

As quatro áreas selecionadas foram: São José do Murialdo, área de atuação da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente com um programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, a zona ao redor do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do INAMPS, onde existe uma Unidade de Medicina de Família com programa de Residência Médica, Vila Fátima, localizada nas proximidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, onde esta desenvolve suas atividades de Medicina Comunitária, e o bairro Nonoai, onde a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul mantém atividades de Medicina Comunitária, em convênio com a Secretaria de Saúde do Estado. Todas estas zonas estão na área urbana da cidade de Porto Alegre.

Para que a amostra destas quatro áreas representasse a estrutura sócio-econômica de Porto Alegre, foram escolhidos setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo com a distribuição da renda média domiciliar de Porto Alegre em 1980. Os pontos de corte para os quartis desta ordenação (4.8; 7.6 e 11.1 salários mínimos por domicílio) foram utilizados para estratificar os setores das 4 áreas do estudo.

A seleção dos setores censitários do IBGE, nas quatro áreas, obedeceu os seguintes quatro critérios: primeiro, incluir somente aqueles setores com listas atualizadas pelo IBGE (setores sorteados por aquele Instituto para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD; e, no caso da Vila Fátima, que só tinha um setor PNAD, também setores de Pesquisa Mensal de Emprego - PME); segundo, excluir setores cujos moradores pertenciam, em sua grande maioria, a um grupo específico de pessoas, por exemplo, militares, ou setores que modificaram dramaticamente sua estrutura sócio-econômica nos últimos anos; terceiro, nos setores restantes, permitir que um quarto dos domicílios da amostra estivesse dentro de cada um dos quartis da renda domiciliar média de Porto Alegre em 1980; quarto, permitir que um quarto dos domicílios de toda a amostra estivesse dentro de cada uma das quatro áreas de estudo.

Assim, dos dezenove setores disponíveis, foram selecionados oito setores censitários, três da Vila Fátima (quartil 1) com um total de 1081 domicílios; dois do Murialdo (quartil 2) com um total de 571 domicílios; dois do Nonai (quartil 3) com um total de 580 domicílios; e um do Conceição (quartil 4) com um total de 616 domicílios.

Pressupondo uma prevalência de hipertensão arterial de 15%, de alcoolismo de 10% e de fumo de 40%, estimou-se que uma amostra de 1000 indivíduos geraria intervalos de confiança de 95% de mais ou menos 2 para a prevalência de hipertensão arterial e alcoolismo e de mais ou menos 3 para a de fumo. Como são previstas algumas análises em subgrupos, por exemplo, só mulheres, tentou-se expandir o tamanho da amostra até o máximo factível, 1150 a 1200 domicílios. Assim, pressupondo algumas recusas, 310 domicílios foram escolhidos, aleatoriamente, dos setores censitários de cada um dos quatro quartis. Nos setores do Murialdo, Nonoai e Conceição, o processo de seleção dos domicílios foi o de amostragem aleatória simples. Na Vila Fátima, por ser uma área muito irregular, a amostragem foi feita em duas etapas. Primeiro, cada um dos três setores censitários escolhidos foi dividido em duas partes e uma delas foi sorteada para participação no estudo. Depois, uma amostragem aleatória simples foi feita nestas partes para a seleção dos domicílios.

Para obter 310 domicílios em cada quartil foram sorteados 354 domicílios na Vila Fátima (44 exclusões), 369 domicílios na Murialdo (59 exclusões), 348 no Nonoai (38 exclusões) e 343 domicílios no Conceição. As exclusões ocorreram por várias razões: domicílios sem moradores atuais ou da faixa etária do estudo; domicílio não-localizável ou demolido; mesma família constando na lista do IBGE duas vezes, por exemplo frente e fundos.

Para todos os domicílios escolhidos, todos os moradores de 15 a 64 anos eram registrados, e um escolhido aleatoriamente para ser entrevistado.

A amostra assim obtida provavelmente tem uma distribuição de renda média familiar semelhante a que existia em Porto Alegre, em 1980. Entretanto não se trata de uma amostra representativa da população desta cidade porque alguns indivíduos não tiveram nenhuma chance de pertencer a ela por residirem em setores censitários que não foram incluídos no sorteio.

2.2 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi estruturada com um delineamento clássico de estudo transversal, aferindo todas as variáveis no mesmo momento.

2.3 - VARIÁVEIS ESTUDADAS

2.3.1 - QUESTIONÁRIO

A constituição do instrumento partiu de uma tradução do questionário elaborado pela "Investigación de la Comunidad para Prevención de Enfermedades no Comunicables", desenvolvido pela OPS para uso no Estudio Multicentrico de Factores de Riesgo Individuales y Poblacionales Susceptibles de Intervención (OPS, 1985), do qual Porto Alegre é um dos centros. O questionário foi adaptado às condições locais, mais detalhado para certos fatores de risco e, às vezes, modificado para tornar os resultados mais compatíveis com os da literatura. Sofreu vários pré-testes para identificar problemas de ordenamento e interpretação das questões.

2.3.2 - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A. SEXO: Variável categórica codificada em:

1. Masculino
2. Feminino

B. FAIXAS ETÁRIAS: Variável categórica. A partir da data de nascimento e data da realização do questionário calculou-se a idade de cada indivíduo. Posteriormente construíram-se faixas codificadas como segue:

1. 15 a 24 anos
2. 25 a 34 anos
3. 35 a 44 anos
4. 45 a 54 anos
5. 55 a 64 anos

C. INSCRIÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: Variável categórica. Foi aproveitada a codificação original. A seguir transcrevemos a questão utilizada:

O Sr(a). tem trabalho pago atualmente?

1. Sim, exercendo atividade
2. Sim, afastado por doença
3. Não, só aposentado ou pensionista
4. Não, desempregado
5. Não, estudante
6. Não, só dona de casa
7. Outro. Especifique.....
9. Não sabe ou não quer responder

No presente estudo as respostas foram recodificadas como segue:

1. Empregado
2. Empregado, afastado
3. Aposentado
4. Desempregado
5. Estudante
6. Do lar
7. Outro
9. Recusa

É importante ressaltar que os indivíduos que estão aqui chamados de empregados são, em verdade, pessoas que tinham trabalho remunerado na época, independente de vínculo empregatício.

D. POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA: Variável categórica. Obtida através de uma questão em que o entrevistado descrevia a ocupação do chefe de família. Literalmente a pergunta era formulada como segue:

Qual a ocupação do chefe da família, em seu trabalho principal? (PRESTE ATENÇÃO PARA QUE A RESPOSTA INCLUA OS SEIS ÍTENS DA INSTRUÇÃO)

Os entrevistadores estavam orientados a anotar a ocupação, posição hierárquica, grau de instrução, setor de atuação profissional, relação de trabalho, faixa de renda e, quando empregador, o número de empregados.

A partir destes dados os indivíduos foram classificados utilizando o fluxograma idealizado por Bronfman e cols. em 1987 (Quadros 7, 8 e 9). As categorias utilizadas foram:

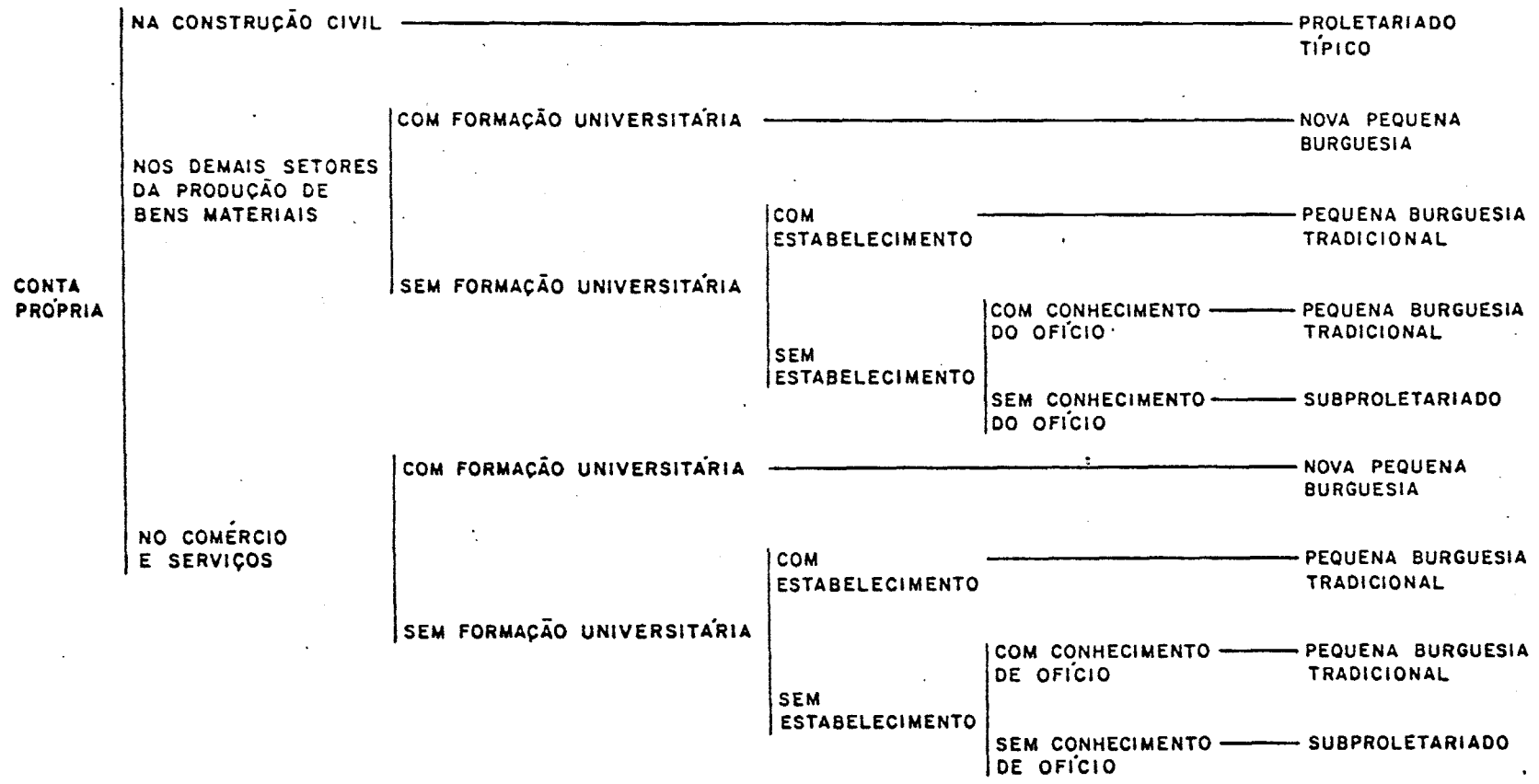
1. Subproletariado
2. Proletariado típico
3. Proletariado não-típico
4. Nova pequena burguesia
5. Pequena burguesia tradicional
6. Burguesia
7. Fora da população economicamente ativa

Esta variável tem sido utilizada com o nome de "Classe Social" por ter sido construída com referencial teórico marxista. A equipe do Estudo dos Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-transmissíveis de Porto Alegre preferiu chamá-la de "posição sócio-econômica" com a intenção de deixar claro que é uma visão da classe social do ponto de vista sócio-econômico pois não avalia o aspecto político.

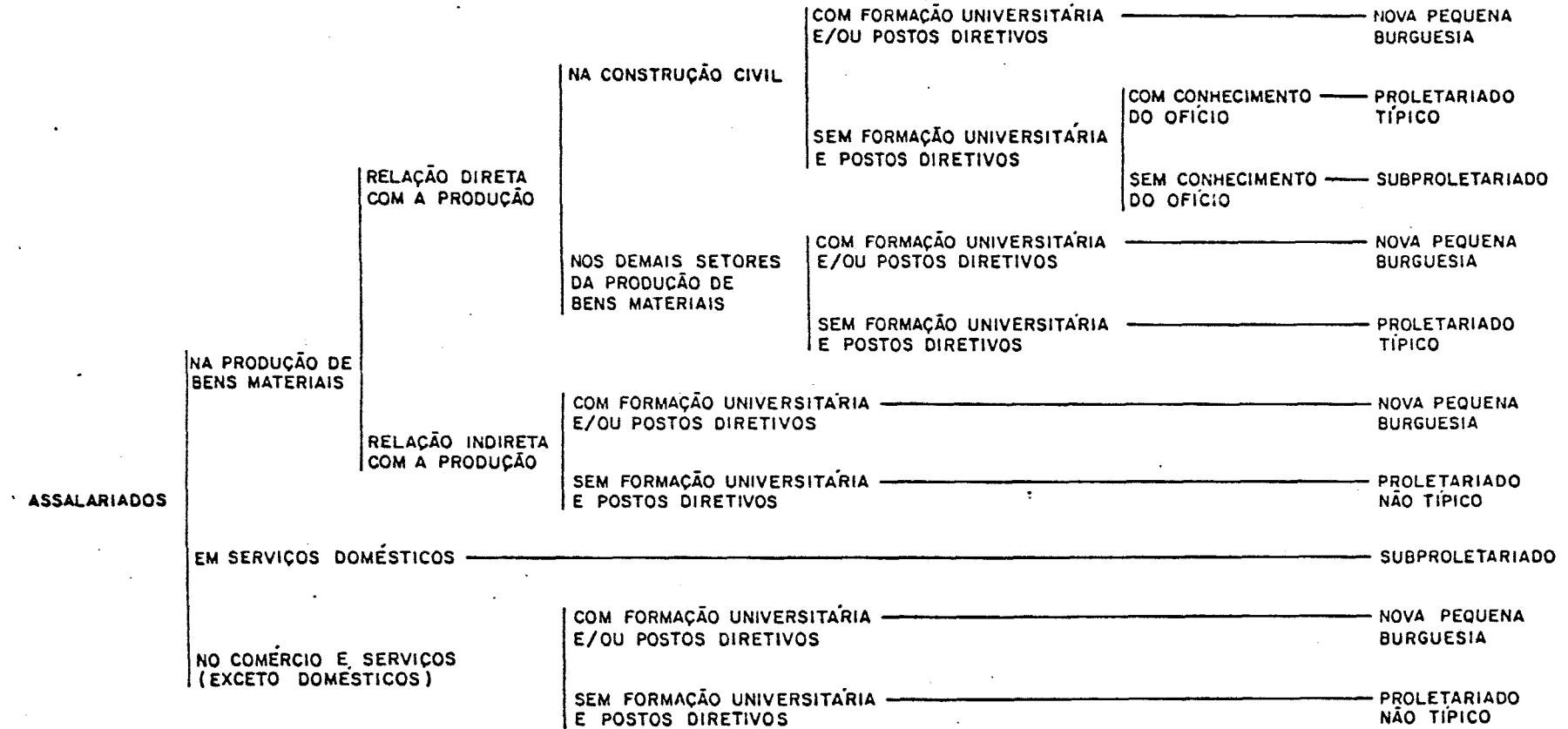
E. CAGE: Variável categórica dicotômica. Somaram-se as respostas afirmativas às questões do teste CAGE traduzidas para o português. Considerou-se o teste positivo quando duas ou mais respostas eram afirmativas. Somente as pessoas que referiam usar álcool atualmente responderam ao teste CAGE, cujas questões estão reproduzidas a seguir:

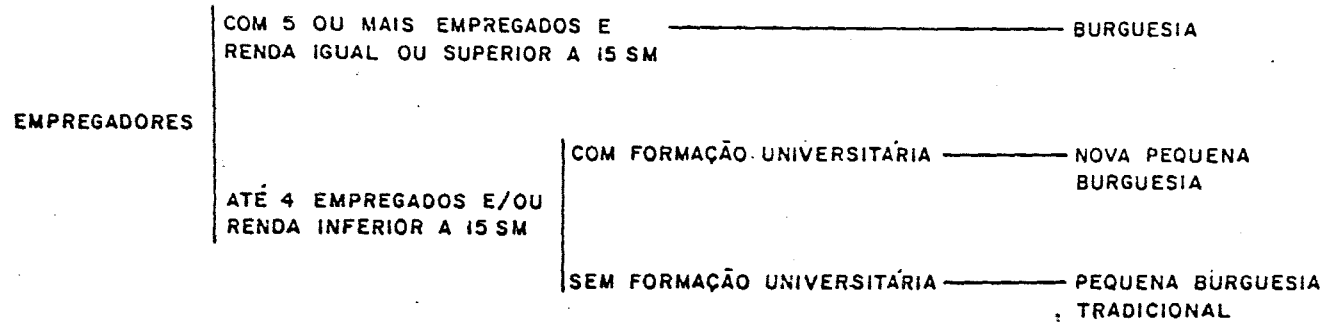
- Alguma vez o Sr(a). sentiu que deveria beber menos?
- O Sr(a). fica aborrecido se as pessoas criticam seu modo de beber?
- O Sr(a). alguma vez já se sentiu chateado consigo mesmo ou culpado pelo seu modo de beber?
- O Sr(a). alguma vez bebeu ao acordar porque estava nervoso ou com ressaca?

FLUXOGRAMA PARA A DETERMINAÇÃO DA POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA
1. TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA



FLUXOGRAMA PARA A DETERMINAÇÃO DA POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA
2. ASSALARIADOS



FLUXOGRAMA PARA A DETERMINAÇÃO DA POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA
3. EMPREGADORES

Para todas as perguntas do teste as codificações aceitas eram:

1. Sim
2. Não

Na análise a codificação utilizada para o CAGE foi:

1. positivo
2. negativo
3. recusa

Usualmente na literatura, o teste CAGE é interpretado como sugestivo da Síndrome de Dependência do Alcool. Entretanto, se avaliarmos que apenas uma de suas questões diz respeito a elemento da citada Síndrome, tal como descrita por Edwards (Quadro 4), pode-se imaginar que alguns indivíduos tenham um teste positivo por serem abusadores do alcool sem ter desenvolvido dependência. É necessário lembrar que o teste pergunta sobre percepção de beber em excesso sem situar em que época isto ocorreu. Desta forma não podemos alcoolismo presente ou passado. Somente é possível dizer que a pessoa percebeu beber em excesso em alguma época de sua vida.

Baseados neste pressuposto entendemos que o teste CAGE possa ser indicativo de alcoolismo tal como conceituado por Bertolote (Quadro 1), e é desta forma que o utilizamos no presente estudo.

F. PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL: Variável categórica. A pergunta do questionário era:

Com que frequência toma bebida alcoólica (de qualquer tipo) incluindo cerveja, vinho, pinga, uísque, etc.?

1. Todos os dias
2. 3 ou 4 vezes por semana
3. 1 ou 2 vezes por semana
4. 1 ou 2 vezes por mês
5. Menos de 1 vez por mês
9. Não sabe ou não quer responder
0. Não se aplica

Os entrevistadores foram orientados para incluir no código 1 as pessoas que bebiam 5 ou 6 vezes por semana e no código 4 as que bebiam até três vezes por mês.

Recodificadas conforme a classificação mostrada no Quadro 6, ficou assim categorizada:

- 1,2 e 3 = 1. Bebedores sistemáticos
- 4 = 2. Bebedores intermediários
- 5 = 3. Bebedores ocasionais
- 0 = 4. Abstêmios



G. NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCÓOL ABSOLUTO:
Variável contínua. O questionário perguntava o número de doses de cerveja, vinho e bebidas destiladas que o entrevistado costumava utilizar através de uma pergunta para cada um dos três tipos de bebida:

Geralmente, "quantas garrafas ou latas de cerveja" o Sr(a). toma por (semana, mês, etc)?

Onde a expressão entre aspas era substituída por "copos de vinho" e "doses de bebidas fortes" nas perguntas seguintes.

Assumindo os volumes citados no Quadro 5 como padrão, procedemos à transformação das respostas obtidas em litros de álcool absoluto ingerido por ano.

2.4 - COLETA DE DADOS

O trabalho de campo foi estruturado montando-se quatro equipes (uma para cada área) formadas por quatro ou mais entrevistadores e um supervisor. O supervisor, junto com a coordenação, treinou os entrevistadores que depois foram testados enquanto aplicavam a entrevista e realizavam as medidas, em plano piloto. Após considerados aptos pelo supervisor, os entrevistadores passaram a coletar os dados entregando o questionário ao supervisor que o revisava e, quando necessário, solicitava a volta ao campo para melhorar a qualidade dos dados. Uma última revisão do questionário pronto era feita pela coordenação antes de iniciar a entrada de dados.

Todos os dados foram verificados manualmente para detectar e corrigir erros de digitação (Afifi e cols., 1984).

2.5 - ANÁLISE

As variáveis categóricas foram analisadas através de tabelas de contingência cruzadas e as contínuas a partir das médias.

Após a análise dos dados brutos foi realizada a análise estratificada para ajustar efeitos de variáveis de confusão (Rothman, 1986).

3. RESULTADOS

3.1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra ficou constituída por 1240 indivíduos (310 em cada área). Não foi possível entrevistar 71 pessoas ou porque elas não aceitaram responder ao questionário ou porque após várias tentativas não foram encontradas. Os resultados que passamos a descrever referem-se aos 1169 entrevistados, 94% da amostra original. Quando não obtivemos informação para alguma variável isolada o entrevistado foi excluído somente das análises em que esta variável estava implicada. Em todas as tabelas acrescentamos informação para tais perdas.

3.1.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

A amostra ficou composta por 441 homens (38%) e 728 mulheres (62%) que se distribuíram por faixas etárias conforme a Tabela 9. Não foi possível determinar a faixa etária de 4 pessoas (perda = 0.3%).

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

SEXO	FAIXAS ETÁRIAS				
	15 A 24 n (%)	25 A 34 n (%)	35 A 44 n (%)	45 A 54 n (%)	55 A 64 n (%)
MASC.	86 (37)	145 (39)	105 (40)	58 (35)	45 (35)
FEM.	148 (63)	231 (61)	154 (60)	106 (65)	87 (65)
TOTAL	234	376	259	164	132

Perdas = 4 (0,3%)

As Figuras 2 e 3 mostram a distribuição da amostra por sexo e faixas etárias.

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO

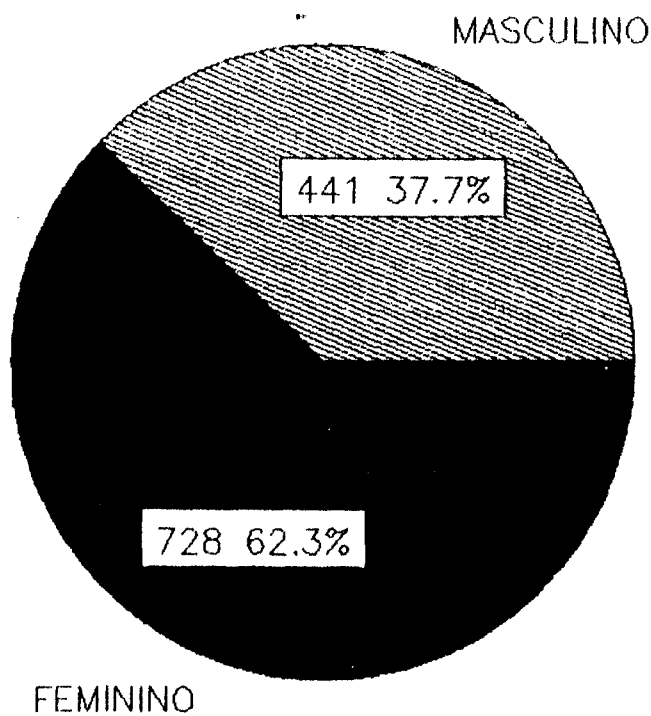


FIGURA 2

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

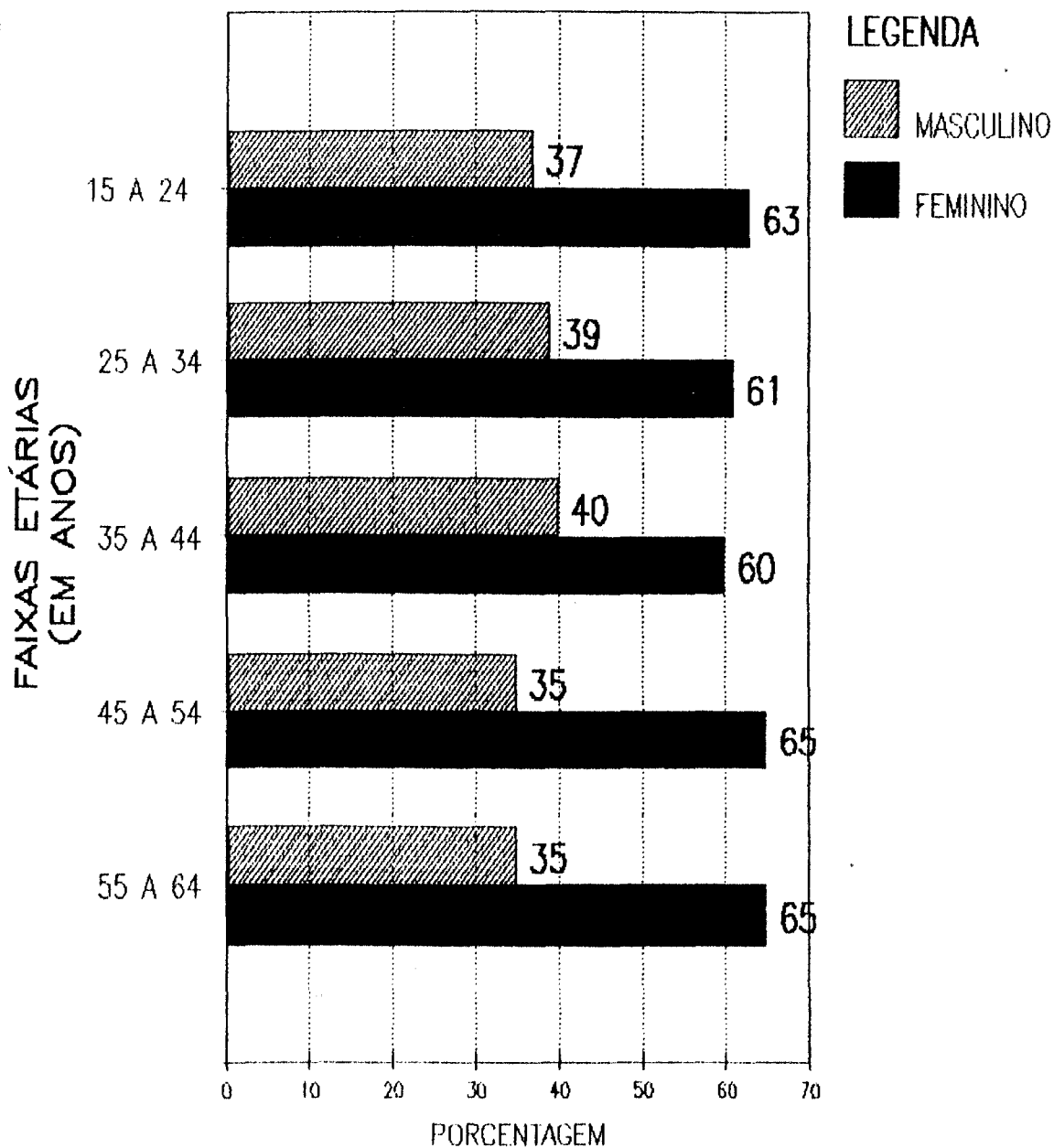


FIGURA 3

3.1.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

A Tabela 10 e a Figura 4 mostram a distribuição da amostra conforme inserção no mercado de trabalho, nesta distribuição não temos o dado de um entrevistado (perda= 0.08%).

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

CATEGORIA	FREQUENCIA	FORCENTAGEM
EMPREGADOS	731	63%
APOSENTADOS	90	8%
DESEMPREGADOS	52	4%
ESTUDANTES	32	3%
DO LAR	251	22%
OUTROS	12	1%
TOTAL	1168	100%

PERDAS = 1 (0.08%)

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

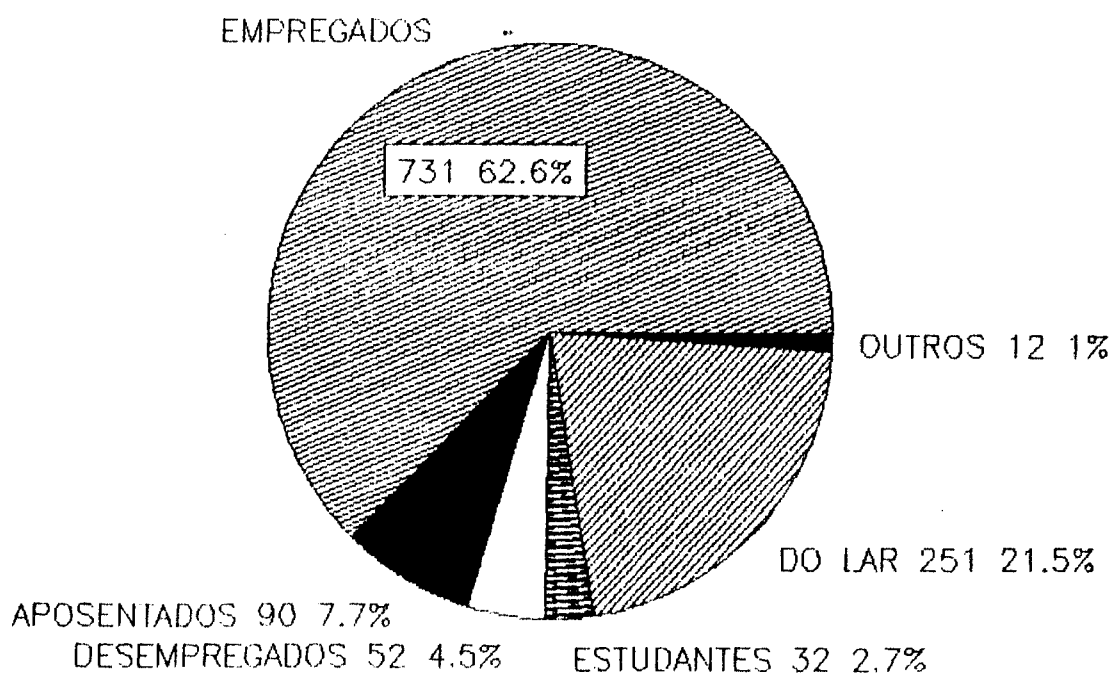


FIGURA 4

3.1.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (PSE)

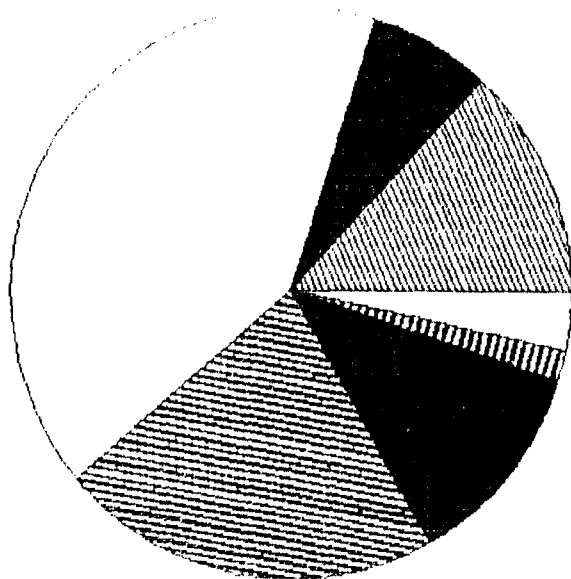
A Tabela 11 e a Figura 5 mostram os resultados obtidos pela classificação dos chefes de família por posição sócio-econômica. Por insuficiência de dados não foi possível classificar 29 chefes de família (2,5%).

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DOS CHEFES DE FAMÍLIA CONFORME POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (PSE)

PSE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
SUBPROLETARIADO	150	13%
PROLETARIADO TÍPICO	79	7%
PROLETARIADO NÃO-TÍPICO	468	41%
NOVA PEQUENA BURGUESIA	252	22%
PEQUEBA BURGUESIA TRADICIONAL	134	12%
BURGUESIA	20	2%
FORA DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA	37	3%
TOTAL	1140	100%
PERDAS = 29 (2,5%)		

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA










-  SUBPROLETARIADO 150 13.2%
-  PROLETARIADO TÍPICO 79 6.9%
-  PROLETARIADO NÃO-TÍPICO 468 41.1%
-  NOVA PEQUENA BURGUESIA 252 22.1%
-  PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL 134 11.8%
-  BURGUESIA 20 1.8%
-  FORA DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA 37 3.2%

FIGURA 5

3.2. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE CAGE

3.2.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

Dos 806 entrevistados que relatavam usar álcool na época da entrevista (69%), quatro indivíduos recusaram-se a responder o teste CAGE, originando um índice de recusa de 0.5%.

Entre os que responderam ao teste 206 foram positivos (CAGE igual a dois ou mais) representando 18% da amostra e 26% das pessoas que usavam álcool. Os outros 596 entrevistados, nos quais o teste foi aplicado, obtiveram escores menores do que 2 (teste CAGE negativo). A Figura 6 mostra esta distribuição.

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO TESTE "CAGE"

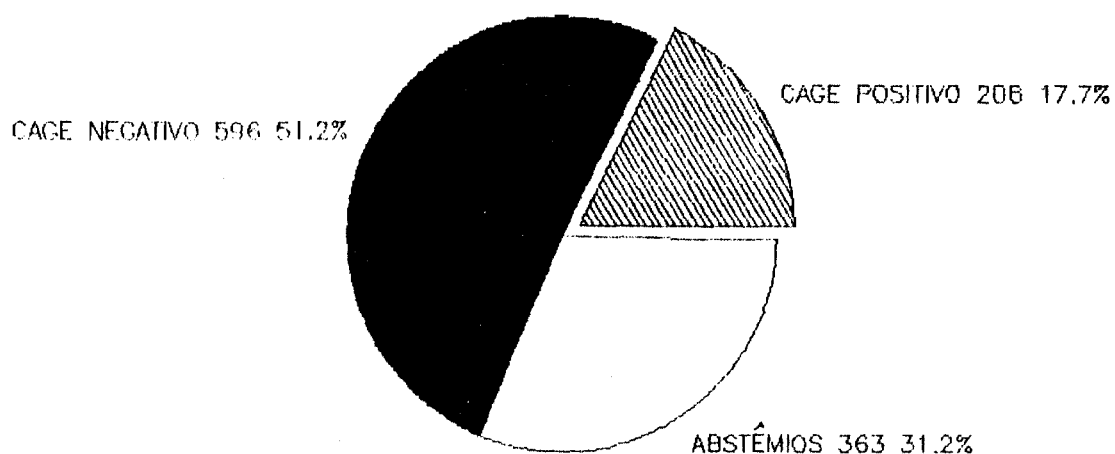


FIGURA 6

A Tabela 12 e a Figura 7 mostram a distribuição dos resultados do CAGE por sexo e faixas etárias.

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO "CAGE" POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

FAIXAS ETÁRIAS (EM ANOS)	SEXO	CAGE						TOTAL N
		POSITIVO		NEGATIVO		ABSTÊMIOS		
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
15 A 24	MASCULINO	16	(19)	54	(62)	16	(19)	86
	FEMININO	16	(11)	73	(49)	59	(40)	148
25 A 34	MASCULINO	45	(31)	83	(57)	17	(12)	145
	FEMININO	20	(8)	140	(61)	71	(31)	231
35 A 44	MASCULINO	42	(40)	51	(49)	12	(11)	105
	FEMININO	14	(9)	82	(53)	58	(38)	154
45 A 54	MASCULINO	22	(38)	21	(36)	15	(26)	58
	FEMININO	15	(14)	40	(38)	51	(48)	106
55 A 64	MASCULINO	11	(24)	18	(40)	16	(36)	45
	FEMININO	5	(6)	34	(39)	48	(55)	87
TOTAL		206	-	596	-	363	-	1165

PERDAS = 4 (0.3%)

"CAGE" POSITIVO POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

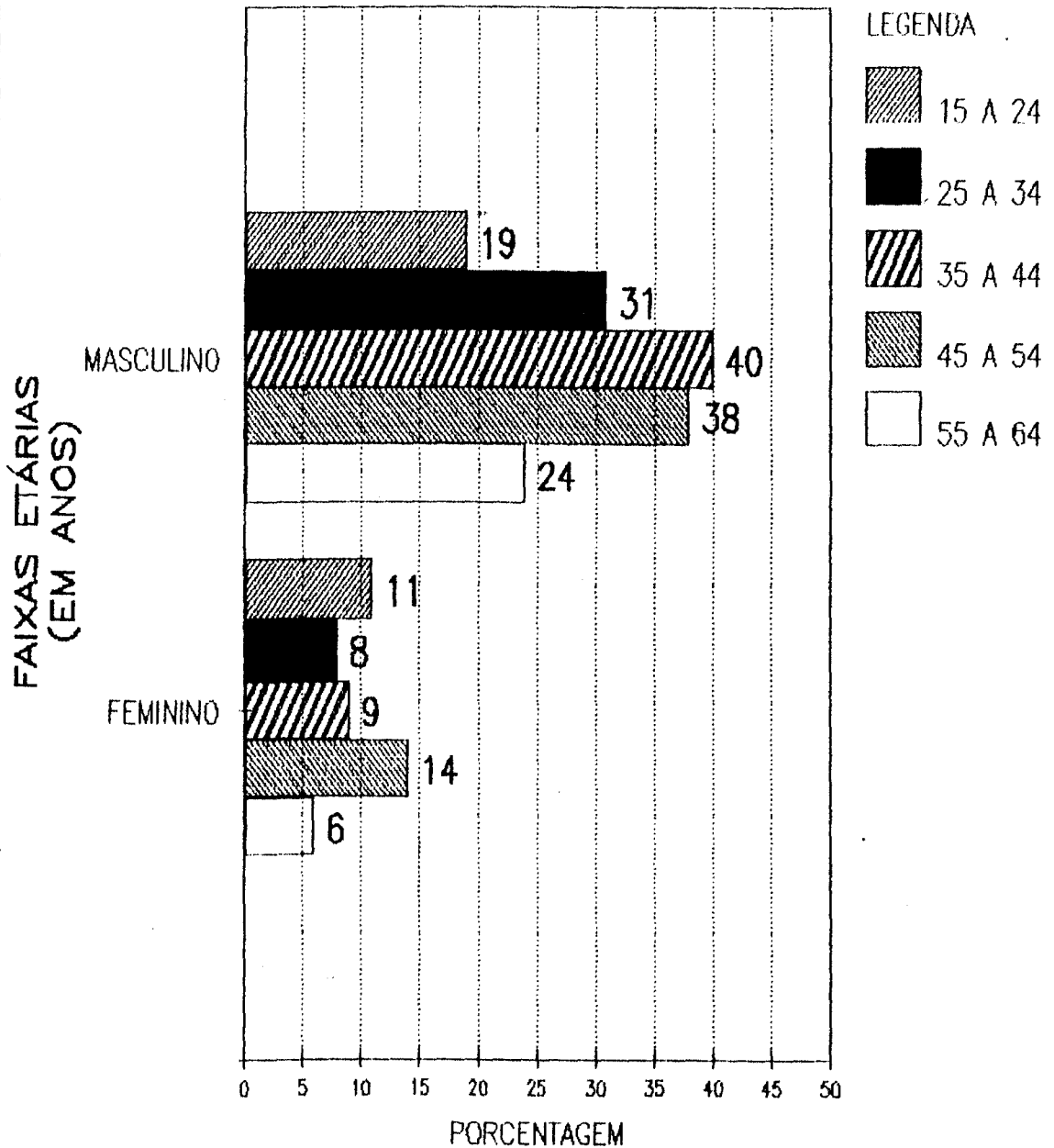


FIGURA 7

O teste CAGE foi positivo em 31% dos homens e 10% das mulheres da amostra. A predominância dos homens é verificada em todas as faixas etárias, como mostra a figura 7. As razões das prevalências de CAGE positivo entre homens e mulheres pode ser visualizada na Figura 8.

"CAGE" POSITIVO
RAZÕES DE PREVALÊNCIAS
ENTRE HOMENS E MULHERES
POR FAIXAS ETÁRIAS

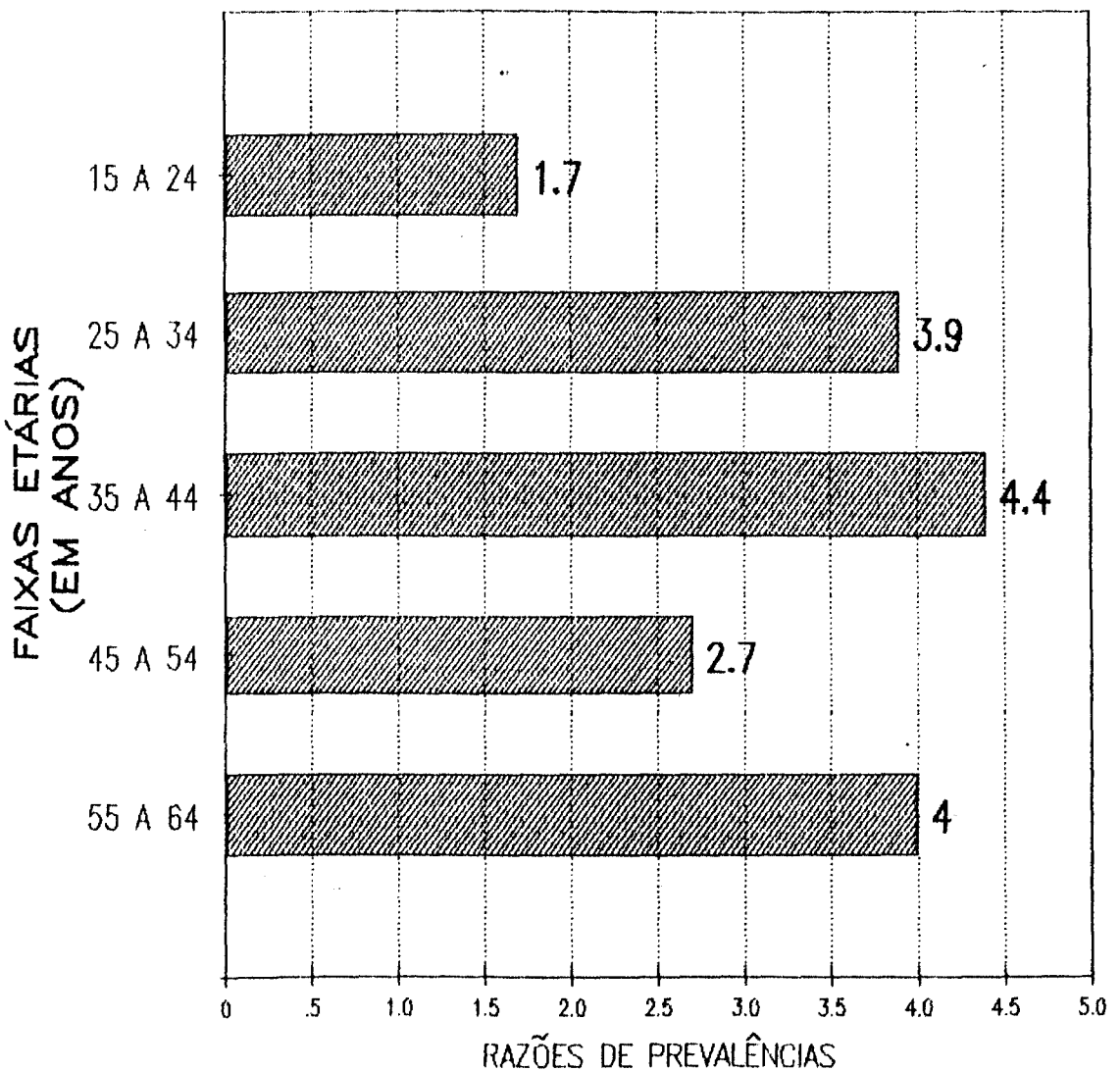


FIGURA B

A Tabela 13 e a Figura 9 mostram a distribuição dos CAGE positivo de acordo com sua inserção no mercado de trabalho.

TABELA 13

"CAGE" POSITIVO
POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	CAGE		ABSTÊMIOS		TOTAL
	POSITIVO N (%)	NEGATIVO N (%)	N	(%)	N
EMPREGADOS	149 (20)	411 (57)	171	(23)	731
APOSENTADOS	18 (20)	28 (31)	44	(49)	90
DESEMPREGADOS	17 (33)	22 (42)	13	(25)	52
ESTUDANTES	3 (9)	20 (63)	9	(28)	32
DO LAR	19 (8)	108 (43)	124	(49)	251
OUTRO	2 (17)	7 (58)	3	(25)	12
TOTAL	208 -	596 -	364	-	1168

FERDAS = 1 (0.08%)

QUI-QUADRADO = 30.17

p = 0.00

"CAGE" POSITIVO PREVALÊNCIA POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

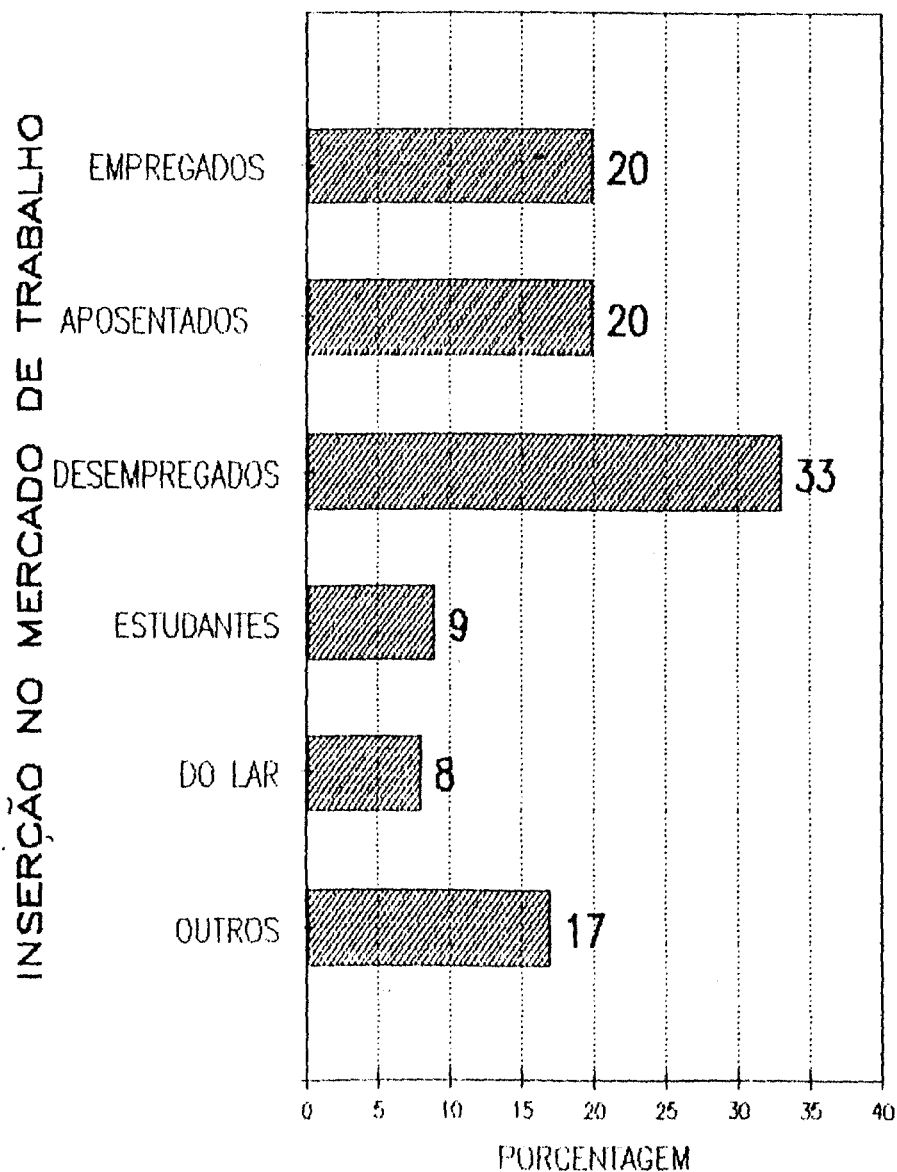


FIGURA 9

3.2.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Distribuídos em todas as categorias nota-se que os indivíduos CAGE positivo tendem a se concentrar em famílias cujo chefe foi classificado como pertencendo às categorias menos privilegiadas. Esta distribuição pode ser vista na Tabela 14 e na Figura 10. A figura 11 mostra a diferença entre as prevalências de CAGE positivo quando se divide os chefes de família em dois grandes grupos: os que detêm os meios de produção e os trabalhadores.

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DOS "CAGE" POSITIVO POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

POSIÇÃO SÓCIO- ECONÔMICA	CAGE				ABSTÊMIOS		TOTAL
	POSITIVO		NEGATIVO		N	(%)	N
	N	(%)	N	(%)			
SUBPROLETARIADO	39	(26)	50	(33)	61	(41)	150
PROLETARIADO TÍPICO	19	(24)	30	(38)	30	(38)	79
PROLETARIADO NÃO-TÍPICO	90	(19)	228	(49)	150	(32)	468
NOVA PEQUENA BURGUESIA	29	(11)	168	(67)	55	(22)	252
PEQUENA BURGUE- SIA TRADICIONAL	17	(13)	75	(56)	42	(31)	134
BURGUESIA	4	(20)	11	(53)	5	(25)	20
FORA DA POPULA- ÇÃO ECONOMICAMEN- TE ATIVA	4	(11)	19	(51)	14	(38)	37
TOTAL	202	-	581	-	357	-	1140

PERDAS = 29 (2.5%)

QUI QUADRADO = 36,5

p = 0.00

"CAGE" POSITIVO POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA - 1

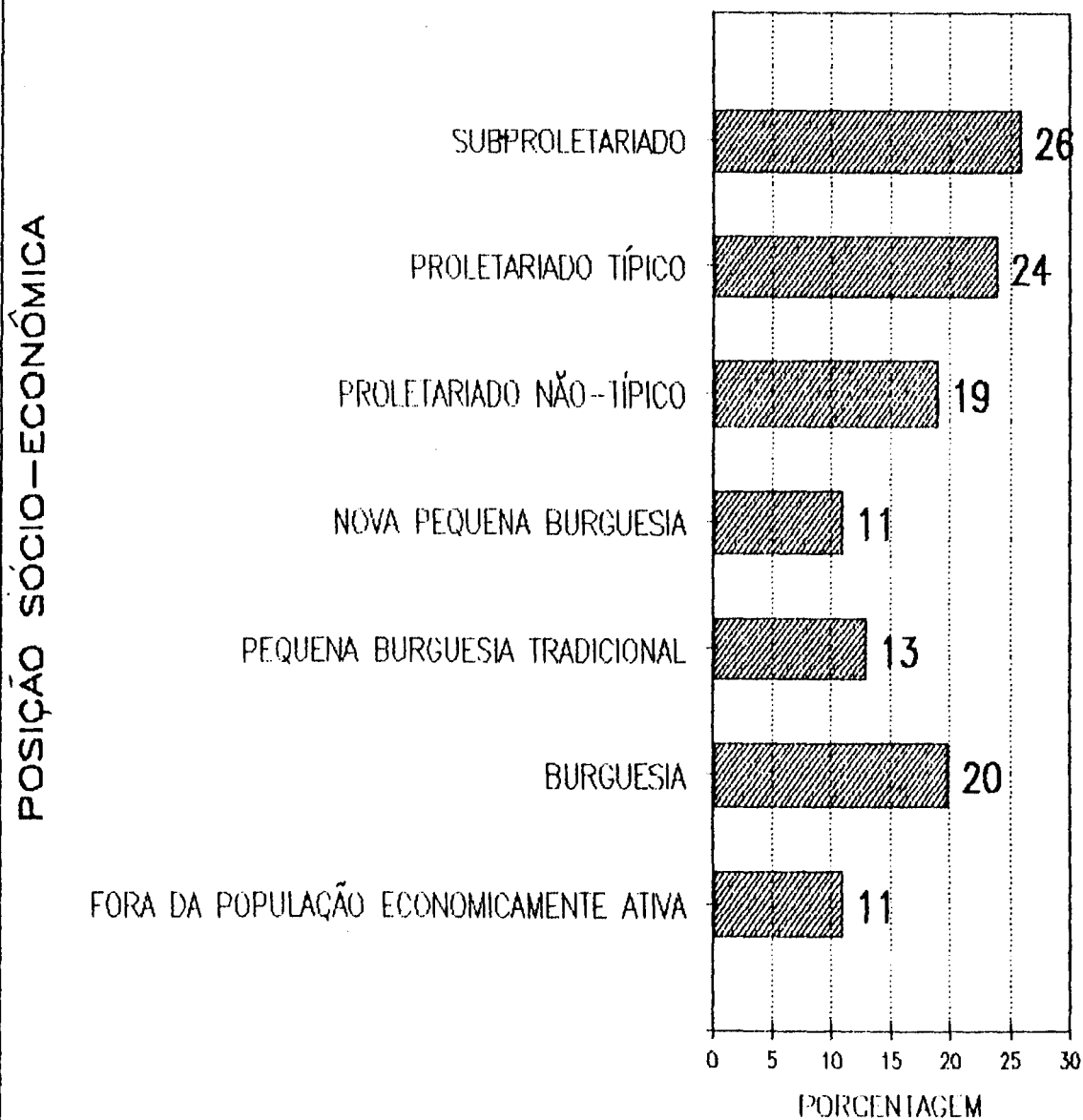


FIGURA 10

"CAGE" POSITIVO POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA - 2

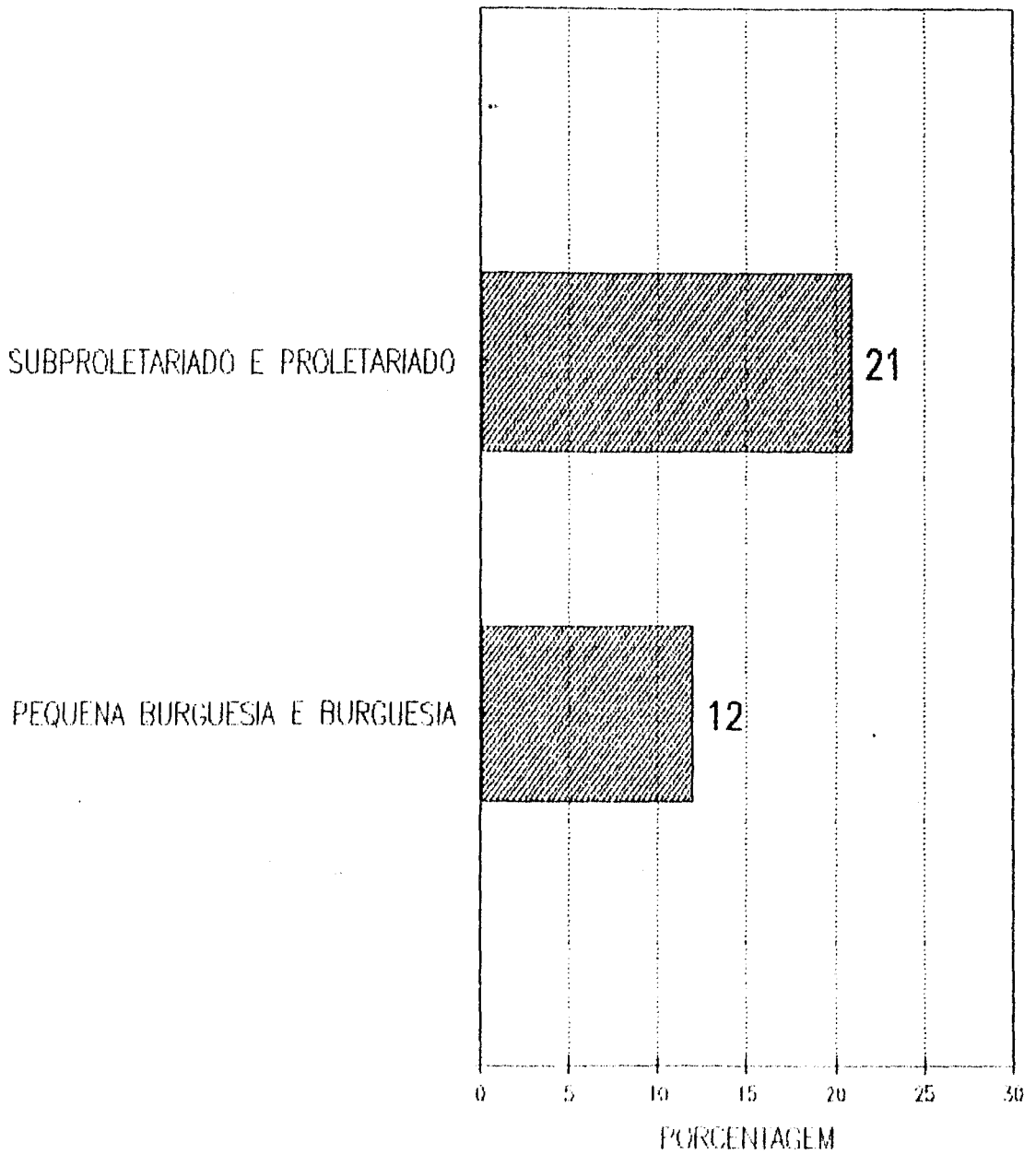


FIGURA 11

3.3 - DESCRIÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL

A Tabela 15 e a Figura 12 mostram a distribuição da amostra pelo padrão de consumo de álcool. sete indivíduos recusaram-se a responder a questão que originou esta classificação (índice de recusa 0,5%).

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL

PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
BEBEDORES SISTEMATICOS	462	40
BEBEDORES INTERMEDIARIOS	160	14
BEBEDORES OCASIONAIS	177	15
ABSTEMIOS	363	31
TOTAL	1162	100

PERDAS = 7 (0,5%)

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

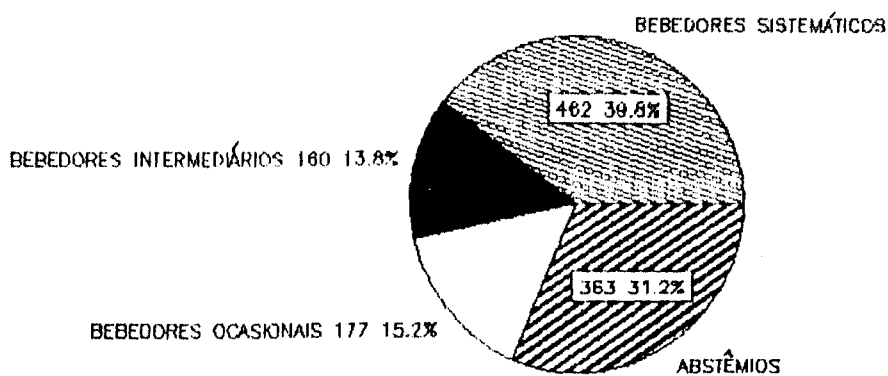


FIGURA 12

3.3.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

Foram classificados como bebedores sistemáticos 271 homens (62%) e 191 mulheres (26%) resultando uma razão de prevalências de 2,4. A Figura 13 mostra esta distribuição.

BEBEDORES SISTEMÁTICOS DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

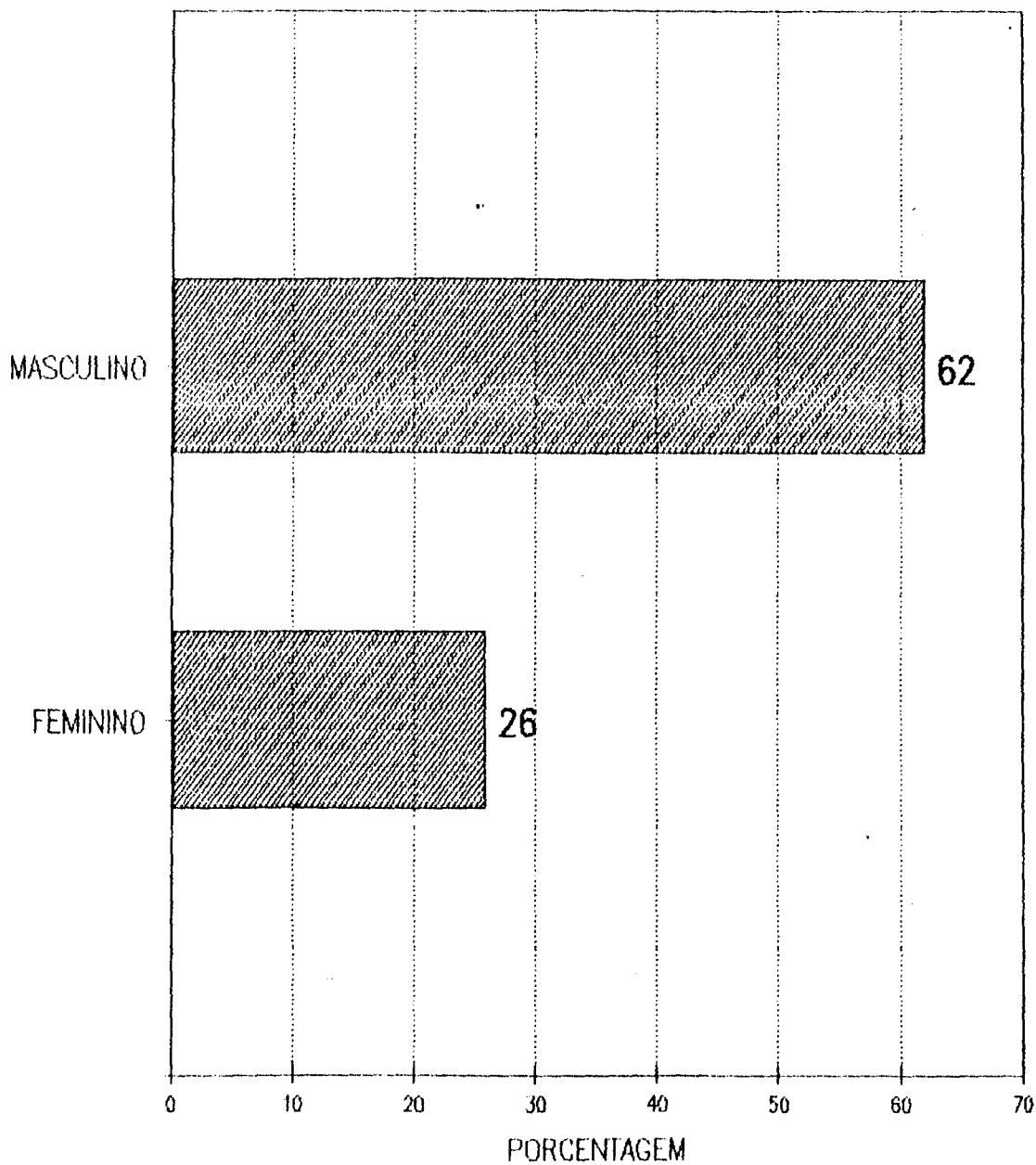


FIGURA 13

A Tabela 16 e a Figura 14 mostram a distribuição dos bebedores sistemáticos por sexo e faixas etárias. Cinco indivíduos recusaram-se a fornecer esta informação originando um índice de recusa de 0.4%.

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO DOS BEBEDORES SISTEMÁTICOS
POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

FAIXAS ETÁRIAS	SEXO	BEBEDORES SISTEMÁTICOS		OUTROS		TOTAL N
		N	(%)	N	(%)	
15 A 24	MASCULINO	51	(59)	35	(41)	86
	FEMININO	37	(25)	111	(75)	148
25 A 34	MASCULINO	94	(65)	51	(35)	145
	FEMININO	79	(34)	151	(66)	230
35 A 44	MASCULINO	71	(68)	34	(32)	105
	FEMININO	38	(25)	116	(75)	154
45 A 54	MASCULINO	36	(62)	22	(38)	58
	FEMININO	21	(20)	85	(80)	106
55 A 63	MASCULINO	18	(40)	27	(60)	45
	FEMININO	15	(17)	72	(83)	87
TOTAL		460	(40)	704	(60)	1164

PERDAS = 5 (0.4%)



BEBEDORES SISTEMÁTICOS POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

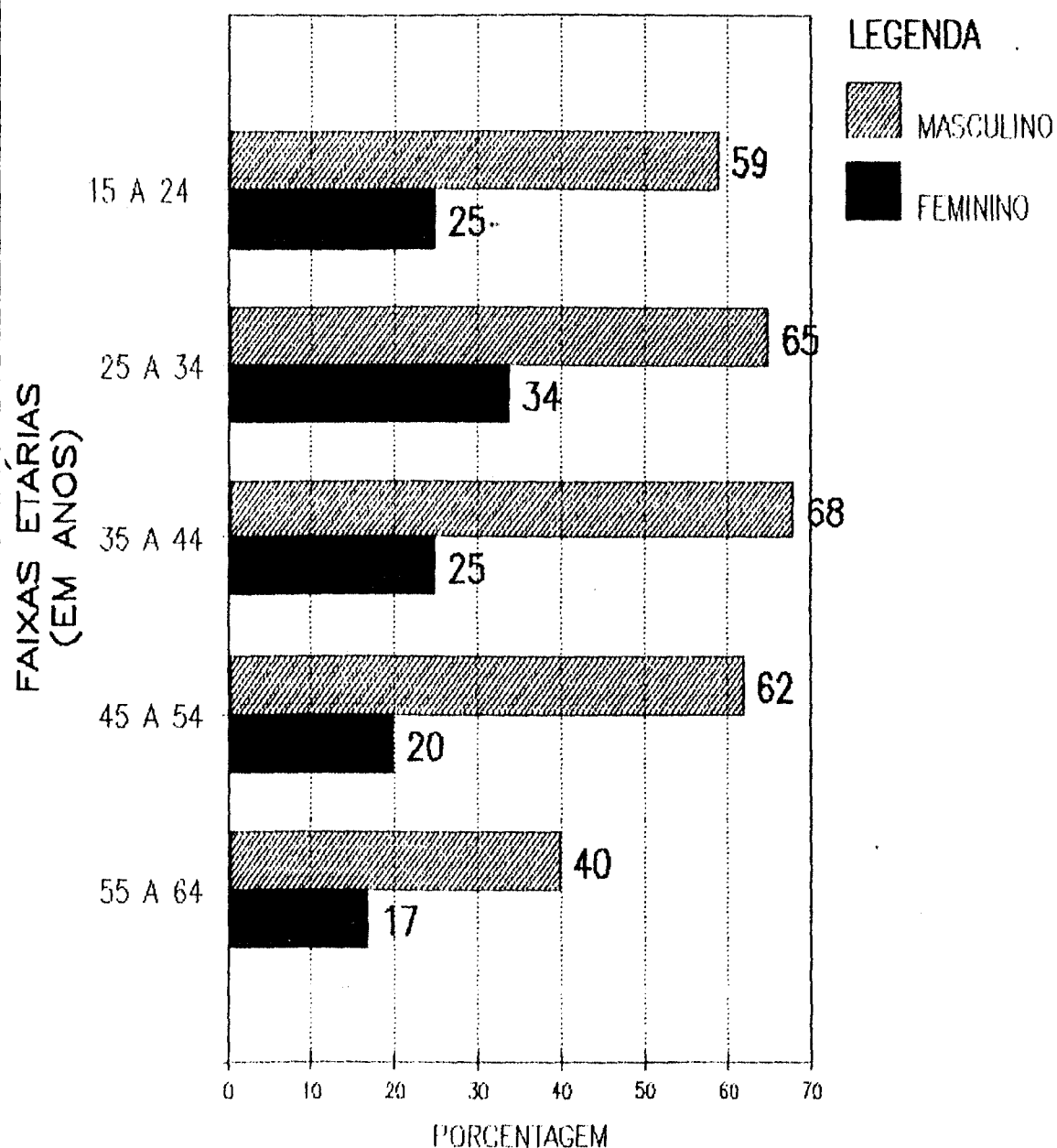


FIGURA 14

3.3.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

A Tabela 17 mostra as prevalências de bebedores sistemáticos conforme inserção no mercado de trabalho. Os mesmos dados podem ser vistos na Figura 15.

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DOS BEBEDORES SISTEMÁTICOS CONFORME INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

CLASSIFICAÇÃO	BEBEDORES SISTEMÁTICOS		OUTROS		TOTAL
	N	(%)	N	(%)	
EMPREGADOS	350	(48)	380	(52)	730
APOSENTADOS	25	(28)	63	(72)	88
DESEMPREGADOS	27	(52)	25	(48)	52
ESTUDANTES	9	(28)	23	(72)	32
DO LAR	47	(19)	201	(81)	248
OUTROS	4	(33)	8	(67)	12
TOTAL	462	(40)	700	(60)	1162

PERDAS = 7 (0,6%)

QUI-QUADRADO = 117.1 p = 0.00

BEBEDORES SISTEMÁTICOS POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

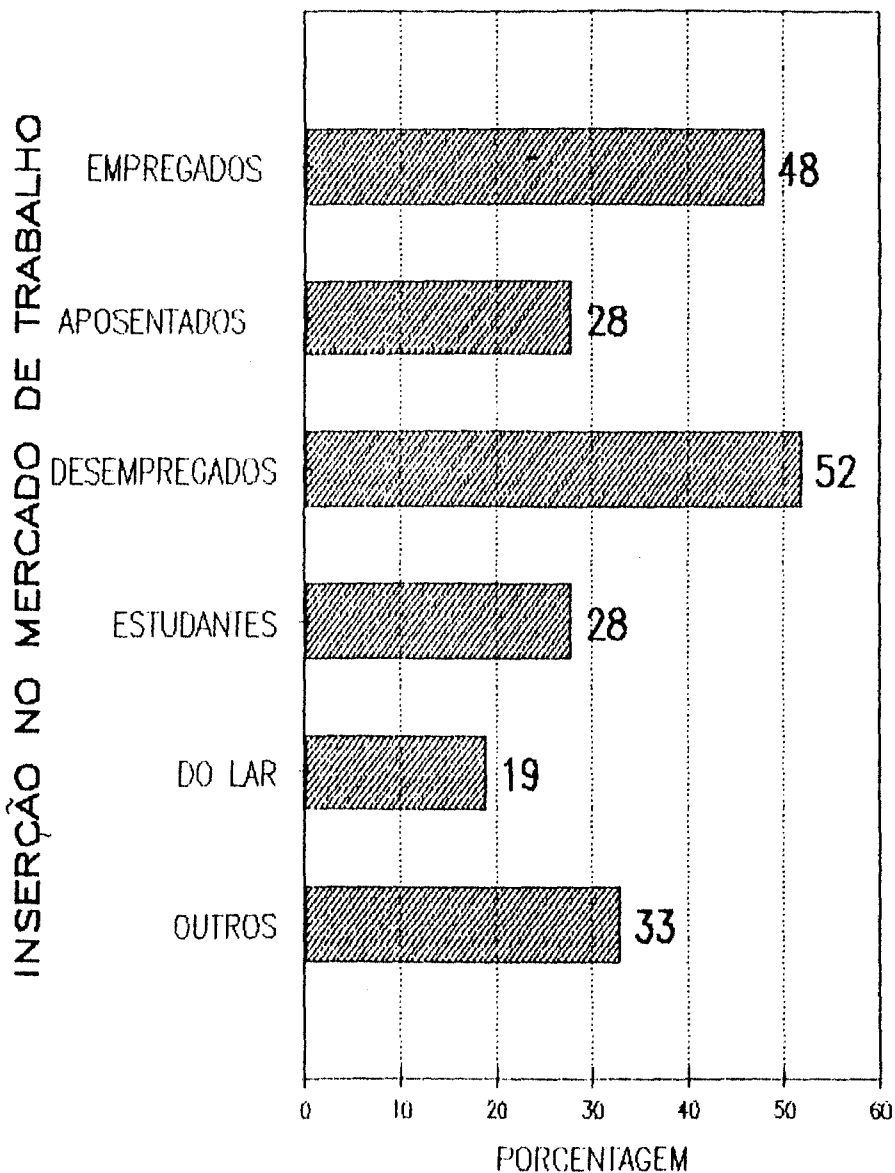


FIGURA 15

3.3.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

A distribuição dos bebedores sistemáticos por posição sócio-econômica do chefe de família está na Tabela 18 e na Figura 16.

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DOS BEBEDORES SISTEMÁTICOS FOR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	BEBEDORES SISTEMÁTICOS		OUTROS		TOTAL N
	N	(%)	N	(%)	
SUBPROLETARIADO	58	(39)	91	(61)	149
PROLETARIADO TÍPICO	23	(30)	56	(70)	79
PROLETARIADO NÃO-TÍPICO	182	(39)	284	(61)	466
NOVA PEQUENA BURGUESIA	112	(45)	139	(55)	251
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	54	(41)	79	(59)	133
BURGUESIA	9	(47)	10	(53)	19
FORA DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA	12	(32)	25	(68)	37
TOTAL	450	(40)	684	(60)	1134

PERDAS = 35 (3%)

GUI-QUADRADO = 34.75 - p = 0.01

BEBEDORES SISTEMÁTICOS POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

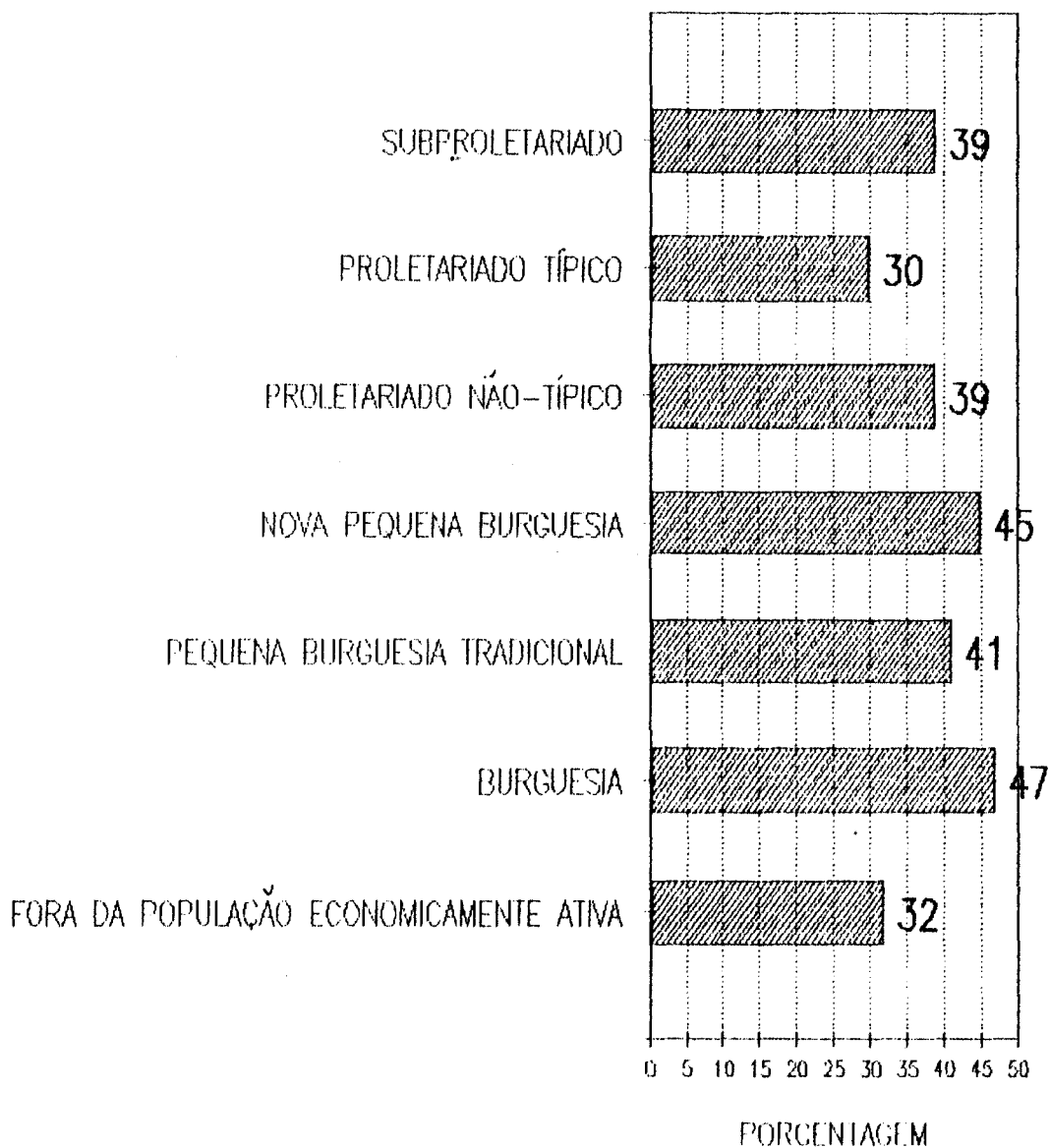


FIGURA 16

3.4 - DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCÓOL ABSOLUTO POR ANO

Somente as pessoas classificadas como bebedores sistemáticos e intermediários responderam às perguntas relativas aos níveis de ingestão de álcool absoluto por ano. Os resultados portanto se referem a 622 indivíduos pois 3 recusaram-se a fornecer a informação (índice de recusa = 0,5%).

A média de álcool absoluto (em litros) consumido por ano ficou em 8,15 litros, com desvio padrão de 15,43. A Tabela 19 mostra a distribuição dos níveis de ingestão de álcool absoluto que também pode ser vista na Figura 17.

É importante ressaltar que 78 pessoas (7% da amostra) relataram usar em média o equivalente a mais de 40 g de álcool absoluto por dia. Esta dose é reconhecida como de risco para a cirrose hepática e provavelmente muitas outras complicações orgânicas do uso do álcool.

Tendo em vista que habitualmente se considera que as pessoas minimizam seu consumo quando interrogadas, pode-se afirmar que, no mínimo, 7% desta amostra consome quantidades de álcool potencialmente perigosas para sua saúde.

3.4.1 - SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

A Figura 18 mostra as curvas de níveis médios de ingestão de álcool absoluto em litros por ano, nos homens e nas mulheres.

TABELA 19

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NÍVEIS
DE INGESTÃO DE ALCÓOL ABSOLUTO

INGESTÃO (em litros/ano)	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
< 1 l/ANO (até 1 dose/semana)	42	7%	7%
1 l a <8 l/ANO (até 1 dose/dia)	435	70%	77%
8 l a <16 l/ANO (até 2 doses/dia)	64	10%	87%
16 l a <32 l/ANO (até 3 doses/dia)	49	8%	95%
32 l a <40 l/ANO (até 4 doses/dia)	11	2%	97%
40 l/ANO OU MAIS (5 doses/dia ou mais)	18	3%	100%
TOTAL	619	-	-

PERDAS = 3 (0.005%)

NÍVEIS MÉDIOS DE INGESTÃO DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO)

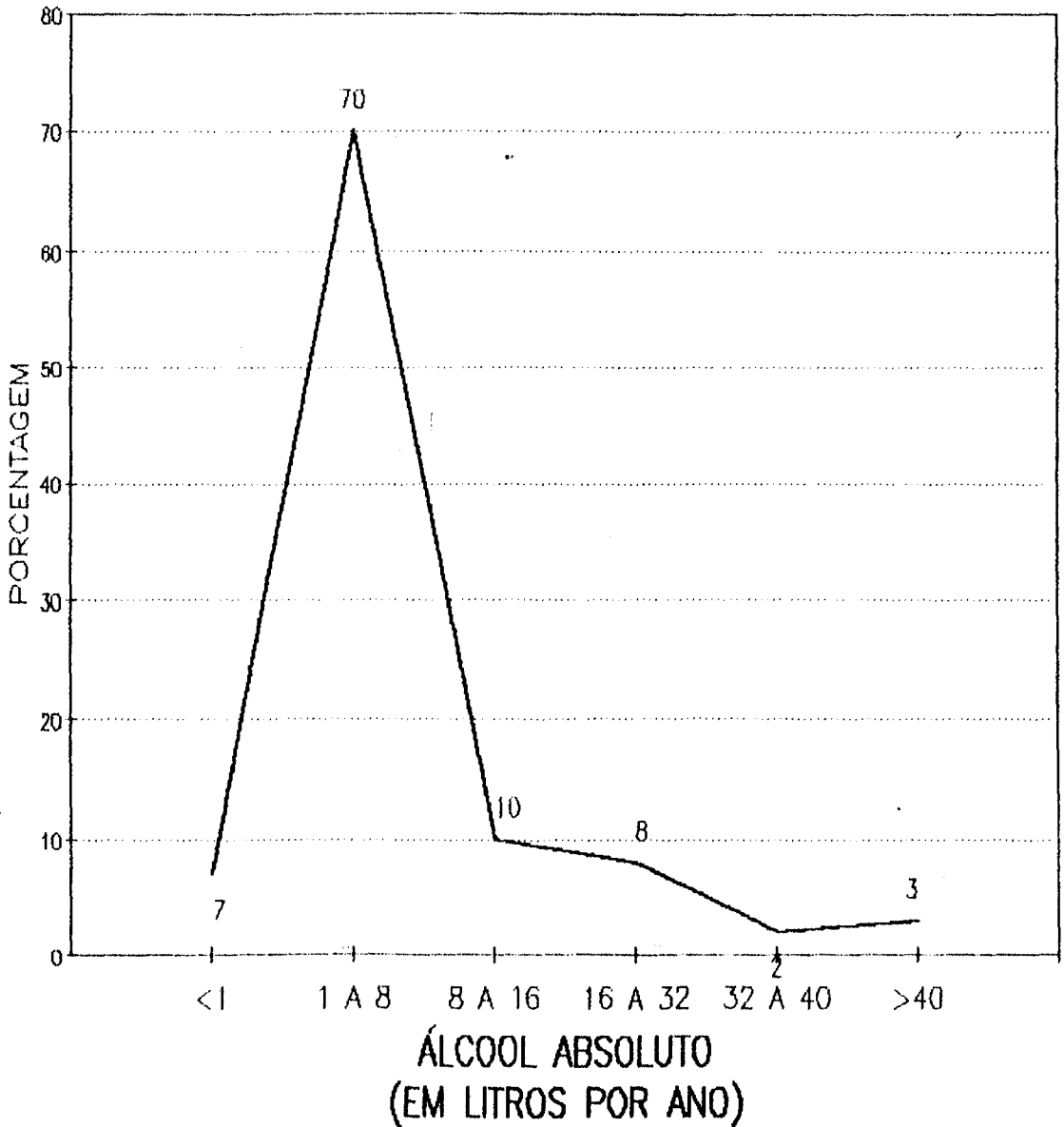


FIGURA 17

INGESTÃO MÉDIA DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO) POR SEXO E FAIXAS ETÁRIAS

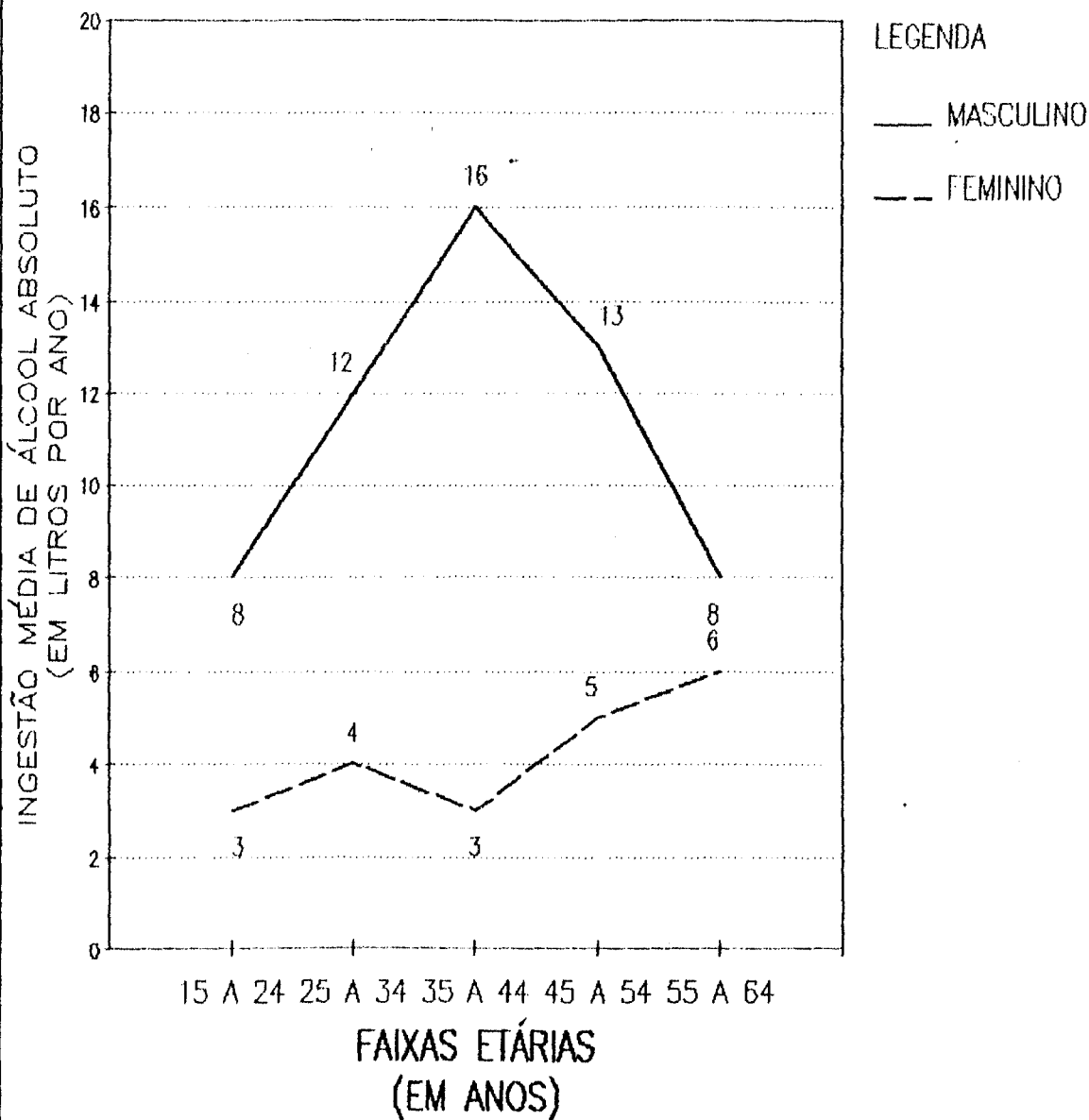


FIGURA 18

3.4.2 - INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

A Figura 19 mostra os níveis de ingestão de álcool absoluto em litros por ano, por inserção no mercado de trabalho (qui-quadrado = 62.35, p = 0.00).

INGESTÃO MÉDIA DE ÁLCOOL ABSOLUTO POR INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

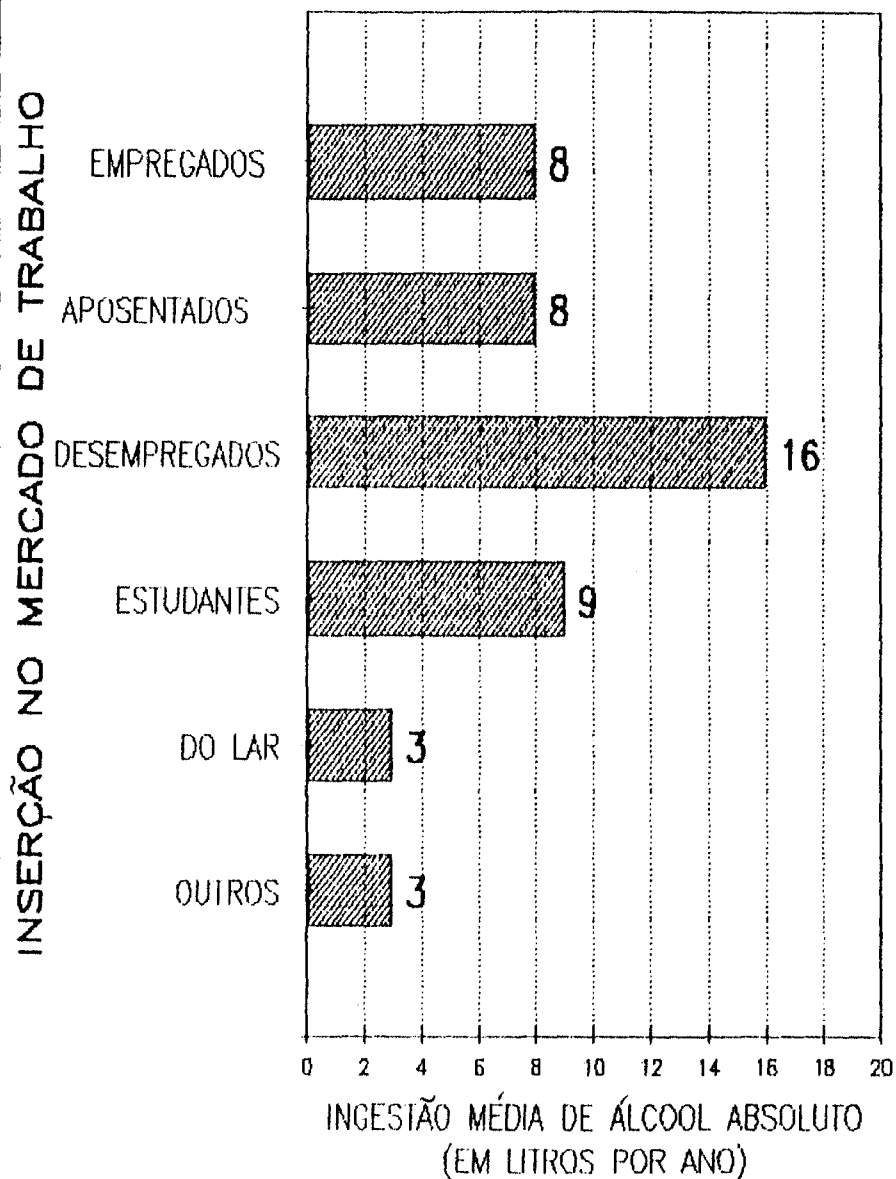


FIGURA 19

3.4.3 - POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

As Figuras 20 e 21 mostram os níveis médios de ingestão de álcool por posição sócio-econômica.

Embora não fosse hipótese estabelecida a priori, uma associação entre os níveis de ingestão de álcool absoluto e a posição sócio-econômica apareceu e foi estatisticamente significativa ($F = 2.90$ $p = 0.0084$). Pode ser melhor vista na Figura 21 quando se separam as pessoas em dois grandes grupos.

INGESTÃO MÉDIA DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO) POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA - 1.

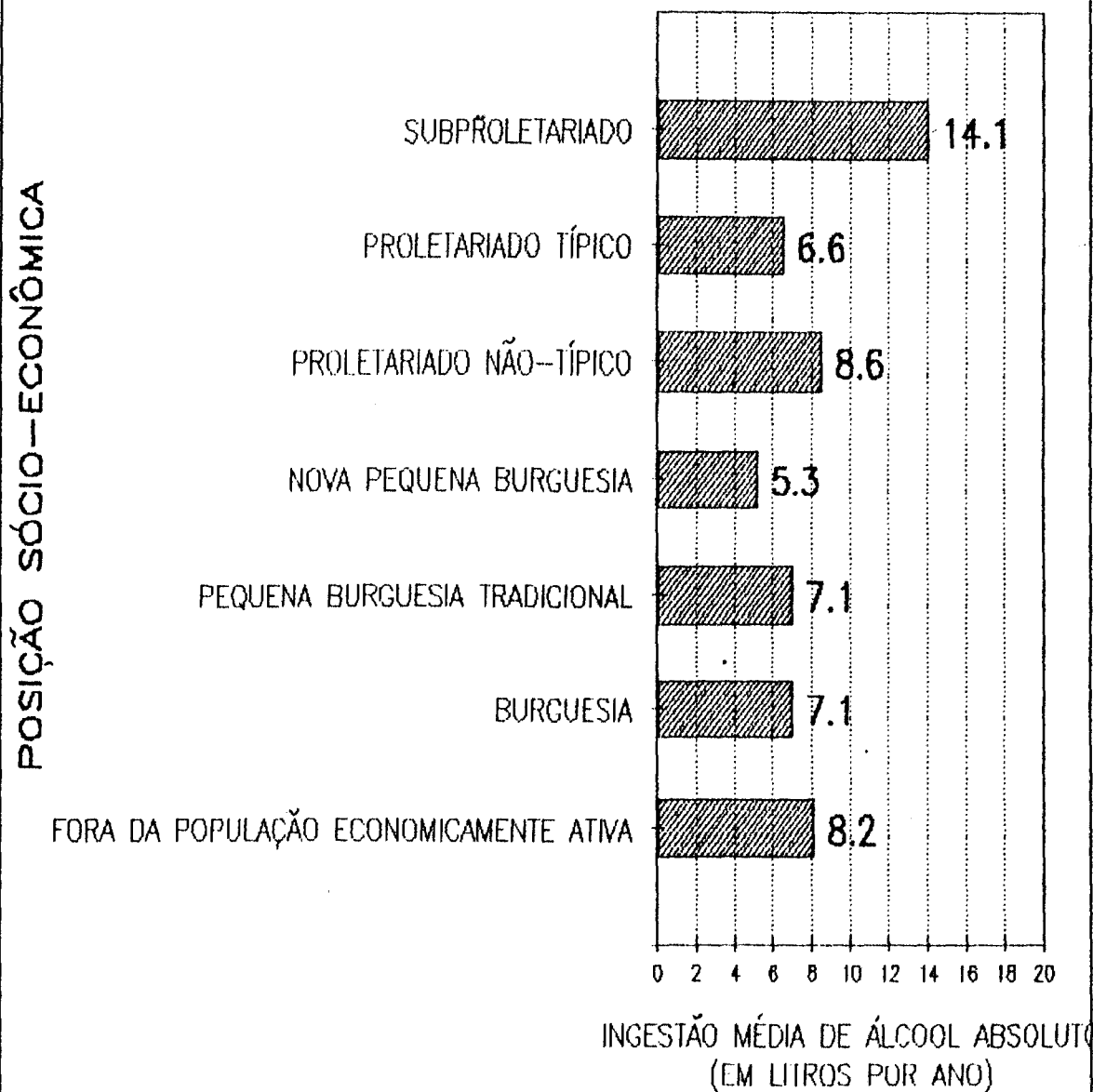


FIGURA 20

INGESTÃO MÉDIA DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO) POR POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA - 2.

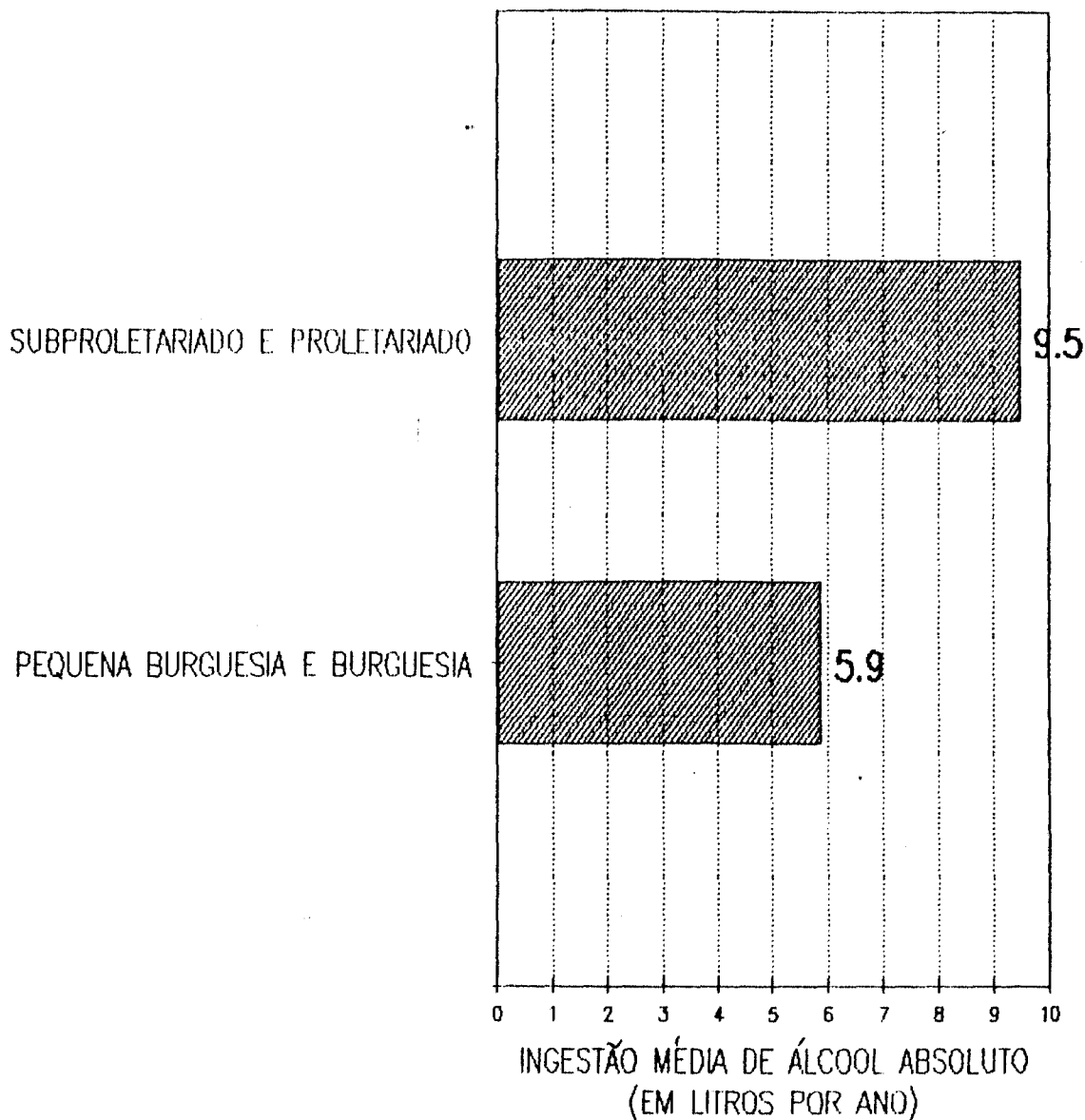


FIGURA 21

3.5 - RELAÇÃO ENTRE AS FORMAS UTILIZADAS PARA AVALIAR ALCOOLISMO E CONSUMO DE ALCOOL

É importante verificar o grau de concordância entre as formas que utilizamos para medir alcoolismo e dependência do álcool. Estas medidas têm diferenças fundamentais mas há um grupo de pessoas que pode ser detectado por qualquer uma delas.

3.5.1 - CAGE POR PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL

Se o teste CAGE está sugerindo a presença de algum grau de alcoolismo, então há possíveis alcoolistas nos três diferentes padrões de consumo. Mas, a grande maioria foi classificada como bebedor sistemático (Tabela 20 e Figura 22).

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO DOS PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL PELOS REULTADOS DO TESTE "CAGE"

BEBEDORES	CAGE				TOTAL
	POSITIVO		NEGATIVO		
	N	(%)	N	(%)	
SISTEMÁTICOS	156	(34)	306	(66)	462
INTERMEDIÁRIOS	27	(17)	133	(83)	160
OCASIONAIS	24	(14)	153	(86)	177
TOTAL	207	(26)	592	(74)	799

PERDAS = 7 (0.9%)

"CAGE" POSITIVO POR PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

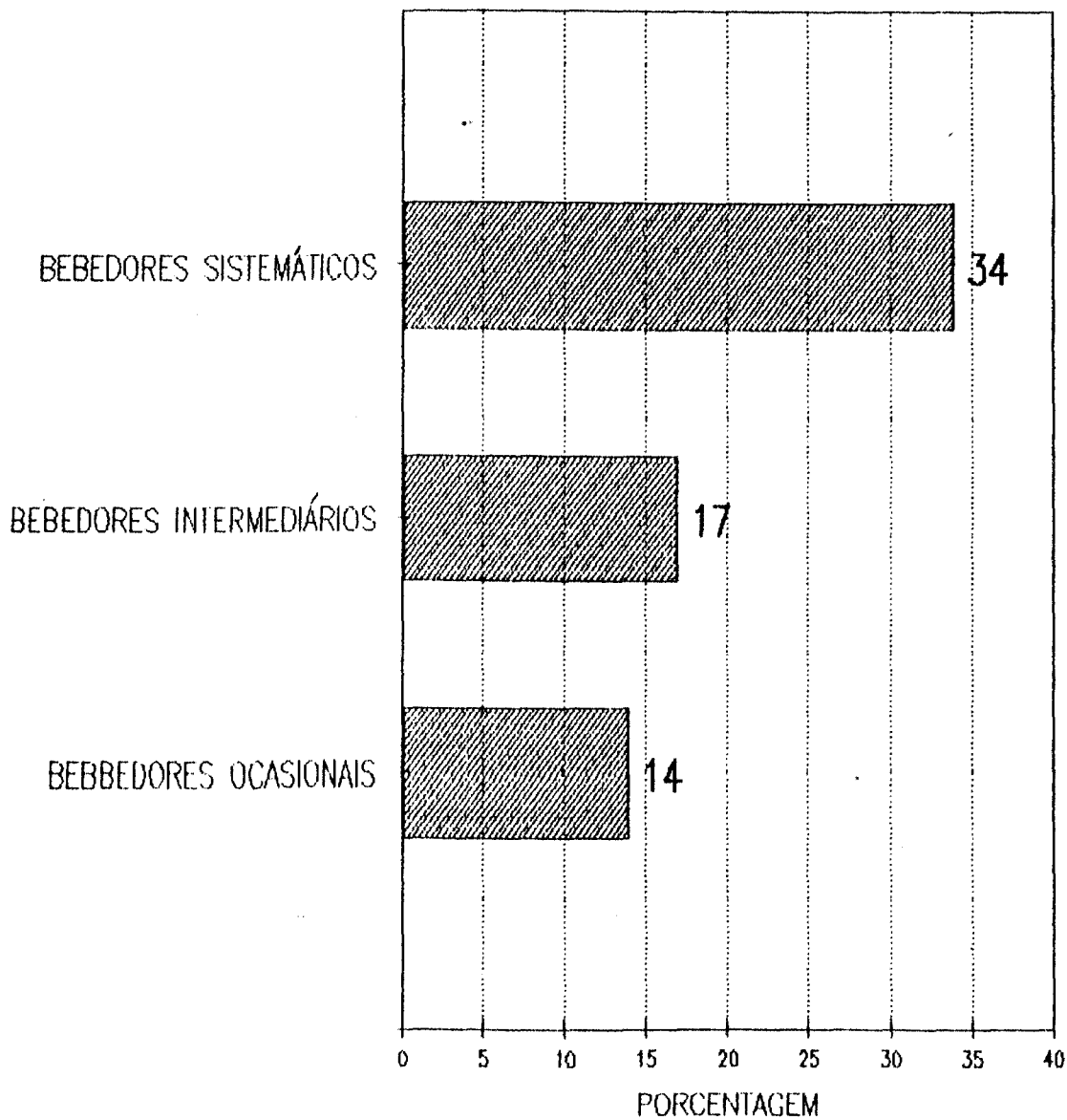


FIGURA 22

3.5.2 - CAGE POR NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCÓOL ABSOLUTO POR ANO

Os níveis de ingestão de álcool entre os CAGE positivo era muito maior (3 vezes) do que entre os CAGE negativo, como mostra a Figura 23.

"CAGE" POR NÍVEIS MÉDIOS DE INGESTÃO DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO)

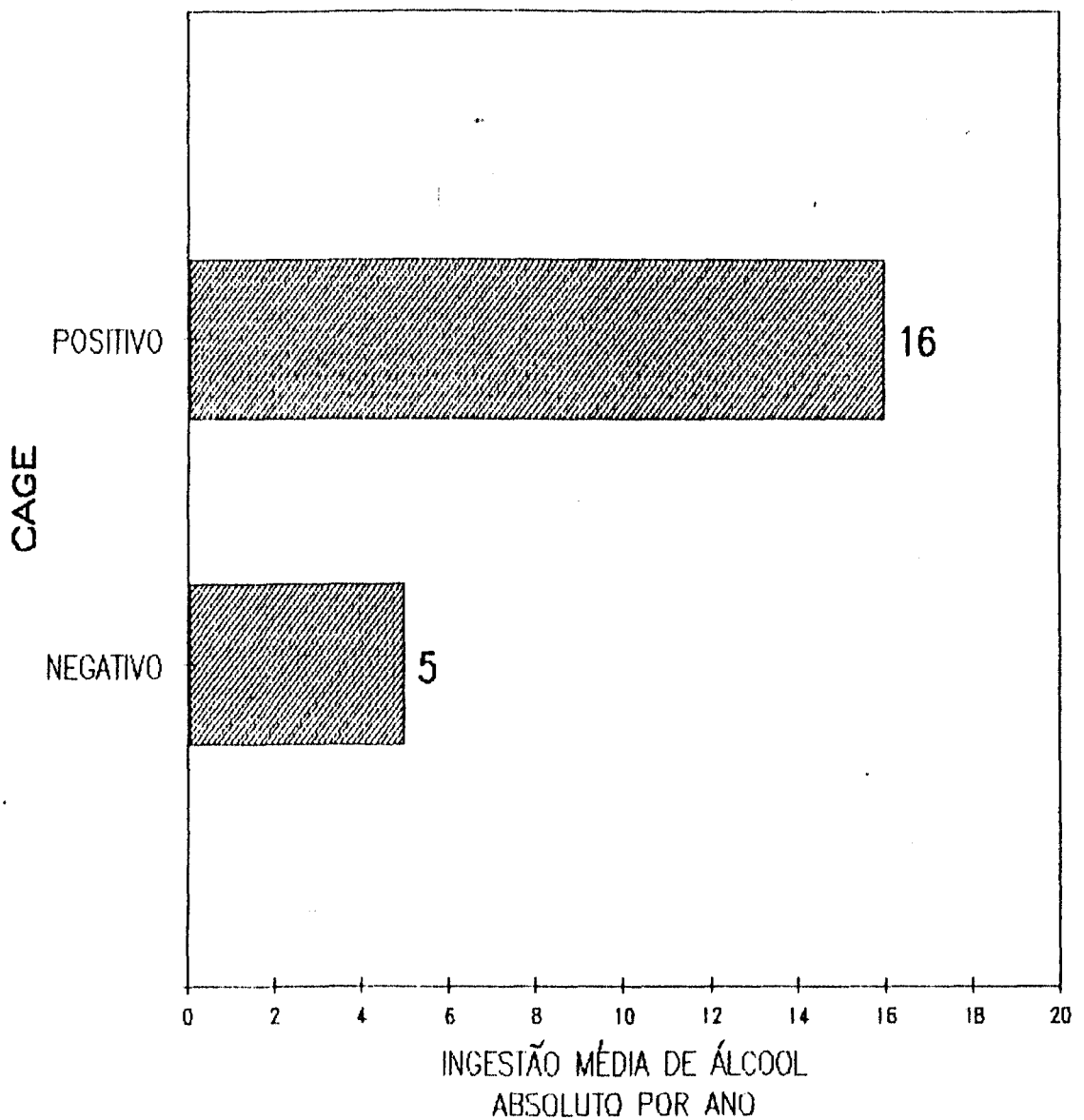


FIGURA 23

3.5.3 - PADRÃO DE CONSUMO POR NÍVEIS DE INGESTÃO

A Figura 24 mostra como se correlacionaram o padrão de consumo de álcool com os níveis de ingestão de álcool absoluto. Não foi perguntado aos bebedores ocasionais sobre os níveis de ingestão.

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR NÍVEIS MÉDIOS DE INGESTÃO DE ÁLCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO)

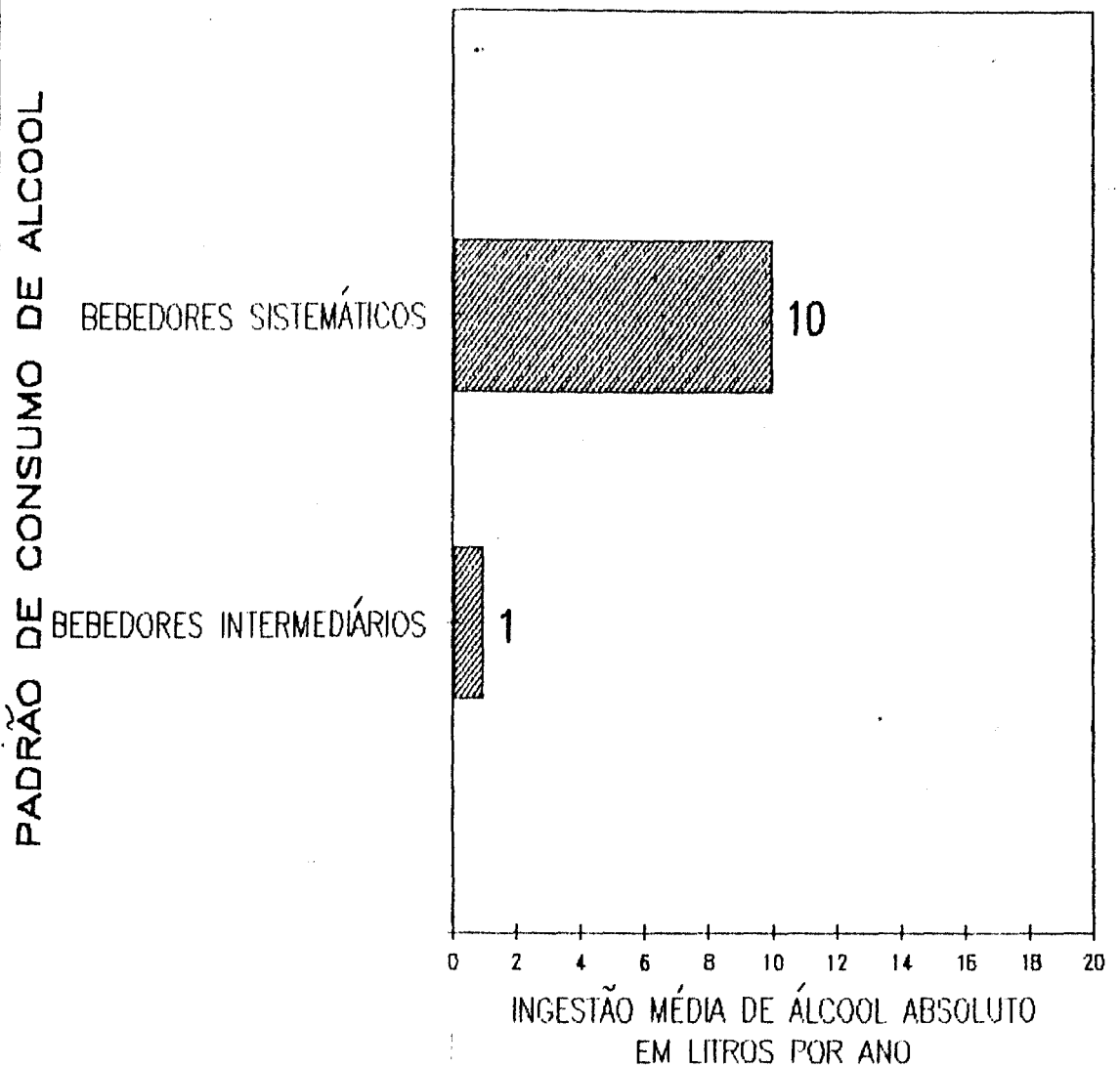


FIGURA 24

3.6 - ANÁLISE ESTRATIFICADA

Para realizar a análise estratificada visando avaliar o efeito da classe social sobre o alcoolismo e o consumo de álcool dividimos as pessoas em dois grandes grupos. O primeiro grupo abrange os indivíduos cuja classificação pela posição sócio-econômica era subproletariado, proletariado não-típico ou proletariado típico. O segundo grupo ficou composto pelas pessoas classificadas em um dos dois tipos de pequena burguesia e na burguesia. Aquelas pessoas que haviam sido classificadas como "fora da população economicamente ativa" foram excluídas desta análise.

A análise estratificada foi realizada através do método de Mantel-Haenszel (Rothman, 1986).

3.6.1 - CAGE E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Quando dividimos os resultados do teste CAGE pelos dois grupos de posição sócio-econômica definidos acima, encontramos associação entre ser CAGE positivo e pertencer ao grupo composto por subproletariado e proletariados (razão de prevalências = 1.97, intervalo de confiança de 95% = (1.50 - 2.59), qui-quadrado = 24.23, $p < 0.05$).

A Tabela 21 mostra as razões de prevalências obtidas estudando esta distribuição após o ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho.

TABELA 21

CAGE E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA			
ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO APÓS AJUSTE POR VARIÁVEIS DE CONFUSÃO			
AJUSTE	RAZÕES DE PREVALÊNCIAS	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%	QUI-QUADRADO
SEXO	1.96	1.49 - 2.57	23.52 *
FAIXAS ETÁRIAS	1.79	1.29 - 2.47	12.43 *
SEXO E FAIXAS ETÁRIAS	2.16	1.62 - 2.90	26.97 *
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	1.76	1.39 - 2.24	21.71 *

* $p < 0.05$



3.6.2 - PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

O estudo da distribuição dos bebedores sistemáticos pelos dois grandes grupos de posições sócio-econômicas mostrou uma relação menor do que a unidade entre ser bebedor sistemático e pertencer ao subproletariado e proletariados (razão de prevalências = 0.89, intervalo de confiança de 95% = (0.76 - 1.03), qui-quadrado = 2.48, não significativo).

A Tabela 22 mostra os resultados obtidos depois do ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho.

TABELA 22

PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO APÓS AJUSTE POR VARIÁVEIS DE CONFUSÃO			
AJUSTE	RAZÕES DE PREVALÊNCIAS	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%	QUI-QUADRADO
SEXO	0.90	0.75 - 1.09	1.10 *
FAIXAS ETÁRIAS	0.88	0.75 - 1.04	2.13 *
SEXO E FAIXAS ETÁRIAS	0.89	0.68 - 1.17	0.65 *
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	0.85	0.71 - 1.02	2.98 *

* NÃO SIGNIFICATIVO

3.6.3 - NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCOOL ABSOLUTO E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Para avaliar a associação entre os níveis de ingestão de álcool e a posição sócio-econômica pelo método de Mantel-Haenszel, dicotomizamos a primeira variável usando, como ponto de corte, a ingestão de 16 litros de álcool absoluto por ano. Tal ponto de corte se justifica porque a partir destes níveis de consumo têm sido detectados maiores riscos para o desenvolvimento de câncer de esôfago, hipertensão arterial sistêmica e cirrose hepática. Passamos a chamar de "ingestão de risco" quando o indivíduo relatou utilizar mais de 16 litros de álcool absoluto por ano.

Foi verificada associação entre "ingestão de risco" e pertencer ao subproletariado ou proletariados (razão de prevalências = 1.16, intervalo de confiança = (1.03 - 1.31), qui-quadrado = 6.45, $p < 0.05$).

A Tabela 23 mostra as razões de prevalências desta distribuição após o ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho.

TABELA 23

NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCOOL ABSOLUTO (EM LITROS POR ANO) E POSIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA
ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO APÓS AJUSTE POR VARIÁVEIS DE CONFUSÃO

AJUSTE	RAZÕES DE PREVALÊNCIAS	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%	QUI-QUADRADO
SEXO	1.14	1.02 - 1.27	5.36 *
FAIXAS ETÁRIAS	1.16	1.03 - 1.30	5.76 *
SEXO E FAIXAS ETÁRIAS	1.13	1.01 - 1.26	8.15 *
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	1.23	1.07 - 1.42	4.95 *

* $p < 0.05$

3.6.4 - CAGE E DESEMPREGO

Para estudar a associação entre ser CAGE positivo e estar desempregado comparamos a prevalência de testes CAGE positivos entre os desempregados com a prevalência de testes positivos em todas as outras categorias (empregados, afastados, aposentados, estudantes, donas de casa e outros), ajustando por sexo e faixas etárias.

Verificou-se associação entre ter um teste CAGE positivo e estar desempregado (razão de prevalências = 2.10, intervalo de confiança de 95% de 1.14 a 3.89, qui-quadrado = 5.63, $p < 0.05$). Depois do ajuste por sexo e faixas etárias, a associação permaneceu (razão de prevalências = 2.20, intervalo de confiança de 95% de 1.15 a 4.22, qui-quadrado = 5.63, $p < 0.05$).

3.6.5 - NÍVEIS DE INGESTÃO E DESEMPREGO

Os níveis médios de ingestão de álcool absoluto em litros por ano eram maiores entre os desempregados do que nas outras categorias (Figura 19), sugerindo associação entre a quantidade de álcool ingerido por ano e desemprego. Por esta razão pensamos que ingerir quantidades maiores do que 16 litros de álcool absoluto por ano, que chamamos de ingestão "de risco", pudesse ter uma relação com o fato de estar desempregado. A análise estratificada mostrou uma razão de prevalências de ingestão "de risco" entre desempregados e todas as outras categorias igual a 1.04 com intervalo de confiança de 95% de 0.61 a 1.79, qui-quadrado = 2.51, sem significância estatística. Realizamos o ajuste por sexo e faixas etárias obtendo resultados semelhantes. Assim, embora os desempregados relatem níveis médios de ingestão mais altos do que as pessoas de outras categorias ocupacionais, não há associação entre ingestão "de risco" e desemprego.

4 - DISCUSSÃO

4.1 - TESTE CAGE

Nossa medida de alcoolismo foi o teste CAGE que, validado em estudo hospitalar de casos e controles, mostrou sensibilidade de 88% e especificidade de 83% na detecção da síndrome de dependência do álcool.

Embora não tenhamos dados de validação do CAGE que revelem sua capacidade de detectar alcoolismo (entendido por abuso de álcool com ou sem dependência), entendemos que o teste positivo é indicativo de alcoolismo, pelas seguintes razões. Primeiro, porque as três primeiras perguntas do teste referem-se à percepção do indivíduo sobre sua maneira de usar o álcool enquanto somente a última questão se refere a um sinal incluído entre os elementos da Síndrome de Dependência do Álcool, tal como descrita por Edwards (Quadro 4). Segundo, porque o teste foi eficaz para discriminar dependentes do álcool hospitalizados de outros doentes (Mayfield, 1974, Masur e Monteiro, 1983). Espera-se que abusadores do álcool apresentem o mecanismo de defesa conhecido como negação em menor intensidade do que os dependentes. Ora, se estes últimos foram detectados pelo CAGE, os abusadores seriam detectados com mais facilidade pois a percepção de seus próprios problemas deve estar menos deteriorada. Terceiro, nossos resultados mostram que o teste CAGE discriminou dois grupos de indivíduos cujos índices médios de ingestão de álcool absoluto em litros por ano eram extremamente diferentes. Os CAGE positivo apresentaram ingestão média dez vezes maior do que a ingestão média dos indivíduos cujo teste CAGE foi negativo. Assim, entendemos que um teste CAGE positivo é sugestivo de alcoolismo, entendido como abuso de álcool com ou sem dependência.

O teste CAGE foi positivo em 18% dos entrevistados.

Este índice é muito alto quando comparado com as taxas de síndrome de dependência do álcool (ou de bebedores patológicos) na literatura nacional. Entretanto, se considerarmos a prevalência de alcoolismo, nosso índice está dentro do intervalo de variação de dados já publicados. Como mostra a Tabela 2, os estudos de base populacional encontraram de 9 a 23% de alcoolismo.

No que diz respeito a Porto Alegre, o índice de 18% por nós encontrado é mais alto do que os determinados por Luz Jr. em 1974 (10%) e por Cataldo Neto em 1984 (12%). Tal diferença tanto pode equivaler a real divergência entre as prevalências de alcoolismo nas amostras como pode ser consequência de diferenças metodológicas.

Luz Jr. utilizou os critérios de Marconi que classificam os alcoolistas segundo quantidade e frequência da ingestão e de estados de embriaguez. Divide os alcoolistas em bebedores excessivos e bebedores patológicos o que provavelmente corresponderia ao que hoje chamamos de abuso de álcool e de dependência do álcool, embora na época tais conceitos ainda não estivessem tão difundidos como hoje. São critérios objetivos e é possível que o teste CAGE identifique mais falsos positivos do que tais critérios.

Cataldo utilizou entrevista psiquiátrica e classificou as pessoas conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM III, APA, 1980) obtendo, portanto, uma medida mais específica do que o teste CAGE para medir abuso e dependência do álcool.

Assim, provavelmente, nosso índice mais alto pode ter ocorrido por conta de falsos positivos que o teste CAGE identificou.

Comparando com os achados de Capriglione (11%) que usou o teste CAGE nosso índice também é mais alto. Aqui, apesar de o teste ser o mesmo, a metodologia não é superponível em pelo menos dois pontos. Em primeiro lugar o questionário utilizado por Capriglione foi montado com o único objetivo de "disfarçar" o CAGE, que estava intercalado com perguntas sem relação ao álcool, enquanto o nosso questionário era extenso, continha perguntas sobre vários fatores de risco para doenças crônicas e as questões do CAGE eram apresentadas em seqüência. É extremamente difícil precisar como esta diferença metodológica influenciou os resultados finais a não ser que os dois métodos fossem estudados comparativamente. A segunda diferença, entretanto, que foi na formulação da quarta pergunta do CAGE, provavelmente agiu aumentando a sensibilidade do nosso questionário. Enquanto na tradução utilizada por Capriglione perguntava-se se o indivíduo "costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca", em nosso questionário usamos a tradução literal da pergunta original: "Alguma vez bebeu pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?". Esta diferença pode explicar em parte a taxa mais alta encontrada por nós. É importante ressaltar ainda, que esta é a única pergunta do teste que avalia diretamente um dos elementos da síndrome de dependência do álcool (Quadro 4). Talvez a razão de termos detectado mais casos positivos dependa mais da alteração da referida questão do que da detecção de um maior número de falsos-positivos.

A distribuição dos CAGE positivo por sexo mostrou uma prevalência três vezes maior entre os homens do que nas mulheres. Os estudos brasileiros encontraram desde seis vezes (Santana, 1978) até onze vezes mais homens alcoolistas em relação às mulheres (Luz Jr.). A diferença tanto pode corresponder à verdade como pode ser dependente de diferentes distribuições das amostras por sexo. De qualquer forma há predomínio de homens alcoolistas.

A análise dos resultados do teste por inserção no mercado de trabalho mostrou prevalência de CAGE positivo nitidamente maior entre os desempregados do que nas outras categorias. Tal achado sugere associação entre desemprego e alcoolismo, que foi apontada em estudos escandinavos (Santana, 1987), mas não encontramos descrita em nosso meio. A associação permaneceu após ajuste por sexo e faixas etárias (razão de prevalências = 2.10, intervalo de confiança de 95% de 1.14 a 3.89, qui-quadrado = 5.63, $p < 0.05$).

Os achados referentes às prevalências de CAGE positivo por posição sócio-econômica estão de acordo com a hipótese enunciada a priori. A relação inversa entre a posição sócio-econômica e o alcoolismo medido pelo teste CAGE pode ser observado na Figura 10. Percebe-se que o mais alto índice de CAGE positivo está no subproletariado e que este índice vai diminuindo até atingir seu mínimo na nova pequena burguesia, a partir de onde começa novamente a crescer, mas sem chegar aos índices encontrados nas posições sócio-econômicas menos privilegiadas. É interessante observar que uma curva muito semelhante se formou quando analisamos a ingestão média de álcool absoluto por posição sócio-econômica (Figura 20). A análise estatística da distribuição dos CAGE positivo por posição sócio-econômica revelou um teste altamente significativo (Qui quadrado = 36,5; $p = 0,00$). Quando separamos as pessoas em dois grandes grupos (o primeiro formado pelo subproletariado e os dois tipos de proletariado, e o segundo abrangendo os dois tipos de pequena burguesia e a burguesia), encontramos uma prevalência de CAGE positivo igual a 21% nas pessoas de posição sócio-econômica menos privilegiada e igual a 12% no outro grupo (Figura 11). A ingestão média de álcool absoluto também foi quase duas vezes maior nos indivíduos das categorias menos privilegiadas (Figura 21).

Há várias hipóteses para este achado. Os resultados podem refletir uma real associação entre a posição sócio-econômica e a presença de alcoolismo nas pessoas, como sugerem alguns estudos realizados em outros países, mas também podem ser consequência de diferentes comportamentos dos indivíduos ao responder. Uma outra hipótese seria de que as pessoas das camadas mais privilegiadas, por ter mais cultura, teriam percebido as intenções do teste e respondido com menos sinceridade. No entanto, parece extremamente improvável se considerarmos que a pergunta que originou o padrão de consumo estava colocada entre as questões do teste CAGE e as questões sobre níveis de ingestão de álcool, e que o padrão de consumo mostrou um comportamento diferente em relação à posição sócio-econômica (Figura 16). Menos provável ainda é supor que o sintoma de negação, mecanismo de defesa inconsciente presente no alcoolismo, pudesse estar diferentemente distribuído ou que agisse em relação a algumas perguntas e não a outras. Por tais motivos, e por acreditarmos que uma situação sócio-econômica menos privilegiada possa ser um dos fatores determinantes do alcoolismo, pensamos que nossos dados demonstram uma relação que existe de fato.

A associação entre CAGE positivo e posição sócio-econômica pode estar influenciada por variáveis que se distribuíram diferentemente nas diversas posições sócio-econômicas. Para entender as associações encontradas é imprescindível que se realize uma nova análise onde melhor se controlem tais fatores. Entre os dados de que dispomos, sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho devem ser avaliados como possíveis fatores de confusão.

A análise estratificada mostrou que esta associação se mantém mesmo depois do ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho (Tabelas 21 e 23).

Os achados apóiam a hipótese de associação mas não esclarecem a relação causal. Indicam que a posição sócio-econômica deve ser uma das variáveis analisadas em estudos epidemiológicos que pretendam avaliar fatores determinantes de alcoolismo.

4.2 - PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL

Os entrevistados foram classificados conforme seu padrão de consumo de álcool (Quadro 6). Esta classificação não é, em realidade, uma medida de alcoolismo, mas uma forma de determinar um fator de risco para o desenvolvimento do problema.

O grupo dos bebedores sistemáticos, onde existe maior risco para desenvolver alcoolismo, representou 40% de nossa amostra (62% dos homens e 26% das mulheres). A divisão dos bebedores sistemáticos por faixas etárias e inserção no mercado de trabalho mostrou pequenas diferenças.

O teste da hipótese da relação entre a posição sócio-econômica e o padrão de consumo de álcool foi significativo (Qui quadrado = 34,7; $p = 0,01$). Mas nossa hipótese era de que encontraríamos mais bebedores sistemáticos nas posições sócio-econômicas menos privilegiadas. No entanto, os achados (Figura 16) mostram uma tendência contrária, embora as diferenças sejam de pequena magnitude. É possível que a frequência de uso do álcool seja reflexo de hábitos regionais e que estes sejam pouco influenciados pela posição sócio-econômica. Após o ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho (Tabela 22) as razões de prevalências continuaram menores do que um.

Comparando o padrão de consumo com os níveis médios de ingestão de álcool, encontramos que os bebedores sistemáticos usavam 10 vezes mais álcool do que os intermediários, como mostra a Figura 24. Pode ser sugerida para uso em contexto clínico por tratar-se de uma única pergunta. Entretanto sua utilização em estudos epidemiológicos fica limitada porque muitos falsos-positivos seriam detectados.

A maioria dos indivíduos cujo teste CAGE foi positivo encontrava-se entre os bebedores sistemáticos mas é preciso lembrar que pode haver alcoolistas mesmo na categoria de abstêmios. Em nosso estudo não tivemos condições de identificá-los porque não foi aplicado o CAGE e nem foram feitas quaisquer outras perguntas sobre o uso passado de álcool às pessoas que negaram beber na época da entrevista.

4.3 - NÍVEIS DE INGESTÃO DE ALCÓOL

Os dados mostraram que 7% dos entrevistados referiram ingerir mais de 16 litros de álcool absoluto por ano, dose em que já se detectam maiores índices de cirrose hepática (Lieber, 1984). Além disto 2% dos entrevistados referiam usar mais de 3 doses de destilados por dia (equivalentes a 25 litros de álcool absoluto por ano). Tal nível já foi anteriormente relacionado com a hipertensão arterial sistêmica independentemente da presença de outros fatores hipertensores (Barros, 1987).

Estes achados tornam-se ainda mais importantes quando se considera que os indivíduos tendem a declarar menores quantidades de álcool do que usam na realidade, sendo portanto provável que os resultados estejam subestimados.

Recomenda-se a utilização de mais de um informante para colher dados sobre ingestão de álcool. Isto tem sido baseado no fato de que as pessoas tendem a subestimar seu consumo. Perguntamos a todas as pessoas que referiam usar álcool mais de uma vez por mês sobre as quantidades que costumavam beber. Dos 622 entrevistados a quem dirigimos tais perguntas, somente 3 se recusaram a fornecer a informação (0.5%). Com esta experiência pensamos que as perguntas podem ser dirigidas ao próprio indivíduo, desde que os resultados sejam interpretados com cautela. Isto se justifica em estudos epidemiológicos extensos, nos quais obter informações de mais de uma fonte pode ser tão oneroso a ponto de inviabilizá-los.

Os resultados sugerem uma associação entre estar desempregado e ingerir maiores quantidades de álcool. Entretanto, quando definimos o intervalo que chamamos de ingestão "de risco" (mais do que 16 litros de álcool absoluto por ano) e o intervalo em que não parece haver risco de doenças orgânicas (menos do que 16 litros de álcool absoluto por ano), e comparamos as prevalências destes níveis de ingestão entre os desempregados e as pessoas de outras categorias ocupacionais, não encontramos associação (razão de prevalências = 1.04, intervalo de confiança de 95% = 0.61 a 1.79, qui-quadrado = 2.51, sem significância estatística). O ajuste por sexo e faixas etárias não modificou o resultado. Assim, apesar de que a ingestão média de álcool em litros por ano seja mais alta entre os desempregados, não há associação entre ingestão "de risco" e desemprego.

Verificou-se associação entre ingestão "de risco" e pertencer às categorias sociais menos privilegiadas (razão de prevalências = 1.97, intervalo de confiança de 95% de 1.50 a 2.59, qui-quadrado = 24.23, $p < 0.05$). Após ajuste por sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho a associação entre ingerir quantidades de álcool definidas como "de risco" e pertencer ao subproletariado e proletariados permaneceu (Tabela 21).

4.4 - CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A principal contribuição deste estudo é estabelecer uma relação entre medidas de alcoolismo e consumo de álcool com a inserção dos indivíduos na sociedade.

Ao longo do estudo sugere-se que o teste CAGE é indicativo de alcoolismo, entendido como abuso de álcool com ou sem dependência, diferente do que tem sido usado na literatura brasileira.

Entendemos que o teste positivo é indicativo de alcoolismo, por várias razões. Primeiro, porque as três primeiras perguntas do teste referem-se à percepção do indivíduo sobre sua maneira de usar o álcool enquanto somente a última questão se refere a um sinal incluído entre os elementos da Síndrome de Dependência do Alcool, tal como descrita por Edwards (Quadro 4). Segundo, porque o teste foi eficaz para discriminar dependentes do álcool hospitalizados de outros doentes (Mayfield, 1974, Masur e Monteiro, 1983). Espera-se que abusadores do álcool apresentem o mecanismo de defesa conhecido como negação em menor intensidade do que os dependentes. Ora, se estes últimos foram detectados pelo CAGE, os abusadores seriam detectados com mais facilidade pois a percepção de seus próprios problemas deve estar menos deteriorada. Terceiro, nossos resultados mostram que o teste CAGE discriminou dois grupos de indivíduos cujos índices médios de ingestão de álcool absoluto em litros por ano eram extremamente diferentes. Os CAGE positivo apresentaram ingestão média igual a 10 litros de álcool absoluto por ano, dez vezes maior do que a ingestão média dos indivíduos cujo teste CAGE foi negativo. Assim, entendemos que um teste CAGE positivo é sugestivo de alcoolismo, entendido como abuso de álcool com ou sem dependência.

Sugere-se que, em estudos epidemiológicos de grandes populações, a informação sobre a ingestão de álcool pode ser obtida através de um só informante.

4.5 - SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A partir deste trabalho sugere-se que o teste CAGE seja validado com esta nova interpretação e que a medida de ingestão de álcool a partir de um só informante seja comparada com outra, em que se obtenha dados de mais de uma fonte.

É também nossa sugestão que futuros estudos epidemiológicos sobre os fatores determinantes do alcoolismo incluam a posição sócio-econômica.

4.6 - LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Nossa amostra foi sorteada de oito setores censitários da cidade de Porto Alegre. Como os indivíduos que moram fora destes setores tiveram probabilidade nula de serem incluídos na amostra não se pode dizer que ela seja representativa da população da cidade. Com isto, nossos resultados não devem ser generalizados para a população.

A distribuição da amostra por sexo mostrou mais mulheres do que o esperado. O censo de 1980 encontrou 54% de mulheres, considerando a faixa etária do estudo. Em nossa amostra havia 62% de mulheres (intervalo de confiança de 95% = 59.5% - 65.1%). Esta diferença pode ser consequência de um vício durante a coleta. Um ou mais entrevistadores podem ter excluído moradores ausentes de casa, ocasionando um excesso de mulheres na amostra. Tal fato pode ter subestimado nossos resultados porque estar ausente de casa pode estar associado com alcoolismo.

O teste CAGE foi utilizado com apresentação, tradução e interpretação diferentes das validadas por Masur e Monteiro (1983). Assim não foi possível usar os valores de sensibilidade e especificidade obtidos pelas autoras para estimar o valor preditivo positivo do teste, que permitiria calcular a "verdadeira prevalência" de alcoolismo na nossa amostra através do Teorema de Bayes (Fletcher, 1982).

É possível que a prevalência de alcoolismo indicada pelo teste CAGE esteja superestimada pois a presença de falsos positivos é provável. Os níveis médios de ingestão de álcool absoluto provavelmente estão subestimados pela tendência das pessoas a informar ingestão de álcool menor do que a real. Os resultados só podem ser generalizados a populações com características semelhantes às da nossa amostra.

Os resultados obtidos podem ter sido influenciados por fatores relacionados com o alcoolismo e que estejam diferentemente distribuídos nas diversas categorias da posição sócio-econômica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFIFI, A.A., CLARK, V. Preparing for data analysis. In: Computer aided multivariate analysis. Lifetime Learning Pub, Belmonte, CA. 1984 cap. 3
- APA. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. edition). Washington, D.C. American Psychiatric Association. 1980
- BARROS, S. e Galperin, B. Problemas clínicos comuns do alcoolista. In: RAMOS, S.P. (editor). Porto Alegre. Artes Médicas, 1987, cap 6 p. 60 - 83
- BRONFMAN, M. e cols. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Pelotas, 1987. Enviado para publicação.
- BERTOLETE, J.M. In: RAMOS, S.P. (editor) Alcoolismo hoje. Porto Alegre. Artes Médicas, 1987, cap 1 p 11-18
- BRONFMAN, M. et alii. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Pelotas, 1987. Enviado para publicação.
- CAETANO, R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en America Latina. Revision Bibliografica. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 77(6): 497-525, 1984.
- CAETANO, R. When will we have a standard concept of Alcohol Dependence? British Journal of Addiction 82: 601-605, 1987.
- CAPRIGLIONE, M. J. e cols. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Rev. Ass. Bras. Psiqu. 132, vol 7 (25): 50 - 53, 1985.
- CARLINI, B.H. e cols. O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes do primeiro grau na cidade de São Paulo Jornal Brasileiro de Psiquiatria 35: 279-285, 1986.

- CATALDO NETO, A. Alcoolismo: contribuição para o estudo da prevalência. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso de Psiquiatria. Porto Alegre, 1985. Não publicado.
- EWING, J.A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 252(14): 1905-1907 oct 12, 1984.
- FLETCHER, R. e FLETCHER, S. Clinical Epidemiology - the essentials Baltimore. William and Wilkins. 1982.
- GORDON, T. e Doyle, J.T. Drinking and Mortality. The Albany Study. American Journal of Epidemiology vol 125 (2): 263 - 270, 1987.
- GORDON, T. e Kannel, W. Drinking and Mortality. The Framingham study. American Journal of Epidemiology vol 120 (1): 97 -107, 1984.
- KHAVARI, M.A. and BARBER, R.D. Journal of Studies on Alcohol, 39: 1525-1539, 1978.
- LIEBER, C. S. To drink (moderately) or not to drink? The New England Journal of Medicine 310 (13): 846 -848, Mar, 29, 1984.
- LUZ JR., E. Estudo da Prevalência do Alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre Rev Med ATM vol 9: 407-432, 1974.
- LUZ JR., E. In: RAMOS, S.P. (editor) Alcoolismo hoje. Porto Alegre. Artes Médicas. 1987 cap 4 p. 45 - 49.
- MASUR, J. e cols. Detecção precoce do alcoolismo em Clínica Médica através do questionário CAGE - Utilidade e Limitações. J.Bras. Psig. 34 (1): 31-34, 1985.
- MASUR, J. In: Álcool e Alcoolismo Curso de Pós-Graduação em Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1986. Curso.
- MASUR, J. In: Alcoolismo hoje RAMOS, S.P. (editor) Porto Alegre. Artes Médicas, cap. 2, p. 19 - 28, 1987.

- MASUR, J. e MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian Psychiatric inpatient hospital setting Brazilian J. Med. Biol. Res. vol 16: 215-218, 1983.
- MAYFIELD, D. et al. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. Am. J. Psychiatry 131 (10): 1121-1123, Oct, 1974.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de controle dos Problemas relacionados com o Consumo do Alcool. Brasil, jan. 1987. 30 p.
- MOORE, R. The diagnosis of Alcoholism in a Psychiatric Hospital: A trial of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). Amer. J. Psychiat. 128: 12, june 1972. p. 1565-1569.
- MOREIRA, L.F.S. e cols. Consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de hospital geral na capital e interior do estado do Rio Grande do Norte. Rev. Assoc. Bras. Psiq. São Paulo vol 2(3):183-189, 1980.
- NAVEILLAN, F.J. y Vargas, J.S. Expectativa de vida del bebedor problema en Santiago, Chile. I. Aspectos metodologicos y de poblacion. Bol Of Sanit Panam 96(2): 160-167, 1984.
- NAVEILLAN, F.J. y Vargas, J.S. Expectativa de vida del bebedor problema en Santiago, Chile. III. Estimacion de tasas especificas de mortalidad. Bol Of Sanit Panam 96(4): 334 -341, 1984.
- NEGRETE, J.C. In: NEGRETE, MARDONES Y UGARTE. Problemas Medicos del Alcohol. Fundamentos, diagnóstico y tratamiento. Santiago de Chile. Editorial Andres Bello, 1985, p. XXIII-XXV
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). Enfermidades cronicas del adulto: Estudio de factores de riesgo individuales y poblacionales suscetibles de intervencion. Plan de desarrollo. Programa de Salud del Adulto. OPS, junio 1985. Não publicado.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Nona revisão. São Paulo, OMS/OPS, vol 1, 1978.
- PETERSSON, B. e cols. Alcohol-related death: A major contributor to mortality in urban midle-aged men. The Lancet, 13: 1088 - 1091, nov. 1982.

- RITSON, E. B. Community response to alcohol-related problems. Review of an international study. Geneva. OMS. Public Health Papers, 81. 1985.
- ROTHMAN, K. J. Modern Epidemiology Boston. Little, Brown and Company. 1986.
- SANTANA, V.S. e ALMEIDA FILHO, N. Validação de um questionário para estudos epidemiológicos sobre alcoolismo. J. Bras. Psiq., 34(3), 1985. pp 177-182
- SAUNDER, W.M. et al. Screening tests for alcoholism - Findings from a community study. British Journal of Addiction, 75: 37-41, 1980.
- SELZER, M. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. Amer. J. Psychiatr. 12: 1653 - 1658, june 1971.
- SECRETARIA DE SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de cuidados primários em alcoolismo. Porto Alegre. Serviço de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do estado do Rio Grande do Sul, 1984 Mimeografado.
- SECRETARIA DE SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL. Estatísticas de Saúde. Mortalidade vol. 7: 25 - 28, 1981.
- SOIBELMAN, M. Alcoolismo - desperta Brasil. Rev Med ATM 11 (1): 21-26, 1984.
- VAILLANT, G. On defining Alcoholism. British Journal of Addiction. vol 77 (2): 113-114, june 1982.
- VICTORA, C. e cols. Hot beverages and oesophageal cancer in southern Brazil: A case-control study. Int. J. Cancer 39, 710-716, 1987.

ABSTRACT

This study analyzes association hypotheses between between socio-economic condition and alcohol consumption (with or without dependence).

Data about 1169 people has been obtained through home interviews and from a sample of 1.240 adults living in the city of Porto Alegre (94% of total sample).

This study has shown that 40% of the respondents used to drink at least once a week. 18% were positive CAGE test. 7% reported consuming around 16 liters of alcohol a year, which is an amount capable of causing hepatic cirrhosis. 2% reported consuming over three doses of alcohol a day (equivalent to 25 liters of alcohol a year) which, according to previous studies, is an amount of alcohol associated to hypertension, not considering other hypertension factors.

Both alcohol consumption and CAGE test were associated to the socio-economic condition (chi-square = 36.5, $p = 0.00$). There was also a relation between positive CAGE test and unemployment. The associations remained after being submitted to stratified analysis by sex, age group and occupation.

RESUMO

O estudo analisa hipóteses de associação entre posição sócio-econômica e uso de álcool (com ou sem dependência).

Através de entrevistas domiciliares e a partir de uma amostra de 1240 adultos residentes em Porto Alegre, obtiveram-se dados sobre 1169 pessoas (94% da amostra original).

A análise mostrou que 40% dos entrevistados bebiam pelo menos uma vez por semana. 18% apresentaram teste CAGE positivo, sugerindo alcoolismo. 7% relataram ingerir níveis de álcool iguais ou superiores a 16 litros de álcool absoluto por ano, quantidade conhecida como fator de risco para o aparecimento de cirrose hepática. 2% referiram ingerir mais de três doses de destilados por dia (equivalentes a 25 litros de álcool absoluto por ano), quantidade citada na literatura como associada com hipertensão arterial sistêmica mesmo na ausência de outros fatores hipertensores.

Houve associação entre o teste para alcoolismo e a posição sócio-econômica dos indivíduos (qui quadrado = 36.5; $p = 0.00$). Também encontramos relação entre ter um teste CAGE positivo e estar desempregado. As associações permaneceram depois de submetidas à análise estratificada para ajuste dos efeitos de sexo, faixas etárias e inserção no mercado de trabalho.