





Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos

Use of alcohol associated with mental disorders in adult men

Uso de alcohol asociado con trastornos mentales en hombres adultos

Cintha Regina Molina¹ , Karine Laura Cortellazzi Mendes¹ , Jaqueline Vilela Bulgareli¹ , Luciane Miranda Guerra¹ ,
Marcelo de Castro Meneghim¹ , Antonio Carlos Pereira¹ 

¹Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil

Resumo

Introdução: Do ponto de vista da saúde pública, a população masculina adulta mostra-se vulnerável ao uso de álcool e as suas consequências. A detecção precoce, assim como a busca por fatores associados são necessárias e as unidades de Saúde da Família são importantes locais para esta abordagem. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar o uso de álcool em homens adultos e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos e transtornos mentais (episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada). **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em adultos de 20 a 59 anos do município de Piracicaba, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) no ano 2018. Após análises descritivas, as variáveis com $p < 0,20$ nas análises simples foram estudadas em modelos de regressão binomial negativa múltipla. Pelo modelo final, estimaram-se as razões de médias ajustadas com os intervalos de 95% de confiança. **Resultados:** Observou-se prevalência de 26,9% de consumo de álcool na população estudada. O escore do *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) apresentou relação direta com a idade (razões de médias — RM=1,02; intervalo de confiança — IC95% 0,99–1,03). Quanto à religião, protestantes e evangélicos apresentaram escore médio de AUDIT menor que os demais (RM=1,78; IC95% 1,14–2,79). Pessoas com transtorno mental apresentam escore médio de AUDIT maior que os sem transtorno (RM=2,30; IC95% 1,28–4,11). **Conclusões:** Concluímos que o consumo de álcool na população adulta masculina é bastante prevalente, que seu consumo aumenta com a idade, que a religião tem efeito protetor e que pessoas com depressão e ansiedade apresentam maior propensão ao uso. Com base nesses dados, destacamos a importância da USF no desenvolvimento de estratégias que rastreiem as condições de risco de sua população, bem como discutam abordagens e possíveis intervenções.

Palavras-chave: Álcool; Adulto; Atenção primária; Depressão; Ansiedade.

Autor correspondente:

Cintha Regina Molina
E-mail: cimolina.souza@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 86700618.7.0000.5418.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 02/05/2020.

Aprovado em: 19/12/2021.

Editor Associado:

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Como citar: Molina CR, Mendes KLC, Bulgareli JV, Guerra LM, Meneghim MC, Pereira AC. Uso de álcool associado aos transtornos mentais em homens adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2510. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2510](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2510).



Abstract

Introduction: From the point of view of public health, the adult male population is vulnerable to alcohol use and its consequences. Early detection and the search for associated factors are necessary, and the Family Health Units are important places for this approach. **Objective:** This study aimed to identify the use of alcohol in adult men and to verify its association with socioeconomic and demographic factors and mental disorders (major depressive episode and generalized anxiety disorder). **Methods:** A cross-sectional analytical study was carried out on adults aged 20 to 59 years in the city of Piracicaba, Brazil, registered in Family Health Units in the year 2018. After descriptive analyses, variables with $p < 0.20$ in simple analyses were studied in multiple negative binomial regression models. According to the final model, the adjusted ratios of means were estimated with 95% confidence intervals. **Results:** There was a high prevalence of alcohol consumption (26.9%) in the study population. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) score increased with age (ratios of means – RoM=1.02; confidence interval – 95%CI 0.99–1.03). Concerning religion, Protestants and Evangelicals had an average AUDIT score lower than other religions (RoM=1.78; 95%CI 1.14–2.79). People with mental disorders have an average AUDIT score higher than those without disorders (RoM=2.30; 95%CI 1.28–4.11). **Conclusions:** The authors conclude that alcohol in the adult male population is prevalent, with consumption increasing with age; religion has a protective effect, and people with depression and anxiety are more likely to use it. Taking this into consideration, it is worth highlighting the importance of Family Health Units in the development of strategies to monitor the risk conditions of its population as well as the discussion and approach of interventions.

Keywords: Alcohol; Adult; Primary Health Care; Depression; Anxiety.

Resumen

Introducción: Desde el punto de vista de la salud pública, la población masculina adulta es vulnerable al consumo de alcohol y sus consecuencias. La detección precoz, así como la búsqueda de factores asociados son necesarios y las unidades de Salud de la Familia son lugares importantes para ese abordaje. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar el uso de alcohol en hombres adultos y verificar la asociación con trastornos socioeconómicos, demográficos y mentales (episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada). **Métodos:** Se realizó un estudio analítico transversal en adultos de 20 a 59 años de edad en la ciudad de Piracicaba registrados en las Unidades de Salud Familiar en el año 2018. Después de los análisis descriptivos, se estudiaron las variables con valor $p < 0,20$ en análisis simples en modelos de regresión, binomio negativo múltiple. El modelo final estimó las razones medias ajustadas con los intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Hubo una alta prevalencia de consumo de alcohol, 26,9%. El puntaje AUDIT aumentó con la edad (RM=1,02; IC95% 0,99–1,03). Los protestantes y los evangélicos tuvieron un puntaje promedio de AUDIT más bajo que otras religiones (RM=1,78; IC95% 1,14–2,79). Las personas con trastornos mentales tienen un puntaje AUDIT promedio más alto que aquellos sin trastornos (RM=2,30; IC95% 1,28–4,11). **Conclusiones:** Concluimos que el alcohol en la población masculina adulta es prevalente, con la edad hay un aumento en el consumo, la religión tiene un efecto protector y que las personas con depresión y ansiedad tienen más probabilidades de usarlo, destacando la importancia de la USF en el desarrollo de estrategias que rastrean las condiciones población, así como la discusión y el enfoque de las intervenciones.

Palabras clave: Alcohol; Adultos; Atención primaria; Depresión; Ansiedad.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista da saúde pública, a carga global relacionada ao consumo de álcool, em termos de morbimortalidade, é considerável na maior parte do mundo, sendo responsável por 58,3 milhões de anos perdidos por razão de inaptidão e 3,3 milhões de mortes, ou, ainda, 5,9% da mortalidade global dá-se por doenças atribuíveis à ingestão alcoólica.¹

O álcool é o principal fator de risco para morte em homens de 15 a 59 anos, sendo responsável por 7,6% dos óbitos.² Na média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior do que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstinências, mas a taxa de consumo *per capita* dos bebedores é consideravelmente mais alta do que a média da população mundial.³

Estima-se que 43% da população consumiu bebida alcoólica nos últimos 12 meses. No Brasil, entre os 40% dos brasileiros que beberam nos últimos 12 meses, os homens são maioria (54% *versus* 27,3% das mulheres).¹ Estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o uso de álcool na população brasileira foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). No I Levantamento Domiciliar, em 2001, a prevalência da dependência de álcool na população geral foi

de 11,2%, sendo para o sexo masculino ainda maior, de 17,1%.⁴ No II Levantamento Domiciliar, em 2005, a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo de 19,5% entre homens.⁵ Quanto ao uso regular de bebidas alcoólicas (mínimo de três vezes por semana, incluindo os que bebem diariamente), 9,1% dos homens e 1,7% das mulheres o fazem, totalizando 5,2% o número de indivíduos que bebem regularmente.⁶ O consumo abusivo de álcool, definido como o consumo de quatro ou mais doses de bebida alcoólica para mulheres e cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias, apresentou taxa de 17,9%, sendo mais frequente em homens (26%).⁷ No geral, há uma relação causal entre consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e lesões. Estima-se que o álcool seja responsável por 20 a 30% das causas de câncer de esôfago e fígado, dos homicídios e acidentes em todo o mundo.² Pesquisas do *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) demonstraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com dependência de álcool e outras substâncias pelos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) apresenta um diagnóstico psiquiátrico adicional: 26% exibem transtornos do humor, 28% transtorno de ansiedade, 18% transtornos da personalidade antissocial e 7% esquizofrenia. Existe uma associação clara e consistente entre a dependência de álcool e distúrbios depressivos. Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com essas comorbidades está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro.⁸

Diante desse cenário, em que a população masculina adulta se mostra vulnerável ao uso de álcool e às suas consequências, a detecção precoce assim como a busca por fatores associados são necessárias. O objetivo deste estudo foi identificar o uso de álcool em homens adultos e verificar a associação com as variáveis socioeconômicas e os transtornos mentais (episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada).

MÉTODOS

O estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Após a aprovação pelo CEP, foi iniciada a pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 86700618.7.0000.5418.

Foi realizado um estudo transversal em adultos do sexo masculino, de 20 a 59 anos, cadastrados nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de São Paulo. A população do município é constituída de aproximadamente 339.419 habitantes, entre eles 103.810 homens de 20 a 59 anos (IBGE, 2010). A rede pública de saúde, segundo nota técnica do departamento de atenção básica, é composta de 52 USF, com cobertura de 68% da população. Primeiramente, foram enviados dez TCLE para as USF, totalizando 520. Os homens foram convidados de maneira aleatória a participar, em caráter voluntário e com o direito de abandonar a pesquisa em qualquer momento. Os participantes foram abordados pelas equipes das USF nas idas às unidades, onde eram convidados a participar da pesquisa e, na ocasião, preenchem o TCLE. Posteriormente, com os números de telefones informados no TCLE, os contatos foram realizados para a aplicação dos questionários. A pesquisa foi realizada somente por telefone, em uma única etapa, correspondendo à coleta de dados, com a aplicação de três instrumentos de pesquisa. Inicialmente, foi feito um piloto na USF Chapadão para treinar e calibrar os dois pesquisadores que auxiliaram na pesquisa.

Para o contexto socioeconômico e demográfico, foram utilizados dados do questionário socioeconômico de Meneghim et al. modificado,⁹ com dados sobre idade, estado civil, escolaridade, habitação, profissão do chefe da família, situação econômica da família, condição de trabalho, portador de doença crônica em seguimento, utilização do serviço de saúde e religião.

O padrão de uso de álcool foi avaliado pelo instrumento *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Esse instrumento apresenta quatro níveis de classificação indicativos da gravidade do hábito, também denominados zonas de “risco”:

1. Zona I (escores 0–7): abstinente/beber baixo risco;
2. Zona II (8–15): beber perigoso/de risco;
3. Zona III (16–19): beber prejudicial/uso nocivo de álcool; e
4. Zona IV (20–40): possível dependência.¹⁰⁻¹²

Consideramos escores do AUDIT acima de 8.¹³

Os transtornos episódio depressivo maior e de ansiedade generalizada foram diagnosticados utilizando o instrumento *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI), entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que contém inicialmente as questões filtro, correspondentes aos critérios principais do transtorno, e critérios menores que podem ser somados para fechar o diagnóstico.¹⁴

Obtivemos retorno de 252 TCLE assinados e com telefone para contato. A amostra final constituiu-se em 227 participantes, tendo havido uma perda da amostra por desistência de participação na pesquisa ou por telefones com números incorretos ou que se encontravam desligados.

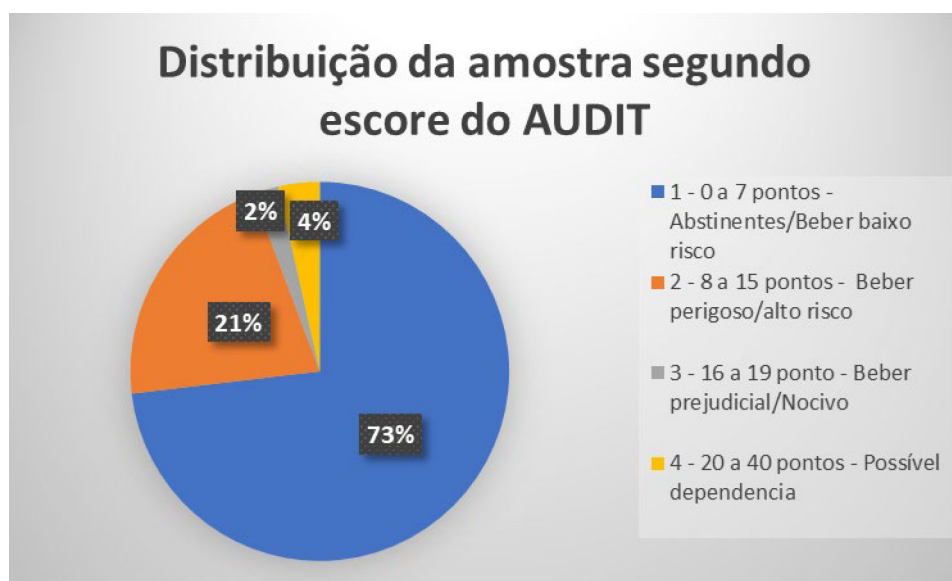
Foi realizada análise *post hoc* considerando-se essa amostra, com nível de significância de 5% ($\alpha=0,05\%$) e 11 variáveis independentes, resultando em poder do teste acima de 80% ($\beta=0,20$) para a variável independente “presença de transtorno” (tamanho de efeito=0,33). Esse tamanho de amostra atendeu também à necessidade de 15 a 20 participantes por variável independente no modelo de regressão múltipla. Os cálculos foram realizados com auxílio dos programas R e GPower.

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

RESULTADOS

Dos 227 participantes, 61 apresentaram escore do AUDIT acima de 8 (uso de risco, uso nocivo e provável dependência), ou seja, a prevalência foi de 26,9%. A distribuição segundo o escore do AUDIT é apresentada no Gráfico 1.

Na Tabela 1, nota-se que 66,1% eram casados e a maioria tinha até 2º grau (86,4%) e renda até R\$ 2.811,00 (63,9%). A idade média da amostra era de 40,7 anos, com desvio padrão de 12,1 anos. De acordo com o diagnóstico pelo MINI, 36,1% apresentavam depressão, ansiedade ou ambos.



AUDIT: *the alcohol use disorders identification test*

Gráfico 1. Distribuição da amostra segundo escore do *the alcohol use disorders identification test*

Tabela 1. Análise descritiva do perfil da amostra.

Variável	Categoria	n (%)
Estado civil	Solteiro	60 (26,4)
	Casado	150 (66,1)
	Viúvo	2 (0,9)
	Separado/divorciado	15 (6,6)
Pessoas na família	Até 2	52 (22,9)
	3	75 (33,0)
	4	63 (27,8)
	5	29 (12,8)
	6	6 (2,6)
	Acima de 6	2 (0,9)
Escolaridade	Não alfabetizado	3 (1,3)
	1ª a 4ª série	29 (12,8)
	5ª a 8ª série	68 (30,0)
	2º grau	96 (42,3)
	Superior incompleto	14 (6,2)
	Superior completo	10 (4,4)
Habitação	Pós-graduação	7 (3,1)
	Própria quitada	144 (63,4)
	Própria com financiamento a pagar	26 (11,4)
	Cedida pelos pais ou parentes	8 (3,5)
	Cedida em troca de trabalho	1 (0,4)
	Alugada	47 (20,7)
	Cedida por não ter onde morar	1 (0,4)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Categoria	n (%)
Profissão	Profissional liberal e empresário de médio porte	5 (2,2)
	Funcionário em ocupações de nível superior	9 (4,0)
	Empresário de pequeno porte	13 (5,7)
	Funcionário em ocupações de nível médio	58 (25,6)
	Profissional autônomo	25 (11,1)
	Profissional autônomo operacional	64 (28,2)
	Funcionário em ocupações auxiliares	40 (17,6)
	Ambulante, safrista, trabalho eventual	13 (5,7)
Renda familiar	Até R\$ 937,00	24 (10,6)
	De R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00	60 (26,4)
	De R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00	61 (26,9)
	De R\$ 2.811,00 a R\$ 5.622,00	66 (29,1)
	De R\$ 5.622,00 a R\$ 7.496,00	8 (3,5)
	De R\$ 7.496,00 a R\$ 9.370,00	1 (0,4)
Condição de trabalho	Acima de R\$ 9.370,00	7 (3,1)
	Desempregado	47 (20,7)
	Temporário	51 (22,5)
	Registrado em carteira	98 (43,2)
Doença crônica	Aposentado/BPC	31 (13,7)
	Não	143 (63,0)
Utilizou serviço de saúde	Sim	84 (37,0)
	Não	56 (24,7)
Religião	Sim	171 (75,3)
	Católica	119 (52,4)
	Protestante/evangélica	79 (34,8)
	Espírita	2 (0,9)
	Outra	4 (1,8)
Transtorno (MINI)	Sem religião	23 (10,1)
	Negativo	145 (63,9)
	Depressão	13 (5,7)
	Ansiedade	41 (18,1)
Idade	Ambos	28 (12,3)
	Média (desvio padrão)	Mediana (mínimo e máximo)
AUDIT	40,7 (12,1)	41,0 (16,0–59,0)
	4,4 (5,9)	2,0 (0,0–36,0)

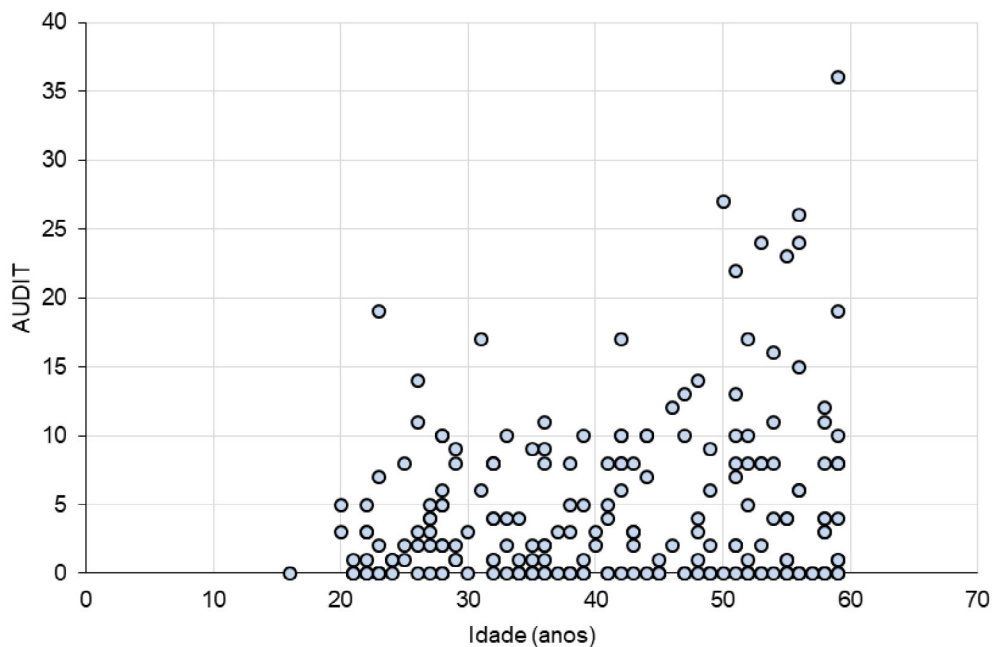
BPC: benefício de prestação continuada; MINI: *mini-international neuropsychiatric interview*; AUDIT: *the alcohol use disorders identification test*.

Na Tabela 2, observa-se que o escore de AUDIT aumenta com a idade (razões de médias — RM=1,02; intervalo de confiança — IC95% 0,99–1,03) (Figura 1). Protestantes e evangélicos apresentam escore do AUDIT menor que as outras religiões. Os católicos apresentam escore médio de AUDIT maior que os protestantes e evangélicos (RM=1,78; IC95% 1,14–2,79), e adeptos das demais religiões, como espíritas e outros que não católicos ou que se definem como sem religião, também apresentam escore médio de AUDIT maior que os protestantes e evangélicos (RM=3,03; IC95% 1,61–5,71) (Figura 2). Além disso, pessoas com depressão e ansiedade apresentam escore médio do AUDIT maior que os sem transtorno (RM=2,30; IC95% 1,28–4,11) (Figura 3).

Tabela 2. Resultados das análises de regressão binomial negativa simples e múltiplas para consumo de álcool (pelo *the alcohol use disorders identification test*) e as variáveis independentes.

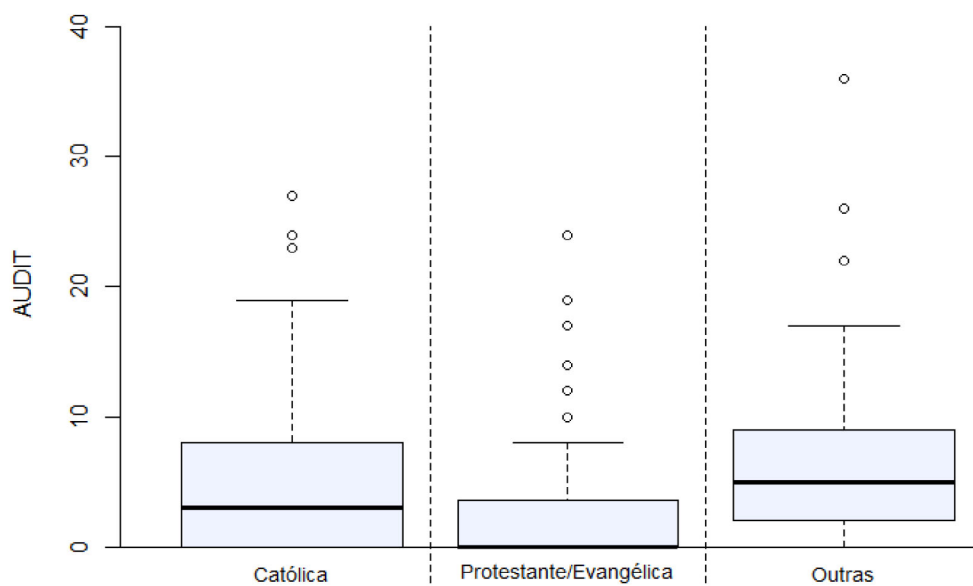
Variável	Categoria	RM bruta (IC95%)	p-valor	RM ajustada (IC95%)	p-valor
Idade		1,02 (1,01–1,04)	0,0027	1,02 (0,99–1,03)	0,0540
Estado civil	Casado	Ref			
	Não casado	1,25 (0,82–1,91)	0,2928		
Pessoas na família		1,04 (0,87–1,25)	0,6603		
Escolaridade		0,86 (0,73–1,02)	0,0952		
Habitação	Residência própria quitada	1,06 (0,70–1,61)	0,7657		
	Outros	Ref			
Renda familiar		1,06 (0,92–1,24)	0,4118		
Condição de trabalho	Registrado	Ref			
	Outros	1,26 (0,84–1,88)	0,2646		
Doença crônica	Não	1,36 (0,90–2,06)	0,1382		
	Sim	Ref			
Utilizou serviço de saúde	Não	Ref			
	Sim	1,04 (0,65–1,65)	0,8823		
Religião	Católica	1,73 (1,12–2,66)	0,0128	1,78 (1,14–2,79)	0,0117
	Protestante/evangélica	Ref		Ref	
	Outras	2,74 (1,46–5,14)	0,0017	3,03 (1,61–5,71)	0,0006
Transtorno (MINI)	Negativo	Ref		Ref	
	Depressão	1,72 (0,74–4,01)	0,2101	2,05 (0,89–4,74)	0,0925
	Ansiedade	1,35 (0,80–2,29)	0,2622	1,46 (0,88–2,40)	0,1393
	Ambos	1,94 (1,06–3,54)	0,0319	2,30 (1,28–4,11)	0,0051

RM: razões de médias; IC: intervalo de confiança; Ref=categoria de referência das variáveis independentes; MINI: *mini-international neuropsychiatric interview*. Modelo vazio (AICC=1.134,26); modelo final ajustado (AICC=1.119,65).



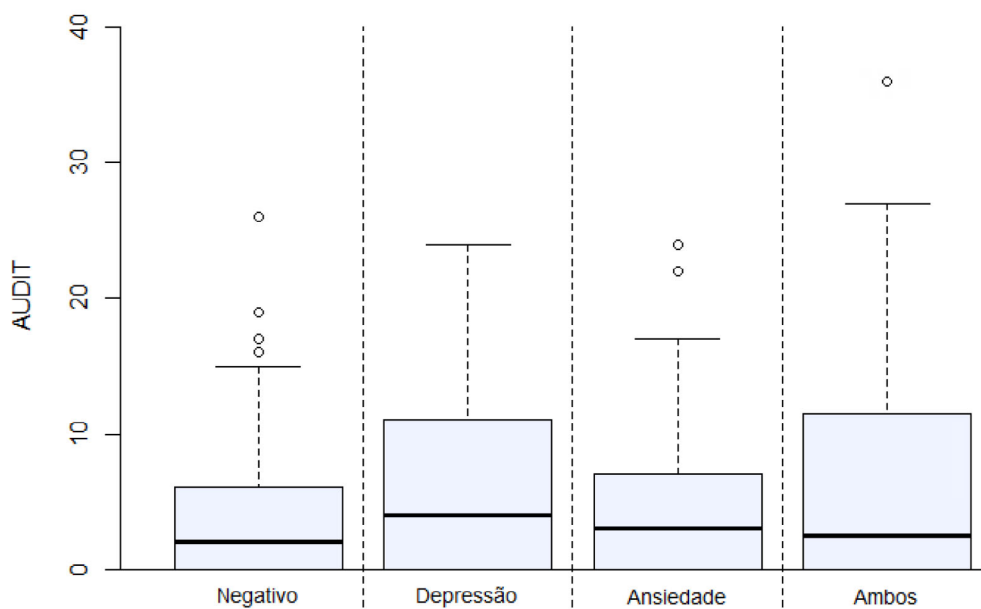
AUDIT: *the alcohol use disorders identification test*.

Figura 1. Gráfico de dispersão do escore do *the alcohol use disorders identification test* (consumo de álcool) em função da idade.



AUDIT: *the alcohol use disorders identification test*.

Figura 2. Box plot do escore do *the alcohol use disorders identification test* (consumo de álcool) em função da religião



AUDIT: *the alcohol use disorders identification test*.

Figura 3. Box plot do escore do *the alcohol use disorders identification test* (consumo de álcool) em função dos transtornos (*mini-international neuropsychiatric interview*)

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se alta prevalência de consumo de álcool (26,9%) em comparação a outros estudos realizados com adultos brasileiros usuários da atenção primária, que, para escore do AUDIT maior que 8, apresentavam prevalência de 22¹⁵⁻¹⁷ a 17,6%.^{18,19} Estudos realizados em países europeus para identificar o uso de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde registraram prevalências entre 15 e 17% na Itália, de 8% na França e de 20% no Reino Unido.¹⁷

Os resultados demonstraram uma associação entre o consumo de álcool e a idade, em que o escore de AUDIT aumenta com o passar dos anos — dado compatível com outros estudos em atenção primária que utilizaram o instrumento AUDIT, considerando a população adulta.^{4,15} Em pesquisa realizada nos Estados Unidos que compara homens latinos com americanos, os primeiros têm mais liberdade para beber, destacando-se a diferença das culturas latino-americanas. Nas culturas latinas, o consumo de bebida é geralmente mais integrado às atividades e festividades e, principalmente, as normas permitem que os homens bebam mais.³

Quanto à religião, os resultados mostraram que católicos, espíritas, de outras religiões que não evangélicos e pessoas que se dizem sem religião apresentam escore médio de AUDIT maior que os protestantes e evangélicos. Com relação à crença religiosa, estudos mostraram prevalências de uso abusivo e dependência de álcool entre evangélicos consideravelmente menores quando comparadas aos de religião católica.¹⁹ A prática religiosa pode exercer efeito protetor sobre o comportamento de risco e dependência, principalmente quando relacionada a cultos que impõem normas rígidas contra o hábito de beber, por isso cultos protestantes atuam como fator protetor quando comparados à ausência de filiação religiosa.²⁰⁻²²

Pessoas com transtorno mentais apresentam escore médio de AUDIT maior do que os sem transtorno. O consumo excessivo de álcool foi associado a uma infinidade de condições de saúde mental e a um declínio na qualidade de vida entre os bebedores compulsivos.²³⁻²⁵ Um estudo realizado na atenção primária constatou que o consumo leve a moderado de álcool no início da pesquisa foi associado a menor incidência de depressão e transtorno de ansiedade generalizada em comparação à abstinência, enquanto o consumo excessivo de álcool foi associado a maior incidência de depressão.²⁶ O uso excessivo de álcool está associado ao aumento da incidência de ansiedade em homens, porém o uso moderado diminui essa incidência na população geral.²⁷

O estado atual da literatura sugere que indivíduos deprimidos apresentaram menor qualidade de vida e escores AUDIT mais altos do que os não deprimidos.¹⁷ Estudo realizado com jovens franceses demonstrou que o álcool é usado para lidar com a depressão, sem que se prevejam os problemas relacionados a seu uso.²⁸

Os transtornos de ansiedade podem ser causa ou consequência da dependência do álcool. A ocorrência de comorbidades, como a depressão, está associada a maior gravidade, incapacidade e pior resposta ao tratamento da dependência de álcool.²⁹ Segundo as diretrizes brasileiras de estudos do álcool e outras drogas (ABEAD), existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos acabem por usar o álcool como uma forma de automedicação, o que por sua vez agrava o transtorno ansioso primário. Sendo assim, os transtornos ansiosos pré-mórbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação.³⁰

Como limitação deste estudo, ressalta-se o desenho transversal; não é possível estabelecer nenhum tipo de relação causal, o que gera dificuldade de se afirmar se as associações apresentadas precedem ou seguem a ocorrência do resultado. Ainda destacamos as dificuldades na abordagem dos usuários diante do tema, a adesão dos homens aos serviços de saúde e a busca por cuidados preventivos.

CONCLUSÃO

Concluimos que uso de álcool apresenta alta prevalência na população de homens adultos. O aumento no uso de álcool associa-se tanto ao transtorno mental quanto à idade, assim como à religião,

que atua como fator de proteção. Saber disso é importante para que as USF planejem estratégias de intervenções e ações para o controle do consumo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

CRM: Administração do projeto, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação. KLCM: Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. JVB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Supervisão, Validação, Visualização. LMG: Escrita – revisão e edição, Supervisão, Validação, Visualização. MCM: Análise formal, Conceituação, Metodologia, Validação. ACP: Conceituação, Metodologia, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf
3. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(3):231-41. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000012>
4. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/I-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Use-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil-2001.pdf>
5. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2006. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Use-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>
6. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%C3%81LCOOL.PDF?sequence=5&isAllowed=y>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view>
8. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):142-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>
9. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(2):523-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200028>
10. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol use disorders identification test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Rev APS* 2012;15(1):113-7.
11. Barbor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. 2nd edition. Geneva: World Health Organization (WHO). Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of audit in an urban brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005;40(6):584-9. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh202>

13. Babor TF, Robaina K. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of graded severity algorithms and national adaptations. *IJADR* 2016;5(2):17-24. <http://doi.org/10.7895/ijadr.v5i2.222>
14. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Tampa: University of South Florida; 2002. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Saude-Mental-DSM-07-03.pdf>
15. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(4):637-47. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400021>
16. Santos MN, Marques AC. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(3):837-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300029>
17. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(1):17-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1972>
18. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(1):27-37. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2009>
19. Ferreira LN, Bispo Junior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(11):3409-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100030>
20. Jomar RT, Fonseca VAO, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *J Bras Psiquiatr* 2015;64(1):55-62. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000057>
21. Freitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública* 2011;27(10):2021-31. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000015>
22. Amato TC, Silveira PS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2008;4(2).
23. Paulus DJ, Gallagher MW, Rogers AH, Viana AG, Garza M, Valdivieso J, et al. Emotion dysregulation as a mechanism linking anxiety and hazardous drinking among Latinos in primary care. *Am J Addict* 2017;26(6):615-22. <https://doi.org/10.1111/ajad.12574>
24. Levola J, Pitkänen T, Kampman O, Aalto M. The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. *Qual Life Res* 2018;27(5):1217-26. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1741-z>
25. Lee YY, Wang P, Abdin E, Chang S, Shafie S, Sambasivam R, et al. Prevalence of binge drinking and its association with mental health conditions and quality of life in Singapore. *Addict Behav* 2020;100:106114. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106114>
26. Mäkelä P, Raitasalo K, Wahlbeck K. Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. *Eur J Public Health* 2015;25(2):225-31. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku133>
27. Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, et al. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: results from an international study in primary care. *Psychiatry Res* 2016;243:30-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.049>
28. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906-14. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
29. Loose T, Acier D. Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addict Behav* 2017;72:120-5. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.009>
30. Bravo AJ, Pilatti A, Pearson MR, Mezquita L, Ibáñez MI, Ortet G. Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: a multiple mediation model among college students in three countries *Addict Behav* 2018;76:319-27. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.028>