

# Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil

Laura Helena S. G. Andrade  
Camila Magalhães Silveira  
Silvia S. Martins  
Carla L. Storr  
Yuan-Pang Wang  
Maria Carmen Viana

## INTRODUÇÃO

Estudos recentes, tendo como base as populações dos países da América Latina e região do Caribe (ALC), como o México<sup>1</sup>, o Chile<sup>2,3</sup> e o Brasil<sup>4,5</sup>, deram suporte à literatura científica com evidências sobre a carga crescente de doenças mentais, incluindo o consumo do álcool, nesta região<sup>6</sup>. Murray e Lopez<sup>7</sup> previram, em 1996, que, até o ano de 2020, a proporção de anos vividos com incapacitação (*disability-adjusted life years* – DALY) atribuída a condições neuropsiquiátricas será de 20,6% nessa região.

O álcool é um dos fatores de risco mais importantes para a Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* – GBD), particularmente na ALC, onde 10% das mortes e incapacitações são atribuídas ao álcool<sup>8</sup>. Na região B, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde há baixas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade em adultos e na qual o Brasil está localizado, o álcool é o fator principal de risco para a carga de doença, contabilizando 11,4% de anos de vida perdidos por incapacitação (DALY) nas estimativas de 2000, mostrando maiores porcentagens para homens (17,3%) do que para mulheres (4,1%)<sup>9</sup>.

A maioria dos registros disponíveis sobre padrões de consumo do álcool provém de pesquisas feitas em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, onde reside a maior parte da população mundial, porém pouco se sabe sobre esse assunto.<sup>10</sup>

O consumo do álcool é responsável por taxas consideráveis de mortalidade e morbidade<sup>11</sup>, mas nas mais recentes divulgações da OMS, os autores afirmaram, de forma unânime, que são necessários mais dados epidemiológicos sobre o consumo do álcool, especialmente em países de baixa e média renda.<sup>12-15</sup>

A prevalência média de transtornos relacionados ao uso do álcool (abuso/dependência), com base em 14 estudos, sendo a maioria conduzida nos Estados Unidos, foi de 5,9%<sup>16</sup>. De acordo com um importante estudo idealizado pelo governo norte-americano<sup>17</sup>, o custo estimado para o consumo de álcool e de outras drogas é de aproximadamente 200 bilhões de dólares por ano. Essas estimativas são baseadas em custos diretos e indiretos, sendo que os diretos são, geralmente, custos relacionados a tratamento.

O Brasil, país de poder aquisitivo médio, é o maior país da América Latina, com população atual de quase 190 milhões de habitantes<sup>18</sup>. O país passou por uma série de mudanças na última década, o que inclui o aumento da urbanização, dos recursos educacionais e da expectativa de vida e a redução dos níveis de pobreza e das taxas de natalidade e mortalidade.<sup>18</sup> Como conseqüência, o Brasil está passando por uma transição epidemiológica, com mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade.

As pesquisas epidemiológicas podem contribuir muito para o entendimento dos padrões de consumo do álcool em países em desenvolvimento, como o Brasil, e para o desenvolvimento futuro de estratégias de prevenção cuja meta é reduzir os problemas causados pelo uso do álcool e os transtornos relacionados a ele. Estudos epidemiológicos, como o Estudo na Área de Captação do Hospital das Clínicas em São Paulo (Epidemiologic Catchment Area – São Paulo – SP – ECA), com dados obtidos entre 1994 e 1995, e estudos em megacidades, como o São Paulo Megacity (São Paulo Megacity Study), com dados recolhidos entre 2005 e 2007, constituem oportunidade única para examinar se ocorreram mudanças nos

padrões de consumo do álcool e nas prevalências de abuso/dependência na população geral da cidade de São Paulo.

## **O CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DO SEU ESTUDO NOS PADRÕES DE CONSUMO**

A maioria das evidências disponíveis sobre os padrões de consumo de álcool provém de países desenvolvidos, e pouco se sabe sobre estes padrões em países em desenvolvimento, onde reside a maioria da população mundial<sup>10</sup>.

No Brasil, o consumo anual de álcool *per capita*, conforme verificado em 2004, incluindo o consumo não-registrado, foi estimado em 8,32 litros de álcool puro por adulto, quantidade muito acima da média mundial, de 5,8 litros.<sup>19</sup> Recentemente, o volume médio de álcool consumido foi classificado como um preditor incompleto do beber nocivo, e mais atenção tem sido direcionada aos padrões de consumo do álcool.<sup>20</sup> O Brasil tem pontuação 3 no critério criado para a Avaliação de Risco Comparativo (ARC) (Comparative Risk Assessment – CRA), que é um módulo da publicação Carga Global de Doenças, projetado para avaliar mudanças na saúde da população resultantes da exposição ao consumo nocivo de álcool. O critério abrange diversos indicadores de beber pesado episódico (BPE), incluindo beber em locais públicos e frequência de beber durante as refeições<sup>21</sup>. O comportamento menos prejudicial é designado pelo número 1 e o mais prejudicial pelo 4.<sup>9</sup> Além disso, cerca de 50% das hospitalizações psiquiátricas dos brasileiros estão relacionadas ao consumo e ao abuso/dependência de álcool.<sup>22</sup>

Alguns estudos locais sugeriram um quadro preocupante. Em uma pesquisa feita nas 24 maiores cidades no estado de São Paulo, a prevalência da dependência alcoólica aumentou de 6,6% para 9,4% em um período de dois anos.<sup>23</sup> Em Porto Alegre (região Sul do Brasil), Moreira et al. descobriram que 9,3% do grupo pesquisado era dependente de álcool, 15,5% bebia pesado, 12,3% bebia diariamente e apenas 12,3% era abstinente.<sup>24</sup> Em duas pesquisas realizadas com estudantes da Universidade de São Paulo (USP) em 1996 e em 2001, observou-se um aumento considerável no consumo de álcool em longo e médio prazos.<sup>25</sup> Carlini et al., 1990

verificaram que a prevalência de consumo de álcool entre estudantes era de 9,2% e, em 1997, Carlini et al.<sup>26</sup> verificaram uma prevalência de 15%.

No Brasil, os problemas decorrentes do uso do álcool ainda são citados como os relacionados à dependência alcoólica. Todavia, estudos mostram que há problemas tão ou mais graves relacionados a outros padrões de consumo do álcool<sup>27</sup>, de modo que:

- bebedores pesados apresentam mais transtornos psiquiátricos co-mórbidos que os bebedores moderados<sup>13</sup>;
- transtornos psiquiátricos estão mais relacionados à quantidade e à frequência do beber que a sintomas decorrentes de um transtorno decorrente do uso do alcoólico<sup>28,29</sup>;
- cada vez mais é dada atenção à relação entre o beber de risco e os prejuízos sociais do álcool, bem como à relação com doença;<sup>29</sup>
- o beber de risco, em longo prazo, pode ser um precursor de transtornos relacionados ao uso e ao desenvolvimento do abuso/dependência;<sup>29</sup>
- histórico de consumo abusivo de álcool é um fator de risco para a violência.<sup>30</sup>

## **PADRÕES DE CONSUMO ALCOÓLICO ENTRE ADULTOS NO BRASIL**

Os estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o consumo de álcool na população geral foram feitos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)<sup>23,26</sup>. A prevalência do uso do álcool foi estimada na população brasileira pela primeira vez em 2000.<sup>26</sup> Esse estudo compreendeu, especificamente, 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, correspondendo a 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% da população. A pesquisa foi feita com 8.589 entrevistados, e a prevalência de uso de álcool na vida foi de 68,7%. Essa proporção manteve-se relativamente estável nas diferentes faixas etárias, uma vez que, entre adolescentes (12 a 17 anos de idade), quase 50% já haviam consumido bebida alcoólica.

A prevalência de dependência alcoólica foi de 11,2%, sendo 17,1% entre homens e 5,7% entre mulheres. As prevalências de dependência foram maiores nas regiões Norte e Nordeste do país (16%) e o fator ainda mais preocupante é que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes se mostraram dependentes do álcool. No Norte e no Nordeste, essas prevalências foram próximas a 9%. Nesse estudo, o consumo de álcool na vida foi de 68,7% – porcentagem próxima à do Chile (70,8%) e a dos Estados Unidos (81%).

Uma distinção crucial feita na literatura no que diz respeito ao BPE envolve a quantidade média de consumo de álcool de uma pessoa e a frequência (doses consumidas por semana). Apesar de haver muito debate e pouco consenso sobre uma definição precisa deste conceito, a maioria dos cientistas concorda que o BPE exige o consumo de pelo menos quatro a cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião.<sup>31</sup> Efeitos adversos à saúde, associados ao beber pesado incluem danos físicos não-intencionais (p.ex., acidentes automobilísticos, quedas, afogamentos, hipotermia e queimaduras), suicídio, síndrome da morte súbita infantil, envenenamento por álcool, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, gastrite, pancreatite, doenças sexualmente transmissíveis, meningite e descompensação do diabetes. A intoxicação alcoólica leva a altos custos sociais e econômicos, o que inclui violência interpessoal (homicídios, brigas, violência doméstica, estupro e abuso infantil), síndrome alcoólica fetal, gravidez indesejada, negligência dos cuidados com as crianças e perda da produtividade. Reduzir os índices de BPE em adultos é uma das principais metas de saúde para o Healthy People 2010.<sup>32</sup>

Uma das causas mais comuns de morte por motoristas alcoolizados se deve aos acidentes automobilísticos. Outras causas comuns, entre os homens, são: homicídio, suicídio, *overdose* alcoólica e afogamento, e, entre as mulheres, homicídio, acidente vascular cerebral hemorrágico e suicídio. Almeida-Filho et al.<sup>33</sup> verificaram o consumo prejudicial/nocivo do álcool em ambos os gêneros em uma cidade do Nordeste do Brasil. Eles definiram o consumo nocivo como o BPE diário ou semanal somados a episódios de embriaguez ou como a embriaguez frequente (pelo menos uma vez por semana). Cerca de 56% dos entrevistados admitiram beber semanalmente e a prevalência do uso do álcool nos 12 meses anteriores à

pesquisa foi de 7%, sendo seis vezes mais prevalente nos homens que nas mulheres (13% *versus* 2,4%). Usando os dados do estudo da SP-ECA, Silveira et al.<sup>34</sup> mostraram que a prevalência no último ano do beber pesado foi de 10,7%, com 15,4% de homens e 7,2% de mulheres com este padrão de beber. Castro-Costa et al. descreveram, pela primeira vez, o padrão de consumo de álcool em 400 indivíduos com mais de 60 anos de idade, 12% afirmaram beber pesado, enquanto 10,4% bebiam no padrão *binge* (faziam o consumo de 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião) e 2,9% eram dependentes<sup>35</sup>.

Pesquisas epidemiológicas realizadas nas duas últimas décadas mostraram que abuso e a dependência do álcool, no início da vida adulta, diagnosticados de acordo com o DSM-IV, são mais freqüentes do que se pensava. Em países desenvolvidos, as prevalências para a dependência do álcool são consideráveis; alguns estudos apresentam valores de 10% ou mais da população.<sup>36-40</sup> Assim, é importante examinar a questão da evolução temporal do uso do álcool, uso freqüente e do abuso/dependência.

Apesar das evidências consistentes sobre as diferenças entre os transtornos relacionados ao uso do álcool (abuso/dependência) entre homens e mulheres<sup>41,42</sup>, não está claro se há diferenças entre os gêneros nos padrões de transição.

## CONVERGÊNCIA ENTRE OS GÊNEROS

As hipóteses a respeito das diferenças de gênero no consumo de álcool provêm primariamente de aspectos biológicos e socioculturais.<sup>43</sup> Do ponto de vista biológico, a mesma quantidade de álcool consumida por um homem e uma mulher de mesmo peso produzirá maior concentração de álcool no sangue da mulher devido a diversas razões, como a menor quantidade de líquido corporal, diferenças na concentração da enzima álcool desidrogenase, metabolismo e níveis hormonais no corpo da mulher.<sup>44</sup> Interagindo com os fatores biológicos há, ainda, as influências socioculturais no comportamento de beber, que, ultimamente, têm recebido atenção considerável na literatura. As áreas de interesse, além das diferenças transculturais nos padrões de consumo de álcool entre os gêneros incluem abstinência, intoxicação e comportamentos sexuais relacionados.<sup>43</sup>

De acordo com Wilsnack e Wilsnack,<sup>45</sup> as diferenças de gênero no consumo de álcool estão baseadas na forma como cada cultura enxerga os papéis do homem e da mulher. Nas últimas décadas, houve uma preocupação crescente com o comportamento de beber como um aspecto relacionado ao papel do homem e da mulher na sociedade, visto que, em algumas culturas, a diferença entre os gêneros no comportamento de beber diminuiu. Uma hipótese comum sobre essa convergência é que as crescentes oportunidades para as mulheres atuarem em funções tradicionalmente masculinas (principalmente na força de trabalho) as permitiriam e encorajariam a beber mais, apesar das consequências mais deletérias nas mulheres.<sup>46</sup> Consistente com essa hipótese, verifica-se que a convergência é mais freqüente entre adolescentes ou adultos jovens.<sup>47</sup>

Apesar do consumo do álcool entre homens universitários ser maior do que entre as mulheres,<sup>31,48</sup> há evidências de convergência entre os gêneros no comportamento de beber. Entre os universitários, por exemplo, há evidência de que a principal motivação para beber, entre homens e mulheres, seja para facilitar o enfrentamento.<sup>49,50</sup> No entanto, descobriu-se que homens universitários afirmam ter uma motivação mais significativa para beber por razões sociais e que são mais propensos a beber para ficar “altos”, em comparação às universitárias.<sup>51</sup> O problemas de consumo de álcool têm sido relacionados, sistematicamente, ao enfrentamento de emoções negativas tanto na população de universitários como na população em geral<sup>52,53</sup>. Assim, é importante entender a relevância do gênero em relação a essas populações.

Os transtornos relacionados ao álcool entre as mulheres tornaram-se progressivamente predominantes a partir da 2ª Guerra Mundial<sup>54</sup>, com prevalência de dependência entre 4 e 8%.<sup>55,56</sup> Dados indicam que o início de consumo de álcool entre as mulheres está ocorrendo em idades cada vez menores, aumentando, portanto, o risco de desenvolver dependência alcoólica. A preocupação é maior tendo em vista que as mulheres são dadas como mais “vulneráveis” que os homens em relação às consequências de saúde do consumo do álcool.<sup>57</sup>

Foram registrados alguns estudos sobre brasileiras usuárias dessa substância.<sup>58</sup> Na América Latina, por exemplo, Andrade et al.<sup>5</sup> reportaram taxas variáveis entre

homens e mulheres sobre a prevalência de abuso/dependência de álcool de 5 a 10:1. Em Campinas/SP, Brasil, uma pesquisa com 515 indivíduos revelou que a prevalência da dependência alcoólica foi de 6,6% (razão homem/mulher (RHM) = 4:4:1). Essa RHM varia conforme a idade, sendo menor no grupo mais jovem (2.1:1 por 6.8:1). Outro estudo, ainda usando dados de duas comunidades de uma cidade da região Sudeste do Brasil, encontrou diferenças entre os gêneros nos padrões de beber relacionados a fatores socioculturais.<sup>59</sup> Uma das comunidades (Botucatu) tinha uma população mais velha, predominantemente católica, instruída e caucasiana, com mais mulheres na força de trabalho; a outra (Rubião Jr.) tinha níveis socioeconômico e educacional bem mais baixos.

Dados de Botucatu mostraram que as mulheres e os homens apresentavam padrões de consumo de álcool similares, demonstrando que, conforme as funções das mulheres na sociedade tornaram-se mais similares as dos homens, seus padrões de consumo de álcool também. Rubião Jr. apresentou consumo alcoólico muito maior entre os homens, sendo que quase 22% destes com menos de 49 anos de idade eram bebedores pesados.

Fácil acesso à bebida, fumar, ter uma fonte de renda e ter um parceiro que bebe foram importantes fatores de risco para o consumo de álcool entre mulheres. Futuramente, estudos para entender as diferenças entre os gêneros quanto ao consumo do álcool poderão direcionar a forma com que a sociedade controla ou reduz os problemas relacionados ao uso do álcool.

## **FATORES DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL**

Enquanto estudos em países desenvolvidos mostraram que um elevado nível socioeconômico (NSE) está associado ao consumo de álcool, freqüente ou não, o baixo NSE está associado ao beber pesado e à dependência.<sup>60, 61, 62</sup>

No Brasil, um estudo descobriu que o NSE elevado está associado a alto consumo de álcool, BPE e dependência entre homens.<sup>63</sup> Houve, também, achados similares ao analisar dados de homens e mulheres no sudeste brasileiro como parte do estudo em vários países sobre questões de Gênero, Cultura e Álcool (Gender,

Culture and Alcohol Problems – GENACIS)<sup>60</sup> e sobre o BPE e a dependência entre idosos em um estudo nacional.<sup>35</sup> Estudos conduzidos na região Sul do Brasil, por sua vez, mostraram que o beber pesado está associado a baixo NSE e a baixos níveis de instrução.<sup>24</sup> Em um estudo epidemiológico com 568 estudantes do ensino médio entre 14 e 20 anos de idade em São Carlos/SP, os adolescentes com NSE mais elevados tiveram maior prevalência de uso do álcool durante a vida quando comparados aos seus pares com baixo NSE.<sup>64</sup> Nos Estados Unidos, o nível baixo de instrução foi destaque como sendo um fator relacionado ao alto consumo de álcool entre os homens. Todavia, descobriu-se, também, que, nas mulheres, isso tem um efeito oposto.<sup>65</sup> No Brasil, os dados mostram que os homens consomem mais álcool que as mulheres (77,3 e 60,6%, respectivamente) durante suas vidas.<sup>26</sup> Entre aqueles maiores de 25 anos de idade, os homens consumiam cerca de cinco vezes mais que as mulheres e apresentavam taxas de dependência três vezes maiores. O maior número de dependentes estava entre aqueles com 18 a 24 anos de idade e o número mais baixo entre aqueles com 12 a 17. Os homens tinham maior prevalência de exposição a situações de risco físico sob a influência do álcool ou após o consumo, problemas pessoais relacionados ao álcool e perda de controle (consumo mais freqüente ou quantidade maior que a desejada).<sup>26</sup>

No Brasil, a razão entre homens e mulheres para o consumo de álcool na vida varia de 3:1 a 11:1.<sup>33</sup> Apesar das variações nos desenhos das pesquisas e procedimentos para identificação de casos, a maioria dos estudos que incluíam variações sociais confirmou que o alcoolismo está negativamente associado ao NSE, ao grau de instrução, ao nível ocupacional e à renda. Há, também, evidências científicas sugerindo que, no Brasil, o alcoolismo inicia-se nos homens em idades mais precoces e em indivíduos com baixo NSE quando comparados aos com elevado NSE.<sup>33</sup>

Há dois estudos recentes sobre o BPE no Brasil. Laranjeira et al.<sup>66</sup> conduziram uma pesquisa nacional e verificaram que 28% dos brasileiros, 40% homens e 18% mulheres, a maioria jovens (18 a 24 anos de idade), referiram beber no padrão *binge* no último ano e 50% beberam neste padrão pelo menos uma vez durante um período de 12 meses.

Silveira et al.<sup>34</sup> verificaram que a prevalência do BPE, na amostra avaliada no estudo ECA-SP, foi de 10,7% para os homens e de 7,2% para as mulheres, no último ano. Maiores prevalências do BPE foram encontradas entre as mulheres solteiras, com idade variando entre 18 e 44 anos e entre os homens, o BPE foi maior entre os solteiros, 18 a 24 anos, quando comparados a grupos de outras idades. Deve-se notar que esse problema de saúde pública foi reconhecido como a principal carga de doença no Brasil.<sup>67</sup> Almeida-Filho et al.<sup>33</sup> também mostraram que o beber pesado foi seis vezes maior entre homens que entre mulheres.

As explicações sociopsicológicas têm sido utilizadas para justificar essas prevalências, isto é, os homens podem ficar mais expostos às oportunidades para beber tanto por beber mais quanto por influências familiares ou sociais, como por estresse no trabalho, que são diferentes entre os gêneros.

Curiosamente, apesar do fato de o Brasil ser um país de diversidade racial, há poucos dados sobre a relação de consumo/abuso/dependência de álcool com diferenças de raça/etnia. Almeida-Filho et al.<sup>33</sup> investigaram sobre a associação entre a raça/etnia e o consumo/abuso de álcool na Bahia, que é um local caracterizado pela diversidade racial/étnica. O autor não encontrou qualquer relação entre esta e o consumo/abuso de álcool. Kerr-Corrêa et al.<sup>44</sup> conduziram um estudo em uma amostra representativa da população urbana com 740 indivíduos com baixa ingestão alcoólica e de padrões de consumo alcoólico muito similares. Nesta amostra, as mulheres, em sua maioria, estavam inseridas no mercado de trabalho, tinham renda própria e acesso ao álcool.

Nessa região, ademais, conforme esperado de um país latino-americano, a filiação religiosa (católicos e evangélicos/protestantes) pareceu ser um motivo importante para a abstinência. Para as mulheres, o único fator de risco para o beber pesado era beber sozinha; já para os homens, fumar e ter entre 35 e 49 anos foram os fatores associados ao BPE.

No Brasil, a associação entre NSE e uso, abuso e dependência de álcool ainda é controversa. Estudos epidemiológicos sobre as diferenças entre os gêneros e as diferenças de nível educacional relacionados ao consumo/abuso/dependência do álcool são praticamente inexistentes.

## **RELAÇÕES DO ÁLCOOL COM PROBLEMAS MÉDICOS**

Há poucos estudos que registram problemas médicos relacionados ao consumo do álcool no Brasil. Mott et al. descobriram que 93,6% dos pacientes com pancreatite crônica na cidade de São Paulo apresentaram consumo pesado de álcool.

A dependência alcoólica é a principal causa de pancreatite crônica e cirrose hepática.<sup>70</sup> Lolio (1990)<sup>71</sup> encontrou uma relação significativa entre a hipertensão arterial e o consumo abusivo de álcool na população urbana de Araraquara/SP. Em outro estudo, Nappo<sup>72</sup> afirmou que o álcool era a substância mais comum em mortes não-naturais relacionadas à esta substância na cidade de São Paulo. Em uma pesquisa no mesmo estado, Noto et al.<sup>73</sup> avaliaram os casos de violência doméstica e o consumo de álcool e outras drogas, encontrando que, quando alegavam violência, 52% dos causadores estavam embriagados.

## **RELAÇÕES DO ÁLCOOL A CO-MORBIDADES PSIQUIÁTRICAS**

A existência de transtornos co-mórbidos pode mudar a sintomatologia, interferir no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico de ambos. No que diz respeito aos transtornos mentais, o álcool normalmente coexiste com outras doenças psiquiátricas. Em geral, mesmo o consumo de pequenas doses de álcool pode ter consequências mais sérias que aquelas observadas em pacientes sem co-morbidades.<sup>74,75</sup> Nas últimas décadas, a incidência desses transtornos parece ter aumentado e pode estar relacionada a maior atenção dada aos cuidados de saúde mental na população, ao acesso ao álcool e ao fechamento de hospitais psiquiátricos, o que deu prioridade ao tratamento de pacientes não-internados e ao aumento da disponibilidade de serviços relacionados ao uso do álcool.<sup>76</sup>

Acredita-se que cerca de 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolverão problemas relacionados ao consumo de álcool durante suas vidas.<sup>77</sup> Os estudos mostram que pacientes com co-morbidades, principalmente transtornos graves, apresentam maiores índices de agressividade, suicídio, detenção por atos ilícitos, custos com tratamentos e re-internações, além de não terem moradia e

serem usuários freqüentes de serviços médicos. Esses pacientes apresentam pior evolução social e causam impacto negativo no orçamento familiar e na saúde de seus cuidadores.<sup>78</sup>

Muitos transtornos psiquiátricos estão relacionados ao abuso/dependência do álcool<sup>38,79</sup>. Em geral, co-morbidades psiquiátricas são mais prevalentes entre mulheres do que entre homens<sup>79-84</sup> e freqüentemente precedem o consumo de álcool.<sup>85-87</sup> Os transtornos de internalização (depressão e ansiedade) estão habitualmente associados ao consumo de álcool pelas mulheres<sup>79,81</sup> e os de externalização (transtorno de personalidade anti-social e dependência de outras drogas) são mais comuns entre os homens. Utilizando dados de sete países (incluindo dados do estudo da ECA-SP), Kessler et al.<sup>88</sup> mostraram que transtornos de conduta, de personalidade anti-social, de humor e de ansiedade estão associados a problemas relacionados ao consumo alcoólico e dependência.

No Brasil, Almeida-Filho et al.<sup>89</sup> examinaram a ocorrência mútua de sintomas de ansiedade e depressão com o abuso de álcool em uma amostra populacional de 2.302 adultos na Bahia. A co-morbidade entre abuso de álcool e sintomas de depressão e ansiedade foi baixa (cerca de 1% da amostra), o que pode estar relacionado ao fato de o estudo não ter utilizado critérios diagnósticos do DSM-IV ou CID-10. Já Menezes e Ratto<sup>90</sup> investigaram a prevalência de uso de substâncias entre 192 entrevistados em tratamento para transtornos mentais graves (psicose não-afetiva, transtorno bipolar ou depressão grave com sintomas psicóticos) em São Paulo; neste estudo, 7,3% apresentaram critério de abuso ou dependência de álcool.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL**

Leis que procuram reduzir o consumo de álcool têm sido implementadas por países diferentes em vários períodos ao longo da história, visando a minimizar seus efeitos adversos na saúde, na segurança e no bem-estar da população.

Todavia, essas estratégias e intervenções foram abordadas apenas recentemente pela alçada científica. O ideal seria que as políticas públicas sobre o consumo de

álcool fossem direcionadas por evidências científicas, provando a efetividade de custo, mostrando consistência nas ações implementadas, obtendo a aprovação e o apoio da comunidade e permitindo o desenvolvimento de estratégias que possam beneficiar a população.

No Brasil, os problemas relacionados ao uso do álcool são maiores que os relacionados às drogas.<sup>26</sup> Há diferenças substanciais entre as regiões no que diz respeito ao nível socioeconômico, ao acesso aos cuidados médicos, à educação e à história cultural do país. O Primeiro Consenso de Políticas Públicas sobre o álcool, elaborado a partir de uma reunião com pesquisadores e políticos, foi redigido em 2007, considerando evidências científicas internacionais e as escassas evidências locais na tentativa de reduzir efetivamente os custos sociais, a morbidade e a mortalidade relacionados ao uso do álcool.<sup>66</sup>

Apesar de a idade mínima para comprar bebida alcoólica ser 18 anos, o acesso ao álcool é relativamente fácil, conforme mostra um estudo conduzido na cidade de São Paulo.<sup>91</sup> Não há leis que controlem os horários de expediente dos bares e as licenças para vender bebidas alcoólicas ou que fiscalizem, geograficamente, a quantidade de bares por região.<sup>84</sup>

O Estado de São Paulo limitou o consumo de álcool para os motoristas banindo as vendas em estabelecimentos comerciais nas rodovias ou em suas proximidades<sup>92</sup> e, apesar do pouco reforço, houve uma redução nos acidentes automobilísticos que causam danos físicos.

Em 19 de junho de 2008, o Brasil aprovou lei de tolerância zero para os motoristas com qualquer concentração de álcool detectável no sangue. A lei n. 11.705 cancela a lei anterior, na qual determinava penalidades apenas para pessoas com valor maior ou igual a 0,6 gramas de álcool por litro no sangue (concentração de álcool no sangue – CAS). Válida em todo o território brasileiro, a lei também proíbe a venda de bebidas alcoólicas ao longo de trechos rurais em estradas federais. Um estudo conduzido por Duailibi et al.<sup>93</sup> em uma cidade da região Sudeste do Brasil revelou que 23,7% dos motoristas apresentavam algum nível de álcool no teste do bafômetro e que em 19,4%, o nível era o mesmo ou maior do que o legalmente permitido. Outro estudo, feito em Salvador (nordeste do Brasil), mostrou

que 37% dos motoristas envolvidos em acidentes automobilísticos estavam sob a influência do álcool<sup>94</sup>.

A lei n. 11.705, geralmente referida como Lei Seca, determina que os motoristas flagrados com concentração de álcool no sangue > 0,2 g (ou 0,02 de CAS) deverá pagar uma multa e ter o direito de dirigir suspenso por um ano. Os motoristas flagrados com nível de CAS > 0,06 serão presos e cumprirão de 6 meses a 3 anos de prisão.

Todos esses fatores são reflexos de padrões do consumo de álcool, de modo que são necessárias políticas públicas específicas e mais estudos para enfrentar o problema.

## **OLHANDO PARA O FUTURO**

A monitoração do BPE do abuso/dependência de álcool por meio de dados epidemiológicos é extremamente importante, não apenas para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, mas para o desenvolvimento de políticas públicas que visem diminuir o abuso e a dependência.

Dados provenientes de estudos populacionais como o São Paulo Megacity oferecem oportunidade única de se estudar os padrões de consumo do álcool.

Além disso, a verificação do impacto na saúde e na economia provocado pelo consumo abusivo do álcool pode nortear políticas públicas a partir de intervenções ou projetos em populações específicas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey Psychol Med 2005; 35:1773-83.
2. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in San-tiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. Brit J Psychiatry 2001; 178:228-33.
3. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-months and 1-month rates. Br J Psychiatry 2004; 184:299-305.

4. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-9.
5. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:316-27.
6. Kohn R, Levav I, Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority [in Spanish]. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18:229-40.
7. Murray JL, Lopez AD. The global burden of disease. Boston: WHO, Harvard and World Bank, 1996.
8. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray DJL. Global burden of disease and risk factors. New York/Washington: Oxford University Press and the World Bank, 2006.
9. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18:241-8.
10. Riley L, Marshall M. Alcohol and public health in 8 developing countries. Geneva: World Health Organization, 1999.
11. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360:1347-60.
12. Ezzati M, Lopez AD. Smoking and oral tobacco use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray R (eds.). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. 2.ed. Geneva: WHO, 2004.
13. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray R (eds.). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. 2nd edition. Geneva: WHO, 2004.
14. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the OMS World Mental Health Surveys. *Plos Med* 2008; 5(7):141.
15. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M, Warner-Smith M. Illicit drug use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray R (eds.). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. 2.ed. Geneva: WHO, 2004.
16. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre PK. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev* 2008; 30:1-14.
17. Harwood HJ, Fountain D, Fountain G. Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: a report. *Addiction* 1999; 94:631-5.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada em 2008. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
19. World Health Organization. Global status report on alcohol. Geneva: WHO, 2004.

20. Bobak M, Room R, Pikhart H, Kubinova R, Maljutina S, Pajak A et al. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:238-42.
21. Rehm J, Klotsche J, Patra J. Comparative quantification of alcohol exposures as risk factor for global burden of disease. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16:66-76.
22. Noto AR, Moura YG, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2002; 51(2):113-21.
23. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2000.
24. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996; 57:253-9.
25. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrí S, Malbergier A. Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3):185-93.
26. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil – 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2002. p. 480.
27. Cahalan R, Room R. Problem drinking among American men. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1974.
28. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001; 179:432-7.
29. Bott K, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Psychiatric disorders among at-risk consumers of alcohol in the general population. *J Stud Alcohol* 2005; 66(2):246-53.
30. Murray RL, Chermack ST, Walton MA, Winters J, Booth BM, Blow FC. Psychological aggression, physical aggression, and injury in nonpartner relationships among men and women in treatment for substance-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs* 2008; 69(6):896-905.
31. Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A, Castillo S. Correlates of college student binge drinking. *Am J Pub Health* 1995; 85:921-6.
32. Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol-and drug-related ED and primary care visits: data from three US National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008; 34(5):576-83.
33. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Aquino E, Kawachi I et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:45-54.

34. Silveira CM, Wang YP, Andrade AG, Andrade L. Heavy episodic drinking in the São Paulo – Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: gender and sociodemographic correlates. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68(1):18-27.
35. Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Alcohol consumption in late-life – the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addic Behav* 2008 [no prelo].
36. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Illicit drug use and dependence in a New Zealand birth cohort. *Aust NZ J Psych* 2006; 40:156-63.
37. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FD. Prevalence of marihuana use disorders in the United States, 1991–1992 and 2001–2002. *J Am Med Assoc* 2004; 291:2114-21.
38. Harford T, Grant B, Yi H-Y, Chen C. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on drug abuse. *Alcoholism Clin Exp Res* 2005; 29:810-28.
39. Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U, Pf SH. Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998a; 33:568-78.
40. Wittchen H-U, Perkonig A, Lachner G, Nelson CB. Early Developmental Stage-of Psychopathology Study (EDSP): objectives and design. *Eur Addict Res* 1998b; 4:18-27.
41. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addic* 2004; 99:1520-8.
42. Wagner F, Anthony J. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 86(2-3):191-8.
43. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Ahlström S, Bondy S et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 2000; 95:251-65.
44. Kerr-Corrêa F, Igami TZ, Hiroce V, Tucci AM. Patterns of alcohol use between-genders: a cross-cultural evaluation. *J Affect Disord* 2007; 102(1-3):265-75.
45. Wilsnack RW, Wilsnack SC (eds.). *Gender and alcohol: individual and social perspectives*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997.
46. Bloomfield K, Gmel G, Neve R, Mustonen H. Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands, and Switzerland: a repeated survey analysis. *Substance Abuse* 2001; 22:39-53.
47. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras, 1997. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, Cebrid, 1997.
48. Capraro RL. Why college men drink: alcohol, adventure, and the paradox of masculinity. *J Am Col Health* 2000; 48(6):307-15.
49. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. OMS drinks and why? A review of socio-demographic, personality and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addic Behav* 2006; 31:1844-57.

50. Stewart SH, Loughlin HL, Rhyno E. Internal drinking motives mediate personality domain-drinking relations in young adults. *Personality and Individual Differences* 2001; 30:271-86.
51. Wilson GS, Pritchard ME, Schaffer J. Athletic status and drinking behavior in college students: the influence of gender and coping styles. *J Am Coll Health* 2004; 52(6):269-73.
52. Kassel JD, Jackson SI, Unrod M. Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *J Stud Alcohol* 2000; 61(2):332-40.
53. Peele S, Brodsky A. Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug Alcohol Depend* 2000; 60:221-47.
54. Blume SB. Women and alcohol. *JAMA* 1986; 256:1467-70.
55. Anthony JC, Helzer JE. Syndromes of drug abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA (eds). *Psychiatric disorders in America – The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991.
56. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:9-19.
57. Greenfield SF. Women and substance use disorders. In: Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA (eds.). *Psychopharmacology and women. Sex, gender, and hormones*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
58. Zilberman ML, Angélico Jr FV, Hochgraf PB, Andrade AG. Mulheres e homens com dependência de drogas: comparação clínica e demográfica em tratamento ambulatorial. *Rev Assoc Bras Psiquiatr* 1994; 16:105-12.
59. Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Hegedus AM, Trinca LA, de Oliveira JB, Floripes TM, Kerr LR. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(3).
60. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action gender, culture and alcohol problems. *Alcohol Suppl* 2006; 41(1):26-36.
61. Greenfield TK, Midanik LT, Rogers JD. 10-year national trend study of alcohol-consumption, 1984-1995: is the period of declining drinking over? *Am J Public Health* 2000; 90(1):47-52.
62. Marmot M. Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction* 1997; 92:13-20.
63. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil – interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(3):214-22.
64. Pratta EMM, Santos MA. Leisure and the use of psychoactive substances in adolescence: possible relations. *Psic Teor Pesq* 2007; 23(1):43-52.
65. Hines AM, Caetano R. Alcohol and Aids-related sexual behavior among Hispanics: acculturation and gender differences. *Aids Educ Prev* 1998; 10(6):533-47.

66. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
67. Taylor B, Rehm J, Patra J, Popova S, Baliunas D. Alcohol-attributable morbidity and resulting health care costs in Canada in 2002: recommendations for policy and prevention. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68(1):36-47.
68. Mott CB, Guarita DR, Coelho ME, Monteiro da Cunha JE, Machado MC, Bettarello A. Etiology of chronic pancreatitis in São Paulo: a study of 407 cases. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo* 1989; 44:21420.
69. Dani R, Mott CB, Guarita DR, Nogueira CED. Epidemiology and etiology of chronic pancreatitis in Brazil: a tale of two cities. *Pancreas* 1990; 5:474-8.
70. Strauss E, Lacet CM, Maffei JRA, Silva EC, Fukushima J, Gayotto L, Calos C. Etiologia e apresentação da cirrose hepática em São Paulo: análise de 200 casos. (Etiology and clinical aspects of liver cirrhosis in São Paulo, Brazil: analysis of 200 cases). *Gastroen Endos Dig* 1998; 7:119-23.
71. Lolio CA. The Epidemiology of Arterial Hypertension. *Revista de Saúde Pública* 1990; 24:425-32.
72. Nappo SA, Galduróz JCF. Psychotropic drug-related deaths in São Paulo city, Brazil. *Annals of the X World Congress of Psychiatry, Madrid, Spain, X World Congress of Psychiatry*, 1996.
73. Noto AR, Fonseca AM, Silva EA, Gálduroz JCF. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no Estado de São Paulo. (Home violence associated to alcoholic beverage and others drugs consumption: a survey in São Paulo State). *J Bras Depend Quí* 2004; 5:9-17.
74. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. Aprospective community study. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177(7):408-14.
75. Menezes PR, Johnson S, Thonicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness insouth London. *Br J Psychiatry* 1996; 168(5):612-9.
76. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:227-32.
77. Cupffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180(9):589-92.
78. Clark RE, Drake RE. Expenditures of time and money by families of people with several mental illness and substance use disorders. *Community Ment Health J* 1994; 30:145-63.
79. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega Jr H, Ehler JG, Ulrich RF, Thase ME, Mann JJ. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995; 152:358-64
80. Finney JW, Moos RH, Mewborn CR. Post treatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *J Consult Clin Psychol* 1980; 48:17-29.

81. Hesselbrock, MN, Meyer, RE, Keener, JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1050-5.
82. Pettinati H, Sugarman A, Maurer H. Four year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1982; 6:48794.
83. Rounsaville BJ, Donlinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:505-13.
84. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Gunderson JG, Hufford C. Personality disorders in cocaine dependence. *Compr Psychiatry* 1993; 34:45-149.
85. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidade of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidade Survey. *Br J Psychiatry* 1996; 168(30):17-30.
86. Dunne FJ, Galatopoulos C, Schipperheijn JM. Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34(2):95-101.
87. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154:948-57.
88. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ et al. Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental health disorders: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In: Bukoski WJ, Sloboda Z (eds.). *Handbook for drug abuse prevention, theory, science and practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, 2003.
89. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus MJ. Cooccurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(7):423.
90. Menezes PR, Ratto LR. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:212-7.
91. Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):1-6.
92. Departamento Estadual de Trânsito de São Paulo – Detran SP. Álcool e trânsito. 2004. Disponível em: [www.detran.sp.gov.br/campanhas/alcool\\_transito/in\\_alcool\\_transito.html](http://www.detran.sp.gov.br/campanhas/alcool_transito/in_alcool_transito.html).
93. Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalence of drinking and driving in a city of Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5).
94. Nery-Filho A, Miranda M, Miranda MG. Estudo da alcoolemia numa amostra de população urbana de Salvador. *International Meeting on Drug Use and Abuse*, Salvador, Bahia, 1995.