

# Consumo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores de uma unidade de Saúde da Família em Vitória, Espírito Santo, Brasil

Alcoholic beverages consumption among workers of a Family Health Strategy center in Vitória, Espírito Santo, Brazil

*Consumo de bebidas alcohólicas entre trabajadores de un centro de la Estrategia de Salud Familiar en Vitória, Espírito Santo, Brasil*

Leonardo Ferreira Fontenelle<sup>1\*</sup>

Palavras-chave:  
Atenção Primária à Saúde  
Estratégia Saúde da Família  
Consumo de Bebidas Alcoólicas  
Pessoal de Saúde  
Saúde do Trabalhador

## Resumo

**Objetivo:** Descrever o consumo de bebidas alcoólicas por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Em dezembro de 2011 e fevereiro de 2012 realizou-se um levantamento anônimo com trabalhadores da APS numa unidade de Saúde da Família em Vitória (ES), através de questionário autoadministrado, com questões sobre frequência, quantidade usual e consumo em *binge* extraídas de um levantamento nacional. Foram obtidos ainda dados sociodemográficos e ocupacionais. **Resultados:** Dentre os 59 trabalhadores elegíveis, 53 (90%) participaram do levantamento. Ninguém relatou consumo muito frequente (5 dias ou mais por semana), mas 60% (32/53) relataram pelo menos um episódio de consumo nos últimos 12 meses. 76% (39/51; porém, 2 não responderam) relataram consumir usualmente 2 doses ou menos por dia de consumo. O consumo em *binge* foi relatado por 51% (27) de todos os 53 trabalhadores, ou seja, 84% dos 32 que consomem bebidas alcoólicas. Os trabalhadores de nível superior tiveram a menor prevalência de abstinência (19%; 3/16) e a menor proporção de consumo em *binge* entre os que consomem bebidas alcoólicas (69%; 9/13). **Conclusões:** Os trabalhadores dessa unidade de Saúde da Família apresentaram um consumo usualmente moderado de bebidas alcoólicas, mas a maioria consumiu em *binge* alguma vez nos últimos 12 meses. É necessário estudar no Brasil a relação entre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por trabalhador da APS e seu papel na detecção do uso problemático de álcool.

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de Vitória (ES). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). leonardof@leonardof.med.br

\*Autor correspondente.

Fonte de financiamento: PIBIC/CNPq/UFS.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Recebido em: 21/04/2012

Aprovado em: 13/12/2012

Keywords:  
Primary Health Care  
Family Health Strategy  
Alcohol Drinking  
Health Personnel  
Occupational Health

## Abstract

**Objective:** To describe the consumption of alcoholic beverages by Primary Health Care (PHC) workers. **Methods:** In December 2011 and February 2012 PHC workers in a Family Health Strategy center in the municipality of Vitória, Brazil, self-administered an anonymous survey with questions about frequency, usual quantity and binge drinking taken from a national survey. Demographic, economic and occupational data were obtained as well. **Results:** Among the 59 eligible workers, 90% (53) took part in the survey. No one reported very frequent consumption (5+ days per week), but 60% (32/53) reported at least one episode of consumption in the last 12 months. 76% (39/51; 2 didn't respond) reported usual consumption of up to 2 doses per drinking day. Binge drinking was reported by 51% (27) of all 53 workers, i.e., 84% of the 32 drinkers. College level workers had the lowest prevalence of abstinence (19%; 3/16) and, among drinkers, the lowest prevalence of binge drinking (69%; 9/13). **Conclusions:** Workers of this Family Health Strategy center have a usually moderate consumption of alcoholic beverages, but most binge drank at least once in the last 12 months. It is necessary to study in Brazil the relation between the pattern of drinking by PHC workers and their role in detecting problematic alcohol consumption.

Palabras clave:  
Atención Primaria de Salud  
Estrategia de Salud Familiar  
Consumo de Bebidas Alcohólicas  
Personal de Salud  
Salud Laboral

## Resumen

**Objetivo:** Describir el consumo de bebidas alcohólicas por trabajadores de Atención Primaria de Salud (APS). **Métodos:** En diciembre de 2011 y febrero de 2012 los trabajadores de APS en un centro de Salud Familiar en el municipio de Vitória, Brasil, auto-administraron una encuesta anónima con preguntas sobre la frecuencia, la cantidad habitual y el consumo en *binge* tomadas de una encuesta nacional. Se obtuvieron también los datos demográficos, económicos y profesionales. **Resultados:** Cincuenta y tres (90%) de los 59 trabajadores elegibles participaron en la encuesta. Nadie reportó un consumo muy frecuente (5+ días a la semana), pero el 60% (32/53) reportó por lo menos un episodio de consumo en los últimos 12 meses. El 76% (39/51; 2 no respondieron) informó de un consumo habitual de hasta 2 dosis por día de consumo. Consumo de alcohol en *binge* fue reportado por el 51% (27) de todos los 53 trabajadores, es decir, el 84% de los 32 bebedores. Los trabajadores de nivel universitario presentaron la menor prevalencia de abstinencia (19%; 3/16) y, entre los bebedores, la menor prevalencia de consumo en *binge* (69%; 9/13). **Conclusiones:** Los trabajadores de este centro de la Estrategia de Salud Familiar tienen un consumo por lo general moderado de bebidas alcohólicas, pero la mayoría bebieron en *binge* al menos una vez en los últimos 12 meses. Es necesario estudiar en Brasil la relación entre el patrón de consumo de alcohol por los trabajadores de atención primaria y su role en la detección de consumo problemático de alcohol.

## Introdução

O consumo de bebidas alcoólicas é o principal fator de risco à saúde na América Latina. Nesta região, o uso de álcool é responsável por 9,9% da carga de doença, medida na forma de anos de vida perdidos ajustados para incapacidade<sup>1</sup>. São mais de 60 condições associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, incluindo desde causas externas de morbimortalidade, como acidente de trânsito e homicídio, até condições crônicas não transmissíveis, como câncer de boca, depressão, doença cerebrovascular e cirrose hepática<sup>2</sup>.

As pessoas que consomem bebidas alcoólicas com moderação têm menor risco de doenças cardiovasculares<sup>3,4</sup>, entre outras condições<sup>5</sup>, mas esse aparente benefício é revertido se o volume for concentrado em episódios de consumo intenso<sup>6-9</sup>. Esse padrão de alto risco, denominado consumo em *binge*, é definido pelo consumo superior a 5 doses padrão, no caso de homens, ou 4 doses padrão, para mulheres, em um período de até 2 horas, sendo cada dose padrão equivalente a 15 mL (12 g) de álcool etílico puro<sup>10</sup>.

No Brasil, 28% de todos os adultos bebem em *binge*, 48% não consomem bebidas alcoólicas, e portanto, apenas 24% bebem sem *binge*. Além disso, 3% dos brasileiros adultos fazem uso nocivo do álcool (consumo mantido apesar de prejuízos físicos, psicológicos ou sociais), e outros 9% são considerados dependentes (alcoólistas)<sup>11</sup>.

A abordagem do uso problemático de álcool na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), conta com instrumentos de triagem acurados<sup>12-16</sup> e intervenções breves eficazes<sup>17-19</sup>, com seus respectivos programas de treinamento<sup>20,21</sup>. Infelizmente, em geral, os trabalhadores da APS/ESF no Brasil não são capacitados para abordar o uso problemático de álcool, comprometendo a integralidade da assistência à saúde<sup>22-23</sup>.

Outro fator capaz de interferir no desempenho profissional é o consumo de bebidas alcoólicas pelo próprio profissional. Ao menos no caso dos médicos de família e comunidade (MFC), a capacidade para detectar o uso problemático do álcool parece estar relacionada ao padrão de consumo pelo próprio profissional<sup>24</sup>. A literatura sobre o consumo de álcool pelos médicos no Brasil é escassa, mas sabe-se que 17,8% dos médicos da ESF relatam algum problema com álcool ou outras drogas<sup>25</sup>, e em outros países a prevalência de uso nocivo e dependência é semelhante ou superior à da população geral<sup>26</sup>.

Não se sabe, por outro lado, a proporção de médicos e outros profissionais que fazem uso potencialmente nocivo de álcool no Brasil. O objetivo dessa pesquisa é descrever o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos médicos e outros trabalhadores da ESF em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

## Métodos

Realizou-se um levantamento do padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores da USF de Santo André, no município de Vitória, Espírito Santo. Assim como as outras USF do município, além das equipes mínimas (MFC, enfermeiro, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), conta com pediatra, assistente social, psicólogo, posto de coleta de exames laboratoriais, farmácia, e pessoal administrativo.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais cujo trabalho não se caracterizasse pela atenção ao primeiro contato. Isso incluiu profissionais da atenção secundária (fonoaudiólogas, alguns médicos e alguns assistentes administrativos), que temporariamente utilizam as instalações da USF; o ginecologista - que ao contrário da pediatra só atende a casos referenciados; assim como vigilantes e auxiliares de serviço geral, que não atendem à população. Também foram excluídos os alunos que utilizam a USF como campo de estágio, bem como seus professores, de forma a facilitar a comparação com outras unidades de saúde.

A coleta dos dados foi precedida de uma palestra explicando a pesquisa aos trabalhadores elegíveis, inclusive explicando como responder aos questionários autoadministrados. Não houve teste piloto. Na segunda metade de dezembro de 2011, o autor abordou individualmente os trabalhadores, durante o horário de trabalho, solicitando a assinatura do consentimento livre e esclarecido e entregando os questionários a serem preenchidos anonimamente por cada um deles. Durante o autopreenchimento dos questionários o autor esteve próximo para sanar eventuais dúvidas dos trabalhadores, e ao fim do preenchimento os questionários foram depositados em duas urnas: uma para trabalhadores de nível fundamental e médio e outra para profissionais de nível superior. Naturalmente, nem todos os trabalhadores elegíveis se encontravam na unidade de saúde nos dias em que os questionários foram entregues, de modo que dois meses depois, na segunda metade de fevereiro de 2012, os demais trabalhadores elegíveis foram abordados da mesma forma.

Dados demográficos (idade, sexo) e ocupacionais (cargo) foram obtidos junto à administração da USF e, quando necessário, junto aos próprios funcionários. O nível econômico foi avaliado através do Critério de Classificação Econômica Brasil 2011\* (sucessor do Critério ABIPEME), usando formulário preenchido anonimamente pelo trabalhador. Os dados demográficos, de nível econômico e ocupacional foram descritos tanto para os trabalhadores respondentes quanto

para os não respondentes e tanto para os de nível superior como para os de nível fundamental e médio.

Para avaliar o consumo de bebidas alcoólicas foram utilizadas 3 questões (sobre frequência, quantidade e consumo em *binge*) extraídas do questionário utilizado no primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira<sup>11</sup>. Essas questões também foram respondidas anonimamente. As respostas foram categorizadas como no levantamento nacional<sup>11</sup> e descritas separadamente para trabalhadores de nível superior e de nível fundamental e médio.

O preenchimento anônimo das informações mais sensíveis foi necessário para garantir a privacidade dos trabalhadores, levando em consideração que o pesquisador é um colega de trabalho. Os questionários foram depositados em duas urnas: uma para os trabalhadores de nível superior, e outra para os de nível fundamental e médio. Essa divisão foi uma forma de compatibilizar o anonimato das respostas com o objetivo de identificar eventuais subgrupos. Além disso, a relação entre as variáveis sociodemográficas e o consumo de bebidas alcoólicas já foi objeto de estudo<sup>11</sup>.

Por fim, o consumo de bebidas alcoólicas pela população do estudo foi comparado com o consumo pela população geral. A proporção de cada categoria de frequência, quantidade e consumo em *binge* para os sexos masculino e feminino na população geral foi multiplicada pela proporção dos sexos masculino e feminino entre os trabalhadores, para chegar às respectivas proporções estimadas para os trabalhadores.

Como só foi utilizada estatística descritiva, a eventual falta de dados (*missing data*) foi simplesmente registrada, sem o uso de técnicas como caso completo ou imputação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univix (Parecer nº 27/2011), e pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, ES. Em obediência à regulamentação vigente<sup>27,28</sup>, os trabalhadores só participaram da pesquisa após consentimento livre e esclarecido. Além dos dados serem divulgados apenas em sua forma agregada, os questionários foram preenchidos de forma anônima, como descrito anteriormente. No dia 8 de maio de 2012 os resultados da pesquisa foram apresentados aos trabalhadores da unidade de saúde.

## Resultados

Dos 59 trabalhadores elegíveis, 53 (90%) participaram da pesquisa. Dentre as 6 não participações, 2 (33%) foram por recusa, 2 (33%) por licença maternidade, 2 (33%) por licença médica. A participação foi de 94% (16 de 17) entre

\* Desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família de Santo André (Vitória, ES).

		Nível fundamental e médio				Nível superior				Total			
		Respondentes		Não respondentes		Respondentes		Não respondentes		Respondentes		Não respondentes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	7	19	-	-	5	31	-	-	12	23	-	-
	Feminino	30	81	5	100	11	69	1	100	41	77	6	-
Idade	18-24 anos	3	8	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-
	25-34 anos	9	24	2	40	8	50	-	-	17	32	2	33
	35-44 anos	12	32	-	-	1	6	-	-	13	24	-	-
	45-59 anos	12	32	2	40	7	44	-	-	19	36	2	33
	60+ anos	1	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-
	Desconhecida	-	-	1	20	-	-	1	100	-	-	2	33
Classe econômica	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	D	2	5	-	-	-	-	-	-	2	4	-	-
	C	19	51	-	-	1	6	-	-	20	38	-	-
	B	13	35	-	-	9	56	-	-	22	41	-	-
	A	2	5	-	-	6	38	-	-	8	15	-	-
	Desconhecida	1	3	5	100	-	-	1	100	1	2	6	100

**Tabela 2.** Distribuição por cargo dos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família de Santo André (Vitória, ES).

Cargo	Respondentes		Não respondentes	
	N	%	N	%
<b>Nível fundamental e médio</b>				
Agente comunitário de saúde	15	40	1	20
Assistente administrativo	5	13	-	-
Assistente de farmácia	2	5	-	-
Auxiliar de consultório dentário	3	8	-	-
Auxiliar de enfermagem	6	16	3	60
Auxiliar de laboratório	3	8	-	-
Técnico de enfermagem	2	5	1	20
Técnico de higiene dentária	1	3	-	-
<b>Nível superior</b>				
Assistente social	1	6	-	-
Cirurgião dentista	3	19	-	-
Diretor	1	6	-	-
Técnico esportivo	1	6	-	-
Enfermeiro	3	19	-	-
Farmacêutico	1	6	-	-
Médico	5	31	-	-
Psicólogo	-	-	1	100
Sanitarista	1	6	-	-

os trabalhadores de nível superior, e 88% (37 de 42) entre os trabalhadores de nível fundamental e médio. Os trabalhadores que participaram da pesquisa tinham idade média de 40 anos (desvio padrão: 11 anos). Dentre os 53 participantes, 41 (77%) eram mulheres, e 12 (23%), homens; 22 (41%) pertenciam à classe econômica B, e 20 (38%) à C; 37 (70%) tinham cargo de nível fundamental e médio e 16 (30%) cargos de nível superior. Os cargos mais frequentes foram agente comunitário de saúde (27%; 15 de 53), auxiliar de enfermagem (13%; 6 de 53), auxiliar administrativo (8%; 5 de 53) e médico (8%; 5 de 53). (Tabelas 1 e 2.)

Trinta e dois (60%) dos 53 trabalhadores relataram consumir bebidas alcoólicas, sendo 24 (45% dos 53) rara ou ocasionalmente (de 1 vez ao ano até 3 vezes por mês), e 8 (15% dos 53) frequentemente (1 a 4 vezes por semana). Nenhum trabalhador relatou consumir bebidas alcoólicas com muita frequência (5 vezes ou mais por semana). Os trabalhadores de nível superior tiveram menor proporção de consumo frequente (12%; 2 de 16) e abstinência (19%; 3 de 16) do que os de nível fundamental e médio (respectivamente 16% e 49%, ou seja, 6 e 18 de 37).

A quantidade usual relatada foi de até 2 doses padrão para 76% (39 de 51; 2 não responderam) dos trabalhadores. As proporções foram semelhantes entre os níveis.

O consumo de bebidas alcoólicas em *binge* foi relatado por 51% (27) dos 53 trabalhadores, novamente sem muita diferença entre os níveis. Numa análise *post hoc*, 84% (27) dos 32 trabalhadores que consomem bebidas alcoólicas relataram ao menos um episódio de consumo em *binge* nos últimos 12 meses; essa proporção foi de 69% (9 de 13) para os trabalhadores de nível superior e 95% (18 de 19) para os de nível fundamental ou médio.

Considerando-se que 77% (41) dos 53 trabalhadores eram mulheres, estimou-se que 54% seriam abstinentes, ou seja, que 46% consumiriam bebidas alcoólicas. Estimou-se ainda que 57% consumiriam 2 doses padrão ou menos por episódio de consumo, e que 77% não consumiriam bebidas alcoólicas em *binge*. Como a proporção de mulheres foi semelhante entre os trabalhadores de nível superior (69%; 11 de 16) e os de nível fundamental e médio (81%; 30 de 37), as estimativas de padrão de consumo também foram semelhantes. Houve diferenças importantes entre as proporções de padrão de consumo estimadas e as observadas (Tabela 3).

Tabela 3. Consumo de bebidas alcoólicas pelos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família de Santo André (Vitória, ES).

		Nível fundamental e médio			Nível superior			Total		
		Obs.*		Est.*	Obs.*		Est.*	Obs.*		Est.*
		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Frequência	Muito frequente	-	-	4	-	-	5	-	-	4
	Frequente	6	16	14	2	12	16	8	15	15
	Ocasional	7	19	17	4	25	17	11	21	17
	Rara	6	16	11	7	44	11	13	24	11
	Abstinência	18	49	54	3	19	52	21	40	54
Quantidade usual**	12+ doses	2	6	5	1	6	6	3	6	5
	5-11 doses	3	9	16	2	12	18	5	10	17
	3-4 doses	3	9	20	1	6	21	4	8	20
	Até 2 doses	27	77	58	12	75	55	39	76	57
Binge drinking	Sim	18	49	22	9	56	25	27	51	23
	Não	19	51	78	7	44	75	26	49	77

\*Est.: estimado; obs.: observado. \*\*2 dados faltantes.

## Discussão

Os trabalhadores da APS da unidade de saúde estudada apresentam um padrão de consumo de bebidas alcoólicas diferente da população brasileira, mesmo depois de levar em consideração a alta proporção de mulheres no grupo de trabalhadores pesquisado. Em resumo, o consumo usualmente moderado convive com uma prevalência elevada de consumo em *binge*.

Tanto a inserção no mercado de trabalho quanto a alta escolaridade da amostra podem ter contribuído para a baixa prevalência de abstinência (não consumo nos últimos 12 meses) e a alta prevalência do consumo em *binge*<sup>11,29</sup>. Esta última pode ainda ser explicada em parte por uma proporção relativamente grande de trabalhadores na faixa etária de 25 a 34 anos de idade (32%) e na classe econômica C1 ou superior (86,5%, dados não mostrados), já que ambos os subgrupos apresentam prevalência desse padrão de consumo maior do que a população geral<sup>11,29</sup>.

Por outro lado, nenhum dos subgrupos estudados no levantamento nacional apresentava prevalência maior do que 40% de consumo em *binge*<sup>11</sup>, em comparação com mais de 50% na população estudada.

Esta pesquisa está sujeita a uma série de limitações. Primeiramente, não inclui uma série de dados, como estado marital, quantidade e frequência específica para cada tipo de bebida alcoólica, ou efeitos do consumo de bebidas alcoólicas, devido uma necessidade operacional de limitar a coleta de dados. Em segundo lugar, os questionários foram preenchidos pelos próprios trabalhadores, apesar de terem sido desenvolvidos para aplicação por um entrevistador. Isso foi necessário para garantir a privacidade das respostas, levando em consideração que os sujeitos não estavam num contexto de atenção à sua saúde e que o pesquisador é colega de trabalho.

Outra limitação é o caráter transversal da pesquisa, o que torna os resultados sujeitos ao “efeito trabalhador saudável”<sup>30</sup>. Além disso, questionários de quantidade e frequência, como o empregado nesta pesquisa, podem subestimar o consumo de álcool por pessoas que ocasionalmente consomem doses superiores à usual<sup>31</sup>; a pesquisa de consumo em *binge* é uma das abordagens recomendadas para complementar a avaliação<sup>32</sup>. Por fim, a amostra deste estudo foi restrita a uma única unidade de saúde, de forma que os resultados não podem ser automaticamente generalizados para o contexto de outras unidades de saúde brasileiras.

Além dos cuidados já descritos na seção Métodos, um dos pontos fortes da pesquisa foi a adesão dos trabalhadores. De fato, apenas 2 dos 59 elegíveis se recusaram a participar, aparentemente ofendidos pelo tema, enquanto a maioria participou de bom grado. Durante a exposição dos resultados da pesquisa aos trabalhadores, estes se mostraram interessados, e pelo menos um destacou o fato da pesquisa refletir a realidade local, e não apenas leis gerais.

Não foi objetivo da pesquisa avaliar o impacto do levantamento sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos trabalhadores. Mesmo assim, durante a apresentação dos resultados aos trabalhadores, o autor teve o cuidado de explicar o que é um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco, e ao menos um dos trabalhadores relatou, em particular, ter melhorado seu padrão de consumo após a pesquisa.

## Conclusão

Poder-se-ia esperar que trabalhadores da APS fossem modelos de estilo de vida saudável, ou ao menos pudessem utilizar seus conhecimentos profissionais para cuidar melhor

da própria saúde. Infelizmente, não foi o caso da unidade de Saúde da Família estudada. A alta prevalência de consumo em *binge* sugere que esses trabalhadores sejam relativamente permissivos com esse padrão de consumo de bebidas alcoólicas, colocando em risco a própria saúde e, possivelmente, a saúde das pessoas sob seus cuidados.

Nesse sentido, se deveria pesquisar em que medida o consumo de bebidas alcoólicas por médicos e outros profissionais da APS pode influenciar seu papel na detecção e no cuidado de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool. Também seria importante avaliar em que medida o treinamento desses profissionais para a detecção e intervenção breve sobre o uso problemático do álcool teria algum impacto no padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos próprios profissionais de saúde. Assim, os resultados desta pesquisa enfatizam a importância de se estudar o consumo de bebidas alcoólicas pelos trabalhadores da APS no Brasil.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009.
2. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. 2nd ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004.
3. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342: d671. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d671>
4. Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ*. 2011; 342: d636. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d636>
5. Berg KM, Kunins HV, Jackson JL, Nahvi S, Chaudhry A, Harris Junior KA, et al. Association Between Alcohol Consumption and Both Osteoporotic Fracture and Bone Density. *Am J Med*. 2008; 121(5): 406-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.12.012>
6. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54(5): 328-32. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.5.328>
7. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychol Bull*. 2009; 135(1): 142-56. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014414>
8. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(19): 323-8.
9. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*. 2010; 55(3): 159-66. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-0095-x>
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism Council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter. 2004 Winter. Disponível em: [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter\\_Number3.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.htm)
11. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(3): 231-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000012>
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
13. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2): 199-206. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
14. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40(6): 584-9. <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh202>
15. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2000; 160(13): 1977-89. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.160.13.1977>
16. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
17. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16(3): 207-220.
18. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
19. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
20. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, et al. Capacitação de Profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2005; 1(1): 3.
21. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(spe): 813-20.
22. Lira KS, Moretti-Pires RO. Agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem na estratégia de saúde da família frente à temática do uso de álcool em um contexto amazônico. *Espaço Saúde*. 2009; 11(1): 28-37.
23. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(2): 219-28.
24. Kaner E, Rapley T, May C. Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Fam Pract*. 2006; 23(4): 481-7. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cml015>
25. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico

- de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Méd Minas Gerais*. 2010; 20(2): 189-97.
26. Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(3): 139-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000300013>
27. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, out. 1996.
28. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 23 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 23 set. 2009. Seção 1, p. 90.
29. Moura EC, Malta DC. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(suppl.1): 61-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500007>
30. Meijers JM, Swaen GM, Volovics A, Lucas LJ, van Vliet K. Occupational cohort studies: the influence of design characteristics on the healthy worker effect. *Int J Epidemiol*. 1989; 18(4): 970-5. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/18.4.970>
31. Greenfield TK, Kerr WC. Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction*. 2008; 103(7): 1082-99. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02197.x>
32. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA. Task Force on Recommended Alcohol Questions. National Council on Alcohol Abuse and Alcoholism Recommended Sets of Alcohol Consumption Questions. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/Resources/ResearchResources/Pages/TaskForce.aspx>.