

# Consumo de álcool entre populações quilombolas e indígenas: um estudo transversal multicêntrico

Consumo de alcohol entre poblaciones quilombolas e indígenas:  
un estudio transversal multicéntrico

Alcohol Consumption Among Quilombola and Indigenous Populations:  
A Multicenter Cross-Sectional Study

Brunna de Oliveira Freitas<sup>1</sup>

*Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasil*

Telmo Mota Ronzani<sup>2</sup>

*Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasil*

Magda Diniz Bezerra Dimenstein<sup>3</sup>

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasil*

Gabriel Martins da Silva<sup>4</sup>

*Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasil*

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.15442>

## Resumo

Objetivo: avaliar o consumo de risco e *binge drinking* entre indígenas e quilombolas, bem como identificar fatores associados. Metodologia: estudo transversal com amostra não probabilística. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, o *Alcohol Use Disorder Identification Test* e o *Self-Reporting Questionnaire*. Realizaram-se análises estatísticas exploratórias e inferenciais. Resultados: o padrão de risco foi identificado em 9.9 % da amostra e o *binge drinking*, em 17.9 %. Os fatores de risco associados ao primeiro foram: ser do sexo masculino e jovem. Já para o *binge drinking*, além da idade e do sexo, destacam-se ser indígena e viver em casas que não são de alvenaria. Conclusão: os achados mostram uma intersecção entre gênero, classe e raça/etnia no consumo problemático de álcool e reforçam a noção de determinação social do uso.

*Palavras-chave:* população indígena; quilombolas; abuso de álcool; determinação social da saúde

<sup>1</sup> Autor de correspondência. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1414-9688>, e-mail: [brunna.oli.f@gmail.com](mailto:brunna.oli.f@gmail.com)

<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8927-5793>, e-mail: [telmo.ronzani@ufjf.br](mailto:telmo.ronzani@ufjf.br)

<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5000-2915>, e-mail: [mgdimenstein@gmail.com](mailto:mgdimenstein@gmail.com)

<sup>4</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4421-0400>, e-mail: [martins.gabriel@estudante.ufjf.br](mailto:martins.gabriel@estudante.ufjf.br)

Para citar este artículo: Freitas, B. de O., Ronzani, T. M., Dimenstein, M. D. B., & Silva, G. M. da. (2026). Consumo de álcool entre populações quilombolas e indígenas: um estudo transversal multicêntrico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 44(1), 1-22. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.15442>

## Resumen

---

Objetivo: evaluar el consumo de riesgo y el *binge drinking* entre poblaciones indígenas y quilombolas, así como identificar los factores asociados. Metodología: estudio transversal con muestra no probabilística. Se aplicaron un cuestionario sociodemográfico, el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) y el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). Se realizaron análisis estadísticos exploratorios e inferenciales. Resultados: se identificó el patrón de consumo de riesgo en el 9.9 % de la muestra, y el *binge drinking* en el 17.9 %. Los factores de riesgo asociados al primero fueron ser hombre y joven. En el caso del *binge drinking*, además de la edad y el sexo, destacaron pertenecer a un pueblo indígena y vivir en viviendas que no son de mampostería. Conclusión: los hallazgos evidencian una intersección entre género, clase y raza/etnia en el consumo problemático de alcohol, y refuerzan la noción de determinación social del consumo.

*Palabras clave:* población indígena; quilombolas; abuso de alcohol; determinación social de la salud

## Abstract

---

Objective: To evaluate risky consumption and binge drinking among indigenous people and quilombolas and identify factors associated. Methodology: Cross-sectional study with a non-probability sample. A sociodemographic questionnaire, the Alcohol Use Disorder Identification Test, and the Self-Reporting Questionnaire were applied. Exploratory and inferential statistical analyses were performed. Results: Risk and binge patterns were identified in 9.9 % and 17.9 % of the samples. The risk factors associated with the risk pattern were: Being male and young. For the binge, in addition to age and gender, they were considered indigenous and lived in houses that were not made of masonry. Conclusion: There is an intersection between gender, class, and race/ethnicity in problematic alcohol consumption and reinforce the notion of social determination of this use.

*Keywords:* indigenous populations; quilombola communities; alcohol abuse; social determination of health

O debate sobre o consumo de drogas é recorrente em diversos espaços sociais. Há um temor amplamente difundido em relação aos riscos associados às drogas ilícitas. No entanto, o álcool é a substância mais consumida e apresenta os maiores níveis de disponibilidade e aceitabilidade social no Brasil (Bastos et al., 2017). O seu consumo tem sido reconhecido mundialmente como um importante problema de saúde pública (Macedo et al., 2016).

Estima-se que o álcool seja responsável por cerca de três milhões de mortes por ano e 5 % do total de carga de doenças no mundo (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool [CISA], 2021). No Brasil, esse consumo foi responsável por 2.9 % das internações hospitalares em 2019 (CISA, 2021). O continente americano registra algumas das mais altas taxas de prevalência de consumo de álcool no mundo e, em 2016, apresentou os maiores índices de transtornos relacionados ao consumo de álcool e de transtornos fetais associados a esse uso (Organización Panamericana de la Salud [OPAS], 2021).

O uso nocivo de álcool diz respeito ao consumo associado ao maior risco de danos à saúde ou à ocorrência de consequências sociais e de saúde para o consumidor, para seus pares e para a sociedade em geral (CISA, 2021). Indivíduos que consomem duas doses-padrão de álcool todos os dias ou mais de cinco doses em uma única ocasião, sem apresentar problemas decorrentes disso, têm seu padrão denominado de risco (Carneiro et al., 2017). Já o *binge drinking* caracteriza-se pelo consumo de cinco ou mais doses para homens e de quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião, regularmente ou não (Sanchez et al., 2020). Esse padrão está associado a uma maior ocorrência de violências, acidentes, intoxicação alcoólica, entre outros agravos, além de consequências de longo prazo quando ocorre com frequência (CISA, 2021). O *binge drinking* constitui um importante indicador para a avaliação dos riscos e dos prejuízos relacionados ao uso nocivo de álcool (CISA, 2021).

Todavia, esses efeitos negativos não ocorrem aleatoriamente. Pessoas com menor renda tendem a sofrer mais danos relacionados ao uso de álcool, e regiões com rendas mais altas têm taxas ligeiramente menores de danos atribuíveis a essa substância (OPAS, 2021). Não se pode afirmar que exista uma relação de causa e efeito entre o consumo de drogas e a questão social; trata-se, antes, de um fenômeno que expressa essa questão ou é por ela atravessado, afetando de forma mais aguçada setores pauperizados da sociedade (Furtuoso et al., 2020). Entende-se por “questão social” o conjunto de expressões das desigualdades econômica-sociais, como desemprego, fome, adoecimento, desproteção e desamparo diante de conjunturas econômicas adversas, constituídas no âmbito do sistema capitalista (Netto, 2013).

A identificação de dados epidemiológicos dos diferentes segmentos sociodemográficos passa a ser fundamental para a avaliação de programas e orientação de estratégias de controle e redução dos danos citados (Cardoso et al., 2015). No entanto, embora exista uma vasta produção sobre o consumo entre a população brasileira, há poucos estudos sobre o uso de álcool em zonas rurais (Macedo et al., 2018).

A população rural do país é diversa. Entre os grupos que a compõem se encontram os quilombolas e os indígenas, que se assemelham no tocante à exploração de seus corpos e territórios, ao extermínio dos seus integrantes e à exclusão no acesso a direitos e bens sociais ao longo do processo de formação do país (Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas [CONAQ] & Terra de Direitos, 2018; Milanez et al., 2019). A configuração contemporânea da elite

econômica e política indica a manutenção de desigualdades estruturais parcialmente relacionadas a processos históricos, como a colonização e a escravidão. As pessoas que hoje ocupam espaços de poder, em sua maioria homens brancos, mantêm o mesmo sistema de privilégios e riquezas herdado de seus antepassados, ainda sustentados pela exploração de grupos sociais, como as populações negra e indígena, e pela exclusão sistemática desses grupos do acesso a políticas públicas e recursos (CONAQ & Terra de Direitos, 2018).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022a) evidenciam essa realidade ao afirmarem a existência de uma maior vulnerabilidade socioeconômica entre populações de cor ou raça preta, parda e indígena. Segundo esse documento, a renda média de pessoas brancas (R\$ 3.099, cerca de US\$ 608) ocupadas em 2021 segue significativamente maior do que entre pretos (R\$ 1.764, cerca de US\$ 346,51) e pardos (R\$ 1.814, cerca de US\$ 356,33). Mesmo com ensino superior, pessoas brancas ganharam, em média, 50 % a mais do que a população negra no país nesse período. Além disso, esse mesmo grupo estava presente em 69 % dos cargos gerenciais, enquanto a população preta ou parda ocupava apenas 29.5 % desses cargos (IBGE, 2022a). Quanto à distribuição de terras, os dados são semelhantes: em 2017, cerca de 47.9 % dos estabelecimentos agropecuários tinham produtores declarados como brancos; 42.6 %, pardos; 7.8 %, pretos; e 0.8 %, indígenas (IBGE, 2020a). Ademais, a concentração de terras continua na mão desse grupo majoritário, pois, entre os produtores que dirigem estabelecimentos com área total de até 1 hectare, 57.9 % declararam-se como de cor ou raça parda; 13.6 %, preta; e 8.3 %, indígena. Nos estabelecimentos com mais de 500 hectares de terra, por sua vez, 72.2 % dos produtores são brancos (IBGE, 2020a).

No tocante aos territórios indígenas e quilombolas, sabe-se que, atualmente, existem 404 territórios quilombolas oficialmente delimitados no Brasil, embora ainda haja 5 000 localidades com presença desses povos que ainda não foram reconhecidas oficialmente (IBGE, 2020b), o que reforça a fragilidade em que essa população se encontra. As comunidades quilombolas são constituídas por grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada à resistência contra a opressão histórica sofrida no Brasil durante o processo de escravidão (Brasil, 2003). Quanto aos indígenas, o último censo demográfico mostrou que existem no país 391 etnias indígenas; além disso, 0.83 % da população brasileira é indígena (1 694 836 pessoas), da qual apenas 36.75 % vivem em terras indígenas oficialmente reconhecidas (IBGE, 2022b). Atualmente, o ataque a essa população segue crescente em busca da exploração de seus territórios. Relatório publicado pela Hutukara Associação Yanomami mostrou que, de 2016 a 2020, o garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami, a título de exemplo, cresceu 3.35 %, causando uma violação sistemática de direitos humanos nessas comunidades, situação semelhante à observada em outros territórios indígenas (Hutukara Associação Yanomami & Associação Wanasseduume Ye'kwana, 2022).

Diante de tais considerações, entende-se que, apesar de o consumo de álcool estar presente em diversos contextos, o seu maior impacto deve ser analisado a partir da concretude das relações e do cotidiano, o que remete às condições de vida dos indivíduos (Ronzani et al., 2016). Discutir o consumo de álcool de populações rurais, como quilombolas e indígenas, é de extrema relevância ao se considerar o contexto social citado, bem como sua cultura e história. Assim, o objetivo

deste estudo é avaliar o consumo de risco e *binge drinking* entre residentes de comunidades quilombolas e indígenas localizadas em quatro estados brasileiros, bem como identificar os fatores associados a esse uso.

## Método

### Desenho e participantes

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo transversal que corresponde à observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos durante uma única oportunidade (Klein & Bloch, 2008). Nesse delineamento, estabelecem-se relações de associação entre um desfecho e outras variáveis, além de identificar prevalência de determinadas características (Klein & Bloch, 2008). Nesse caso, o desfecho de interesse é o consumo de álcool, mais especificamente o uso de risco e o *binge drinking*, que foi relacionado a variáveis sociodemográficas. Os dados foram analisados à luz da determinação social da saúde (Laurell, 1982).

Os dados apresentados constituem um recorte da pesquisa “Saúde mental e povos tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso”, desenvolvida por universidades localizadas nos estados de Alagoas, Minas Gerais, Piauí e Rio Grande do Norte (Brasil).

A amostra se caracteriza como não probabilística ou de conveniência, composta por 335 indivíduos que pertencem a comunidades indígenas e quilombolas dos quatro estados citados. Para serem escolhidas, ambas deveriam estar localizadas na zona rural do mesmo município, que, por sua vez, deveria estar o mais próximo possível das instituições de ensino das quais os pesquisadores fazem parte. Assim, o estudo ocorreu nos seguintes municípios: Barbacena (Minas Gerais); Macaíba (Rio Grande do Norte); Palmeira dos Índios (Alagoas); e Piripiri (Piauí). No Rio Grande do Norte, apenas a comunidade indígena aceitou participar do estudo.

O período de aproximação e recrutamento dos participantes se deu ao longo de 2022, de acordo com o planejamento das equipes de cada estado. A coleta ocorreu no primeiro semestre de 2023, com exceção de Alagoas, cuja finalização ocorreu em outubro do mesmo ano.

Para que fosse possível realizar o estudo, buscou-se estabelecer contato com equipes de saúde de referência, associações de moradores e lideranças locais. Assim, após identificar e se aproximar das comunidades, foram realizadas visitas domiciliares em que o convite para participar era feito individualmente e, logo em seguida, eram aplicados os instrumentos. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do sexo, residir nas comunidades e pertencer aos grupos de interesse, considerando-se a autoidentificação. Já os critérios de exclusão foram ausência dos sujeitos em suas residências após tentativas de contato por parte da equipe, recusa em participar e existência de condições médicas ou psicológicas que impossibilitassem a participação.

## Instrumentos

A coleta foi realizada ao longo da semana durante o período diurno e noturno, pois muitos moradores trabalhavam durante o dia. As equipes, devidamente treinadas para tal atividade, aplicaram os instrumentos descritos a seguir.

- Questionário sociodemográfico: elaborado pela equipe para reunir informações sobre sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, composição familiar, valor e fonte de renda, tempo que reside no local, religião, condições de moradia, acesso aos serviços públicos de saúde, transferência de renda, de crédito e assistência social.
- *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT): questionário breve, composto por perguntas que correspondem à definição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de uso nocivo e dependência de álcool (Méndez, 1999). A pontuação final do AUDIT corresponde a quatro zonas de risco: Zona I — baixo risco ou abstinência (de 0 a 7 pontos); Zona II — padrão de risco (de 8 a 15 pontos); Zona III — uso nocivo (de 15 a 19 pontos); e Zona IV — provável dependência (20 ou mais pontos). Para o presente estudo, adotou-se como ponto de corte o valor mínimo para o desfecho de uso de risco (pontuação igual ou maior a 8). Para o desfecho de uso *binge drinking*, utilizou-se como parâmetro a questão 3 do instrumento, que avalia a frequência de consumo de seis ou mais doses nos últimos 12 meses, conforme a versão do instrumento utilizada na pesquisa (Méndez, 1999). É importante ressaltar que o *binge* não está relacionado à regularidade no consumo, mas sim à quantidade consumida por ocasião; trata-se de um consumo episódico excessivo (Sanchez, 2020). Logo, a questão 3 do AUDIT se aproxima dessa definição e possibilita identificar a frequência que esse tipo de consumo ocorre na vida dos participantes.
- *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-14): este instrumento é uma adaptação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), utilizado para rastrear os transtornos mentais não psicóticos, no qual o escore final indica nenhuma probabilidade de presença de transtorno não psicótico ou probabilidade extrema (Gonçalves et al., 2008). O SRQ-14 é uma adaptação para contextos rurais realizada por Ronzani et al. (2026). Essa versão é composta por 14 questões que pertencem à versão original e que mantém a mesma maneira de avaliação do SRQ-20, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 14 (extrema probabilidade). O ponto de corte adotado para esse instrumento foi o alcance de cinco ou mais respostas positivas, considerado como indicativo de transtornos não psicóticos.

## Análise dos dados

Os dados foram digitados no software Statistical Package for Social Science (SPSS®, versão 15.0). Foram realizadas análises estatísticas exploratórias, incluindo frequência absoluta ( $n$ ), frequência relativa (%), média ( $M$ ) e desvio-padrão ( $DP$ ). Ademais, realizaram-se análises inferenciais com o objetivo de avaliar a relação entre as variáveis estudadas, de acordo com o nível de mensuração e distribuição amostral. Inicialmente, procedeu-se a análises bivariadas, como qui-quadrado, teste  $t$ , análise de variância (ANOVA) com testes *post hoc* e teste de correlação de Pearson. Para a utilização de testes paramétricos, as análises foram conduzidas com bootstrap, com reamostragem de 1000, a

fim de aproximar a distribuição da normalidade da amostra. A variável de desfecho das análises foi o padrão de uso de risco e *binge drinking*. Posteriormente, selecionaram-se as variáveis que apresentaram significância estatística nas comparações bivariadas para testar um modelo de associação com o padrão de uso de álcool, mais especificamente uso de risco (sim/não) e uso *binge drinking* (sim/não). Para todas as comparações, adotou-se um intervalo de confiança de 95 % ( $p < 0.05$ ).

Em seguida, no caso em que as comparações das médias dos padrões de risco e *binge* se apresentaram estatisticamente significativas, foi realizada uma análise multivariada de regressão logística binária (método *backward*: LD). Para tal, as medidas de desfecho (risco e *binge drinking*) foram variáveis dicotômicas (não — 0; sim — 1). Para testar a adequação do modelo de predição dos desfechos, utilizaram-se Omnibus Test e -2 Log Likelihood e  $R^2$  de Nagelkerke. As medidas de predição do modelo foram apresentadas pelos coeficientes brutos ( $B$ ), erro-padrão ( $SD$ ), odds ratio ( $OR$ ) e intervalo de confiança ( $CI$ ). Para tais análises, as variáveis de associação foram definidas como: sexo (masculino — 1); acesso à água por rede pública (sim — 1; não — 0); raça/etnia (indígena [sim — 1]); morar em comunidade indígena (sim — 1; não — 0); residir em casas de materiais diversos (alvenaria — 1; outros materiais — 0); e atendimento hospitalar (município — 1; outra localidade — 0).

### Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, sob o Parecer número 4.669.056. Todos os princípios de ética em pesquisa com seres humanos foram seguidos ao longo do estudo. Ao aceitarem participar do estudo, os participantes assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido, e os dados eram coletados. Ademais, a coleta ocorreu no domicílio, em local reservado, para preservar os participantes. Aqueles que se mostravam mais sensíveis ou com dificuldades para responder, devido a um sofrimento psíquico, eram orientados em relação aos serviços de saúde mental disponíveis e às formas de acesso, e a coleta, por sua vez, era interrompida.

## Resultados

A Tabela 1 reúne os dados sociodemográficos, de saúde e de consumo de álcool da amostra, composta por 335 indivíduos. Quanto ao perfil da população, a idade média dos participantes foi de 44.98 ( $DP = 16.5$ ). Houve predominância do sexo feminino (63 %), pessoas negras (61.1 %), casados (59.1 %), que completaram no máximo o ensino fundamental (66.9 %) e com renda familiar de até um salário-mínimo (65.5 %), que provém de até duas formas de sustento (71.6 %). As famílias eram compostas por dois membros ou mais (66.3 %).

Esses indivíduos vivem predominantemente em comunidades quilombolas (60.3 %), o que pode explicar o número maior de participantes negros. As residências são de alvenaria (83.9 %), não possuem acesso à água por rede pública (73.4 %), o que se dá por diferentes vias, como poços artesianos; em 86.5 % dos casos, a energia chega por meio de relógio próprio. O lixo é descartado por meio da coleta pública (60.2 %), embora muitos ainda relatam outras formas de descarte.

Quanto ao atendimento em saúde, 84.5 % dessa população é atendida por agentes comunitários de saúde (ACS). Em 69.9 % dos casos, os participantes frequentam estabelecimentos que se encontram na própria comunidade. Sobre os programas de saúde, 76 % da amostra diz acessar até cinco tipos de programas, como vacinação, saúde da mulher e outros. Quando se trata especificamente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apenas 16.9 % fazem ou fizeram algum tipo de acompanhamento nesses estabelecimentos, e 8.3 % da população tem ou já teve algum familiar em internação psiquiátrica.

Também foi investigado o acesso aos programas de assistência social e de créditos, principalmente aqueles voltados para populações rurais. No que diz respeito à assistência social, 76.7 % dos participantes fazem parte de algum tipo de programa, como o Bolsa Família. Situação semelhante ocorre com os programas de crédito, pois 67.5 % afirmam ter acessado ou acessam algum desses programas.

Por fim, o consumo de álcool nos padrões de risco e *binge* foram os que se destacaram, com prevalência de, respectivamente, 9.9 % e 17.5 %. Quanto ao resultado do SRQ-14, 33.7 % da amostra alcançou o ponto de corte do instrumento (cinco pontos), o que indica possível presença de transtornos não psicóticos.

Tabela 1.  
*Dados sociodemográficos e de saúde da população estudada (n = 335)*

| Variáveis                            | Média (DP), % (n) |
|--------------------------------------|-------------------|
| <b>Idade (anos)</b>                  | 44.98 (16.5)      |
| <b>Sexo</b>                          |                   |
| Feminino                             | 63.0 (211)        |
| Masculino                            | 37.0 (124)        |
| <b>Estado civil</b>                  |                   |
| Não casado(a)                        | 40.9 (137)        |
| Casado(a)                            | 59.1 (198)        |
| <b>Escolaridade</b>                  |                   |
| Até o ensino fundamental completo    | 66.9 (222)        |
| Acima do ensino fundamental completo | 33.1 (110)        |
| <b>Comunidade</b>                    |                   |
| Indígena                             | 39.7 (133)        |
| Quilombola                           | 60.3 (202)        |
| <b>Raça/cor</b>                      |                   |
| Negra                                | 61.1 (204)        |
| Indígena                             | 36.2 (121)        |
| Branca                               | 2.7 (9)           |

| Variáveis                                      | Média (DP), % (n) |
|------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Renda familiar</b>                          |                   |
| Até um salário-mínimo                          | 65.5 (218)        |
| Acima de um salário-mínimo                     | 34.5 (115)        |
| <b>Sustento familiar</b>                       |                   |
| Até duas formas de sustento                    | 71.6 (240)        |
| Mais de duas formas de sustento                | 28.4 (95)         |
| <b>Número de moradores na residência</b>       |                   |
| Até dois                                       | 33.7 (113)        |
| Mais de dois                                   | 66.3 (222)        |
| <b>Tipo de casa</b>                            |                   |
| Casa de alvenaria                              | 83.9 (281)        |
| Casa de outro material                         | 16.1 (54)         |
| <b>Acesso à água</b>                           |                   |
| Rede pública                                   | 26.6 (89)         |
| Outras formas                                  | 73.4 (245)        |
| <b>Energia</b>                                 |                   |
| Relógio próprio                                | 86.5 (288)        |
| Outras formas                                  | 13.5 (45)         |
| <b>Destino dos dejetos</b>                     |                   |
| Fossa séptica                                  | 73.1 (244)        |
| Outras formas                                  | 26.9 (90)         |
| <b>Destino do lixo</b>                         |                   |
| Coleta pública                                 | 60.2 (201)        |
| Outras formas                                  | 39.8 (133)        |
| <b>Acesso à atendimento em saúde</b>           |                   |
| ACS                                            | 84.5 (283)        |
| ESF/NASF                                       | 19.4 (65)         |
| Posto de saúde                                 | 48.4 (162)        |
| UBS                                            | 25.7 (86)         |
| Hospital/UPA                                   | 33.1 (111)        |
| <b>Localização do estabelecimento de saúde</b> |                   |
| Comunidade                                     | 69.9 (234)        |
| Fora da comunidade                             | 30.1 (101)        |

| Variáveis                                       | Média (DP), % (n) |
|-------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Acesso a programas de saúde</b>              |                   |
| Acesso a pelo menos cinco programas             | 76 (254)          |
| Acesso a mais de cinco programas                | 24 (80)           |
| <b>Familiar atendido pelo CAPS</b>              |                   |
| Sim                                             | 16.9 (38)         |
| Não                                             | 83.1 (187)        |
| <b>Internação psiquiátrica na família</b>       |                   |
| Sim                                             | 8.3 (19)          |
| Não                                             | 91.7 (210)        |
| <b>Acesso a programas de assistência social</b> |                   |
| Não                                             | 23.3 (78)         |
| Sim                                             | 76.7 (257)        |
| <b>Acesso a programas de crédito</b>            |                   |
| Não                                             | 32.5 (109)        |
| Sim                                             | 67.5 (226)        |
| <b>Padrões de uso de álcool</b>                 |                   |
| Baixo risco                                     | 87.8 (294)        |
| Uso de risco                                    | 9.9 (33)          |
| Uso nocivo                                      | 0.9 (3)           |
| Provável dependência                            | 1.5 (5)           |
| <i>Binge drinking</i>                           | 17.9 (60)         |
| <b>SRQ-14</b>                                   |                   |
| Abaixo do ponto de corte                        | 66.3 (222)        |
| Acima do ponto de corte                         | 33.7 (113)        |

*Nota:* Estratégia de Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na Tabela 2, encontram-se as associações bivariadas entre a frequência de uso de risco e de *binge drinking* e as variáveis sociodemográficas investigadas. Em relação ao uso de risco, o sexo masculino, o acesso à água por rede pública e a idade apresentaram associação estatisticamente significativa ( $p < 0.005$ ). Além disso, observou-se que, quanto mais jovem o participante, mais forte foi essa relação. Quanto ao *binge*, ser indígena e morar em comunidades indígenas, residir em casas que não são de alvenaria e ter atendimento hospitalar fora do município também mostraram associações estatisticamente significativas. A idade e o sexo apresentam a mesma relevância identificada no consumo de risco. As demais variáveis não apresentaram diferenças em relação aos padrões de consumo analisados.

Tabela 2.

*Comparação entre variáveis sociodemográficas e de saúde com uso de risco e binge drinking de álcool (n = 335)*

| Variável                    | Uso de risco |             | Binge drinking |             |
|-----------------------------|--------------|-------------|----------------|-------------|
|                             | Sim          | Não         | Sim            | Não         |
| <b>Sexo*</b>                |              |             |                |             |
| Masculino                   | 25.8         | 74.2        | 30.6           | 69.4        |
| Feminino                    | 4.3          | 95.7        | 10.4           | 89.6        |
| <b>Idade* (M/DP)</b>        | 38.8/15.17   | 45.86/16.56 | 38.18/14.37    | 46.51/16.63 |
| <b>Estado civil</b>         |              |             |                |             |
| Casado(a)                   | 12.1         | 87.9        | 18.2           | 81.8        |
| Solteiro(a)                 | 12.4         | 87.6        | 17.5           | 82.5        |
| <b>Escolaridade</b>         |              |             |                |             |
| Ensino fundamental completo | 11.7         | 88.3        | 16.7           | 83.3        |
| Acima do ensino fundamental | 13.6         | 86.4        | 20.9           | 79.1        |
| <b>Raça/cor**</b>           |              |             |                |             |
| Negro                       | 11.8         | 88.2        | 13.2           | 86.8        |
| Indígena                    | 14.0         | 86.0        | 27.3           | 72.7        |
| Branco                      | 0.0          | 100.0       | 0.0            | 100.0       |
| <b>Comunidade**</b>         |              |             |                |             |
| Quilombola                  | 9.9          | 90.1        | 12.9           | 87.1        |
| Indígena                    | 15.8         | 84.2        | 25.6           | 74.4        |
| <b>Tipo de casa**</b>       |              |             |                |             |
| Alvenaria                   | 11.0         | 89.0        | 14.6           | 85.4        |
| Outros materiais            | 18.5         | 81.5        | 35.2           | 64.8        |
| <b>Acesso à água*</b>       |              |             |                |             |
| Rede pública                | 19.1         | 80.9        | 27.0           | 73.0        |
| Outras formas               | 9.8          | 90.2        | 14.7           | 85.3        |
| <b>Tratamento da água</b>   |              |             |                |             |
| Tratada                     | 12.7         | 87.3        | 18.9           | 81.1        |
| Não tratada                 | 11.2         | 88.8        | 15.9           | 84.1        |
| <b>Acesso à energia</b>     |              |             |                |             |
| Relógio próprio             | 13.2         | 86.8        | 18.8           | 81.3        |
| Outras formas               | 6.7          | 93.3        | 13.3           | 86.7        |

| Variável                           | Uso de risco |      | <i>Binge drinking</i> |      |
|------------------------------------|--------------|------|-----------------------|------|
|                                    | Sim          | Não  | Sim                   | Não  |
| <b>Destino dos dejetos</b>         |              |      |                       |      |
| Fossa séptica                      | 12.3         | 87.7 | 17.2                  | 82.8 |
| Outras formas                      | 12.2         | 87.8 | 20.0                  | 80.0 |
| <b>Destino do lixo</b>             |              |      |                       |      |
| Coleta pública                     | 12.4         | 87.6 | 19.4                  | 80.6 |
| Outras formas                      | 12.0         | 88.0 | 15.8                  | 84.2 |
| <b>Renda familiar</b>              |              |      |                       |      |
| Até um salário-mínimo              | 11.5         | 88.5 | 18.3                  | 81.7 |
| Acima de um salário-mínimo         | 13.9         | 86.1 | 16.5                  | 83.5 |
| <b>Forma de sustento</b>           |              |      |                       |      |
| Até duas formas de sustento        | 11.7         | 88.3 | 15.8                  | 84.2 |
| Mais de duas formas de sustento    | 13.7         | 86.3 | 23.2                  | 76.8 |
| <b>Tempo de residência</b>         |              |      |                       |      |
| Até seis anos                      | 14.0         | 86.0 | 16.3                  | 83.7 |
| Mais de seis anos                  | 12.0         | 88.0 | 17.9                  | 82.1 |
| <b>Número de moradores</b>         |              |      |                       |      |
| Até dois                           | 14.2         | 85.8 | 15.9                  | 84.1 |
| Mais de dois                       | 11.3         | 88.7 | 18.9                  | 81.1 |
| <b>Estabelecimento de saúde</b>    |              |      |                       |      |
| Localizado na comunidade           | 11.5         | 88.5 | 19.2                  | 80.8 |
| Fora da comunidade                 | 13.9         | 86.1 | 14.9                  | 85.1 |
| <b>Atendimento hospitalar**</b>    |              |      |                       |      |
| No município                       | 12.0         | 88.0 | 13.6                  | 86.4 |
| Fora do município                  | 12.6         | 87.4 | 23.2                  | 76.8 |
| <b>Acesso a programas de saúde</b> |              |      |                       |      |
| Até cinco programas                | 11.8         | 88.2 | 17.3                  | 82.7 |
| Mais de cinco programas            | 13.8         | 86.3 | 20.0                  | 80.0 |
| <b>Familiar atendido pelo CAPS</b> |              |      |                       |      |
| Sim                                | 2.6          | 97.4 | 5.3                   | 94.7 |
| Não                                | 9.6          | 90.4 | 17.1                  | 82.9 |

| Variável                                        | Uso de risco |      | Binge drinking |      |
|-------------------------------------------------|--------------|------|----------------|------|
|                                                 | Sim          | Não  | Sim            | Não  |
| <b>Internação psiquiátrica na família</b>       |              |      |                |      |
| Sim                                             | 5.3          | 94.7 | 5.3            | 94.7 |
| Não                                             | 8.6          | 91.4 | 15.7           | 84.3 |
| <b>Acesso a programas de assistência social</b> |              |      |                |      |
| Sim                                             | 12.5         | 87.5 | 19.5           | 80.5 |
| Não                                             | 11.5         | 88.5 | 12.8           | 87.2 |
| <b>Acesso a programas de crédito</b>            |              |      |                |      |
| Sim                                             | 12.8         | 87.2 | 19.0           | 81.0 |
| Não                                             | 11.0         | 89.0 | 15.6           | 81.4 |
| <b>SRQ-14</b>                                   |              |      |                |      |
| Acima do ponto de corte                         | 8.0          | 92.0 | 13.3           | 86.7 |
| Abaixo do ponto de corte                        | 14.4         | 85.6 | 20.3           | 79.7 |

Nota: \*comparação bivariada estatisticamente significativa com o uso de risco; \*\*comparação bivariada estatisticamente significativa com o *binge drinking*.

Em seguida, foram testados modelos de associação entre uso de risco e *binge drinking* a partir da regressão logística. Para a composição do modelo, foram selecionadas as variáveis com significância estatística para as comparações bivariadas. Para isso, as variáveis categóricas foram dicotomizadas. O modelo final para a associação entre o uso de risco e as variáveis se apresentou adequado. A variável explicada foi de 23 % ( $R^2$  de Nagelkerke = 0.233). Os demais indicadores sugerem o bom desempenho do modelo final (-2 Log Likelihood = 203.885; Omnibus Tests of Model Coefficients = 41.948,  $df=2$ ,  $p < 0.001$ ). A idade e sexo se mantiveram no modelo final de predição, o que demonstra que ser do sexo masculino ( $OR = 8.70$ ;  $IC\ 95\ \% = 3.919-19.295$ ) e mais jovem ( $OR = 0.96$ ;  $IC\ 95\ \% = 0.945-0.989$ ) estão relacionados ao uso de risco de bebidas alcoólicas, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3.

Modelo final de regressão logística (Backward LR) das variáveis associadas com uso de risco álcool

|                         | Uso de risco |           |           |                |
|-------------------------|--------------|-----------|-----------|----------------|
|                         | <i>B</i>     | <i>SE</i> | <i>OR</i> | 95 % <i>CI</i> |
| <b>Sexo (masculino)</b> | 2.163        | 0.407     | 8.70      | 3.919-19.295   |
| <b>Idade</b>            | -0.034       | 0.011     | 0.96      | 0.945-0.989    |

Nota: *B* — unstandardized coefficients; *SE* — standard error; *OR* — odds ratio; *CI* — confidence interval -2 Log Likelihood = 203.885; Nagelkerke R Square = 0.233; Omnibus Tests of Model Coefficients = 41.948;  $df=2$ ;  $p < 0.001$ .

No que concerne ao *binge drinking*, o modelo de predição também se apresentou significativo e com indicativos de adequação final do modelo. A variância explicada se apresentou ainda mais alta que para o uso de risco com 45 % ( $R^2$  de Nagelkerke = 0.451). Os demais indicadores de adequação do modelo também se mostraram satisfatórios: -2 Log Likelihood= 167.407; Omnibus Tests of Model Coefficients = 88.367;  $df=4$ ;  $p < 0.001$ . As variáveis que foram mantidas no modelo de associação final com o uso *binge drinking* foi ser do sexo masculino ( $OR = 10.07$ ;  $IC\ 95\ \% = 4.292-23.679$ ), mais jovens ( $OR = 0.93$ ;  $IC\ 95\ \% = 0.906-0.961$ ), ser indígena ( $OR = 5.25$ ;  $IC\ 95\ \% = 2.298-12.001$ ) e residir em casas que não fossem de alvenaria ( $OR = 7.27$ ;  $IC\ 95\ \% = 3.008-17.563$ ) (Tabela 4).

Tabela 4.

Modelo final de regressão logística (Backward LR) das variáveis associadas com uso de álcool do tipo *binge drinking*

|                                        | <i>Binge</i> |           |           |                |
|----------------------------------------|--------------|-----------|-----------|----------------|
|                                        | <i>B</i>     | <i>SE</i> | <i>OR</i> | <i>95 % CI</i> |
| <b>Sexo (masculino)</b>                | 2.310        | 0.436     | 10.07     | 4.292-23.679   |
| <b>Idade</b>                           | -0.069       | 0.015     | 0.93      | 0.906-0.961    |
| <b>Raça (indígena)</b>                 | 1.659        | 0.422     | 5.25      | 2.298-12.001   |
| <b>Tipo de moradia (sem alvenaria)</b> | 1.984        | 0.450     | 7.27      | 3.008-17.563   |

Nota: -2 Log Likelihood = 167.407;  $R^2$  de Nagelkerke = 0.451; Omnibus Tests of Model Coefficients = 88.367;  $df=4$ ;  $p < 0.001$ .

## Discussão

O perfil socioeconômico dos participantes não apresentou grandes diferenças em relação a outras investigações realizadas com populações indígenas e quilombolas, assim como outras populações rurais. Observam-se predominância do sexo feminino, uniões estáveis, adultos jovens com no máximo ensino fundamental completo, com renda mensal de até um salário-mínimo e dependência de programas de assistência social (Cardoso et al., 2015; Dimenstein et al., 2019; Melo et al., 2011). As condições de moradia e saúde também se assemelham se comparadas aos mesmos estudos. Essas pesquisas e os resultados aqui identificados mostram que a principal forma de acesso e cuidado em saúde em contexto rural é por meio do ACS, ou seja, da Atenção Primária em Saúde.

A baixa escolaridade e a renda mensal dessas populações, bem como a falta de acesso aos serviços de saúde, constituem um quadro comum no contexto rural. Macedo et al. (2018) explicam que esses espaços são marcados por vulnerabilidade, pobreza e miséria; mesmo com avanços nos indicadores, ainda se observam consideráveis níveis de não alfabetizados, com dificuldade de acesso a diferentes serviços públicos, dependência de transferência de renda e precariedade nas condições de moradia e trabalho.

Quando se trata de quilombolas e indígenas, existe ainda todo o processo de colonização e exploração que intensifica essas condições. Na América Latina, 8 % da população é indígena; no entanto, esse

grupo representa 14 % dos mais pobres e 17 % dos extremamente pobres, além de enfrentar constantemente dificuldades de acesso à terra e à habitação (OPAS, 2021). A população quilombola também vive em um campo de tensões e de luta constante, marcado por violações de direitos, condições precárias de vida e ameaças aos seus territórios, decorrentes de disputas políticas que envolvem grandes proprietários de terra e setores do próprio Estado (Macedo et al., 2021).

Sobre o uso de álcool, o *binge drinking* se destaca como padrão de consumo predominante com prevalência de 17.9 %, seguido do padrão de risco com 9.9 %. O dado referente ao consumo em *binge drinking* se assemelha ao encontrado na população brasileira que chega a 16.5 % (Bastos et al., 2017), porém a ultrapassa. Há uma dificuldade de comparação, pois, além da baixa produção de estudos sobre o álcool em contexto rural, os existentes utilizam instrumentos e categorizações para os padrões de uso de variadas formas. Como exemplo, a pesquisa de Silva e Menezes (2016), realizada com quilombolas, utilizou outro tipo de questionário que caracterizava o consumo excessivo como regular (15 doses por semana para homens e 10 para mulheres) e episódico (padrão *binge drinking*). Já sobre a população indígena, existe carência de pesquisas epidemiológicas que dificulta o dimensionamento desse consumo (Barreto et al., 2020). A dificuldade na delimitação desses indicadores é algo presente até mesmo no sistema de vigilância epidemiológica brasileira, em que o único indicador de uso nocivo acompanhado pelo governo é o de *binge drinking* (Sanchez et al., 2020).

Quanto aos fatores de risco associados ao consumo identificados na pesquisa, a idade e o sexo aparecem em ambos os padrões analisados, relação já reconhecida na literatura. Em todo o continente americano e no mundo, os homens consomem consideravelmente mais álcool do que as mulheres, bebem com mais frequência e intensidade (OPAS, 2021), tal como mostram os dados apresentados. No Brasil, um inquérito nacional mostrou que uma maior proporção de homens reportou o consumo em *binge drinking*, sendo essa diferença estatisticamente significativa (Bastos et al., 2017). Estudos semelhantes mostram a mesma relação quanto ao sexo em quilombolas, indígenas e assentados da reforma agrária (Cardoso et al., 2015; Dimenstein et al., 2019; Seale et al., 2002).

Há uma construção social que gera estereótipos sociais e culturais que cada sociedade vai atribuir aos comportamentos, características e valores de homens e mulheres (Romo-Avilés, 2018). Para Romo-Avilés (2018), o gênero é cultural e determina os papéis sociais, ou seja, constrói o ideal de feminilidade e masculinidade. O consumo do álcool é símbolo de masculinidade na sociedade, principalmente quando a bebida não interfere nas obrigações (Silva & Menezes, 2016). Além disso, a experiência com a bebida é vista, em muitas culturas, como parte da aprendizagem de códigos de conduta masculinos, cultural e socialmente aceitos (CISA, 2022). Já as mulheres que bebem tendem a ser socialmente representadas como sexualmente promíscuas, além de romperem com papéis que lhe são atribuídos, como o da maternidade (Romo-Avilés, 2018). Registra-se aumento significativo do consumo entre elas nos últimos anos, o que tem sido atribuído às conquistas de equidade de gênero que geraram mudanças nos padrões de comportamento (CISA, 2021; Dimenstein et al., 2019; Romo-Avilés, 2018). Porém, vale ressaltar que isso não explica a experiência de todas as mulheres, como a das mulheres negras quilombolas, que vivenciam múltiplas vulnerabilidades de gênero, raciais, de classe, ambientais, além de terem o seu trabalho invisibilizado nesses contextos (Dimenstein et al., 2019).

A diferença no consumo de homens e mulheres está diminuindo especialmente entre adolescentes e jovens (CISA, 2022). Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar mostrou que a experimentação do álcool foi maior entre mulheres, figurando em um percentual de 66.9 %, enquanto nos homens esse número chegou a 59.6 % (IBGE, 2021). Cenário que se difere do apontado na pesquisa anterior, realizada em 2015, na qual não houve diferenças significativas entre os sexos (IBGE, 2021).

No que concerne à idade, a situação é semelhante ao sexo, os achados são compatíveis aos da literatura. Dados sobre o consumo brasileiro mostram prevalências maiores entre adultos jovens de 18 a 29 anos e de 30 a 39 anos (Garcia & Freitas, 2015). A proporção de consumo no país é significativamente menor entre indivíduos com idade de 45 a 54 anos e de 55 a 65 anos quando comparado à faixa de 25 a 34 anos, distribuição que se mantém no padrão *binge drinking* (Bastos et al., 2017).

O modelo final de regressão logística apontou que, quanto ao *binge drinking*, existem outros dois fatores de risco, ser indígena e residir em casas que não são de alvenaria. Embora existam poucos dados sobre o consumo de populações indígenas, eles indicam que elas têm elevado risco de sofrer danos relacionados a esse uso (OPAS, 2021). E foi justamente o padrão associado a diversos agravos — *binge drinking* — que foi mais expressivo entre os indígenas nesta pesquisa, mesmo eles representando menos da metade dos participantes.

As consequências do colonialismo entre os povos indígenas da América Latina se refletem na falta de acesso à terra e à habitação, além das condições precárias de vida, aspectos que geram um impacto profundo nesses povos, causando estresse emocional, traumas, entre outros, que podem contribuir para uma maior dependência do álcool (OPAS, 2021). Assim, o consumo prejudicial de álcool tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública entre os povos indígenas do país, além de estar relacionado a outros diversos problemas de saúde e sociais (Ministério da Saúde et al., 2019).

Os povos indígenas possuem regras sociais e crenças que permeiam o seu uso, o que faz com que as bebidas tradicionais produzidas por eles e as práticas de consumo sejam carregadas de simbolismo. Na região do Norte do país, por exemplo, muitas etnias consomem o caxiri, bebida à base de mandioca, que deve ser produzida pelas mulheres, pois isso está atrelado ao seu papel (Souza et al., 2010). No Sul do país, há o costume de consumir bebidas durante o trabalho (Ghiggi Junior & Langdon, 2014). A própria idade para o início do uso depende de rituais de passagem para a vida adulta, que ocorrem de 12 a 15 anos (Pereira & Ott, 2012; Souza et al., 2010).

Foi justamente o contato com outras culturas e o processo de exploração implantado desde a colonização que alteram essa relação, levando o consumo a se configurar como um problema de saúde pública. Nesse processo, novas bebidas foram introduzidas no dia a dia desses povos, transformando a relação existente. No Norte do país, o costume é consumir o caxiri até que ele acabe, pois não pode ser armazenado. Essa lógica é transferida para qualquer outra bebida alcoólica, como a cachaça, que, após contato interétnico, tem ampla disponibilidade (Souza & Garnelo, 2007). Assim, o consumo excessivo que só ocorria quando o alimento estava pronto para ser transformado em caxiri e depois de um longo processo de fermentação; agora ocorre a qualquer momento. Até mesmo o consumo tradicional se configura como cenário de risco, pois passa a ocorrer em espaços desprovidos de sentidos e marcos regulatórios tradicionais (Pérez, 2019).

A relação do consumo em *binge drinking* com morar em casas que não são de alvenaria reforça o fato de o uso sofrer o impacto das condições de existências e vulnerabilidade. A maioria dos moradores participantes deste estudo possui baixa escolaridade e renda, bem como reside majoritariamente em casas de alvenaria, o que demonstra que pertence a uma classe social menos privilegiada e pode enfrentar diversas dificuldades de acesso aos direitos, bens e serviços da sociedade. No entanto, viver em casas construídas com outros materiais foi a variável que apresentou relação estatisticamente significativa com o *binge drinking*. Esse resultado sugere que esses indivíduos podem estar expostos a condições de vida mais precárias, o que possivelmente influencia seus padrões de consumo.

Um estudo realizado em um assentamento rural mostrou que os participantes que apresentavam padrão de uso problemático de álcool eram justamente aqueles com renda e escolaridade mais baixa, com precárias condições de moradia e sem acesso a serviços de saúde e educação de qualidade (Cardoso et al., 2015). Condições de desvantagem social aumentam a vulnerabilidade das populações rurais ao sofrimento psíquico e ao uso problemático de álcool (Pérez, 2019). Diante dessa realidade, o álcool acaba por se configurar como a única fonte de prazer e distração em meio a uma existência desprazerosa e altamente limitadora (Furtuoso et al., 2020).

Diante do exposto, torna-se impossível desassociar o consumo de álcool da determinação social do processo de saúde e adoecimento e da intersecção de diferentes eixos de opressão. Esta é uma das contribuições desta pesquisa, pois predominam, nos modelos vigentes sobre o assunto, concepções biomédicas marcadas por vieses estigmatizantes, moralizantes e naturalizantes, que reforçam um ideal individualista e excluem aspectos sociais vinculados ao consumo de álcool e de outras drogas (Medeiros et al., 2021). Este estudo evidencia justamente o oposto: classe social, gênero, raça e etnia estão associados aos padrões de consumo nocivo, e esses marcadores sociais da diferença e eixos de opressão não podem ser analisados de maneira isolada. A realidade vivenciada por cada grupo resulta do entrecruzamento desses marcadores, que, a depender do contexto, podem assumir diferentes configurações e produzir distintas experiências sociais (Rodin, 2021).

O consumo é uma das diversas questões que compõem a vida e não pode ser analisado de maneira dissociada da sociedade na qual ocorre. Por isso, é preciso considerar os componentes sociais, históricos e culturais que permeiam os diferentes grupos (Ronzani et al., 2016). Em resumo, qualquer padrão de consumo é socialmente determinado, sendo atravessado pelas opressões, pela forma como a sociedade se organiza e pelos processos de constituição dos diferentes grupos.

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade de inserção nos territórios para a formação de vínculos que facilitassem a realização da investigação. Para minimizá-la, buscou-se participar de eventos nas comunidades e realizar visitas esporádicas em algumas casas para apresentar a pesquisa. Além disso, o objeto de investigação constitui, para muitos participantes, um assunto delicado, o que pode ter gerado receio ao responder aos instrumentos, em particular entre as mulheres. Observou-se que muitas delas se mostraram tímidas ao responderem ao AUDIT. No entanto, os achados são consistentes com aqueles descritos na literatura, o que sugere que essa limitação não comprometeu significativamente os resultados. Outro ponto a se destacar é o tamanho reduzido da amostra, que reflete as características demográficas das próprias comunidades. Além disso, o perfil

dos participantes mostrou-se relativamente homogêneo, o que pode ter dificultado a identificação de outras associações com as demais variáveis investigadas.

### **Considerações finais**

Esta pesquisa reforça os achados presentes na literatura sobre o uso de álcool. Ser do sexo masculino e jovem, bem como pertencer a classes sociais mais baixas e a grupos marginalizados pela sociedade se relacionam diretamente ao consumo problemático. Assim, esse fenômeno não pode ser reduzido ao indivíduo e a questões morais, como se observa em diversos discursos presentes na academia, que se reverberam no senso comum. Políticas e ações que busquem reduzir os problemas associados ao álcool devem levar em consideração que seu consumo é atravessado pela forma como a sociedade se organiza, considerando suas desigualdades e os papéis sociais desempenhados pelos indivíduos. Há um campo muito amplo de pesquisas que podem ser desenvolvidas no sentido de explorar mais detalhadamente a relação do consumo de álcool com os marcadores sociais da diferença, como gênero, raça e classe, assim como entre populações tradicionais e moradoras de áreas rurais no país. Para além disso, ressalta-se a relevância de novos estudos sobre as populações específicas aqui citadas, indígenas e quilombolas, de maneira individual, para compreender também as especificidades de cada uma delas e do seu consumo, não só de álcool, como também de outras substâncias psicoativas.

### **Contribuições dos autores**

Oliveira, B. F.: conceituação, metodologia, investigação, curadoria dos dados, redação do rascunho original.

Ronzani, T. M. e Dimenstein, M.: conceituação, metodologia, recursos, revisão e edição, supervisão e administração do projeto.

Silva, G. M.: análise formal, investigação e curadoria dos dados.

### **Financiamento**

A pesquisa foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, com o código de financiamento 001, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por meio do Edital Universal 18/2021, Processo 409643/2021-1.

### **Declarações**

Declaramos não haver nenhum conflito de interesse na realização da pesquisa. Ademais, todas as recomendações éticas para pesquisa com seres humanos foram rigorosamente seguidas. Os dados deste estudo estão disponíveis apenas mediante pedido formal. Ressaltamos, ainda, que não foi feito uso de inteligência artificial durante a pesquisa e a redação deste artigo.

## Referências

- Barreto, I. F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2023). Processo de alcoolização entre povos indígenas da América Latina. *Revista Ciências em Saúde*, 10(1), 45-51. <https://doi.org/10.21876/rchsci.v10i1.861>
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcelos, M. T. L., De Boni, R. B., Reis, N. B., & Coutinho, C. F. S. (Orgs.). (2017). *III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Fiocruz.
- Brasil. (2003). Decreto nº 4.487, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)
- Cardoso, L. G. V., Melo, A. P. S., & Cesar, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 809-820. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>
- Carneiro, A. P. L., Ronzani, T. M., Avallone, D. M., & Formigone, M. L. O. S. (2017). *AUDIT & AUDIT-C: eixo instrumentos*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos.
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. (2021). *Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2021*. [https://site.cisa.org.br/images/upload/Panorama\\_Alcool\\_Saude\\_CISA2021.pdf](https://site.cisa.org.br/images/upload/Panorama_Alcool_Saude_CISA2021.pdf)
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. (2022). *Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2022*. <https://site.cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/356-panorama2022>
- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, & Terra de Direitos. (2018). *Racismo e violência contra quilombos no Brasil*. Athalaia Gráfica e Editora.
- Dimenstein, M., Belarmino, V. H., Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Silva, I. T., Dantas, C., & Alves Filho, A. (2019). Consumo de álcool em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. *Quaderns de Psicologia* 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1479>
- Furtuoso, L. M., Ronzani, T. M., & Costa, P. H. A. (2020). Drogas e alienação: para além da droga-mercadoria e do capital. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 412-423. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20200041>
- Garcia, L. P., & Freitas, L. R. S. (2015). Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 227-237. <https://www.scielo.br/j/ress/a/T7qPFSDbWmTz7LFMYykWP6Q/?format=pdf&lang=pt>
- Ghiggi Junior, A., & Langdon, E. J. (2014). Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(6), 1250-1258. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108613>
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
- Hutukara Associação Yanomami, & Associação Wanasseduume Ye'kwana. (2022). *Yanomami sob ataque: garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami e propostas para combatê-lo*. <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/yal00067.pdf>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020a). *Atlas do Espaço Rural retrata diversidade e desigualdade do campo brasileiro*. Agência de Notícias. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29724-atlas-do-espaco-rural-retrata-diversidade-e-desigualdade-do-campo-brasileiro>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020b). *Base de informações geográficas e Estatísticas sobre os indígenas e quilombolas para enfrentamento à Covid-19*. [https://geoftp.ibge.gov.br/organizacao\\_do\\_territorio/tipologias\\_do\\_territorio/base\\_de\\_informacoes\\_sobre\\_os\\_povos\\_indigenas\\_e\\_quilombolas/indigenas\\_e\\_quilombolas\\_2019/Notas\\_Tecnicas\\_Base\\_indigenas\\_e\\_quilombolas\\_20200520.pdf](https://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/tipologias_do_territorio/base_de_informacoes_sobre_os_povos_indigenas_e_quilombolas/indigenas_e_quilombolas_2019/Notas_Tecnicas_Base_indigenas_e_quilombolas_20200520.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022a). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101972>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022b). *O Brasil indígena*. <https://www.ibge.gov.br/brasil-indigena/>
- Klein, C. H., & Bloch K. V. (2008). Estudos seccionais. In R. A. Medronho, K. V. Bloch, R. Raggio Luiz, & G. L. Werneck (Orgs.), *Epidemiologia* (pp. 193-219). Atheneu.
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 1-22. [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf)
- Macedo, J. P., Dantas, C., Dimenstein, M., Leite, J., Alvez Filho, A., & Belarmino, V. H. (2021). Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. *Gerais: Revista Institucional de Psicologia*, 14(1), 1-28. <https://doi.org/10.36298/gerais202114e15488>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Leite, J., & Santos, C. (2016). Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: desafios para atuação e formação profissional. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 11(3), 552-569. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n3/03.pdf>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. I. B. M., Sousa, H. R., & Costa, A. P. A. (2018). Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1123-1137. <https://doi.org/10.9788/TP2018.3-01Pt>
- Medeiros, A. X., Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Paiva, F. S. (2021). Contribuições da Psicologia Social Comunitária para a área de álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Sociais*, 16(1), 1-16. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v16n1/14.pdf>
- Melo, J. R. F., Maciel, S. C., Oliveira, R. C. C., & Silva, A. O. (2011). Implicações do uso do álcool na comunidade indígena potiguara. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 319-333. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100019>
- Méndez, E. B. (1999). *Uma nova versão brasileira do AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pelotas]. <https://epidemio-ufpel.org.br/dissertacoes/uma-versao-brasileira-do-audit-alcohol-use-disorders-identification-test/>

- Milanez, F., Sá, L., Krenak, A., Cruz, F. S. M., Ramos, E. U., & Jesus, G. S. (2019). Existência e diferença: o racismo contra povos indígenas. *Revista Direito e Práxis*, 10(3), 2161-2181. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/43886>
- Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena (2019). *Manual de monitoramento do uso prejudicial do álcool em povos indígenas*. <https://saudeindigena.fiocruz.br/items/e5640490-c839-4688-a802-209b55b64083>
- Netto, J. P. (2013). Uma face contemporânea da barbárie. *Novos Rumos*, 50(1), 1-39. <https://doi.org/10.36311/0102-5864.2013.v50n1.3436>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas 2020*. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-situacion-alcohol-salud-region-americas-2020>
- Pereira, P. P. S., & Ott, A. M. T. (2012). O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 957-966. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000055>
- Pérez, G. O. G., & Constanzo, A. X. Z. (2019). Significados en torno al desarrollo del consumo problemático y la dependencia alcohólica en comunidades mapuches rurales de la región de la Araucanía, Chile, 2016-2017. *Salud Colectiva*, 15(1932), 1-18. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1932>
- Rodin, P. Interseccionalidade em zona de sacrifício do capital: a experiência de mulheres negras, quilombolas e marisqueiras da Ilha de Maé, Baía de todos os santos (Bahia, Brasil). *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 23, 1-27, Artigo e202133. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202133pt>
- Romo-Avilés, N. (2018). Drugs and Gender. Em T. M. Ronzani (Org.), *Drugs and social context: Social perspectives on the use of alcohol and other drugs* (pp. 63-76). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-72446-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-72446-1_5)
- Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016). Fatores associados ao uso de álcool em assentamentos rurais. Em M. Dimenstein, J. Leite, J. P. Macedo, & C. Dantas (Orgs.), *Condições de vida e Saúde Mental em Contextos Rurais* (pp. 281-296). Intermeios.
- Ronzani, T. M., Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Leite, J. F., & Lima, V. H. B. (2026). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em contextos rurais. *Revista Cadernos Cajuína*, 11(5), 1-18. <https://doi.org/10.52641/cadcajv11i5.2734>
- Sanchez, Z. M., Konstantyner, T. C. R. O., Wagner, G. A., Monteiro, M. G., & Martins, C. B. Tendências do beber episódico excessivo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2006-2018: um estudo ecológico de séries temporais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 1-7. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400017>
- Seale, J. P., Seale, J. D., Alvarado, M., Vogel, R. L., & Terry, N. E. (2002). Prevalence of problem drinking in a Venezuelan native American population, *Alcohol and Alcoholism*, 37(2), 198-204. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.2.198>
- Silva, R. A., & Menezes, J. A. (2016). Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 493-504. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77344439033.pdf>

Souza, M. L. P., Deslandes, S. F., & Garnelo, L. (2010). Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 709-716. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300013>

Souza, M. L. P., & Garnelo, L. (2007). Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1640-1648. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700015>

**Recebido: abril 24, 2025**

**Aceito: junho 4, 2026**