

Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência

Alcoholic beverage consumption among adults: sociodemographic characteristics and trends

Resumo

Objetivo: Estimar o consumo de bebidas alcoólicas, identificar as características sociodemográficas associadas a este consumo em 2006 e avaliar a tendência de consumo de 2006 a 2009. **Métodos:** Foram avaliados, em 2006, 54.369 adultos residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Considerou-se consumo habitual a ingestão de qualquer quantidade de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, e consumo abusivo a ingestão de mais de 5 doses para homens ou mais de 4 doses para mulheres em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. **Resultados:** O consumo habitual de bebidas alcoólicas atingiu 38,1% da população estudada e o de consumo abusivo 16,2%, sendo a frequência dos dois padrões maior em homens do que em mulheres. As variáveis associadas ao consumo de bebidas alcoólicas foram: idade, união conjugal e inserção no mercado de trabalho em ambos os sexos, e cor de pele para mulheres nos dois padrões de consumo; escolaridade associou-se apenas para consumo habitual. **Conclusão:** A tendência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas é crescente nos dois sexos. Os dados mostram a urgência de políticas públicas nacionais voltadas para a prevenção do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, especialmente junto à população mais jovem.

Palavras-chave: consumo de bebidas alcoólicas; epidemiologia; entrevistas como assunto; Brasil.

Erly Catarina Moura¹

Deborah Carvalho Malta^{II,III}

^INúcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil

^{II}Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil

^{III}Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil

Trabalho realizado no Ministério da Saúde.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência: Erly Catarina Moura – SQSW 504 Bloco F apto 306 – CEP: 70673-506 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: erlycm@usp.br.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of alcohol consumption, identify the associated sociodemographic characteristics in 2006, and evaluate consumption trends from 2006 to 2009. **Methods:** We evaluated 54,369 adults living in the 26 Brazilian state capitals and the Federal District. Usual consumption was related to drinking at least one dose of alcohol in the past 30 days, and binge consumption meant 5 or more doses for men and 4 or more for women at least once in the past 30 days. **Results:** The usual consumers represented 38.1% of the studied population and the binge drinkers were 16.2%; both frequencies were higher among men than women. The variables associated to the usual and abusive alcohol consumption were age, marital status and insertion in the job market for both genders and skin color for women. Schooling was only associated for usual consumers. **Conclusion:** The trend of abusive alcohol consumption increased in both genders. Data endorse the need for national public policies aiming to prevent the abusive consumption of alcohol, mainly among the youngest.

Keywords: alcohol drinking; epidemiology; interviews as topic; Brazil.

Introdução

A ingestão de bebidas alcoólicas é um hábito comum e milenar em muitas sociedades. Todavia, a ingestão em excesso de bebidas alcoólicas é considerada o quinto fator de risco mais importante para a ocorrência de mortes prematuras e incapacidades no mundo, dentre elas as doenças cardiovasculares, hepáticas, nutricionais e certos tipos de cânceres, além de causar dependência química e facilitar a ocorrência de violências e acidentes¹.

Nas últimas décadas, tem-se buscado universalizar a definição dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas, levando em conta a dose ingerida (teor alcoólico) e a frequência de consumo. Várias definições foram estabelecidas, de consumo moderado a intenso (*heavy drinking*) e abusivo (*binge drinking*), de uso esporádico a dependência. O *Center for Disease Control and Prevention*, que monitora o consumo de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos desde 1995, tem estimado o consumo de pelo menos uma dose nos últimos 30 dias, o consumo intenso (mais do que 1 dose para a mulheres e mais do que 2 doses para homens por dia) e o consumo abusivo (inicialmente com 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais para homens em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias². Atualmente considera-se 5 ou mais doses para ambos os sexos³, conforme recomendação do *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*⁴. Todavia, existe controvérsia na literatura sobre os efeitos benéficos para o organismo, sendo que em algumas situações o uso de bebidas alcoólicas não é recomendado mesmo em pequenas quantidades, por exemplo para crianças, adolescentes, gestantes, motoristas, operadores de equipamentos pesados, pessoas com depressão e indivíduos alcoólatras em recuperação, dentre outros⁵.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas vem aumentando em todo o mundo, variando de 1,4% na Índia a 31,8% na Colômbia, com padrões de consumo mais arriscados e mais frequentes em países de

baixa e média renda⁶, por isso várias estratégias para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas têm sido discutidas pela OMS e implantadas em vários países.

No Brasil, em 2006, foi implantado o sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), tendo o consumo de bebidas alcoólicas como um dos temas investigados, o que possibilita avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas junto à população com idade igual ou maior do que 18 anos⁷. Em sua primeira versão, o VIGITEL⁸ questionou sobre a frequência semanal de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram algum consumo nos últimos 30 dias. Para aqueles que referiram algum consumo semanal, questionou-se sobre o consumo maior do que duas doses numa única ocasião para homens e maior do que uma para mulher. Para os que respondiam sim a esta questão, perguntou-se sobre o consumo maior do que cinco doses numa única ocasião para homens e maior do que quatro para mulher. Na segunda versão⁹, em 2007, permaneceram apenas as questões sobre os limites máximos (cinco e quatro doses, para homens e mulheres, respectivamente), o que foi mantido em 2008¹⁰. Já na quarta versão, em 2009¹¹, estes limites foram alterados para cinco ou mais e quatro ou mais, também mantidos em 2010. Estas alterações foram efetuadas no sentido de se adequar ao padrão internacional, reduzir a duração da entrevista, sem perder a comparabilidade mínima.

Neste sentido, este trabalho teve por objetivo estimar o consumo de bebidas alcoólicas e identificar as características sociodemográficas associadas a este consumo na população adulta das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, além de avaliar a tendência de consumo de 2006 a 2009.

Métodos

Por ano, o VIGITEL entrevista pouco mais de 54.000 indivíduos, num mínimo de

2.000 entrevistas por localidade, se caracterizando como um estudo de corte transversal. A população avaliada é obtida por amostra aleatória das residências com pelo menos um telefone fixo e por sorteio de um morador adulto de cada residência para responder à entrevista. A fim de expandir os dados para a população geral, o VIGITEL usa fatores de ponderação pós-estratificação, compostos pela multiplicação das seguintes razões: número de adultos em cada residência/número de linhas telefônicas fixas em cada residência; frequência de determinadas categorias de sexo, idade e escolaridade identificadas no censo de 2000 em cada cidade/frequência das mesmas categorias avaliadas no VIGITEL em cada cidade; e número de adultos identificados em cada cidade no censo de 2000/número de adultos avaliados em cada cidade pelo VIGITEL.

Para este estudo, foram considerados dois padrões de consumo de bebidas alcoólicas: 1) habitual – referência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, independentemente da dose – e 2) abusivo – referência de consumo de mais de 5 doses para homens ou mais de 4 doses para mulheres, em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. O consumo de bebida alcoólica foi considerado como variável dependente, sendo categorizado como presente ou ausente conforme cada padrão. As variáveis independentes foram: idade (categorizada em seis faixas etárias: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 ou 65 ou mais anos), cor (categorizada em dois grupos, branca ou não branca), escolaridade (categorizada em quatro faixas, 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 ou 12 ou mais anos de estudo), união estável (categorizado em dois grupos, não ou sim), inserção no mercado de trabalho (categorizado em dois grupos, não ou sim).

As estimativas da frequência de consumo de bebidas alcoólicas foram calculadas segundo as variáveis independentes, com intervalo de confiança de 95%. Optou-se pelo ano de 2006 por se tratar da linha básica de consumo de bebidas alcoólicas investigada pelo VIGITEL. Razões de prevalência, brutas e ajustadas, do consumo de bebidas alcoólicas foram calculadas separadamente

para homens e mulheres, considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para o cálculo das razões de prevalência utilizou-se regressão de Poisson. Os cálculos foram realizados com auxílio do aplicativo Stata versão 9.2 (StataCorp, College Station, Texas, EUA).

A tendência de consumo habitual e abusivo foi avaliada separadamente para cada sexo utilizando-se regressão de Poisson tendo o padrão de consumo como variável dependente e o ano do estudo como variável explanatória. Foi ainda apresentada a tendência do consumo habitual e abusivo entre 2006 a 2009.

O VIGITEL conta com aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde, e as entrevistadas são realizadas apenas após consentimento verbal.

Resultados

A Tabela 1 mostra a frequência de consumo de bebidas alcoólicas segundo as variáveis independentes. O hábito de consumir bebidas alcoólicas atingiu 38,1% da população total. Destes, 42,0 (16,2% do total) consomem dose abusiva. O consumo é sempre maior entre os homens: 2,1 vezes

Tabela 1. Frequência (%)* de consumo de bebidas alcoólicas em adultos (≥ 18 anos de idade) segundo características sociodemográficas e padrão de consumo. Brasil, VIGITEL – 2006

Table 1. Frequency (%)* of alcoholic beverages consumption for adults (≥ 18 years of age) according to sociodemographic characteristics and consumption trend. Brazil, VIGITEL – 2006

Características sociodemográficas	Tamanho da amostra	PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS					
		HABITUAL ¹			ABUSIVO ²		
		%	IC 95%	%	IC 95%		
Total	54.369	38,1	37,2	39,1	16,2	15,5	16,9
Sexo							
masculino	21.294	53,4	51,8	54,9	25,5	24,2	26,9
feminino	33.075	25,1	24,1	26,2	8,2	7,5	8,8
Idade (anos)							
18-24	8.770	40,9	38,1	43,8	18,9	16,8	21,0
25-34	11.543	43,6	41,7	45,6	21,6	20,0	23,2
35-44	12.158	41,6	39,8	43,4	18,0	16,5	19,5
45-54	9.517	36,1	34,2	38,1	13,3	12,0	14,6
55-64	6.077	28,3	25,9	30,7	7,6	6,2	9,0
65 ou mais	6.304	19,9	17,9	21,8	2,5	1,8	3,1
Cor da pele							
não branca	31.901	38,5	37,2	39,8	16,9	15,9	17,8
branca	22.468	37,6	36,1	39,0	15,2	14,0	16,3
Escolaridade (anos)							
0-4	8.574	28,9	26,9	31,0	11,4	9,9	12,8
5-8	8.841	38,0	35,8	40,2	18,0	16,3	19,7
9-11	20.665	39,3	38,1	40,6	16,8	15,8	17,7
12 ou mais	16.289	47,7	46,1	49,4	17,5	16,2	18,8
União estável							
não	26.232	41,1	39,6	42,7	18,7	17,5	19,9
sim	28.137	35,4	34,3	36,6	13,9	13,0	14,7
Inserção no mercado de trabalho							
não	19.801	25,5	24,2	26,8	8,6	7,7	9,5
sim	34.568	44,9	43,6	46,2	20,2	19,2	21,2

*Percentual ajustado para representar a população adulta total segundo o Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade; ¹uma ou mais doses nos últimos 30 dias; ²mais de cinco (homens) ou mais de quatro (mulheres) doses em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias; VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico; IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

*Percentage adjusted to represent the entire adult Brazilian population according to the Demographic Census of 2000 and to take into account the population weight of each city; ¹one or more doses in the last 30 days; ²more than five (men) or more than four (women) doses at least one occasion in the last 30 days; VIGITEL – Brazilian surveillance of risk and protection factors for chronic non-communicable diseases throughout telephone survey; IC 95% – Confidence Interval of 95%

mais para consumo habitual e 3,1 vezes mais para consumo abusivo. A faixa etária de maior consumo de bebidas alcoólicas, independente do padrão, encontra-se entre 18 e 44 anos de idade, atingindo aproximadamente 42% da população com consumo habitual, iniciando declínio após esta idade, até alcançar aproximadamente 20% daqueles com 65 e mais anos de idade. O mesmo padrão se repete para o consumo abusivo (passando de 19% entre 18 e 44 anos para pouco mais de 2% após 64 anos). A escolaridade exerce influência direta no consumo habitual, aumentando de 28,9% na faixa de menor escolaridade

para 47,7% na de maior escolaridade. Já para o consumo abusivo aumenta de 11,4 para 17,5%. Indivíduos em união estável mostraram menor consumo de bebidas alcoólicas nos dois padrões, assim como os inseridos no mercado de trabalho. Quanto à cor da pele, não se observou diferença para o padrão de consumo.

Para ambos os sexos, a razão de prevalência do consumo habitual de bebidas alcoólicas diminui com a idade, aumenta com a escolaridade, é menor nos indivíduos com união conjugal estável e é maior naqueles inseridos no mercado de trabalho. Para o sexo feminino, após ajuste, a razão

Tabela 2. Razão de Prevalência (RP)* de consumo habitual** de bebidas alcoólicas em homens e mulheres (≥ 18 anos de idade) segundo características sociodemográficas e padrão de consumo. Brasil, VIGITEL – 2006

Table 2. Prevalence Ratio (RP)* of habitual** alcoholic beverage consumption in men and women (≥ 18 years of age) according to sociodemographic characteristics and consumption trend. Brazil, VIGITEL – 2006

Características Sociodemográficas	HOMENS						MULHERES					
	BRUTA			AJUSTADA			BRUTA			AJUSTADA		
	RP	IC 95%		RP	IC 95%		RP	IC 95%		RP	IC 95%	
Idade (anos)												
18 a 24	1			1			1			1		
25 a 34	1,07	0,97	1,19	1,08	0,97	1,20	1,06	0,94	1,21	1,15	1,00	1,31
35 a 44	1,06	0,96	1,17	1,08	0,97	1,20	0,97	0,85	1,10	1,09	0,95	1,25
45 a 54	0,97	0,87	1,07	1,01	0,90	1,13	0,78	0,68	0,90	0,90	0,77	1,05
55 a 64	0,86	0,75	0,98	0,94	0,82	1,07	0,49	0,41	0,58	0,62	0,51	0,75
65 ou mais	0,66	0,57	0,76	0,78	0,67	0,91	0,35	0,29	0,43	0,46	0,37	0,57
Valor p	<0,001			0,004			<0,001			<0,001		
Cor da pele												
não branca	1			1			1			1		
branca	1,06	1,00	1,12	1,04	0,98	1,11	0,93	0,86	1,01	0,92	0,85	0,99
Valor p	0,060			0,178			0,076			0,032		
Escolaridade (anos)												
0-4	1			1			1			1		
5-8	1,15	1,04	1,27	1,07	0,96	1,18	1,46	1,23	1,72	1,19	1,01	1,41
9-11	1,19	1,09	1,30	1,09	0,99	1,19	1,64	1,42	1,90	1,23	1,04	1,44
12 ou mais	1,36	1,24	1,48	1,23	1,12	1,35	2,10	1,81	2,43	1,55	1,33	1,82
Valor p	<0,001			<0,001			<0,001			<0,001		
União estável												
Não	1			1			1			1		
Sim	0,91	0,85	0,96	0,92	0,86	0,98	0,69	0,63	0,75	0,69	0,63	0,75
Valor p	0,001			0,011			<0,001			<0,001		
Inserção no mercado de trabalho												
Não	1			1			1			1		
Sim	1,34	1,24	1,44	1,23	1,13	1,34	1,58	1,45	1,72	1,24	1,14	1,36
Valor p	<0,001			<0,001			<0,001			<0,001		

*Percentual ajustado para representar a população adulta total segundo o Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade; **uma ou mais doses nos últimos 30 dias; VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico; IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

*Percentage adjusted to represent the entire adult Brazilian population according to the Demographic Census of 2000 and to take into account the population weight of each city; **one or more doses in the last 30 days; VIGITEL – Brazilian surveillance of risk and protection factors for chronic non-communicable diseases throughout telephone survey; IC 95% – Confidence Interval of 95%

é menor para as mulheres de cor branca (Tabela 2).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Tabela 3), em homens e mulheres, mostra que a razão de prevalência aumenta com a idade, é menor nas pessoas com união conjugal estável e maior nas inseridas no mercado de trabalho. Todavia, após ajuste, a escolaridade perde a significância para ambos os sexos. Mulheres de cor branca apresentaram menor chance de consumo de bebidas alcoólicas (razão de prevalência=0,81).

A Figura 1 mostra que o consumo habitual de bebidas alcoólicas na população avaliada se manteve constante de 2006 a 2009, porém o consumo abusivo aumentou nos dois sexos.

Discussão

O hábito de consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, atingiu 38,1% da população adulta das 26 capitais de estados brasileiros e do

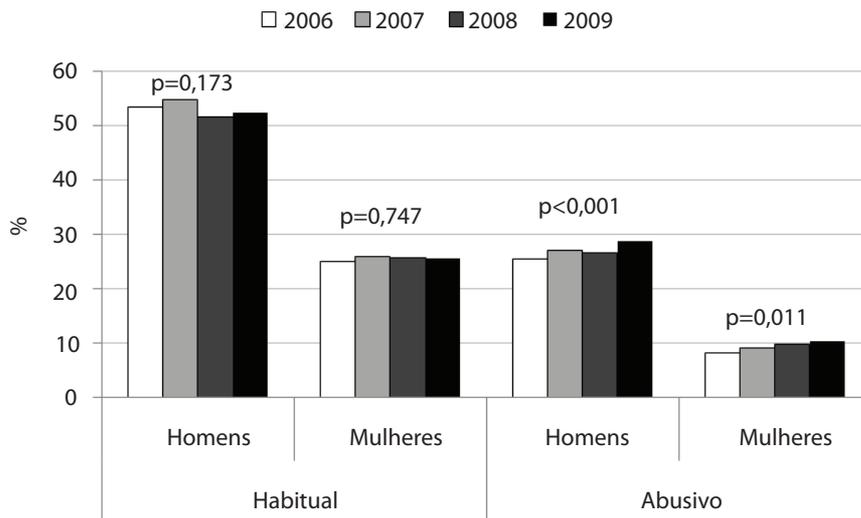
Tabela 3. Razão de Prevalência (RP)* de consumo abusivo** de bebidas alcoólicas em homens e mulheres (≥18 anos de idade) segundo características sociodemográficas e padrão de consumo. Brasil, VIGITEL – 2006

Table 3. Prevalence Ratio (RP)* of alcohol abuse** in men and women (≥18 years of age) according to sociodemographic characteristics and consumption trend. Brazil, VIGITEL – 2006

Características sociodemográficas	HOMENS						MULHERES					
	BRUTA		AJUSTADA				BRUTA		AJUSTADA			
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Idade (anos)												
18 a 24	1		1		1		1		1			
25 a 34	1,16	0,99	1,36	1,20	1,02	1,42	1,12	0,89	1,42	1,29	1,01	1,64
35 a 44	1,01	0,85	1,19	1,08	0,91	1,30	0,87	0,69	1,10	1,07	0,83	1,38
45 a 54	0,78	0,65	0,93	0,87	0,72	1,05	0,58	0,45	0,75	0,72	0,55	0,95
55 a 64	0,52	0,40	0,66	0,61	0,47	0,78	0,21	0,15	0,30	0,28	0,19	0,41
65 ou mais	0,18	0,13	0,24	0,23	0,16	0,32	0,09	0,05	0,15	0,12	0,07	0,20
Valor p	<0,001		<0,001				<0,001		<0,001			
Cor da pele												
não branca	1		1		1		1		1			
branca	1,04	0,93	1,16	1,09	0,98	1,22	0,74	0,63	0,87	0,81	0,69	0,95
Valor p	0,503		0,120				<0,001		0,010			
Escolaridade (anos)												
0-4	1		1		1		1		1			
5-8	1,34	1,12	1,61	1,07	0,89	1,28	1,91	1,41	2,58	1,30	0,96	1,76
9-11	1,30	1,11	1,52	0,99	0,84	1,16	1,87	1,43	2,45	1,09	0,82	1,45
12 ou mais	1,35	1,14	1,59	1,04	0,88	1,24	1,76	1,32	2,34	1,05	0,78	1,42
Valor p	0,003		0,908				<0,001		0,095			
União estável												
não	1		1		1		1		1			
sim	0,75	0,68	0,84	0,83	0,74	0,93	0,55	0,47	0,65	0,54	0,45	0,65
Valor p	<0,001		0,001				<0,001		<0,001			
Inserção no mercado de trabalho												
não	1		1		1		1		1			
sim	1,68	1,45	1,95	1,34	1,15	1,57	1,88	1,57	2,25	1,37	1,15	1,64
Valor p	<0,001		<0,001				<0,001		0,001			

*Percentual ajustado para representar a população adulta total segundo o Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade; **mais de cinco (homens) ou mais de quatro (mulheres) doses em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias; VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico; IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

*Percentage adjusted to represent the entire adult Brazilian population according to the Demographic Census of 2000 and to take into account the population weight of each city; ** more than five (men) or more than four (women) doses at least one occasion in the last 30 days; VIGITEL – Brazilian surveillance of risk and protection factors for chronic non-communicable diseases throughout telephone survey; IC 95% – Confidence Interval of 95%



*Percentual ajustado para representar a população adulta total segundo o Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade; ¹uma ou mais doses nos últimos 30 dias; ²mais de cinco (homens) ou mais de quatro (mulheres) doses em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias; VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico; IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%
 *Percentage adjusted to represent the entire adult Brazilian population according to the Demographic Census of 2000 and to take into account the population weight of each city; ¹one or more doses in the last 30 days; ²more than five (men) or more than four (women) doses at least one occasion in the last 30 days; VIGITEL – Brazilian surveillance of risk and protection factors for chronic non-communicable diseases throughout telephone survey; IC 95% – Confidence Interval of 95%

Figura 1. Prevalência (%)* de consumo habitual¹ e abusivo² de bebidas alcoólicas em homens e mulheres (≥18 anos de idade) segundo sexo e ano do inquérito. Brasil, VIGITEL – 2006

Figure 1. Prevalence (%*) of habitual¹ alcoholic beverage consumption and alcohol abuse² in men and women (≥18 years of age) according to gender and year of survey. Brazil, VIGITEL – 2006

Distrito Federal, enquanto a prevalência de consumo abusivo (mais de 5 doses para homens ou mais de 4 doses para mulheres em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias) atingiu 16,2% da população total, o que significa mais de 40% dos consumidores habituais. Este valor é menor do que o obtido no primeiro levantamento nacional sobre padrões de consumo de bebidas alcoólicas, que identificou 28% da população adulta consumindo bebidas de forma intensa¹², diferença que pode ser explicada pelo período de questionamento que foi de 12 meses, enquanto que no nosso estudo foi de 30 dias. A frequência de consumo habitual no Brasil é aproximadamente 31% menor do que nos Estados Unidos e a de consumo abusivo semelhante, utilizando-se os mesmos cortes e entrevista por telefone. Dados dos Estados Unidos², para o ano de 2006, mostraram 55,2% da população com consumo habitual e 15,4% com consumo abusivo, sendo que 4,9% da

população total consomem bebidas alcoólicas de forma intensa todos os dias. Estes valores demonstraram, em relação ao início do monitoramento, a manutenção das frequências de consumo habitual (53,2% em 1995 e 53,9% em 2009), aumento do consumo intenso (2,9% em 1995 e 5,1% em 2009) e do consumo abusivo (14,1% em 1995 e 15,5% em 2009), cuja tendência também é observada no Brasil, em 2009, com 37,9% da população tendo consumo habitual e 18,9% consumo abusivo¹¹.

Poucos trabalhos brasileiros de base populacional em adultos sobre consumo de bebidas alcoólicas foram publicados, limitando a comparabilidade das prevalências de padrões de consumo com este estudo, principalmente no que se refere à construção dos indicadores e dos cortes utilizados. A maioria deles¹³⁻¹⁵ utiliza o teste recomendado pela OMS para identificação de problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (AUDIT) que, além da

frequência de uso e dose habitualmente consumida, também questiona sobre falta de controle no consumo, não cumprimento de compromissos, esquecimento, arrependimento, preocupação de outras pessoas e envolvimento em casos de violência e acidentes¹⁶, tendo sido validado em vários países, inclusive no Brasil^{14,17}.

A despeito das diferenças nas classificações de padrões de consumo, demais estudos brasileiros em adultos também demonstraram maiores frequência de consumo de bebidas alcoólicas em homens do que em mulheres, como o do estado de São Paulo em 1999, com 2.411 pessoas entre 12 e 65 anos de idade¹³, o de Rio Grande (RS) em 2000 com 1.260 indivíduos com 15 ou mais anos de idade¹⁴, o de Salvador (BA) em 2001 que investigou 2.302 adultos com mais de 25 anos de idade¹⁸, o de Campinas (SP) em 2003 que avaliou 515 indivíduos com 14 ou mais anos de idade¹⁵ e o primeiro inquérito nacional com 2.346 adultos em 2005 e 2006¹². No estudo de Salvador¹⁸, após ajuste para sexo, idade, estado marital e classe social, permaneceram associados ao alto consumo de bebidas alcoólicas (consumo de pelo menos oito doses na semana aliado a episódio de embriaguez) o sexo masculino e o alto nível socioeconômico. Já em Rio Grande, permaneceram associados ao maior consumo de bebidas alcoólicas o sexo masculino, o baixo nível socioeconômico, o tabagismo e a presença de distúrbios psiquiátricos (ansiedade/depressão), após ajuste para todas estas variáveis mais idade¹⁴. Todavia, no estudo de Campinas, o sexo perdeu a significância após ajuste para outras variáveis, apresentando-se associados ao maior consumo de bebidas alcoólicas idade jovem, alta renda, baixa escolaridade, religião não evangélica e uso de drogas ilícitas¹⁵. Os dados sobre maior consumo entre homens estão em acordo com a literatura internacional¹⁹⁻²¹. Algumas características próprias de cada uma destas localidades, além do intervalo de tempo entre os estudos, podem explicar estas diferenças: Salvador é uma cidade praiana e Rio Grande abrange área rural, o que pode justificar o

maior consumo entre homens, diferente de Campinas, que é uma cidade universitária.

Quanto à idade, a maior prevalência de consumo de bebidas alcoólicas em jovens, especialmente do consumo abusivo, é preocupante e coerente com o achado de Campinas¹⁵, dos inquéritos brasileiros sobre uso de drogas^{22,23} e do primeiro inquérito nacional¹²; este grupo foi considerado de risco para mortes violentas, acidentes de trânsito, envolvimento em brigas e uso de drogas ilícitas. Avaliando-se os dados de mais de 65 mil indivíduos com 20 ou mais anos de idade, referentes ao estudo de vítimas de acidentes e violências em 2006 e 2007²⁴, observa-se que o relato de ingestão prévia de bebidas alcoólicas foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre os menores de 40 anos (17,6%) do que entre aqueles com 40 anos ou mais (12,0%), situação semelhante à observada em 1998 e 1999 por Gazal-Carvalho et al.²⁵ no município de São Paulo. Na Rússia, estudo caso-controle envolvendo quase 50 mil óbitos, mostrou risco aproximadamente 6 vezes maior de mortes por acidentes e violências no grupo com alto consumo de bebidas alcoólicas, além de maior risco para outras doenças, principalmente as crônicas²⁶.

Nossos dados apontaram para um consumo maior de bebidas alcoólicas de forma abusiva entre adultos jovens, sem união estável e inseridos no mercado de trabalho, sendo muito maior entre os homens do que entre as mulheres. Estes achados são importantes no planejamento de campanhas de prevenção de consumo excessivo de bebidas alcoólicas direcionadas a estes estratos populacionais. No ano de 2000, o equivalente a 4% de toda morbidade e mortalidade mundial estiveram relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas²⁷, sendo responsável em 2002 por 3,7% da mortalidade global e por 4,4% da carga de doenças⁵, evidenciando clara tendência de ascensão.

Estudos sobre consumo de bebidas alcoólicas são de difícil comparação quando se restringem à quantidade de álcool ingerida, uma vez que o teor alcoólico varia entre

bebidas do mesmo tipo, o volume de bebida varia com a embalagem e a quantidade consumida depende da referência do informante, entre outras incertezas, um dos limites deste estudo. Independentemente destas variações, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é nocivo para a saúde e favorece a ocorrência de acidentes e violências envolvendo inclusive outras pessoas. Ainda que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas não seja universal, o conhecimento sobre as características da população de maior consumo auxilia no planejamento em saúde.

Outro limite deste estudo se refere à auto-referência ao consumo de bebidas alcoólicas, que pode ter sido subestimada, principalmente quanto às doses elevadas, na medida em que há restrição social a este comportamento.

Por fim, a entrevista apenas com moradores em domicílios com telefone fixo excluiu uma parcela significativa da população brasileira sem acesso a este bem, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, nas quais a cobertura de telefonia fixa é baixa, o que é corrigida parcialmente pela ponderação pós-estratificação, como é feito também no Canadá para inquérito sobre este tema²⁸, por exemplo.

O aumento do consumo abusivo no país no período analisado pode ser justificado pela cultura reinante no Brasil que aceita socialmente o consumo de bebidas alcoólicas, porém a dose limite para o uso nocivo não é clara, especialmente para a população mais jovem. Adicionalmente,

a permissividade de consumo excessivo está associada com as características das comunidades nas quais o indivíduo se insere²⁹, reforçando a necessidade de ações direcionadas, além do envolvimento direto dos profissionais e gestores da atenção básica em saúde³⁰ e de políticas públicas regulatórias³¹.

Estratégias governamentais no sentido de controlar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas têm sido implantadas com sucesso. Um exemplo é a Lei nº 11.705, implantada em 2008, que reduz para zero o nível de alcoolemia permitido, aumenta a penalidade administrativa e criminaliza o condutor que dirigir com 0,6 dcg ou mais de álcool por litro de sangue³². Como resultado da ampla divulgação da lei e da adesão pela população, observou-se nos meses seguintes à promulgação da lei, redução da condução de veículos após ingestão abusiva de bebidas alcoólicas³³. A falta de fiscalização no que se refere às restrições ao uso de bebidas alcoólicas e à propaganda, conforme determina a Lei nº 9.294 de 1996, tem permitido a propaganda de bebidas alcoólicas aliada à promoção de atividades esportivas em muitos eventos nacionais, embora haja um alerta tímido na mídia sobre a necessidade de não dirigir caso tenha bebido, entretanto não foca, por exemplo, nos limites de idade e doses nocivas à saúde. Políticas públicas mais contundentes, a exemplo do controle do tabagismo, se fazem necessárias e urgentes no controle do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Referências

1. WHO. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO; 2000.
2. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Prevalence and Trends Data. All States 2009. [cited 2010 Dez 02]. Available from: <http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/page.asp?cat=AC&yr=2009&state=All#AC>.
3. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Prevalence and Trends Data. All States 1995. [cited 2010 Dez 02]. Available from: <http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/page.asp?cat=AC&yr=1995&state=All#AC>.
4. NIAAA. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA council approves definition of binge drinking. Newsletter 2004; 3:3.
5. WHO. World Health Organization. Strategies to reduce the harmful use of alcohol. Geneva; 2008. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf].

6. WHO. World Health Organization. Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Geneva: Global Road Safety Partnership; 2007.
7. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, Claro R, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol* 2008;11 Suppl 1:20-37.
8. Brasil. VIGITEL Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
9. Brasil. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. Brasil. VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. Laranjeira R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
13. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EL. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J*. 2003;121(6):231-7.
14. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003;98(6):799-804.
15. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):502-9.
16. Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization/ PAHO-92; 4:1-29.
17. 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.
18. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):45-54.
19. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Percentage of adults who reported binge drinking by state and gender, BRFSS, 1984-2008. [cited 2010 Dez 02]. Available from: <http://www.niaaa.nih.gov/RESOURCES/DATABASERESOURCES/QUICKFACTS/ADULTS/Pages/brfss03.aspx>.
20. Jhingan HP, Shyangwa P, Sharma A, Prasad KM, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. *Addiction* 2003; 98(3):339-43.
21. Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch D, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(1):64-9.
22. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2001. São Paulo: CEBRID, 2002.
23. Carlini EA; Galduróz JC; Noto AR; Carlini CM; Oliveira, LG; Nappo, SA; Moura YG; Sanchez, ZVDM. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005. São Paulo: CEBRID, 2006.
24. Mascarenhas MDM; Malta DC; Silva MMA; Gazal-Carvalho C; Monteiro RA; Morais Neto, OL. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(5):1789-96.
25. Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva OA, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(1):47-54.
26. Zaridze D, Brennan P, Boreham J, Boroda A, Karpov R, Lazarev A, et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009; 373(9682):2201-14.
27. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 Suppl 1:S7-10.
28. Zaho J, Stockwell T, Macdonald S. Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug Alcohol Rev* 2009;28(6):648-57.
29. Ahern J, Galea S, Hubbard A, Midanik L, Syme SL. "Culture of drinking" and individual problems with alcohol use. *Am J Epidemiol* 2008; 167(9):1041-9.
30. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saúde Pública* 2009;43 Suppl 1:51-61.
31. WHO. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: Global Road Safety Partnership; 2010.
32. Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2008 Jun 20; Seção 1:1.
33. Moura EC, Malta DC, Morais Neto OL, Penna GO, Temporão JG. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. *Rev Saúde Pública* 2009;43(5):891-4.

Recebido em: 05/01/2011

Versão final apresentada em: 08/02/2011

Aprovado em: 13/02/2011