

Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

doi: 10.5123/S1679-49742015000200005

Heavy drinking in Brazil: results from the 2013 National Health Survey

Leila Posenato Garcia

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Assessoria Técnica da Presidência, Brasília-DF, Brasil

Lúcia Rolim Santana de Freitas

Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Brasília-DF, Brasil

Resumo:

Objetivo: descrever a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira, segundo características socio-demográficas e de saúde, em 2013. **Métodos:** estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), referentes ao consumo abusivo de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista, entre indivíduos com idade ≥ 18 anos. Foram estimadas as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). **Resultados:** a prevalência foi 13,7% (IC_{95%} 13,1; 14,2%), superior entre os homens (21,6%; IC_{95%} 20,7; 22,5%) em relação às mulheres (6,6%; IC_{95%} 6,1; 7,1%). Prevalências maiores foram observadas entre adultos jovens (18 a 29 anos de idade: 18,8%; IC_{95%} 17,5; 20,0%), de cor da pele preta (16,6%; IC_{95%} 14,9; 18,4%), fumantes ocasionais (35,2%; IC_{95%} 30,4; 40,0%), que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (15,6%; IC_{95%} 14,9; 16,3%), e sem morbidades referidas. **Conclusão:** a prevalência do consumo abusivo de álcool apresentou diferenças segundo características sociodemográficas e de saúde.

Palavras-chave: Intoxicação Alcoólica; Inquéritos Epidemiológicos; Epidemiologia Descritiva.

Abstract:

Objective: to describe the prevalence of heavy drinking in the Brazilian population, according to sociodemographic and health-related characteristics, in 2013. **Methods:** a descriptive study was conducted with National Health Survey Health (PNS) data regarding heavy drinking in the 30 days prior to interview, among individuals aged ≥ 18 years. Prevalences and 95% confidence intervals (95%CI) were estimated. **Results:** the overall prevalence was 13.7% (95%CI 13.1; 14.2%). It was higher among men (21.6%; 95%CI 20.7; 22.5%) compared to women (6.6%; 95%CI 6.1; 7.1%). Higher prevalence was found among young adults (18-29 years: 18.8%; 95%CI 17.5; 20.0%), those with black skin color (16.6%; 95%CI 14.9; 18.4%), occasional smokers (35.2%; 95%CI 30.4; 40.0%), individuals who rated their health as good or very good (15.6%; 95%CI 14.9, 16.3%) and with no reported morbidities. **Conclusion:** prevalence of heavy drinking showed notable differences according to sociodemographic and health-related characteristics.

Keywords: Alcoholic Intoxication; Health Surveys; Epidemiology, Descriptive.

Endereço para correspondência:

Leila Posenato Garcia. – SBS, Quadra 1, Bloco J, Ed. BNDES/Ipea, Brasília-DF, Brasil. CEP 70060-900. Email: leila.garcia@ipea.gov.br

Introdução

O consumo nocivo do álcool mantém relação causal com mais de 200 tipos de doenças e lesões. Câncer, cirrose e distúrbios mentais e comportamentais são frequentemente associados ao uso do álcool. No entanto, uma proporção importante da carga de doença atribuível ao álcool é decorrente de lesões não intencionais e intencionais, incluindo-se aquelas devidas a acidentes de trânsito, violências e suicídios. Recentemente, o álcool também tem sido implicado na causalidade de doenças transmissíveis, como tuberculose, HIV/aids e pneumonias.^{1,2}

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, 5,1% da carga global de doenças foram atribuíveis ao consumo do álcool, o que equivale a 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years* – DALY). Além disso, a cada ano, ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, o que representa 5,9% do total de mortes. A maior parte das lesões fatais decorrentes do uso do álcool ocorre em grupos etários relativamente jovens. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 25% de todas as mortes são atribuíveis ao álcool.¹

A cada ano, ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, o que representa 5,9% do total de mortes.

O consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro (seis ou mais doses de bebida, na maioria dos países) em uma única ocasião, pelo menos uma vez no mês, é conhecido na literatura internacional como *heavy episodic drinking* (HED), ou uso pesado episódico do álcool. Esse tipo de consumo geralmente provoca intoxicação alcoólica aguda, que é a principal causa dos problemas relacionados ao álcool na população – como envenenamento por álcool, acidentes e violências –, e pode gerar graves consequências, mesmo para pessoas que têm um nível de consumo relativamente baixo.¹

No mundo, em 2010, a prevalência do HED foi estimada em 7,5% na população total com 15 anos ou mais de idade, superior nas regiões da Europa (16,5%) e Américas (13,7%). Na população desta faixa etária que relatava consumo de álcool, a prevalência do HED

foi 16,0%, também superior na Europa (22,9%) e Américas (22,0%).¹

No Brasil, desde 2006, a pesquisa sobre Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada nas capitais dos estados e no Distrito Federal, monitora anualmente a prevalência do consumo abusivo de álcool, definido como consumo abusivo cinco ou mais doses de bebida alcoólica (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Em 2013, o inquérito revelou prevalência de 16,4% (IC_{95%} 15,7; 17,0%) na população com 18 anos ou mais de idade.³

Além das consequências à saúde, o uso excessivo das bebidas alcoólicas causa perdas sociais e econômicas importantes para indivíduos e para a sociedade como um todo.⁽¹⁾ Estudo de revisão estimou que os custos associados ao álcool ultrapassam 1% do produto interno bruto (PIB) dos países de alta e média renda.⁴

Diante disso, é evidente a necessidade de estudos que possam revelar a magnitude do consumo abusivo de álcool na população brasileira. Ademais, informações de base populacional apresentam a vantagem de permitirem a obtenção de indicadores desagregados para grupos específicos da população.

Este artigo objetiva descrever a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira, segundo características sociodemográficas e de saúde, em 2013.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS é o maior estudo já realizado sobre a situação de saúde da população brasileira. Trata-se de pesquisa domiciliar com desenho próprio, elaborada com a finalidade de coletar informações sobre a situação de saúde da população brasileira. Faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e utiliza a Amostra Mestra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua.^{5,6}

A amostragem foi aleatória por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias, constituídas por setores censitários ou conjunto de setores. No segundo estágio, foram selecionados os domicílios, e no terceiro, foi sorteado um morador com idade igual ou superior a 18 anos. Houve coleta

de dados em 64.348 domicílios.⁵

Os dados foram coletados por entrevistadores treinados, com o auxílio de computadores de mão (*Personal Digital Assistance* – PDA), programados para processos de crítica das variáveis. Mais informações sobre a PNS podem ser obtidas em outras publicações.^{5,7}

No presente estudo, investigou-se o consumo abusivo de álcool, definido como a ingestão de cinco ou mais doses de bebida alcoólica para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias,³ a partir das seguintes perguntas: a) “Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para homens; e b) “Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para mulheres. Foi considerado consumo abusivo de álcool a resposta “sim” a estas perguntas, independentemente do número de vezes que isso ocorreu. Uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Como denominador no cálculo das prevalências, foi considerado o total de indivíduos da amostra. As prevalências do desfecho foram calculadas segundo sexo (masculino e feminino) e total, para as seguintes variáveis: faixa etária (18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 anos ou mais); escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto, superior completo); cor da pele (branca, preta, parda, amarela, indígena); tabagismo (fumante diário, fumante ocasional, não fumante); autopercepção do estado de saúde (muito boa ou boa, regular, ruim ou muito ruim); situação do domicílio (urbana, rural); região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); e Unidade da Federação (UF).

Também foram calculadas as prevalências conforme a presença ou ausência das seguintes morbidades autorreferidas, baseadas em diagnóstico médico previamente recebido: hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, acidente vascular cerebral ou derrame, asma (ou bronquite asmática), artrite ou reumatismo, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), depressão, doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC), câncer e insuficiência renal crônica.

O número de episódios de consumo abusivo de álcool entre os entrevistados que o relataram nos 30

dias anteriores à pesquisa foi investigado por meio da questão: “Em quantos dias do mês isto ocorreu?” Para esta variável, foram calculadas as frequências das respostas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou mais dias), segundo sexo e regiões.

As análises foram realizadas usando-se o programa Stata versão 12.0. Para o cálculo das prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, foram utilizados procedimentos específicos na análise de dados derivados de amostras com desenho complexo, utilizando-se a função *survey* do Stata, com definição de pesos, estratos e unidades amostrais.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

Resultados

Na PNS, foram pesquisadas 60.202 pessoas com 18 anos ou mais de idade, sendo 48,3% do sexo masculino e 51,7% do feminino.

A prevalência do consumo abusivo de álcool, pelo menos uma vez, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi 13,7% (IC_{95%} 13,1; 14,2%). Essa prevalência foi superior entre os homens (21,6%; IC_{95%} 20,7; 22,5%), em comparação com as mulheres (6,6%; IC_{95%} 6,1; 7,1%) (Tabela 1).

Considerando-se indivíduos de ambos os sexos, houve diminuição com o aumento da idade. Prevalências maiores foram observadas entre adultos jovens (18 a 29 anos de idade: 18,8%; IC_{95%} 17,5; 20,0%; 30 a 39 anos de idade: 17,8%; IC_{95%} 16,6; 18,9%), em comparação com aqueles de idade mais elevada, e entre pessoas de cor da pele preta (16,6%; IC_{95%} 14,9; 18,4%), em comparação com a branca (12,4%; IC_{95%} 11,7; 13,2%). Entre pessoas de cor da pele parda, foi 14,4% (IC_{95%} 13,7; 15,1%), e entre indígenas, 12,6% (IC_{95%} 7,7; 17,5). Quanto à escolaridade, observou-se prevalência menor entre indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,1%; IC_{95%} 10,5; 11,8%), em comparação com os mais escolarizados. Prevalências maiores foram observadas entre os fumantes ocasionais (35,2%; IC_{95%} 30,4; 40,0%), comparados aos fumantes diários (27,4%; IC_{95%} 25,6; 29,2%), e tais categorias apresentaram prevalências mais elevadas do que os não fumantes (11,1%; IC_{95%} 10,6; 11,6%) (Tabela 1).

Em geral, a prevalência do consumo abusivo de álcool foi menor entre indivíduos que referiram apresentar as morbidades estudadas, em comparação

Tabela 1 – Prevalência de consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa entre pessoas de 18 anos ou mais de idade, segundo características sociodemográficas e de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

Variáveis	Masculino			Feminino			Total		
	%	IC _{95%} *		%	IC _{95%} *		%	IC _{95%} *	
Faixa etária (anos)									
18 a 29	27,2	25,3	29,2	10,5	9,2	11,7	18,8	17,5	20,0
30 a 39	27,4	25,4	29,3	9,0	7,8	10,3	17,8	16,6	18,9
40 a 49	22,4	20,4	24,3	6,4	5,5	7,3	13,7	12,7	14,8
50 a 59	17,4	15,4	19,3	3,8	3,1	4,6	10,3	9,3	11,4
60 a 69	11,0	9,0	13,1	2,0	1,2	2,7	5,9	5,0	6,9
70 ou mais	4,1	2,6	5,6	0,4	0,2	0,6	2,0	1,4	2,7
Escolaridade									
Sem instrução e fundamental incompleto	18,9	17,6	20,2	3,9	3,5	4,4	11,1	10,5	11,8
Fundamental completo e médio incompleto	23,3	21,0	25,6	8,3	6,9	9,7	15,8	14,4	17,2
Médio completo e superior incompleto	23,5	21,9	25,2	8,3	7,4	9,2	15,4	14,4	16,3
Superior completo	23,1	20,2	25,9	7,9	6,7	9,2	14,3	12,8	15,8
Cor da pele									
Branca	20,3	18,9	21,7	5,6	5,0	6,3	12,4	11,7	13,2
Preta	26,0	22,9	29,2	8,3	6,8	9,8	16,6	14,9	18,4
Parda	17,9	10,6	25,3	6,3	3,4	9,2	11,2	7,6	14,8
Amarela	22,1	20,9	23,3	7,4	6,6	8,1	14,4	13,7	15,1
Indígena	23,3	12,9	33,6	5,0	2,1	7,9	12,6	7,7	17,5
Fumo									
Fumo diário	35,1	32,4	37,8	15,8	13,8	17,8	27,4	25,6	29,2
Fumo ocasional	44,6	38,2	51,0	18,5	13,2	23,8	35,2	30,4	40,0
Não	18,1	17,2	19,1	5,4	4,9	5,9	11,1	10,6	11,6
Hipertensão arterial									
Sim	16,5	14,7	18,3	3,5	2,9	4,1	8,7	7,9	9,6
Não**	22,5	21,5	23,6	7,5	6,9	8,1	14,7	14,1	15,4
Diabetes									
Sim	11,2	8,6	13,8	2,2	1,4	3,0	5,9	4,7	7,0
Não**	21,4	20,4	22,4	6,8	6,3	7,3	13,4	12,8	14,0
Colesterol alto									
Sim	20,6	17,5	23,7	4,5	3,7	5,3	10,3	9,1	11,6
Não	20,5	19,5	21,6	6,7	6,2	7,3	13,1	12,5	13,7
Acidente vascular cerebral									
Sim	9,5	3,6	15,4	2,6	1,1	4,2	6,1	3,0	9,2
Não	21,8	20,8	22,7	6,6	6,2	7,1	13,8	13,2	14,3
Asma ou bronquite asmática									
Sim	22,5	18,0	27,0	5,8	4,2	7,3	12,2	10,1	14,3
Não	21,5	20,6	22,5	6,6	6,2	7,1	13,7	13,2	14,3
Artrite ou reumatismo									
Sim	14,5	10,0	18,9	3,3	2,3	4,4	6,2	4,8	7,6
Não	21,8	20,9	22,8	6,9	6,4	7,4	14,2	13,6	14,7
Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho									
Sim	29,1	20,0	38,2	9,0	5,9	12,1	14,9	11,3	18,4
Não	21,5	20,5	22,4	6,5	6,0	7,0	13,6	13,1	14,1
Depressão									
Sim	17,8	13,4	22,2	5,6	4,4	6,8	8,6	7,2	10,0
Não	21,7	20,8	22,7	6,7	6,2	7,2	14,1	13,5	14,6
Doença do pulmão									
Sim	19,4	13,3	25,6	3,4	1,5	5,2	10,8	7,7	13,9
Não	21,6	20,7	22,5	6,7	6,2	7,1	13,7	13,2	14,2

Continua

Continuação

Variáveis	Masculino			Feminino			Total		
	%	IC _{95%} ^a	%	IC _{95%} ^a	%	IC _{95%} ^a	%	IC _{95%} ^a	
Câncer									
Sim	9,5	4,2	14,8	3,9	1,5	6,4	6,2	3,6	8,8
Não	21,8	20,8	22,7	6,6	6,2	7,1	13,8	13,3	14,3
Insuficiência renal crônica									
Sim	9,9	5,6	14,1	7,1	3,9	10,3	8,3	5,8	10,9
Não	21,7	20,8	22,7	6,6	6,1	7,1	13,7	13,2	14,3
Autopercepção do estado de saúde									
Muito boa ou boa	23,5	22,3	24,6	7,8	7,1	8,4	15,6	14,9	16,3
Regular	18,3	16,7	19,8	4,8	4,2	5,5	10,5	9,7	11,2
Ruim ou muito ruim	11,3	8,7	13,9	3,6	2,5	4,6	6,6	5,3	7,8
Região									
Norte	23,1	20,8	25,4	5,7	4,9	6,5	14,2	12,9	15,4
Nordeste	25,5	24,0	27,0	6,8	6,0	7,7	15,6	14,8	16,4
Sudeste	19,9	18,2	21,5	6,6	5,8	7,5	12,8	11,9	13,7
Sul	17,6	15,6	19,6	5,2	4,2	6,2	11,1	10,0	12,2
Centro-Oeste	24,0	22,0	25,9	9,0	7,9	10,2	16,2	15,0	17,3
Situação do domicílio									
Urbana	22,3	21,3	23,4	7,1	6,6	7,7	14,2	13,6	14,8
Rural	17,3	15,4	19,1	2,9	2,2	3,5	10,3	9,2	11,3
Brasil	21,6	20,7	22,5	6,6	6,1	7,1	13,7	13,1	14,2

^a Intervalo de confiança de 95%.^b "Não" ou "apenas durante a gravidez", para mulheres.

com aqueles que não referiram. Todavia, não houve diferença significativa entre indivíduos que referiram e que não referiram apresentar asma ou doença do pulmão (Tabela 1).

Observou-se maior prevalência do consumo abusivo conforme melhorava a percepção do estado de saúde. Entre as pessoas que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim, a prevalência foi 6,6% (IC_{95%} 5,3%; 7,8%), enquanto entre aquelas que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, foi 15,6% (IC_{95%} 14,9%; 16,3%).

Entre as regiões, prevalências mais expressivas foram encontradas no Centro-Oeste (16,2%; 15,0; 17,3%) e Nordeste (15,6%; IC_{95%} 14,8; 16,4%), enquanto a menor foi no Sul (11,1%; 10,0; 12,2%). Observou-se prevalência mais elevada entre residentes em áreas urbanas (14,2%; IC_{95%} 13,6; 14,8%), em comparação com as rurais (10,3%; IC_{95%} 9,2; 11,3%) (Tabela 1).

As UF's com prevalências mais elevadas de consumo abusivo foram Bahia (18,9; IC_{95%} 16,8; 20,9), Mato Grosso do Sul (18,4; IC_{95%} 16,1; 20,6) e Amapá (17,6; IC_{95%} 14,6; 20,6). Aquelas com menores prevalências foram Paraná (10,6; IC_{95%} 8,9; 12,2), Paraíba (10,9; IC_{95%} 9,3; 12,5) e Roraima (13,4; IC_{95%} 11,3; 15,6), seguidos por Rio Grande do Sul e Santa Catarina (Figura 1).

Prevalências marcadamente superiores entre os homens foram observadas em todas as UF's, sendo próximas a 30% na Bahia (29,4; IC_{95%} 25,6; 33,2),

Rio Grande do Norte (28,7; IC_{95%} 24,7; 32,7), Piauí (28,5; IC_{95%} 24,5; 32,5) e Mato Grosso do Sul (27,7; IC_{95%} 23,7; 31,6) (Figura 2).

Entre os indivíduos que referiram consumo abusivo de álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa, 47,3% afirmaram ter consumido até duas vezes ao mês, sendo 44,6% entre os homens e 55,0% entre as mulheres (Figura 3).

Discussão

A prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira foi 13,7% (IC_{95%} 13,1; 14,2%). Entre os homens, foi 3,3 vezes aquela entre as mulheres. Verificaram-se prevalências mais elevadas também entre adultos jovens, de cor da pele preta ou indígena, fumantes e pessoas que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Prevalências menores foram observadas entre indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto e entre aqueles que referiram apresentar morbidades. Quanto ao local de residência, prevalências mais expressivas foram encontradas entre residentes em áreas urbanas e nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, enquanto a região Sul apresentou menores prevalências.

A prevalência revelada pela PNS para a população brasileira foi pouco inferior àquela encontrada pelo Vigilante em 2013 para o conjunto de 27 cidades brasileiras, de

16,4% (IC_{95%} 15,7; 17,0%). De maneira consistente com o presente estudo, o Vigitel também revelou prevalência de consumo abusivo de álcool superior entre os homens (24,2%; IC_{95%} 23,0; 25,4%) em comparação com as mulheres (9,7%; IC_{95%} 9,0; 10,4%).⁸ As diferenças entre os sexos quanto ao padrão e às consequências do consumo de álcool são amplamente reconhecidas e refletem o padrão mundial. A maior carga entre os homens é amplamente explicada pelo fato de que, em comparação com as mulheres, eles são menos abstinuos e consomem álcool com maior frequência e em maior quantidade.¹

Em 2010, o consumo total *per capita* de álcool puro no mundo foi em média 21,2L para os homens e 8,9L para as mulheres. Do total de mortes de homens, em 2012, 7,6% foram atribuíveis ao álcool, em comparação com 4,0% entre as mulheres. Os homens também exibiram proporção superior da carga de doença atribuível ao álcool em comparação com as mulheres – respectivamente 7,4% e 2,3% do total de DALY.¹

É importante destacar que, apesar de o consumo ser maior entre os homens, existem evidências de que as mulheres sejam mais vulneráveis aos danos causados pelo álcool. Esta vulnerabilidade é uma preocupação importante para as políticas de saúde pública, uma vez que o uso do álcool é crescente entre as mulheres e também porque o consumo de álcool durante a gestação pode causar a síndrome alcoólica fetal.^{9,10}

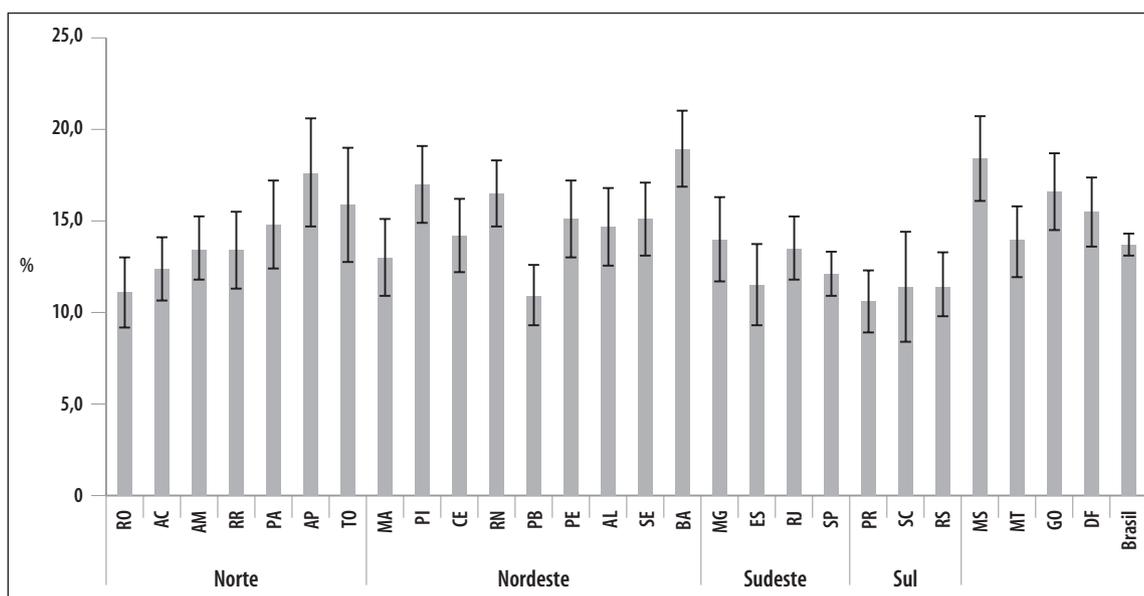
A maior frequência de consumo abusivo entre jovens observada no estudo também reflete o padrão mundial

e é consistente com os resultados do Vigitel. No mundo, em 2010, foi estimada prevalência de consumo abusivo de álcool para 11,7% na população de 15 a 19 anos, em comparação com 7,5% no total da população com 15 anos ou mais de idade (OMS, 2014). Segundo o Vigitel 2013, prevalências mais elevadas foram encontradas nas faixas etárias de 18 a 24 anos (19,0%; IC_{95%} 17,1; 20,8%) e 25 a 34 anos (22,7%; IC_{95%} 21,0; 24,3%).³

Também foi consistente com os resultados do Vigitel o achado de maior prevalência na população com maior escolaridade: a prevalência do consumo abusivo de álcool foi 19,7% (IC_{95%} 18,4; 21,0%) na população com 12 anos ou mais de estudo, em comparação com 12,8% (IC_{95%} 11,7; 14,0) naquela com 0 a 8 anos de estudo. O padrão observado de maior consumo abusivo de álcool nas regiões Norte e Nordeste observado também foi consistente com o Vigitel 2013, que revelou maiores prevalências em Salvador, São Luiz, Aracaju e Cuiabá.³

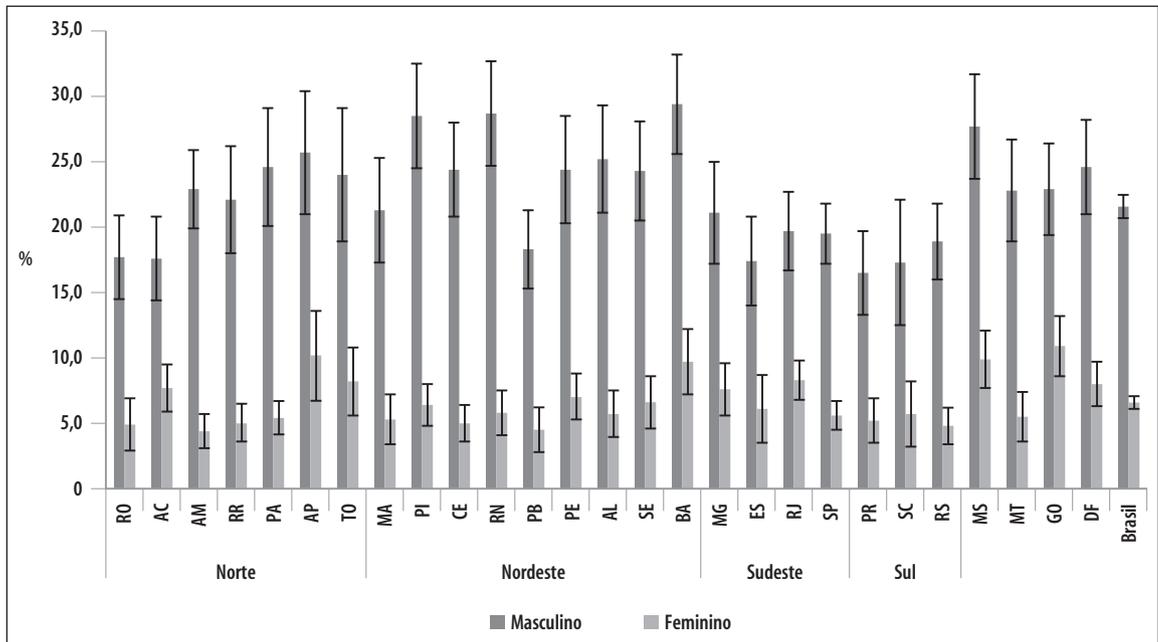
Inquéritos e estudos com dados secundários de mortalidade, especialmente em países desenvolvidos, sugerem que existem mais consumidores de álcool, mais ocasiões para consumo e mais consumidores com padrões de consumo de baixo risco nos grupos socioeconômicos mais elevados, enquanto a abstenção é maior nos grupos sociais menos favorecidos. Todavia, as pessoas com pior nível socioeconômico são mais vulneráveis aos problemas e consequências do consumo abusivo do álcool.¹¹

Além do Vigitel, outras pesquisas realizadas no Brasil



Nota: As hastes indicam os limites dos intervalos de confiança de 95% das prevalências.

Figura 1 – Prevalência (%) de consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa entre pessoas de 18 anos ou mais de idade, segundo Unidade da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013



Nota: As hastes indicam os limites dos intervalos de confiança de 95% das prevalências

Figura 2 – Prevalência (%) de consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa entre pessoas de 18 anos ou mais de idade, segundo sexo e Unidade da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

mostraram achados consistentes com o presente estudo. Todavia, a comparação direta é impedida, uma vez que as informações sobre consumo de álcool apresentam grande variação quanto às medidas, à forma de coleta e aos instrumentos.¹²

A primeira pesquisa nacional sobre padrões de consumo de álcool, realizada em 2005-2006, revelou que um quarto da população adulta brasileira (≥ 18 anos) consumia álcool – muito frequentemente (6%) ou frequentemente (19%) – e, desta parcela, 29% consumiam usualmente cinco unidades ou mais (38% entre os homens e 17% entre as mulheres).¹³ De forma consistente com o presente estudo, o consumo de grandes quantidades de álcool foi maior nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, assim como entre residentes em áreas urbanas, capitais e regiões metropolitanas.¹⁴

Inquérito de base populacional, com abrangência nacional, sobre comportamento sexual e percepções sobre HIV/aids, realizado em 2005, investigou também o consumo de álcool.¹⁵ Foram entrevistados 5.040 indivíduos de 16 a 65 anos de idade. O uso do álcool na vida foi relatado por 86,7% dos entrevistados e o uso regular por 18%. De maneira consistente com o presente estudo, frequências mais elevadas de uso regular e de consumo de bebida alcoólica foram observadas entre indivíduos pretos ou indígenas. Possíveis explicações para isso incluem fatores individuais, características ambientais,

assim como fatores históricos e culturais.¹⁶ O estresse gerado pelo racismo também foi levantado como explicação para o maior consumo de álcool entre negros.^{17,18}

O Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), pesquisa domiciliar transversal realizada com 1.646 adultos de 20 a 59 anos, residentes em quatro regiões do estado de São Paulo, em 2001-2002, também apresentou resultados consistentes com o presente estudo. A definição de consumo abusivo adotada foi de 30 e 24 gramas ou mais de etanol por dia para os sexos masculino e feminino, respectivamente. A prevalência do consumo abusivo de álcool foi elevada – 52,9% no sexo masculino e 26,8% no sexo feminino –, e fortemente associada ao tabagismo. Ademais, foi maior nas faixas etárias mais jovens, em ambos os sexos. Entre os homens, houve maior consumo abusivo com o incremento da escolaridade. Entre as mulheres, foi associado à escolaridade universitária e à ausência de companheiro.¹⁹

Estudo transversal de base populacional, realizado em Campinas-SP, em 2003, no qual foram entrevistados 515 indivíduos com 14 anos ou mais de idade, revelou que 12,4% consumiam bebidas alcoólicas duas ou mais vezes por semana, 7,5% bebiam cinco ou mais doses em dia típico e 3,7% consumiam seis ou mais doses por semana ou por dia. O consumo foi mais elevado entre homens e indivíduos com maior escolaridade.²⁰

O presente estudo revelou, ainda, maior prevalência

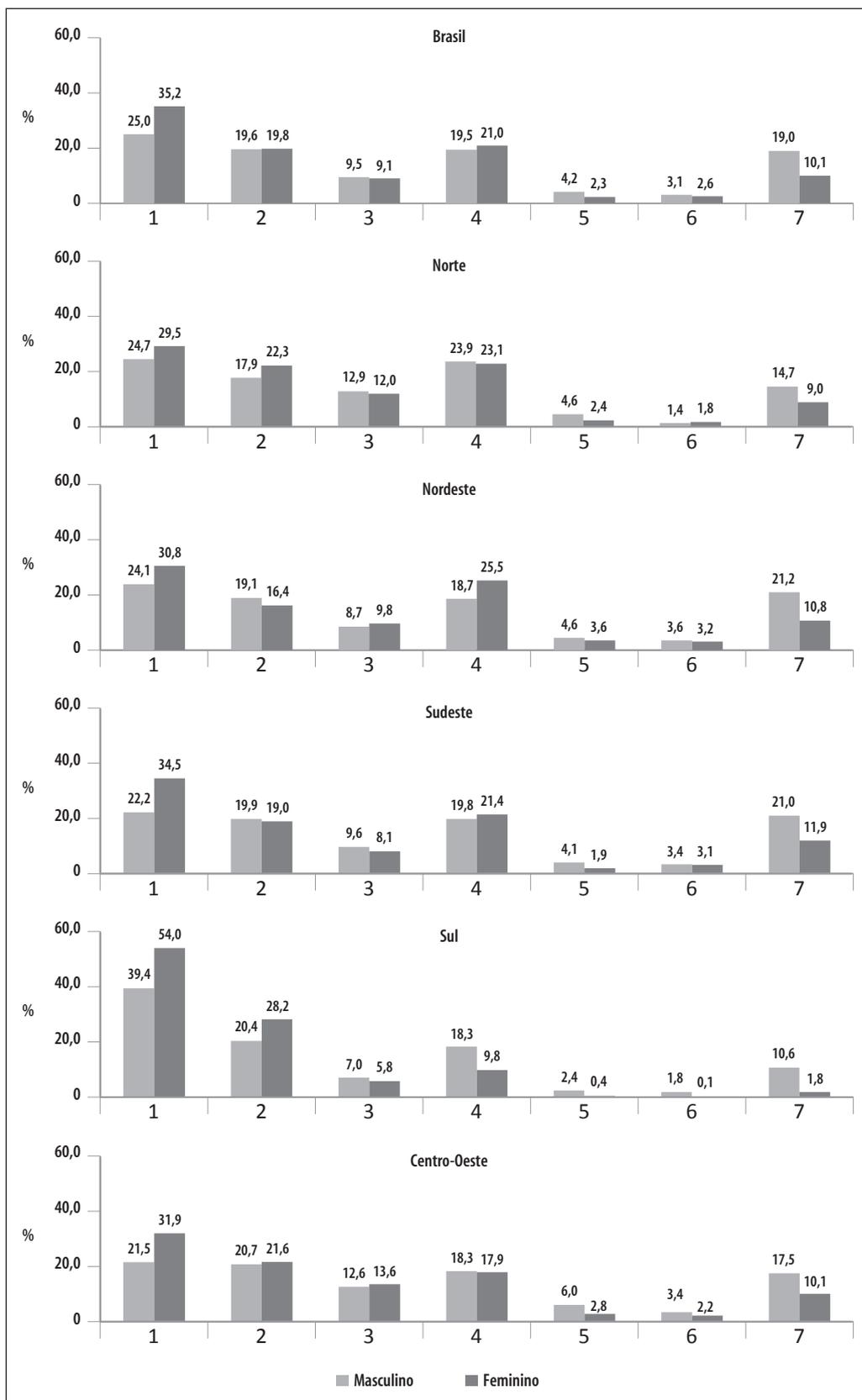


Figura 3 – Frequência (%) do número de episódios de consumo abusivo de álcool entre os entrevistados que relataram consumo nos 30 dias anteriores à pesquisa, segundo sexo e região. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

de consumo abusivo de álcool entre indivíduos com melhor situação de saúde. Isso era esperado, uma vez que indivíduos com doenças diagnosticadas podem ter maior consciência sobre a necessidade de cuidados de saúde – que incluem evitar o consumo abusivo do álcool –, também podem ter recebido orientação médica para não realizar o consumo, ou ainda, usarem medicamentos que apresentam interações com o álcool. Todavia, não houve diferença significativa no consumo abusivo entre indivíduos com ou sem diagnóstico de asma ou doença do pulmão. Mais estudos são necessários para elucidar as relações entre o consumo abusivo de álcool e a situação de saúde.

Inquéritos domiciliares de base populacional têm sido frequentemente realizados para estudar o consumo de álcool e drogas.¹⁵ Uma vez tomadas as precauções metodológicas e reconhecidas as suas limitações, os inquéritos são pouco suscetíveis a vieses que invalidem comparações e contrastes. A principal limitação deste estudo refere-se à mensuração do consumo abusivo de álcool. Na PNS, foi questionado o número de doses, sem que tivesse sido aferida especificamente a quantidade de álcool ingerida (em gramas) a partir de sua concentração em cada tipo de bebida ingerida. Sabe-se que existem variações importantes no que concerne à quantidade de álcool em cada unidade de bebida, o que reduz a precisão da avaliação da quantidade de álcool consumido.¹² Ademais, a estratégia de avaliar o consumo somente a partir do relato do entrevistado possivelmente resulta na ocorrência de viés de informação, decorrente da omissão do consumo abusivo pelos entrevistados,^{12,19} o que possivelmente resulta em subestimação das prevalências. Todavia, as informações autorreferidas sobre consumo de álcool são consideradas uma abordagem confiável e válida.²¹

O álcool tem permanecido como uma prioridade relativamente baixa nas políticas públicas, incluindo as de saúde, apesar da elevada carga social, sanitária e econômica associada ao consumo nocivo.¹ Isso é verdadeiro especialmente no Brasil, onde ocorreram importantes avanços nas políticas de controle do tabagismo, verificando-se, entretanto, pouca evolução nas políticas voltadas à redução do consumo nocivo do álcool, apesar de se reconhecer que as políticas públicas constituem a estratégia mais bem-sucedida para o enfrentamento deste problema. Um exemplo de sucesso é a “Lei Seca” (Lei nº 11.705/2008),²² que resultou em redução de mortes por acidentes de trânsito um ano após sua vigência, apesar de a fiscalização de seu cumprimento não ser uniforme no território nacional.²³

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento

das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, inclui entre suas metas a “Redução da prevalência de consumo nocivo de álcool, de 18% (2011) para 12% em (2022)”.²⁴ A diminuição do consumo do álcool constitui uma prioridade de saúde pública, uma vez que impacta na redução de doenças como câncer, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas e mentais (incluindo depressão), além de acidentes e violências.

Em âmbito global, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 2012, uma meta de redução de 25% na mortalidade prematura por DCNT entre os anos de 2015 e 2025, com metas específicas, a serem alcançadas globalmente, relacionadas aos quatro principais fatores de risco para as DCNT: tabagismo, consumo nocivo do álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Com isso, espera-se uma mudança política e uma maior conscientização sobre a necessidade do combate ao consumo nocivo do álcool.¹

O alcance da meta de redução do consumo nocivo do álcool depende principalmente de medidas de regulação adotadas pelos governos, bem como do enfrentamento do poder das indústrias de álcool e associados.^{1,25} No Brasil, entretanto, o incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas apoia-se em livres valores de mercado e é socialmente aceito. Assim, de forma crescente, as indústrias encontram suporte para defender seus interesses comerciais, que não raro conflitam com a saúde pública.²⁵

Um exemplo é o fato de a cerveja, apesar de seu teor alcoólico, ser enquadrada, pela legislação tributária brasileira, na categoria *bebidas frias*, a mesma que outras bebidas não alcoólicas – como isotônicos e refrigerantes e águas flavorizadas.²⁶ Na contramão das evidências, a legislação é claramente favorável à indústria, em detrimento da saúde pública. A Associação Brasileira da Indústria da Cerveja, representante dos maiores fabricantes no país, informou que o novo modelo de tributação favorece investimentos das empresas, que, em 2014, produziram 14,147 bilhões de litros da bebida, o que correspondeu a um crescimento de 5% em relação a 2013. O setor foi responsável por 3% do PIB brasileiro em 2014.²⁷

Em virtude da elevada prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população brasileira, corroborada neste estudo, são necessários avanços imediatos nas políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento. Existem evidências sólidas de que o consumo de álcool na população pode ser reduzido de maneira custo-efetiva por meio de intervenções simples, especialmente as medidas

para tornar o álcool mais caro e menos disponível.^{1,23}

Contribuição das autoras

Garcia LP e Freitas LRS contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, análise dos dados,

redação, e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito.

Ambas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Jan 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
- Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):135-43.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigil Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009 Jun;373(9682):2223-33.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
- Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cienc Saude Coletiva*. 2014 nov;19(11):4301-11.
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. *Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação*. *Cienc Saude Coletiva*. 2014 fev;19(2):333-42.
- Malta DC, Silva Jr JB. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 set;23(3):389-98.
- Wilsnack SC, Wilsnack RW, Kantor IW. Focus on: women and the costs of alcohol use. *Alcohol Res*. 2013 Mar;35(2):219-28.
- Popova S, Lange S, Burd L, Chudley AE, Clarren SK, Rehm J. Cost of fetal alcohol spectrum disorder diagnosis in Canada. *PLoS One*. 2013 Apr;8(4):e60434.
- Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012 Sep-Oct;47(5):597-605.
- Kerr WC, Greenfield TK, Tujague J, Brown SE. A drink is a drink? Variation in the amount of alcohol contained in beer, wine and spirits drinks in a US methodological sample. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Nov;29(11):2015-21.
- Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Sep;32(3):231-41.
- Caetano R, Madruga C, Pinsky I, Laranjeira R. Drinking patterns and associated problems in Brazil. *Adicciones*. 2013;25(4):287-93.
- Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saude Publica*. 2008 jun;42 supl 1:109-17.
- Chartier K, Caetano R. Ethnicity and health disparities in alcohol research. *Alcohol Res Health*. 2010;33(1-2):152-60.
- Borrell LN, Kiefe CI, Diez-Roux AV, Williams DR, Gordon-Larsen P. Racial discrimination, racial/ethnic segregation, and health behaviors in the CARDIA study. *Ethn Health*. 2013 Jun;18(3):227-43.
- Ortiz-Hernández L, Compeán-Dardón S, Verde-Flota E, Flores-Martínez MN. Racism and mental health among university students in Mexico City. *Salud Publica Mex*. 2011 Mar-Apr;53(2):125-33.

19. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 jun;3(2):314-25.
20. Barros MBA, Marín-León L, Oliveira HB, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol Serv Saude*. 2008 out-dez;17(4):259-70.
21. Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*. 2003 Dec;98 Suppl 2:1-12.
22. Brasil. Casa Civil. 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 República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2008 jun 20; Seção 1:1.
23. Malta DC, Soares Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Lima CM, et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2010 out-dez;19(4):317-28.
24. Malta DC, Silva Jr JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 mar;22(1):151-64.
25. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saude Publica*. 2007 out;41(5):839-48.
26. Brasil. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nos 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei no 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis nos 9.430, de 27 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2015 jan 20; Seção 1:1.
27. Reuters. Novo modelo de tributação para bebidas começa a valer em maio [Internet]. *Folha Sao Paulo* [Internet]. 2015 jan 20 [citado 2015 jan 12]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/01/1577864-novo-modelo-de-tributacao-para-bebidas-comeca-a-valer-em-maio.shtml>

Recebido em 08/02/2015
Aprovado em 30/03/2015