

DEBORAH CARVALHO MALTA

ALCOHOL Y ENFERMEDADES Y AGRAVIOS
NO TRANSMISIBLES: EL MONITOREO DE
LA POBLACIÓN SEGÚN LAS ENCUESTAS
POBLACIONALES

Médica, doctora en Salud Pública, profesora adjunta de la Escuela de Enfermería de la UFMG y directora de Vigilancia de Enfermedades y Agravios No Transmisibles de la Secretaría de Vigilancia en Salud, del Ministerio de Salud

ALCOHOL Y ENFERMEDADES Y AGRAVIOS NO TRANSMISIBLES: EL MONITOREO DE LA POBLACIÓN SEGÚN LAS ENCUESTAS POBLACIONALES

DEBORAH CARVALHO MALTA

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es un comportamiento adaptado y alentado en la mayoría de las culturas, estando asociado con las festividades, celebraciones, ceremonias religiosas, etc. (WHO 2002, 2008). Aunque el consumo de alcohol tiene sus raíces en las culturas de muchas sociedades, se estima que alrededor del 45% de la población adulta nunca ha consumido bebidas alcohólicas; entre las mujeres, este porcentaje se eleva al 55% (Id., 2011).

De acuerdo con datos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hay un alto grado de variación en el consumo de alcohol en todo el mundo. En promedio, el consumo per cápita se estima en seis litros por año, siendo más alto en la región europea (12,2 litros) y más bajo en el Oriente Medio (0,6 litro). Los países con mayores ingresos tienen mayor consumo per cápita (unos 10 litros) que los países de ingresos medianos y bajos (alrededor de tres a cuatro litros). Brasil consume alrededor de 8,8 litros per cápita (Monteiro, 2007).

Se estima que los problemas relacionados con el alcohol resultan en un costo anual que oscila entre el 0,5% y el 2,7% del Producto Interno Bruto (PIB) de los diferentes países (WHO, 2002, 2008, 2011a). El consumo excesivo de alcohol es un importante problema de salud pública, que influye en la morbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, cada año, se producen aproximadamente 2,5 millones de muertes relacionadas con el consumo de alcohol, que representan el

3,8% de todas las muertes en el mundo, de las cuales 320,000 de jóvenes entre 15 y 29 años. Más de la mitad de estas muertes ocurren por enfermedades no transmisibles, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y la cirrosis del hígado; entre los jóvenes, las causas externas son las más frecuentes (Id., 2011a).

Su influencia en la salud también está relacionada con diferentes patrones de consumo de alcohol. Por lo tanto, el consumo crónico puede causar daño y dependencia, lo que resulta en enfermedades mentales, hepáticas, cardiovasculares, cánceres, entre otros. Los problemas derivados del uso episódico y agudo son también importante factor de riesgo para la violencia (asaltos, homicidios, suicidios), los accidentes de transporte y trabajo, entre otros (WHO, 2011a; Monteiro, 2007).

Los efectos del alcohol en el cuerpo varían con la velocidad y la frecuencia con la que se come, el metabolismo, la vulnerabilidad genética, el sexo y el estilo de vida. Una vez absorbido, llega a todas las partes del cuerpo, lo que lleva a una disminución de la coordinación motora y de los reflejos. El efecto inicial promueve un estado de euforia y desinhibición, pero si se ingiere en cantidades mayores, ocurre lo contrario, causando la depresión del sistema nervioso, que varía en intensidad dependiendo de la cantidad ingerida y de la sensibilidad individual (WHO, 2002, 2008, 2011a; Monteiro, 2007; Mascarenhas et al., 2009).

Debido al efecto placentero que proporciona cuando se ingiere en dosis menores, estimula la repetición y en consecuencia la dependencia. El alcohol altera los reflejos mismo en pequeñas cantidades ingeridas, con gradaciones en los efectos producidos. Estos efectos pueden alterar la capacidad para conducir, por ejemplo, convirtiéndose en factor de riesgo potente para los accidentes de tráfico (WHO, 2008; Monteiro, 2007; Mascarenhas et al., 2009).

Hay varias revisiones y evidencias sobre la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer, ya documentadas desde los años 1990 (Doll et al., 1993; Duffy; Sharples, 1992). El alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de algunos tipos de cáncer tales como tumores de la cavidad oral (boca), faringe, laringe, esófago, colorrectal, de hígado, de páncreas y de mama. A nivel mundial, el 3,6% de todos los cánceres

son atribuibles al consumo de la sustancia (WHO, 2011a; Doll et al., 1993; Duffy; Sharples, 1992).

El mecanismo de acción del alcohol (etanol) en los tejidos y el desarrollo de cáncer no se entiende completamente (WHO, 2011a; Doll et al., 1993; Duffy; Sharples, 1992). Algunas evidencias sugieren que puede actuar de varias maneras, promoviendo cambios en el ADN (ácido desoxirribonucleico) de la célula, lo que resulta en daño a las células y tejidos. En el intestino, las bacterias intestinales transformarían el etanol en acetaldehído, que es una sustancia cancerígena para los animales de laboratorio. El alcohol también puede interactuar con otras sustancias con potencial carcinogénico, tales como la nicotina y otras sustancias del tabaco. Por lo tanto, el uso combinado de tabaco y alcohol aumenta tumores orales, de la garganta y el esófago. El alcohol puede llevar a un daño directo en el hígado, causando inflamación y cicatrización, cambiando el metabolismo del hígado y con grande repercusión sistémica, además de reducir la absorción de los nutrientes de los alimentos tales como el ácido fólico, que potencializa el cáncer de mama y colorrectal. Otros efectos nocivos consisten en la acción sobre el estrógeno y otras hormonas, aumentando los niveles de estrógeno, lo que podría aumentar el riesgo de cáncer de mama. Otros efectos incluyen el aumento de las calorías de la dieta, lo que conduce a la obesidad, que es otro factor de riesgo para varios tipos de cáncer (WHO, 2011a; Doll et al., 1993; Duffy; Sharples, 1992).

La relación entre el consumo de alcohol y las enfermedades isquémicas cardíaca y cerebrovascular es compleja, dependiendo de la cantidad ingerida y del patrón de consumo de alcohol. Hay numerosas controversias en cuanto a los posibles beneficios del alcohol. Algunos datos epidemiológicos en los países de ingresos altos sugieren que el consumo bajo de alcohol puede resultar en beneficios en la evolución de la enfermedad cardiovascular en algunos segmentos de la población (Corrao et al., 2004; Mukamal et al., 2010; Rehm et al., 2010; Ronksley et al., 2011), pero los posibles efectos beneficiosos tienden a desaparecer en los patrones de alto consumo (Bagnardi et al., 2008; Roerecke; Rehm, 2010).

El consumo de alcohol por períodos prolongados de tiempo puede aumentar la presión arterial y la mortalidad cardiovascular y general (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). El alcohol es, por definición,

la principal causa de cardiomiopatía alcohólica, además de ser un factor importante causante de la hipertensión y del accidente cerebrovascular hemorrágico (English et al., 1995). Por otra parte, el consumo de alcohol tiene efectos nocivos sobre la presión arterial, la insuficiencia cardíaca y arritmias y el accidente cerebrovascular hemorrágico, sin tener en cuenta el patrón de consumo (Rehm et al., 2010).

Los bajos niveles de consumo de alcohol pueden tener un efecto protector contra el accidente cerebrovascular (ACV), especialmente el isquémico, debido a sus efectos sobre el colesterol HDL, adherencia plaquetaria y otros factores de trombofilia (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). También hay que señalar que algunos estudios han dado lugar a resultados opuestos sobre la relación entre el consumo de alcohol y los accidentes cerebrovasculares. En revisión abarcadora, English et al. (1995) encontraron 21 estudios que mostraban la relación entre el consumo de alcohol y el aumento de accidente cerebrovascular, pero ocho estudios no indicaron ninguna conexión. En otro estudio grande, Camargo y Rimm (1996) concluyeron que la evidencia del efecto protector cardiovascular del alcohol en niveles moderados es ambigua. Otros estudios, por el contrario, concluyeron por la relación entre el uso de alcohol y el aumento del riesgo de accidente cerebrovascular (Wannamethee; Shaper, 1996; Yuan; Ross; Gao, 1997).

Por lo tanto, las evidencias de correlación del efecto protector cuando el consumo de alcohol es bajo son limitadas y controversiales. Además, los daños relacionados con el alcohol en el caso de las enfermedades cardiovasculares (ECV) son ampliamente probados (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006; Xin, et al., 2001). Como resultado, las orientaciones de las Directrices Brasileñas de Hipertensión han sido que, entre los que ya beben alcohol moderadamente, que no ultrapasen 30 g de etanol por día para los hombres y la mitad de esa cantidad para las mujeres; preferiblemente, no de forma usual. Para aquellos que no tienen el hábito, no se justifica recomendar el uso de alcohol (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006).

En cuanto a los efectos del alcohol sobre el cerebro de los niños y adolescentes, hay numerosos indicios de daño. La inmadurez del cerebro confiere vulnerabilidad a los jóvenes, especialmente si tienen predispo-

sición genética (Committee on Substance Abuse, 2010). El uso del alcohol y de otras drogas puede afectar a la maduración del cerebro. Como resultado, los adolescentes con adicción o adictos al alcohol y otras drogas pueden tener reducido el volumen del hipocampo y habilidades como la memoria y el aprendizaje. Estudios neurofisiológicos han demostrado que el lóbulo frontal es esencial para las funciones tales como las respuestas a la inhibición, regulación emocional, planificación y organización, y el desarrollo y la maduración de esa parte del cerebro tienen continuidad durante la adolescencia hasta la edad adulta. El lóbulo lateral se asocia con el lenguaje y la audición y estas funciones son en gran parte maduras en la adolescencia. Ya los lóbulos occipital, parietal y temporal presentan pequeños cambios en estas etapas de la vida y son menos afectados (Committee on Substance Abuse, 2010). Por lo tanto, el uso de alcohol en esta fase trae consecuencias muy perjudiciales.

Existen numerosas evidencias disponibles acerca de la efectividad y el costo-efectividad de las intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol (Anderson; Chisholm; Fuhr, 2009; WHO, 2009). Son consideradas por la OMS medidas más eficaces (WHO, 2008):

- i. El aumento de los impuestos especiales sobre el consumo de alcohol;
- ii. La regulación de la disponibilidad de alcohol, incluyendo la definición de la edad mínima para la compra de bebidas; restricciones en el número de artículos comprados; restricción de períodos y horarios de venta. Por ejemplo, la prohibición de ventas en la noche y, cuando apropiado, la institución del monopolio del gobierno en las ventas al por menor;
- iii. Las restricciones de exposición de alcohol, instituyendo regulaciones o prohibiciones de publicidad mundial del alcohol;
- iv. La prohibición de beber y conducir, incluida la fiscalización intensa, la realización de test de alcoholemia en los conductores con límites bajos o límite cero de alcohol en sangre y la tolerancia cero de alcoholemia, especialmente para los conductores jóvenes.

Otras medidas han sido probadas y no fueron consideradas de buen nivel de evidencia en el control de alcohol. Este es el caso de las medidas

educativas y aisladas en el aula, las campañas masivas en los medios de comunicación y las etiquetas de advertencia y mensajes a los consumidores en los productos. Sin embargo, los mensajes educativos y campañas de información, cuando acompañadas de acciones fiscalizadoras y restrictivas, pueden aumentar la aceptación de las medidas en las poblaciones (WHO, 2008).

En 2014, en el Plan Global de Lucha contra las enfermedades crónicas, la OMS y los países miembros adoptaron el objetivo de reducir el consumo de alcohol en un 10% entre los adultos y los adolescentes – o reducir la morbilidad debida al alcohol (WHO, 2013). Para ello, es necesario establecer medidas y políticas públicas que promuevan avances, además de establecer sistemas de monitoreo de consumo de alcohol y de los patrones de morbilidad. Los estudios comparativos sobre el consumo de alcohol son un gran desafío debido a la dificultad de estandarizar los cuestionarios, de medidas con diferentes tamaños de contenedores y de la concentración de alcohol en las bebidas (WHO, 2002). El Ministerio de Salud de Brasil en la última década, ha realizado numerosas encuestas de población dirigidas al monitoreo del consumo de alcohol en la población brasileña. Entre ellas se encuentran: a) encuesta telefónica sobre los factores de riesgo y de protección para enfermedades crónicas (Brasil, 2013a) realizada en adultos ≥ 18 años de edad; b) Encuesta Nacional de Salud del Escolar (IBGE, 2009), realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en colaboración con el Ministerio de Salud. Se han encuestado escolares de 13 a 15 años del noveno año (8° grado) de la educación fundamental; c) Vigilancia de Violencias y Accidentes (Encuesta VIVA), llevada a cabo cada tres años desde 2006 en las urgencias hospitalarias, entrevistando a los pacientes víctimas de causas externas. Incluye preguntas sobre el consumo de alcohol (Brasil, 2013b); d) Encuesta Nacional de Salud (PNS), entrevistando a aproximadamente 64.000 hogares en todo el país sobre el uso de alcohol (IBGE, 2014). Estas encuestas tienen como objetivo apoyar el diseño de políticas públicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las encuestas Vigitel, PeNSE, VIVA y PNS sobre el uso de alcohol y así aportar al diseño de políticas públicas para controlar el uso nocivo del alcohol.

METODOLOGÍA ADOPTADA POR LOS ESTUDIOS

Se analizaron datos de Vigitel (Brasil, 2013a) en adultos (≥ 18 años) que viven en las capitales de los 26 estados brasileños y en el Distrito Federal que tienen teléfono fijo, totalizando 54.000 entrevistas cada año. El Vigitel utiliza muestreo probabilístico en dos etapas: 1) sorteo sistemático de cinco mil líneas telefónicas en cada ciudad, seguido de nuevo sorteo y la organización de 25 repeticiones (submuestras) de 200 líneas; 2) sorteo de un residente adulto (≥ 18 años) de la unidad familiar para responder a la entrevista. Se asignan pesos de post-estratificación dirigidos a igualar la composición sociodemográfica de la población adulta de la ciudad para el censo poblacional, de acuerdo con los datos de sexo, edad y educación. Más detalles metodológicos se pueden ver en publicación específica. En este estudio, el siguiente concepto fue adoptado: el consumo abusivo de alcohol (beber cuatro o más dosis para las mujeres o cinco o más dosis los hombres de bebidas alcohólicas en una misma ocasión en los últimos 30 días). Se considera como dosis de bebida alcohólica a un trago de bebida destilada, una lata de cerveza o una copa de vino. También se describe la tendencia de nueve años (2007-2013) de este indicador, mediante regresión lineal.

La encuesta PeNSE (IBGE, 2009) se llevó a cabo con la muestra de escolares del noveno año, en dos etapas. En la primera etapa se hizo la selección de escuelas; en la segunda, la selección de clases, entrevistando a todos los estudiantes en las clases seleccionadas. La muestra se calculó para proporcionar estimaciones de proporciones (o prevalencia) de algunas características de interés en cada una de las áreas geográficas (las 27 capitales de los estados, incluyendo el Distrito Federal), con un error máximo del 3%. El instrumento de recolección de datos se desarrolló a partir de los modelos utilizados en otros estudios sobre las conductas de los estudiantes adolescentes en los niveles nacional e internacional, adaptado a la realidad brasileña. El cuestionario fue administrado a todos los estudiantes en las clases seleccionadas a través de un ordenador portátil operado por el estudiante, conocido como Asistente Digital Personal (PDA). Luego se analizaron datos referentes a unos 109.000 estudiantes en 2012. El presente estudio describe los siguientes indicadores: a) la prueba

de una dosis de bebida alcohólica en la vida; b) la ocurrencia de episodios de embriaguez en la vida; c) el consumo regular de alcohol o en los últimos 30 días; d) problemas con la familia o amigos debido al consumo de alcohol (como perder clases, herir alguien o meterse en una pelea); e) la percepción de las familias si el adolescente llega a casa borracho, teniendo en cuenta el género y tipo de escuela (pública o privada). También se describió el número diario de dosis de alcohol ingeridas en los últimos 30 días, y los medios para obtener alcohol. También se presentó el estudio de asociación entre el consumo de alcohol y otras sustancias, y el comportamiento de las familias, como la supervisión de los padres y su participación en la vida de los hijos, como hacer comida juntos, saber dónde está el hijo en el tiempo libre o si él pierde clases (Malta et al., 2014a).

La encuesta VIVA se realizó en 2011 en las emergencias hospitalarias públicas seleccionadas en las capitales de los estados y el Distrito Federal y recogió entrevistas en 25 capitales, 79 establecimientos de emergencia, en turnos sorteados, según la frecuencia de los atendimientos de causas externas (Malta et al., 2014a). Se sortearon turnos en períodos de 12 horas, de día o de noche, en los meses de septiembre a noviembre de 2011. Las entrevistas se llevaron a cabo por técnicos capacitados mediante un formulario estandarizado, cuyas variables se encontraron distribuidas en los siguientes bloques: datos de la persona atendida; datos de la ocurrencia (intencionalidad, tipo de evento, hora y lugar de ocurrencia, declaración del consumo de alcohol); tipos de accidentes y violencia; naturaleza de la lesión; parte del cuerpo afectada; y la evolución de los casos. Durante las entrevistas, se solicitó al entrevistador observar si sospechara de uso de alcohol por parte de la persona atendida, observando signos como facies alcohólica, aliento característico de alcohol, alteración de la marcha, pérdida de equilibrio, entre otros, además de preguntar por el uso de alcohol en las seis horas anteriores a la ocurrencia del evento. Los hechos notificados fueron clasificados de acuerdo con la intención, en dos grupos: los accidentes y las violencias. Accidente se definió como evento no intencional y evitable, causador de lesiones físicas y emocionales, en el ámbito doméstico o social, tales como el trabajo, la escuela, los deportes y el ocio. Fueron incluidos en este grupo los accidentes de transporte, caídas, quemaduras, cortes, caídas de objetos en las personas. La violencia se

define como el uso de la fuerza contra un grupo o comunidad, que se ha traducido o tenga cualquier posibilidad de traducirse en lesiones, muerte, daños psicológicos, discapacidad de desarrollo o privación. Bajo esa denominación se incluyeron intentos de suicidio, abuso y agresiones (Mascarenhas et al., 2009). En este estudio, se analizaron los casos de accidentes y violencias según el relato de consumo de alcohol por parte de la persona que sufrió la lesión entre las víctimas de 18 años o más, en función del sexo, la edad, la educación, raza/color y el tipo de ocurrencia.

La Encuesta Nacional de Salud (PNS) fue una encuesta de hogares realizada en Brasil en 2013 por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en colaboración con el Ministerio de Salud y la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). La muestra inicial reunió a unos 81.000 hogares. De este total, se realizaron entrevistas en 64.348 hogares, lo que resultó en una tasa de no respuesta del 8,1% (IBGE, 2014). Las entrevistas se realizaron entre agosto de 2013 y febrero de 2014 con el uso de computadoras de mano – PDAs (*Personal Digital Assistance*) – programadas para hacer la crítica de los valores recibidos. Fueron incluidas preguntas sobre el alcohol. Aquí, vamos a examinar el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

En todos los estudios, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa Stata (StataCorp, 2009). Sus proyectos fueron aprobados por la Comisión Nacional de Ética en Investigación del Ministerio de Salud.

RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS

Vigitel 2013

Se encontraron los siguientes resultados relacionados con el consumo de alcohol. En toda la población adulta de las 27 ciudades estudiadas, la frecuencia del abuso de alcohol en los últimos 30 días fue del 16,4%, casi tres veces mayor en los hombres (24,2%) que las mujeres (9,7%). En ambos sexos, el abuso de alcohol fue más frecuente entre las personas más jóvenes y tendía a aumentar con el nivel de educación (Tabla 1). El cambio en el consumo fue del 12% en Curitiba hasta el 22% en Aracaju (Figura 1). La tendencia se mantuvo estable en los últimos ocho años para los

hombres, las mujeres y el total (Figura 2). El consumo abusivo de alcohol y después de conducir redujo entre 2007 y 2013 de manera significativa en ambos sexos y entre los hombres (Figura 3).

PeNSE 2012

De los 109.000 estudiantes entrevistados, un 50,3% experimentó una dosis o más de bebida (IC 95% 49,0-51,6), mientras que el consumo fue mayor entre las niñas (51,7%) (IC 95% 50,8 -52,6) que entre los varones (48,7%) (IC 95% 46,6-50,8), y también en las escuelas públicas (50,9%). El consumo de alcohol en los últimos 30 días fue del 26,1% (IC 95% 24,5-27,7) en Brasil, siendo el 25,2% (IC 95% 23-27,5) para los varones y 26,9% (IC 95% 25,7-28,0) para las mujeres. Los episodios de embriaguez fueron relatados por un 21,8% (IC 95% 21,1-22,5) de los escolares, siendo más frecuente entre los varones (22,8%) (IC 95% 22,0-23,7) que las niñas (20,9%) (IC 95% 20,1-21,6). Estos episodios fueron más frecuentes en las escuelas públicas (22,5%) (IC 95% 21,7-23,2) que en los privados (18,6%) (IC 95% 17,8-19,3). En cuanto a la percepción de los estudiantes acerca de la reacción de la familia en el caso de que llegasen a casa borrachos, el 92,2% (IC 95% 92,0-92,3) de los adolescentes dijeron que a sus padres les importaría mucho; el 10% (IC 95% 8,9-11,1) reportó tener problemas con la familia o amigos – por ejemplo, perdió clases o se involucró en peleas (Tabla 3).

Entre los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días, la forma más común de adquirir bebida fue en las fiestas (36%), especialmente para las niñas; con los amigos (20,9%); o comprando en el mercado, tienda, bar o supermercado (16,6%), especialmente entre los varones (21,9%). Otro 9,1% ha consumido en los últimos 30 días bebida alcohólica obtenida en la propia casa (Figura 4).

Otro estudio de la PeNSE investigó la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas ilícitas) y los factores de protección de la familia (Malta et al., 2014a). El consumo de alcohol en el último mes abarcó el 26,1% de los 109.000 adolescentes. Algunos de los factores que impedían el uso de sustancias psicoactivas están vinculados a la protección característica del entorno familiar, como vivir con los padres,

comer juntos y la supervisión de los padres (los padres saben lo que el niño hace en su tiempo libre). Por el contrario, faltar a la escuela sin antes decirle a sus padres resultó ser un comportamiento de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, lo que aumentó el riesgo de utilización en 1,8 veces para el tabaco, 1,98 veces para el alcohol y 2,7 veces para las drogas. Esto apunta a la importancia de la familia y la escuela en la protección de los adolescentes y reducción de las conductas de riesgo (Malta et al., 2014a) (Figura 5).

Encuesta VIVA 2011

La declaración de consumo de alcohol fue de 14,9% en el año 2011 entre el total de atendimientos para personas de edad ≥ 18 años, variando entre el 11,4% para las víctimas de accidentes al 44,1% para las de la violencia.

Entre los atendimientos por accidentes, se observaron las mayores proporciones en los atendimientos por accidentes de transporte (19,6%) y caídas (10,2%). Quemaduras y otros tipos de accidentes (asfixia, atragantamiento, cuerpo extraño, ahogamiento, etc.) presentaron proporciones de 3,5% y 5%, respectivamente.

Para los atendimientos por violencia, la incidencia varió de 33,8% en el caso de autolesión al 45,2% para agresiones/abuso (Tabla 4).

Teniendo en cuenta el sexo de la víctima, la declaración de la ingesta de alcohol fue de dos a tres veces más común entre los hombres en comparación con las mujeres atendidas por accidentes y violencias (Tabla 4).

En cuanto a la edad de las víctimas, se observaron las mayores proporciones de declaración de consumo de alcohol entre las víctimas de accidentes entre 18 y 29 años (12,7%). La proporción máxima entre las víctimas de la violencia estaba en el grupo de edad de 30 a 59 años (45,7%).

En cuanto a la raza/color de la piel, los negros (negros y pardos) tuvieron las mayores proporciones de declaración de consumo de alcohol para el total de los atendimientos (16,9%). También vale la pena mencionar la proporción observada entre los amarillos e indígenas (14,9%). Se observó también una mayor frecuencia de declaración de ingesta de alcohol entre las personas con niveles de educación más bajos (Tabla 4).

CONSIDERACIONES FINALES

El consumo de cantidades excesivas de alcohol en un corto periodo de tiempo es una práctica conocida en la literatura internacional como *binge drinking* o uso episódico excesivo de alcohol. Esta práctica es más peligrosa y a menudo asociada a una serie de problemas físicos, sociales y mentales. Las encuestas Vigitel y PNS mostraron que entre los adultos este patrón de consumo se destaca entre los hombres y jóvenes de 18 a 29 años. Características similares también fueron identificadas en este estudio de la encuesta VIVA, en el que hubo un predominio de consumo de alcohol entre hombres y jóvenes víctimas de accidentes y violencias.

Entre los muchos problemas derivados del consumo de alcohol, los accidentes de vehículos automotores (incluyendo autos, motos, camiones) ocupan un lugar destacado. De cada diez accidentes de carro, en 1,5 había relación con el consumo de alcohol. Conducir ebrio aumenta el riesgo de accidentes de transporte (WHO, 2008; Monteiro, 2007; Mascarenhas, 2009). La concentración de alcohol en la sangre produce varios cambios neuromotores en diferentes concentraciones. Incluso dosis bajas (0,3dcg/l o una dosis) ya disminuyen la atención y dan una falsa percepción de la velocidad, la euforia y la dificultad de discernir diferentes luminosidades (Monteiro, 2007; National Highway Traffic Safety Administration, 2008).

El patrón de consumo de alcohol analizado aquí, el *binge drinking*, es cuando hay consumo de cinco o más bebidas estándar (una dosis de bebida alcohólica o equivalente contiene cerca de 12 gramos de alcohol puro, y cinco dosis sumarían aproximadamente 60g) para hombres y cuatro o más dosis para las mujeres (alrededor de 48g). Beber en *binge* puede dar lugar a eventos tales como violencia, accidentes de tráfico, accidentes en general, intoxicación por alcohol, prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y el VIH (Monteiro, 2007). En la mayoría de los países de América Latina, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el *binge drinking* es particularmente alto, especialmente entre los jóvenes, como se describe en el presente documento.

La encuesta VIVA muestra que la relación entre el alcohol y las violencias/abusos es aún más grave porque en la mitad de los casos no

hubo referencia al consumo de alcohol. Los estudios indican una relación entre la restricción de la venta de bebidas alcohólicas y el cierre de los bares en determinados periodos nocturnos con la reducción de los homicidios (Duailibi, 2007). Evidencias como esta basaron la OMS y los estados miembros en la adopción de resoluciones sobre políticas y medidas legales de restricción al consumo de alcohol y la dirección del vehículo, el control de la publicidad de alcohol, la prohibición de venta a menores y la restricción de puntos de venta de alcohol (WHO, 2008).

Otro punto importante de reflexión son los datos de alcohol para escolares. Alrededor de la mitad de los adolescentes de 13-15 años ha tomado al menos una dosis de alcohol, un cuarto presentó episodios de embriaguez y 9% reportaron haber tenido problemas con el alcohol (Malta et al., 2014b). Estos datos muestran la magnitud del problema de un tema tan sensible para los adolescentes. El estudio llama la atención por la facilidad con la que los jóvenes entrevistados tuvieron acceso al alcohol en fiestas, bares, tiendas y en el propio hogar (Malta et al., 2014b, 2014c).

Asociado con la predisposición genética, el uso de alcohol en esta fase de la vida también puede afectar a la maduración del cerebro y reducir el volumen del hipocampo – y por lo tanto el aprendizaje y la memoria (Committee on Substance Abuse, 2010). El consumo de alcohol en la adolescencia puede resultar en accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, trastornos depresivos, ansiedad, peleas en la escuela, daños a la propiedad, iniciación sexual precoz y actitudes de riesgo, tales como no usar condones, múltiples parejas y el embarazo (Cooper, 2002; Stueve, O'Donnell, 2005), además de dar lugar a un uso excesivo en la edad adulta (Malta et al., 2011). Además, el uso de alcohol es un factor de riesgo para el consumo de otras drogas, tales como tabaco y drogas ilegales (Iglesias et al., 2007).

La constante exposición de los adolescentes a los medios de comunicación dirigida a la publicidad de bebidas se asoció con el consumo de alcohol entre los adolescentes (Vendrame et al., 2009). Estudios de la PeNSE muestran que cuanto mayor la escolaridad de los padres, mayor es el riesgo de consumo de alcohol en la adolescencia (Malta et al., 2014b).

Los datos de PeNSE muestran la propagación de alcohol entre los adolescentes y la embriaguez frecuente, la facilidad de compra en las tiendas y, peor aún, el acceso en la propia casa, aumentando las posibilidades

de participación en episodios de riesgo (Malta et al. 2014b). Los estudios muestran que cuando los padres son más conscientes de las actividades realizadas por los hijos, ellos tienen menos relación con el alcohol, las drogas y el tabaco (Malta et al., 2011, 2014a, 2014c; Paiva, Ronzani, 2009). La atención de los padres a las actitudes y comportamientos de los hijos actúa como un factor protector para la bebida, el tabaco y las drogas (Malta et al., 2014a, 2014c).

En mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol (WHO, 2008) e instó a los estados miembros a incorporar sus decisiones. La estrategia establece los principios orientadores para el desarrollo y la implementación de políticas de prevención del alcohol en todos los niveles y establece prioridades para la acción global. Además, insta un conjunto de opciones políticas para la implementación a nivel nacional. La estrategia recomienda diez puntos como: liderazgo y compromiso con el tema; estructurar servicios de salud de asesoramiento y tratamiento; involucrar a la comunidad en la identificación de necesidades y soluciones; establecer políticas de control de los niveles de alcohol, fiscalización y políticas; reducción de la disponibilidad de alcohol; regulación de la comercialización de bebidas alcohólicas; establecimiento de políticas de precios; reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol y su intoxicación; reducir el impacto del alcohol ilegal e informal en la salud pública; establecer un monitoreo y la vigilancia del alcohol.

Algunas de estas medidas se han aplicado en Brasil, con destaque para el Plan de Lucha contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Brasil, 2011), que presenta los objetivos de reducción de consumo de alcohol y informa las mejores evidencias para reducir el alcohol según lo recomendado por la OMS (WHO, 2008, 2011b, 2013; Brasil, 2011). Son ellos: a) reforzar la aplicación de la política de precios y aumentar los impuestos de los productos derivados del tabaco y el alcohol con el fin de reducir el consumo; b) apoyar la intensificación de las medidas de vigilancia relativas a la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad (<18 años); c) reforzar las medidas educativas del Programa Salud en la Escuela (PSE) para prevenir y reducir el consumo de tabaco y el abuso del alcohol; d) apoyar las iniciativas locales para el control de la venta de alcohol, estableciendo horarios de interrupción de las ventas para bares y lugares similares.

Otras medidas importantes de política pública consisten en la prohibición de beber y conducir (Lei Seca – Brasil, 2008; Nova Lei Seca – Brasil, 2012), que se ha traducido en la reducción del consumo de alcohol para los que conducen (Moura et al., 2011; Malta et al., 2014d). Más recientemente, otras iniciativas son el Programa Vida en el Tráfico, una colaboración entre el Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Tráfico, Ministerio de Justicia, la OPS, la OMS, la Fundación Bloomberg, entre otros, por la reducción de los accidentes de tráfico, y el Plan de la **Década de Seguridad Vial (Brasil, 2010; Morais, 2013)**.

En función de las mejores evidencias disponibles, publicadas por la OMS (WHO, 2008) para el control del alcohol, especialmente entre los adolescentes, como las acciones en materia de salud pública, la sociedad debe profundizar el debate sobre las medidas que pueden actuar en el aumento de los impuestos sobre los productos, la restricción del acceso a las bebidas alcohólicas vendidas, la prohibición de amplia publicidad, la promoción y patrocinio de bebidas, así como la supervisión de las medidas adoptadas.

La ley brasileña prohíbe sólo la publicidad de bebidas con un contenido de alcohol por encima de 13 grados Gay Lussac. Por lo tanto, los anuncios de cerveza se pueden transmitir libremente, y los niños y adolescentes están expuestos continuamente al marketing de estas bebidas, lo que puede contribuir con tan alta prevalencia en estos grupos de edad (Vendrame et al., 2009). Brasil ha experimentado éxitos importantes en la política de regulación del tabaco, lo que contribuyó a la reducción de las prevalencias (Brasil, 2013a), especialmente entre los jóvenes (IBGE, 2009). Para obtener los mismos resultados en la reducción del consumo de alcohol entre las poblaciones jóvenes y vulnerables, es importante avanzar en el debate normativo, especialmente en la prohibición de publicidad de la cerveza, ya que la publicidad de alcohol entre los niños y jóvenes estimula el consumo (Vendrame et al., 2009).

Es importante el debate con el gobierno, legislativo, profesionales de salud y educación, la sociedad, las familias y los jóvenes con el fin de avanzar en las políticas públicas y en el marco regulatorio para las bebidas alcohólicas.

REFERENCIAS

Anderson, P; Chisholm, D; Fuhr, D. **Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.** The Lancet, v. 373, n. 9682, p. 2234–2246, 2009.

Bagnardi, V et al. **Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis.** Journal of Epidemiology Community Health, v. 62, n. 7, p. 615–619, 2008.

Brasil. **Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008.** Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Projeto Vida no Trânsito.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Available at: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a19.pdf>. Accessed on: 10 abr. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. **Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012.** Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de vigilância de violências e acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Camargo, CA; Rimm, EB. Epidemiologic research on moderate alcohol consumption and blood pressure. In: Sahkari, MW (Ed.). **Alcohol and the cardiovascular system.** Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

Committee on Substance Abuse. **Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern.** Pediatric, v. 125, n. 5, p. 1078-1087, 2010.

Cooper, ML. **Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence.** Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement n. 14, p. 101-117, 2002.

Corrao, G et al. **A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases.** Preventive Medicine, v. 38, n. 5, p. 613–619, 2004.

Doll, R et al. Alcoholic beverages and cancers of the digestive tract and larynx. In: Verschuren, PM (Ed.). **Health issues related to alcohol consumption**. Brussels: ILSI Europe, 1993. p. 125-166.

Duailibi, S et al. **The effect of restricting opening hours on alcohol related violence**. American Journal Public Health, v. 97, n. 12, p. 2276-80, dez. 2007.

Duffy, S; Sharples, L. Alcohol and cancer risk. In: Duffy, J (Ed.). **Alcohol and Illness**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1992.

English, DR et al. **The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia**. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. v. I. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

Iglesias, V et al. **Consumo precoce de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana**. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 4, p. 517-522, 2007.

Malta, DC et al. **Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 14, supl. 1, p. 136-146, 2011. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500014>. Accessed on: 05 mar. 2015.

Malta, DC et al. **Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros**. Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, supl. 1, p. 46-61, 2014a. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500046&script=sci_arttext&tlng=pt. Accessed on: 05 mar. 2015.

Malta, DC et al. **Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012)**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, supl. 1, p. 203-214, 2014b. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500203&script=sci_arttext&tlng=pt. Accessed on: 05 mar. 2015.

Malta, DC et al. **Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, fev. 2014c. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100052&lng=en&nrm=iso. Accessed on: 05 mar. 2015.

Malta, DC et al. **Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n.

4, ago. 2014d. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005633>. Accessed on: 05 mar. 2015.

Mascarenhas, MDM et al. **Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1789-96, 2009.

Monteiro, MG. **Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción**. Washington, D.C.: Opas, 2007.

Morais, NOL de et al. **Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 3, p. 373-382, set. 2013. Available at: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300002>. Accessed on: 05 mar. 2015.

Moura, EC et al. **Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009**. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 891-894, 2011.

Mukamal, KJ et al. **Alcohol consumption and cardiovascular mortality among US adults, 1987 to 2020**. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 55, p. 1328-1335, 2010.

National Highway Traffic Safety Administration. **A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills**. 2008. Available at: <http://www.nhtsa.dot.gov>. Accessed on: 22 jan. 2008.

Paiva, FS; Ronzani, TM. **Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática**. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 1, p. 117-183, 2009.

Rehm, J et al. **The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview**. *Addiction*, v. 105, n. 5, p. 817-843, 2010.

Roerecke, M; Rehm, J. **Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis**. *American Journal of Epidemiology*, v. 171, n. 6, p. 633-644, 2010.

Ronksley, PE et al. **Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis**. *British Medical Journal*, v. 342, p. d671, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 89, n. 3, p. 1-48, 2006.

Statacorp. **Stata statistical software: release 11**. College Station, TX: StataCorp LP, 2009.

Stueve, A; O'Donnell, LN. **Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths.** American Journal of Public Health, v. 95, n. 5, p. 887-893, 2005.

Vendrame, A et al. **Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 2, p. 359-365, 2009.

Wannamethee, SG; Shaper, AG. **Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men.** Stroke, v. 27, n. 6, p. 1033-1039, 1996.

WHO. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** Geneva: WHO, 2002.

WHO. **Strategies to reduce the harmful use of alcohol.** Geneva: WHO, 2008. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf. Accessed on: 10 abr. 2013.

WHO. **Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.

WHO. **Global status report on alcohol and health.** Geneva: WHO, 2011a.

WHO. **Global status report on non-communicable diseases 2010.** Geneva: WHO, 2011b.

WHO. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.** 10 ed. Geneva: WHO, 2013. 55p. Available at: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. Accessed on: 27 jan. 2014.

Xin, X et al. **Effects of alcohol reduction on blood pressure. A meta-analysis of randomized controlled trials.** Hypertension, v. 38, n. 5, p. 1112-1117, 2001.

Yuan, JM; Ross, R; Gao, YT. **Follow up study of moderate alcohol intake and mortality among middle aged men in Shanghai, China.** British Medical Journal, v. 314, n. 7073, p. 18-23, 1997.

ANEXOS

Tabla 1. Porcentaje* de personas que, en los últimos 30 días, consumieron cuatro o más dosis (mujeres) o cinco o más dosis (hombres) de alcohol en una sola ocasión en toda la población adulta (≥ 18 años) de las capitales de los estados brasileños y el Distrito Federal, por sexo, edad y años de escolaridad

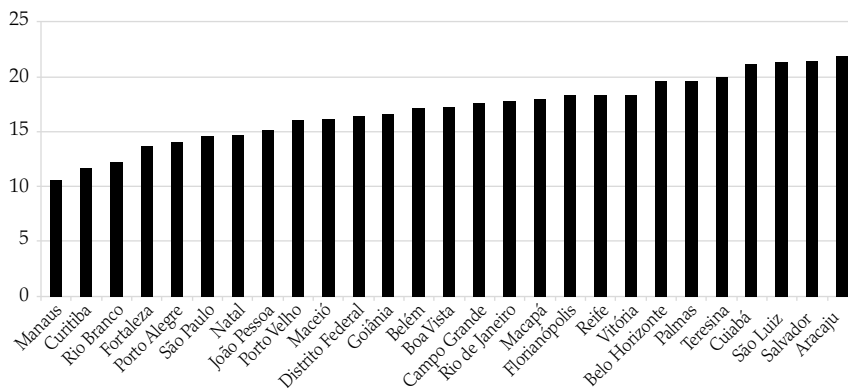
Variables	Total				Sexo							
					Masculino				Femenino			
	%	IC 95%			%	IC 95%			%	IC 95%		
Edad (años)												
18 a 24	19,0	17,1	-	20,8	23,3	20,5	-	26,0	14,3	11,9	-	16,7
25 a 34	22,7	21,0	-	24,3	31,6	28,9	-	34,3	13,8	12,0	-	15,7
35 a 44	17,5	16,0	-	19,0	27,1	24,3	-	29,9	9,8	8,4	-	11,1
45 a 54	15,0	13,6	-	16,4	22,6	20,0	-	25,2	8,9	7,5	-	10,3
55 a 64	10,5	9,3	-	11,7	17,6	15,1	-	20,0	5,5	4,5	-	6,5
65 y más	4,0	3,1	-	4,8	7,8	5,8	-	9,8	1,5	0,9	-	2,1
Años de escolaridad												
0 a 8	12,8	11,7	-	14,0	20,2	18,2	-	22,3	6,4	5,3	-	7,4
9 a 11	17,5	16,5	-	18,6	25,4	23,6	-	27,1	10,6	9,4	-	11,7
12 y más	19,7	18,4	-	21,0	28,4	26,1	-	30,6	13,0	11,5	-	14,4
Total	16,4	15,7	-	17,0	24,2	23,0	-	25,4	9,7	9,0	-	10,4

Fuente: Brasil, 2013a.

Nota: * Porcentaje ponderado para ajustar la distribución sociodemográfica de la muestra VIGITEL a la distribución de la población adulta de cada ciudad proyectada para el año 2013 (ver Aspectos Metodológicos).

IC 95%: Intervalo de Confianza del 95%.

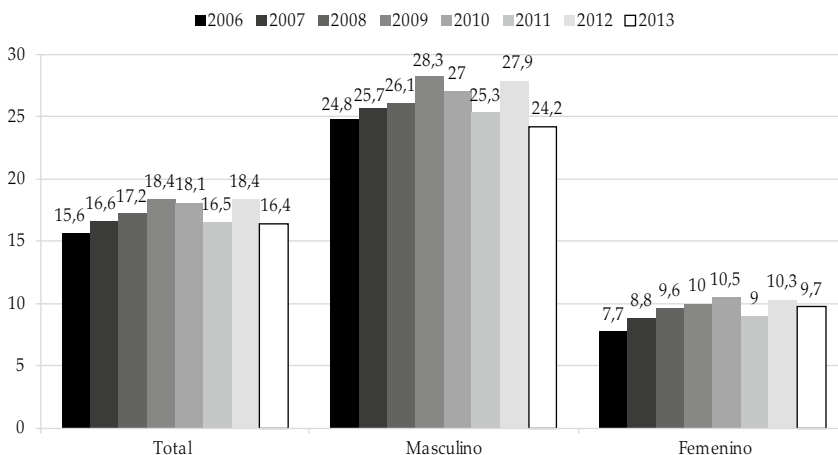
Figura 1. Porcentaje de adultos que mostraron consumo abusivo de alcohol en los últimos 30 días, de acuerdo con las capitales de los estados brasileños y del Distrito Federal



Fuente: Brasil, 2013a.

Nota: IC95% = Intervalo de Confianza del 95%.

Figura 2. Evolución de la frecuencia de adultos que mencionaron consumo abusivo de alcohol, según sexo, Vigitel 2006 a 2013



Fuente: Brasil, 2013a, y Malta et al., 2014d.

Obs: $p < 0,05$ – Reducción significativa en ambos sexos y entre los hombres (2007-2013).

Tabla 2. Proporción de personas de 18 años o mayores con consumo abusivo de alcohol en los últimos 30 días anteriores a la encuesta, por sexo, con indicación del intervalo de confianza del 95%, según las grandes regiones, las unidades de la Federación y la situación de los hogares (2013)

Grandes regiones, unidades de la Federación y situación de los hogares	Proporción de personas de 18 años o mayores con consumo abusivo de alcohol en los últimos 30 días anteriores a la encuesta (%)								
	Total			Sexo					
	Proporción	Intervalo de confianza del 95%		Proporción	Masculino		Proporción	Femenino	
		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Brasil	13,7	13,1	14,2	21,6	20,7	22,5	6,6	6,1	7,1
Urbana	14,2	13,6	14,8	22,3	21,3	23,4	7,1	6,6	7,7
Rural	10,3	9,2	11,3	17,3	15,4	19,1	2,9	2,2	3,5
Norte	14,2	12,9	15,4	23,1	20,8	25,4	5,7	4,9	6,5
Rondônia	11,1	9,2	13,1	17,7	14,5	20,8	4,9	2,9	6,8
Acre	12,4	10,7	14,1	17,6	14,4	20,7	7,7	5,9	9,5
Amazonas	13,4	11,8	15,1	22,9	19,9	25,9	4,4	3,1	5,7
Roraima	13,4	11,3	15,6	22,1	18,0	26,2	5,0	3,5	6,5
Pará	14,8	12,4	17,1	24,6	20,1	29,1	5,4	4,1	6,7
Amapá	17,6	14,6	20,6	25,7	21,0	30,5	10,2	6,8	13,5
Tocantins	15,9	12,8	18,9	24,0	18,9	29,1	8,2	5,6	10,8
Nordeste	15,6	14,8	16,4	25,5	24,0	27,0	6,8	6,0	7,7
Maranhão	13,0	10,9	15,0	21,3	17,3	25,2	5,3	3,4	7,3
Piauí	17,0	14,9	19,2	28,5	24,5	32,5	6,4	4,8	8,0
Ceará	14,2	12,2	16,2	24,4	20,8	28,0	5,0	3,6	6,4
Rio Grande do Norte	16,5	14,7	18,2	28,7	24,7	32,7	5,8	4,1	7,4
Paraíba	10,9	9,3	12,5	18,3	15,3	21,3	4,5	2,8	6,2
Pernambuco	15,1	13,0	17,2	24,4	20,3	28,4	7,0	5,2	8,8
Alagoas	14,7	12,6	16,7	25,2	21,1	29,2	5,7	3,9	7,4
Sergipe	15,1	13,1	17,1	24,3	20,5	28,2	6,6	4,6	8,6
Bahia	18,9	16,8	20,9	29,4	25,6	33,2	9,7	7,2	12,1
Sudeste	12,8	11,9	13,7	19,9	18,2	21,5	6,6	5,8	7,5
Minas Gerais	14,0	11,7	16,3	21,1	17,2	25,0	7,6	5,6	9,6
Espírito Santo	11,5	9,3	13,7	17,4	14,0	20,9	6,1	3,5	8,6
Rio de Janeiro	13,5	11,8	15,1	19,7	16,7	22,7	8,3	6,8	9,8

Grandes regiones, unidades de la Federación y situación de los hogares	Proporción de personas de 18 años o mayores con consumo abusivo de alcohol en los últimos 30 días anteriores a la encuesta (%)								
	Total			Sexo					
	Proporción	Intervalo de confianza del 95%		Proporción	Masculino		Proporción	Femenino	
		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
São Paulo	12,1	10,9	13,4	19,5	17,2	21,9	5,6	4,5	6,7
Sur	11,1	10,0	12,2	17,6	15,6	19,6	5,2	4,2	6,2
Paraná	10,6	8,9	12,2	16,5	13,3	19,7	5,2	3,5	7,0
Santa Catarina	11,4	8,4	14,3	17,3	12,5	22,0	5,7	3,2	8,3
Rio Grande do Sul	11,4	9,8	13,0	18,9	16,0	21,9	4,8	3,4	6,2
Centro-Oeste	16,2	15,0	17,3	24,0	22,0	25,9	9,0	7,9	10,2
Mato Grosso do Sul	18,4	16,1	20,6	27,7	23,7	31,6	9,9	7,7	12,1
Mato Grosso	14,0	11,9	16,2	22,8	18,9	26,7	5,5	3,6	7,4
Goiás	16,6	14,5	18,8	22,9	19,4	26,4	10,9	8,6	13,1
Distrito Federal	15,5	13,6	17,4	24,6	21,0	28,2	8,0	6,3	9,7

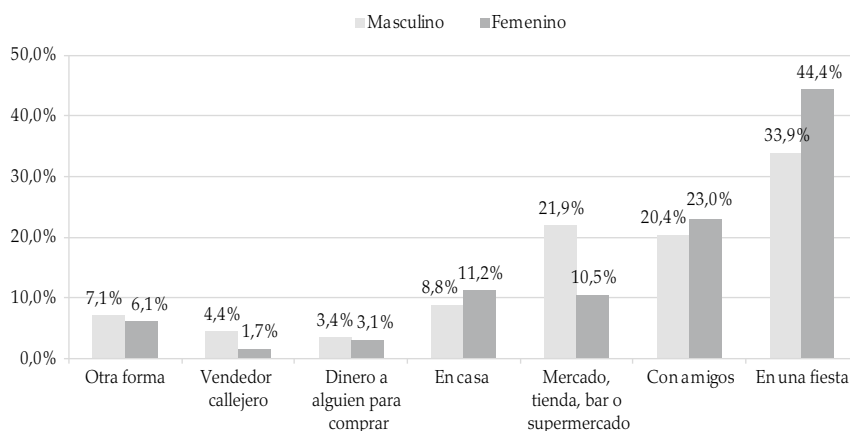
Fuente: IBGE, 2014.

Tabla 3 Prevalencia y respectivos IC 95% de situaciones relacionadas al consumo de alcohol, según sexo y dependencia administrativa de la escuela

Situaciones relacionadas al consumo de alcohol	Total		Sexo				Dependencia administrativa de la escuela			
			Masculino		Femenino		Privada		Pública	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Probar bebidas	66,6	(64,0 - 69,2)	64,8	(61,4 - 68,1)	68,3	(66,2 - 70,4)	71,3	(67,3 - 75,3)	65,6	(63,1 - 68,2)
Experimentar una dosis de bebida	50,3	(49,0 - 51,6)	48,7	(46,6 - 50,8)	51,7	(50,8 - 52,6)	47,4	(46,0 - 48,9)	50,9	(49,6 - 52,2)
Bebida en los últimos 30 días	26,1	(24,5 - 27,7)	25,2	(23,0 - 27,5)	26,9	(25,7 - 28,0)	23,0	(21,3 - 24,6)	26,7	(25,2 - 28,3)
Embriaguez	21,8	(21,1 - 22,5)	22,8	(22,0 - 23,7)	20,9	(20,1 - 21,6)	18,6	(17,8 - 19,3)	22,5	(21,7 - 23,2)
Familia se importaría	92,2	(92,0 - 92,3)	91,3	(91,0 - 91,5)	93,0	(92,7 - 93,3)	93,0	(92,2 - 93,8)	92,0	(91,7 - 92,2)
Tener problemas con familia	10,0	(8,9 - 11,1)	9,5	(9,0 - 10,0)	10,4	(8,7 - 12,2)	8,4	(7,8 - 9,1)	10,3	(9,1 - 11,6)

Fuente: Malta et al., 2014.

Figura 4. Local de compra de bebidas alcohólicas entre estudiantes del 9° año de la enseñanza fundamental que informaron consumo en los últimos 30 días, según sexo



Fuente: Malta et al., 2014a.

Figura 5 Influencia del contexto familiar en el uso de sustancias psicoactivas

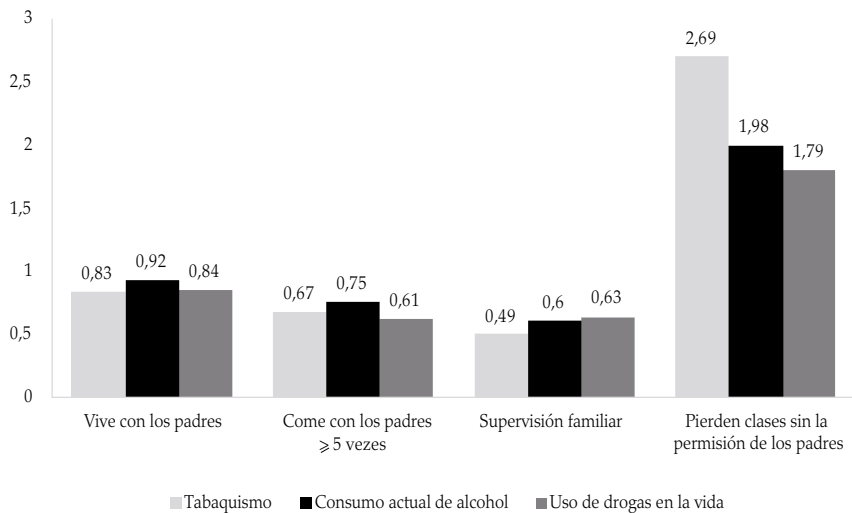


Tabla 4. Proporción (%) de declaración de ingestión de bebida alcohólica entre víctimas de accidentes y violencias atendidas en servicios de urgencia y emergencia, según características demográficas. Municipios seleccionados y Distrito Federal – Brasil, 2011

Características demográficas	2011		
	Accidentes	Violencias	Total
Sexo			
Masculino	14,6	50,3	18,7
Femenino	5,7	28,8	7,7
Edad (años)			
18 – 29	12,7	43,3	16,6
30 – 59	12,2	45,7	15,6
60 y más	4,5	34,9	5,8

Características demográficas	2011		
	Accidentes	Violencias	Total
Raza/color			
Blanca	8,4	36,4	10,8
Negra/parda	13,0	46,5	16,9
Amarilla/indígena	10,9	52,5	14,9
Escolaridad (años)			
0 – 4	11,7	49,3	15,6
5 – 8	12,4	45,3	16,5
9 – 11	9,9	39,1	12,5
12 y +	8,5	28,1	10,0
Tipo de accidente			
Accidente de transporte	19,6	-	-
Caída	10,2	-	-
Quemadura	3,5	-	-
Otros accidentes ^a	5,0	-	-
Tipo de violencia			
Agresión/abusos ^b	-	45,2	-
Autolesión	-	33,8	-
Total	11,4	44,1	14,9

Fuente: Brasil, 2013b.

a) Incluye: sofocamiento/atragantamiento, cuerpo extraño, ahogamiento, envenenamiento/intoxicación, lesión por objeto cortante y punzante, lesión por arma de fuego, accidentes con animales, caída de objetos sobre la persona, colisión contra objetos/persona, esguince (torcedura), aplastamiento.

b) Incluye la intervención por funcionario público legal.

