

DEBORAH CARVALHO MALTA

ÁLCOOL E DOENÇAS E AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: O MONITORAMENTO
DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO
INQUÉRITOS POPULACIONAIS

Médica, doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG e diretora de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

ÁLCOOL E DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS: O MONITORAMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO INQUÉRITOS POPULACIONAIS

DEBORAH CARVALHO MALTA

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado e incentivado na maioria das culturas, sendo associado a festividades, celebrações, cerimônias religiosas, entre outros (WHO, 2002, 2008). Embora o consumo de álcool esteja enraizado nas culturas de muitas sociedades, estima-se que cerca de 45% da população adulta nunca consumiu bebidas alcoólicas; entre mulheres, esse percentual cresce para 55% (Id., 2011).

Segundo dados internacionais da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), existe um alto grau de variação no consumo de álcool em todo o mundo. Em média, o consumo *per capita* seria estimado em seis litros por ano, sendo mais elevado na região europeia (12,2 litros) e mais baixo no Oriente Médio (0,6 litro). Os países de maior renda têm maior consumo *per capita* (em torno de 10 litros) do que países de baixa e média renda (em torno de três a quatro litros). O Brasil apresentaria consumo médio de cerca 8,8 litros *per capita* (MONTEIRO, 2007).

Estima-se que problemas relacionados ao álcool acarretem um custo anual que varia de 0,5% a 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB) dos diferentes países (WHO, 2002, 2008, 2011a). O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um relevante problema de saúde pública, influenciando a morbimortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, a cada ano, ocorram aproximadamente 2,5 milhões de mortes associadas ao

uso do álcool, representando 3,8% de todas as mortes no mundo, sendo que 320 mil seriam de jovens entre 15 e 29 anos. Mais da metade dessas mortes ocorre por doenças não transmissíveis, incluindo câncer, doenças cardiovasculares e cirrose hepática; entre jovens, as causas externas são a mais frequente (Id., 2011a).

Sua influência na saúde também está relacionada aos diferentes padrões de consumo de álcool. Assim, o consumo crônico pode causar malefícios e dependência, resultando em doenças mentais, hepáticas, cardiovasculares, neoplasias, entre outras. Os problemas advindos do uso episódico e agudo também constituem importante fator de risco para a violência (agressões, homicídios, suicídios), acidentes de transporte e trabalho, entre outros (WHO, 2011a; MONTEIRO, 2007).

Os efeitos do álcool no organismo variam de acordo com a rapidez e a frequência com que é ingerido, o metabolismo, a vulnerabilidade genética, o sexo e o estilo de vida. Uma vez absorvido, atinge todas as partes do corpo, levando à diminuição da coordenação motora e dos reflexos. O efeito inicial promove um estado de euforia e desinibição, mas, se ingerido em quantidades maiores, ocorre o oposto, causando a depressão do sistema nervoso, variando de intensidade, conforme a quantidade ingerida e a sensibilidade individual (WHO, 2002, 2008, 2011a; MONTEIRO, 2007; MASCARENHAS et al., 2009).

Devido ao efeito prazeroso que proporciona, quando ingerido em doses menores, estimula a repetição e, conseqüentemente, a dependência. O álcool altera os reflexos mesmo em pequenas quantidades ingeridas, possuindo gradações nos efeitos produzidos. Esses efeitos podem alterar a capacidade de dirigir, por exemplo, transformando-se em potente fator de risco para acidentes de trânsito (WHO, 2008; MONTEIRO, 2007; MASCARENHAS et al., 2009).

Existem diversas revisões e evidências sobre a relação entre o consumo de álcool e o risco de câncer, já documentados desde os anos 1990 (DOLL et al., 1993; DUFFY; SHARPLES, 1992). O álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, como tumores da cavidade oral (boca), faringe, laringe, esôfago, colorretal, fígado, pâncreas e mama. No mundo, 3,6% de todos os cânceres são atribuíveis ao

consumo da substância (WHO, 2011a; DOLL et al., 1993; DUFFY; SHARPLES, 1992).

O mecanismo de ação do álcool (etanol) nos tecidos e o desenvolvimento do câncer não são completamente compreendidos (WHO, 2011a; DOLL et al., 1993; DUFFY; SHARPLES, 1992). Algumas evidências sugerem que ele pode agir de várias maneiras, promovendo alterações no DNA (Ácido Desoxirribonucleico) da célula, resultando em dano nas células e nos tecidos. No intestino, as bactérias intestinais transformariam o etanol em acetaldeído, que é uma substância cancerígena para animais de laboratório. O álcool pode ainda interagir com outras substâncias com potencial carcinogênico, como a nicotina e demais substâncias do tabaco. Assim, o uso associado de tabaco e álcool potencializa tumores de boca, garganta e esôfago. O álcool pode levar a danos diretos no fígado, promovendo inflamação e cicatrização, alterando o metabolismo hepático e com grande repercussão sistêmica, além de diminuir a absorção de nutrientes dos alimentos como o folato, que potencializa o câncer de mama e o colorretal. Outros efeitos deletérios consistem na ação sobre o estrogênio e outros hormônios, elevando os níveis de estrogênio, o que poderia aumentar o risco de câncer de mama. Outros efeitos consistem no aumento das calorias da dieta, levando à obesidade, que é outro fator de risco de várias neoplasias (WHO, 2011a; DOLL et al., 1993; DUFFY; SHARPLES, 1992).

A relação entre consumo de álcool e doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares é complexa, dependendo da quantidade ingerida e do padrão de consumo alcoólico. Existem inúmeras controvérsias em relação a possíveis benefícios do álcool. Alguns dados epidemiológicos em países de alta renda sugerem que o baixo consumo de álcool poderia resultar em benefícios na evolução de doenças cardiovasculares em alguns segmentos da população (CORRAO et al., 2004; MUKAMAL et al., 2010; REHM et al., 2010; RONKSLEY et al., 2011), mas os possíveis efeitos benéficos tendem a desaparecer em padrões de consumo elevados (BAGNARDI et al., 2008; ROERECKE; REHM, 2010).

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular e geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). O álcool é, por definição, a principal causa de cardiomiopatia alcoólica, além de ser um importante

fator causal da hipertensão e do acidente vascular cerebral hemorrágico (ENGLISH et al., 1995). Além disso, o consumo de álcool tem efeitos prejudiciais sobre a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e arritmias e sobre o acidente vascular cerebral hemorrágico, independentemente do padrão de consumo (REHM et al., 2010).

Baixos níveis de consumo de álcool podem ter um efeito protetor contra o acidente vascular cerebral (AVC), particularmente o isquêmico, devido aos seus efeitos sobre o colesterol HDL, a viscosidade plaquetária e outros fatores de trombofilia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Também deve-se apontar que alguns estudos conduziram a resultados opostos na relação entre o uso do álcool e o acidente vascular cerebral. Em revisão abrangente, English et al. (1995) encontraram 21 estudos que apontavam a relação entre o consumo de álcool e o aumento do acidente vascular cerebral, mas oito estudos não indicaram qualquer conexão. Em outro grande estudo, Camargo e Rimm (1996) concluíram que a evidência do efeito protetor cardiovascular da bebida em níveis moderados é ambígua. Outros estudos, ao contrário, concluíram pela relação entre o uso do álcool e o aumento dos riscos de acidente vascular cerebral (WANNAMETHEE; SHAPER, 1996; YUAN; ROSS; GAO, 1997).

Portanto, as evidências de correlação do efeito protetor quando é baixo o consumo de álcool são limitadas e controversas. Além disso, os malefícios do álcool no caso das doenças cardiovasculares (DCV) são amplamente comprovados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; XIN, et al., 2001). Em função disso, as orientações constantes das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão têm sido de que, entre os que já consomem bebidas alcoólicas moderadamente, não ultrapassem 30g de etanol ao dia no caso dos homens e metade dessa quantidade para mulheres; de preferência, não habitualmente. Para aqueles que não têm o hábito, não se justifica recomendar o uso do álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Em relação aos efeitos do álcool no cérebro de crianças e adolescentes, são inúmeras as evidências dos malefícios. A imaturidade do cérebro confere vulnerabilidade ao jovem, principalmente se tiver predisposição genética (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010). O uso do álcool e de outras drogas pode afetar a maturação cerebral. Como consequência,

adolescentes com adição ou viciados em álcool e outras drogas podem apresentar redução do volume do hipocampo e de habilidades como a memória e o aprendizado. Estudos neurofisiológicos têm mostrado que o lobo frontal é essencial para funções como as respostas para inibição, regulação emocional, planejamento e organização, e o desenvolvimento e a maturação dessa parte do cérebro têm continuidade durante a adolescência até a idade adulta. O lobo lateral está associado com a linguagem e audição e essas funções são largamente amadurecidas na adolescência. Já os lobos occipital, parietal e temporal apresentam pequenas mudanças nessas fases da vida e são menos afetados (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010). Portanto, o uso do álcool nessa fase traz consequências muito danosas.

Existem inúmeras evidências disponíveis quanto à efetividade e ao custo-efetividade das intervenções para reduzir o uso nocivo do álcool (ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009; WHO, 2009). São consideradas pela OMS medidas mais efetivas (WHO, 2008):

- i. O aumento dos impostos especiais sobre o consumo de bebidas alcoólicas;
- ii. A regulação da disponibilidade de bebidas alcoólicas, incluindo a definição de idade mínima para comprar bebidas; restrições ao número de itens comprados; restrição de períodos e horários de venda. Por exemplo, proibição de venda em horários noturnos e, quando apropriado, a instituição do monopólio governamental nas vendas no varejo;
- iii. A restrição de exposição de bebidas alcoólicas, instituindo regulamentos ou proibições de publicidade global do álcool;
- iv. A proibição de beber e dirigir, incluindo a fiscalização intensa, a realização de testes de alcoolemia em motorista, com limites reduzidos ou com limite de alcoolemia zero, e a não tolerância de alcoolemia, em especial para os jovens condutores.

Outras medidas foram testadas e não foram consideradas com bom nível de evidência no controle do álcool. É o caso de medidas educativas e isoladas em sala de aula, campanhas de massa na grande mídia e rótulos de advertência e mensagens aos consumidores nos produtos. Entretanto, as mensagens educativas e campanhas de informação, caso sejam acom-

panhadas de ações fiscalizatórias e restritivas, podem aumentar a aceitação das medidas junto às populações (WHO, 2008).

Em 2014, no Plano Global de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a OMS e os países membros aprovaram a meta de reduzir o consumo de álcool em 10% entre adultos e adolescentes – ou de reduzir a morbimortalidade em decorrência do álcool (WHO, 2013). Para tal, torna-se necessário instituir medidas e políticas públicas que promovam avanços, bem como estabelecer sistemas de monitoramento do consumo de álcool e dos padrões de morbimortalidade. Os estudos comparativos sobre o consumo do álcool são um grande desafio em função da dificuldade de padronização dos questionários, de medidas com diferentes tamanhos de recipientes e da concentração de teor alcoólico das bebidas (WHO, 2002). O Ministério da Saúde no Brasil, na última década, tem realizado inúmeros inquéritos populacionais visando o monitoramento do consumo do álcool na população brasileira. Dentre eles, destacam-se: a) inquérito telefônico sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas (BRASIL, 2013a), realizado em adultos ≥ 18 anos de idade; b) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (IBGE, 2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Foram entrevistados escolares de 13 a 15 anos do 9º ano (8ª série) do ensino fundamental; c) Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito), realizada a cada três anos desde 2006 em emergências hospitalares, entrevistando pacientes vítimas de causas externas. Inclui perguntas sobre o uso de álcool (BRASIL, 2013b); d) Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), entrevistando cerca de 64 mil domicílios em todo o país sobre o uso do álcool (IBGE, 2014). Essas pesquisas visam apoiar o desenho de políticas públicas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

O estudo atual tem como objetivo analisar os inquéritos Vigitel, PeNSE, VIVA e PNS quanto ao uso do álcool e, dessa forma, prover subsídios para o desenho de políticas públicas de controle do uso nocivo do álcool.

METODOLOGIA ADOTADA PELOS ESTUDOS

Foram analisados dados do Vigitel (BRASIL, 2013a) em adultos (≥ 18 anos) residentes nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal que possuem telefone fixo, totalizando 54 mil entrevistas a cada ano. O Vigitel utiliza sorteio amostral probabilístico em dois estágios: 1) sorteio sistemático de cinco mil linhas telefônicas em cada cidade, seguido por novo sorteio e a organização de 25 réplicas (subamostras) de 200 linhas; 2) sorteio de um morador adulto (≥ 18 anos) do domicílio para responder à entrevista. São atribuídos pesos de pós-estratificação que visam igualar a composição sociodemográfica da população adulta da cidade ao censo populacional, segundo os dados de sexo, faixas etárias e escolaridade. Mais detalhes metodológicos podem ser vistos em publicação específica. Neste estudo, foi adotada a seguinte conceituação: consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias). Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. É descrita também a tendência de nove anos (de 2007 a 2013) desse indicador, usando regressão linear.

A PeNSE (IBGE, 2009) foi realizada com amostra de escolares do 9º ano, em dois estágios. No primeiro estágio, foi feita a seleção das escolas; no segundo, a seleção das turmas, entrevistando-se todos os alunos das turmas selecionadas. A amostra foi calculada para fornecer estimativas de proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse, em cada um dos estratos geográficos (as 27 capitais dos estados, incluindo o Distrito Federal), com um erro máximo de 3%. O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de modelos aplicados em outras pesquisas sobre comportamentos de adolescentes escolares em âmbito nacional e internacional, adaptado à realidade brasileira. O questionário foi aplicado a todos os alunos das turmas selecionadas por meio de um computador portátil operado pelo próprio aluno, o *Personal Digital Assistant* (PDA). Depois, foram analisados dados referentes a cerca de 109 mil escolares, em 2012. O estudo atual descreve os seguintes indicadores: a) a experimentação de uma dose de bebida alcoólica na vida; b) a ocorrência de episódios

de embriaguez na vida; c) o consumo regular de álcool ou nos últimos 30 dias; d) problemas com família ou amigos devido ao consumo de álcool (como perder aulas, machucar alguém ou se meter em uma briga); e) a percepção dos familiares se o adolescente chega bêbado em casa, levando em conta o sexo e tipo de escola (pública ou privada). É descrito ainda o número diário de doses de álcool ingerido nos últimos 30 dias e o meio de obtenção da bebida alcoólica. Foi apresentado também estudo de associação entre o consumo de álcool e de outras substâncias e o comportamento das famílias, como a supervisão dos pais e a participação deles na vida dos filhos, como fazer refeição juntos, saber onde o filho está no tempo livre ou se ele falta às aulas (MALTA et al., 2014a).

O VIVA Inquérito foi realizado em 2011 em emergências hospitalares públicas selecionadas nas capitais de estados e do Distrito Federal e coletou entrevistas em 25 capitais, 79 estabelecimentos de emergência, em turnos sorteados, segundo a frequência de atendimentos de causas externas (MALTA et al., 2014a). Foram sorteados turnos em períodos de 12 horas, diurno ou noturno, nos meses de setembro a novembro de 2011. As entrevistas foram realizadas por técnicos treinados, utilizando formulário padronizado, cujas variáveis encontravam-se distribuídas nos seguintes blocos: dados da pessoa atendida; dados da ocorrência (intencionalidade, tipo de ocorrência, local e hora de ocorrência, declaração de uso de bebida alcoólica); tipos de acidentes e de violência; natureza da lesão; parte do corpo atingida; e evolução dos casos. Durante as entrevistas, foi solicitado ao entrevistador anotar se ele suspeitou de uso de bebida alcoólica por parte da pessoa atendida, atentando para sinais como fácies etílica, hálito característico de álcool, alteração da marcha, perda de equilíbrio, entre outros, além de perguntar sobre o uso de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência do evento. Os eventos notificados foram classificados, segundo a intencionalidade, em dois grupos: acidentes e violências. Acidente foi definido como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social, como trabalho, escola, esporte e lazer. Incluíram-se nesse grupo acidentes de transporte, quedas, queimaduras, cortes, queda de objetos sobre pessoas. Violência foi definida como o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resultou ou tenha qualquer possibilidade de ter resultado em lesão, morte,

dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Sob essa denominação, incluíram-se tentativas de suicídio, maus-tratos e agressões (MASCARENHAS et al., 2009). No presente estudo, foram analisadas as ocorrências de acidentes e violências segundo o relato de consumo de álcool pela pessoa que sofreu a lesão, entre as vítimas de 18 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor e tipo de ocorrência.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi um inquérito domiciliar realizado no Brasil em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A amostra inicial reuniu cerca de 81 mil domicílios. Desse total, foram realizadas entrevistas em 64.348 domicílios, o que resultou em uma taxa de não resposta de 8,1% (IBGE, 2014). As entrevistas foram feitas entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014 com a utilização de computadores de mão – PDAs (*Personal Digital Assistance*) –, programados para fazer a crítica dos valores recebidos. Foram inseridas questões sobre o álcool. Aqui, iremos analisar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Em todos os estudos, a análise estatística foi realizada no programa Stata (STATA CORP, 2009). Os respectivos projetos foram aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS

Vigitel 2013

Foram encontrados os seguintes resultados referente ao consumo de bebidas alcoólicas. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, foi de 16,4%, sendo quase três vezes maior em homens (24,2%) do que em mulheres (9,7%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade (Tabela 1). A variação do consumo foi de 12% em Curitiba a 22% em Aracaju. (Figura 1). A tendência manteve-se estável nos últimos oito anos para homens, mulheres e total (Figura 2). O consumo de álcool abusivo e após dirigir reduziu entre 2007 e 2013 de forma significativa em ambos os sexos e entre os homens (Figura 3).

PeNSE 2012

Dos 109 mil escolares entrevistados, 50,3% experimentaram uma dose ou mais de bebida (IC 95% 49,0 - 51,6), sendo que o consumo foi maior entre meninas (51,7%) (IC95% 50,8-52,6) que entre os meninos (48,7%) (IC95% 46,6-50,8) e também nas escolas públicas (50,9%). O consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias foi de 26,1% (IC95% 24,5-27,7) no Brasil, sendo 25,2% (IC 95% 23-27,5) para o sexo masculino e 26,9% (IC95% 25,7-28,0) para o sexo feminino. Episódios de embriaguez foram relatados por 21,8% (IC95% 21,1-22,5) dos escolares, sendo mais frequente entre os meninos (22,8%) (IC95% 22,0-23,7) do que entre as meninas (20,9%) (IC95% 20,1-21,6). Esses episódios foram mais frequentes nas escolas públicas (22,5%) (IC95% 21,7-23,2) do que nas privadas (18,6%) (IC95% 17,8-19,3). Quanto à percepção dos escolares sobre a reação da família, caso chegassem em casa bêbados, 92,2% (IC95% 92,0 - 92,3) dos adolescentes afirmaram que seus pais se importariam muito; 10% (IC95% 8,9 - 11,1) relataram ter tido problemas com família ou amigos – por exemplo, faltaram às aulas ou se envolveram em brigas (Tabela 3).

Entre os escolares que consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias, a forma mais comum de obter bebida foi em festas (36%), em especial, para as meninas; com amigos (20,9%); ou comprando em mercado, loja, bar ou supermercado (16,6%), com destaque entre os meninos (21,9%). Outros 9,1% consumiram, nos últimos 30 dias, bebida alcoólica obtida na própria casa (Figura 4).

Outro estudo da PeNSE investigou a associação entre o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas) e fatores de proteção familiar (MALTA et al., 2014a). O consumo de álcool no último mês abarcou 26,1% dos 109 mil adolescentes. Alguns dos fatores que preveniram o uso de substâncias psicoativas estão ligadas à proteção característica do contexto familiar, como morar com os pais, fazer a refeição em conjunto e a supervisão parental (os pais saberem o que o filho faz no tempo livre). Em contraponto, faltar às aulas sem avisar aos pais mostrou-se um comportamento de risco para o uso de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, aumentando o risco do uso em 1,8 vez para

o tabaco, 1,98 vez para o álcool e 2,7 vezes para as drogas. Isso aponta a importância da família e da escola na proteção dos adolescentes e redução dos comportamentos de risco (MALTA et al., 2014a). (Figura 5).

VIVA Inquérito 2011

A declaração de ingestão de bebida alcoólica foi de 14,9% em 2011 entre o total de atendimentos para pessoas com idade ≥ 18 anos, variando entre 11,4% para vítimas de acidentes a 44,1% para as de violência.

Dentre os atendimentos por acidentes, as maiores proporções foram observadas nos atendimentos por acidentes de transporte (19,6%) e quedas (10,2%). Queimaduras e demais tipos de acidentes (sufocação, engasgamento, corpo estranho, afogamento, entre outros) apresentaram proporções de 3,5% e 5%, respectivamente.

Para os atendimentos por violência, a ocorrência variou de 33,8%, no caso de lesões autoprovocadas, a 45,2%, para agressões/maus tratos (Tabela 4).

Levando em consideração o sexo da vítima, a declaração de ingestão de bebida alcoólica foi de duas a três vezes mais frequente entre os homens em comparação com as mulheres atendidas por acidentes e violências (Tabela 4).

Com relação à faixa etária das vítimas, as maiores proporções de declaração de ingestão alcoólica foram observadas entre as vítimas de acidentes com idade de 18 a 29 anos (12,7%). A proporção máxima entre as vítimas de violência foi na faixa de idade de 30 a 59 anos (45,7%).

Quanto à raça/cor da pele, negros (pretos e pardos) apresentaram as maiores proporções de declaração de uso de álcool para o total de atendimentos (16,9%). Também merece destaque a proporção observada entre amarelos e indígenas (14,9%). Percebeu-se, ainda, maior frequência de declaração de ingestão alcoólica entre as pessoas com menor nível de escolaridade (Tabela 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consumir um volume excessivo de álcool em um curto espaço de tempo é uma prática conhecida na literatura internacional como *binge drinking* ou uso pesado episódico do álcool. Essa prática é considerada mais perigosa e frequentemente associada a uma série de problemas físicos, sociais e mentais. O Vigitel e a PNS mostraram que entre adultos esse padrão de consumo se destaca entre homens e jovens de 18 a 29 anos. Características semelhantes também foram identificadas no presente estudo do VIVA Inquérito, em que houve predomínio do consumo de álcool entre homens e jovens vítimas de acidentes e violências.

Dentre os vários problemas resultantes do uso de bebidas alcoólicas, os acidentes com veículos automotores (incluindo carros, motos, caminhões) ocupam um lugar de destaque. A cada 10 acidentes de carro, em 1,5 havia referência ao consumo de álcool. Dirigir alcoolizado aumenta o risco de acidentes de transporte (WHO, 2008; MONTEIRO, 2007; MASCARENHAS, 2009). A concentração de álcool no sangue produz diversas alterações neuromotoras em diferentes concentrações. Mesmo baixas doses (0,3dgc/l ou 1 dose) já diminuem a atenção e dão uma falsa percepção de velocidade, euforia e dificuldade de discernir distintas luminosidades (MONTEIRO, 2007; NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION, 2008).

O padrão de consumo de álcool aqui analisado, o *binge drinking*, é quando há ingestão de cinco ou mais bebidas-padrão (uma dose de bebida alcoólica ou equivalente contém cerca de 12 gramas de álcool puro, e cinco doses somariam cerca de 60g) para homens e quatro ou mais doses para as mulheres (cerca de 48g). Beber *em binge* pode resultar em eventos como violência, acidentes de trânsito, acidentes em geral, intoxicação alcoólica, sexo inseguro, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis e HIV (MONTEIRO, 2007). Na maioria dos países da América Latina, incluindo México, Brasil, Peru, Bolívia, Uruguai, Costa Rica e Chile, o *binge drinking* é particularmente elevado, especialmente entre os jovens, conforme aqui descrito.

O VIVA Inquérito mostra que a relação entre álcool e violências/agressões é ainda mais grave, pois em cerca da metade das ocorrências

havia referência ao consumo do álcool. Estudos apontam a relação entre a restrição de venda de bebidas alcoólicas e o fechamento dos bares em determinados períodos noturnos com a redução de homicídios (DUAILIBI, 2007). Evidências como essa fundamentaram a OMS e países-membros na aprovação de resoluções sobre políticas e medidas legais de restrição ao consumo de álcool e direção veicular, controle de propaganda de bebidas alcoólicas, proibição de vendas a menores de idade e restrição de pontos de venda de bebidas alcoólicas (WHO, 2008).

Outro grande ponto de reflexão são os dados de álcool em escolares. Cerca de metade dos adolescentes de 13 a 15 anos já tomou ao menos uma dose de álcool, um quarto apresentou episódios de embriaguez e 9% relataram ter tido problemas com o álcool (MALTA et al., 2014b). Esses dados mostram a extensão do problema de um tema tão sensível junto aos adolescentes. O estudo chama a atenção pela facilidade com que os jovens entrevistados tiveram acesso ao álcool em festas, bares, lojas e na própria casa (MALTA et al., 2014b, 2014c).

Associado à predisposição genética, o uso do álcool nessa fase da vida também pode afetar a maturação cerebral e reduzir o volume do hipocampo – e, conseqüentemente, do aprendizado e da memória (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010). O uso de álcool na adolescência pode resultar em acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, desordens depressivas, ansiedade, brigas na escola, danos à propriedade, iniciação sexual precoce e atitudes de risco, como o não uso de preservativos, múltiplos parceiros e gravidez (COOPER, 2002; STUEVE; O'DONNELL, 2005), além de levar ao uso excessivo na vida adulta (MALTA et al., 2011). Além disso, o uso do álcool é fator de risco para o consumo de outras drogas, como tabaco e drogas ilegais (IGLESIAS et al., 2007).

A constante exposição dos adolescentes à mídia direcionada a propagandas de bebidas foi associada ao consumo de álcool entre adolescentes (VENDRAME et al., 2009). Estudos da PeNSE mostram que quanto maior a escolaridade dos pais, maior o risco de consumo de álcool na adolescência (MALTA et al., 2014b).

Os dados da PeNSE mostram a disseminação do álcool entre adolescentes, além de embriaguez frequente, a facilidade da compra em estabelecimentos comerciais e, mais grave, o acesso na própria casa, aumen-

tando as chances de envolvimento em episódios de risco (MALTA et al., 2014b). Estudos mostram que quando os pais estão mais atentos às atividades desenvolvidas pelos filhos, eles apresentam menor envolvimento com álcool, drogas e tabaco (MALTA et al., 2011, 2014a, 2014c; PAIVA; RONZANI, 2009). A atenção dos pais às atitudes e aos comportamentos dos filhos atua como fator de proteção para a bebida, o tabaco e as drogas (MALTA et al., 2014a, 2014c).

Em maio de 2010, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool (WHO, 2008) e exortou os estados-membros a incorporar suas decisões. A estratégia define princípios orientadores para o desenvolvimento e a implementação de políticas de prevenção do álcool em todos os níveis e define prioridades para a ação global. Ademais, exorta um conjunto de opções políticas à implementação no nível nacional. A estratégia recomenda 10 pontos como: liderança e empenho no tema; estruturar serviços de saúde de aconselhamento e tratamento; envolver a comunidade na identificação das necessidades e soluções; estabelecer políticas de controle da taxa de alcoolemia, fiscalização, e políticas; redução da disponibilidade de álcool; regulamentação da comercialização de bebidas alcoólicas; estabelecer políticas de preços; reduzir as consequências negativas do consumo de álcool e sua intoxicação; reduzir o impacto do álcool ilegal e informal na saúde pública; estabelecer monitoramento e vigilância do álcool.

Algumas dessas medidas têm sido implementadas no Brasil, com destaque para o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2011), que apresenta metas de redução do consumo do álcool e relata as melhores evidências para a redução do álcool como recomendado pela OMS (WHO, 2008, 2011b, 2013; BRASIL, 2011). São elas: a) reforçar a implementação da política de preços e aumentar os impostos sobre produtos derivados de tabaco e álcool, a fim de reduzir o consumo; b) apoiar a intensificação de medidas de vigilância relacionadas à venda de bebidas alcoólicas a menores de idade (<18 anos); c) reforçar as medidas educacionais do Programa Saúde na Escola (PSE) para prevenir e reduzir o tabagismo e o abuso de álcool; d) apoiar iniciativas locais para controlar a venda de álcool, estabelecendo horário de interrupção de venda para bares e locais semelhantes.

Outras importantes medidas de política pública consistem na proibição de beber e dirigir (Lei Seca – BRASIL, 2008; Nova Lei Seca – BRASIL, 2012), o que já resultou na redução do consumo de álcool para quem dirige (MOURA et al., 2011; MALTA et al., 2014d). Mais recentemente, outras iniciativas são o Programa Vida no Trânsito, parceria envolvendo Ministério da Saúde, Denatran, Ministério da Justiça, Opas, OMS, Fundação *Bloomberg*, entre outros, pela redução de acidentes de trânsito e o Plano da Década de Segurança Viária (BRASIL, 2010; MORAIS, 2013).

Em função das melhores evidências disponíveis, divulgadas pela OMS (WHO, 2008) para o controle do álcool, em especial entre adolescentes, como ações em saúde pública, a sociedade deve aprofundar o debate sobre as medidas que possam agir no aumento de impostos nos produtos, na restrição no acesso às bebidas alcoólicas vendidas, na proibição da ampla publicidade, na promoção e no patrocínio das bebidas, bem como na fiscalização das medidas adotadas.

A legislação brasileira proíbe a propaganda apenas de bebidas com teor alcoólico acima de 13 graus Gay Lussac. Assim, as propagandas de cervejas podem ser veiculadas livremente, e crianças e adolescentes são continuamente expostos ao *marketing* dessas bebidas, o que pode contribuir com prevalências tão elevadas nessas faixas etárias (VENDRAME et al., 2009). O Brasil já experimentou êxitos importantes na política de regulamentação do tabaco, o que contribuiu para a redução das prevalências (BRASIL, 2013a), em especial entre jovens (IBGE, 2009). Para se obter os mesmos resultados na redução do uso do álcool, entre populações jovens e vulneráveis, torna-se importante avançar no debate regulatório, em especial na proibição da propaganda da cerveja, uma vez que a propaganda do álcool entre crianças e jovens estimula o consumo (VENDRAME et al., 2009).

Torna-se importante o debate envolvendo governo, legislativo, profissionais de saúde e educação, sociedade, famílias e jovens visando ao avanço das políticas públicas e do marco regulatório das bebidas alcoólicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a19.pdf>. Acesso em: 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, C. A.; RIMM, E. B. Epidemiologic research on moderate alcohol consumption and blood pressure. In: SAHKARI, M. W. (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, M. L. 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, P. M. (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, D. R. 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, D. C. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500014>. Acesso em: 05 mar. 2015.

MALTA, D. C. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500046&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 mar. 2015.

MALTA, D. C. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500203&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 mar. 2015.

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

MALTA, D. C. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005633>. Acesso em: 05 mar. 2015.

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

MORAIS, N. O. L. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300002>. Acesso: 05 mar. 2015.

MOURA, E. C. 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, K. J. 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. Disponível em: <http://www.nhtsa.dot.gov>. Acesso em: 22 jan. 2008.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. 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.

ROERECHE, 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, P. E. 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.

STATA CORP. **Stata statistical software**: release 11. College Station, TX: Stata-Corp LP, 2009.

STUEVE, A.; O'DONNELL, L. N. 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, S. G.; SHAPER, A. G. 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. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf. Acesso em: 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. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. Acesso em: 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, J. M.; ROSS, R.; GAO, Y. T. 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

Tabela 1. Percentual* de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade

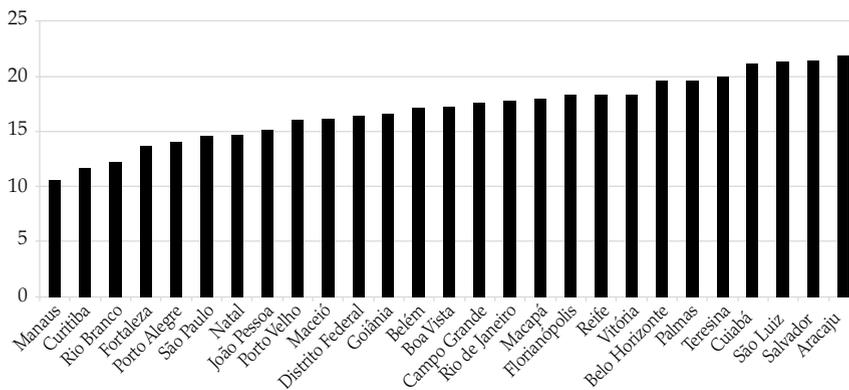
Variáveis	Total				Sexo							
					Masculino				Feminino			
	%	IC 95%			%	IC 95%			%	IC 95%		
Idade (anos)												
18 a 24	19,0	17,1	-	20,8	23,3	20,5	-	26,0	14,3	11,9	-	16,7
25 a 34	22,7	21,0	-	24,3	31,6	28,9	-	34,3	13,8	12,0	-	15,7
35 a 44	17,5	16,0	-	19,0	27,1	24,3	-	29,9	9,8	8,4	-	11,1
45 a 54	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 e mais	4,0	3,1	-	4,8	7,8	5,8	-	9,8	1,5	0,9	-	2,1
Anos de escolaridade												
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 e mais	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

Fonte: Brasil, 2013a.

Nota: *Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2013 (ver Aspectos Metodológicos).

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 1. Percentual de adultos que apresentaram consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal



Fonte: Brasil, 2013a.

Nota: IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 2. Evolução da frequência de adultos que referiram consumo abusivo de bebida alcoólica, segundo sexo, Vigitel 2006 a 2013

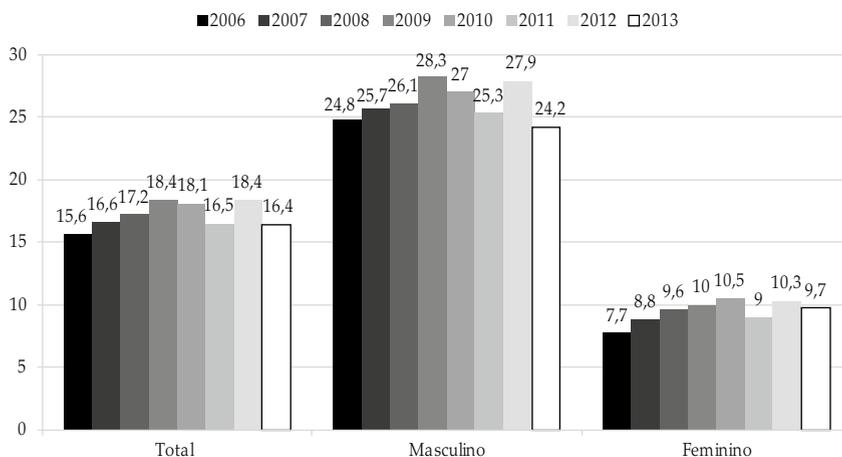
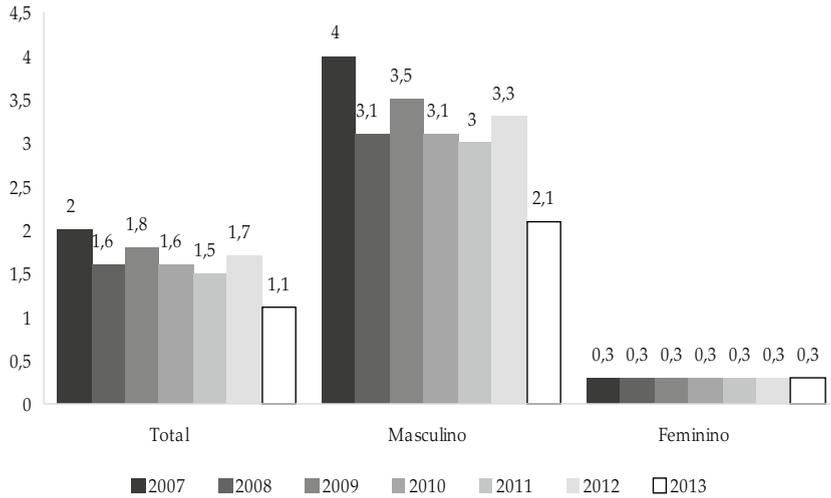


Figura 3. Evolução da frequência de adultos que referiram dirigir após consumo abusivo de bebida alcoólica, segundo sexo, Vigitel 2006 a 2013



Fonte: Brasil, 2013a, e Malta et al., 2014d. ⁴⁷

Obs: $p < 0,05$ – Redução significativa em ambos os sexos e entre os homens (2007-2013).

Tabela 2. Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, por sexo, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as grandes regiões, as unidades da Federação e a situação do domicílio (2013)

Grandes regiões, unidades da Federação e situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (%)								
	Total			Sexo					
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Masculino		Proporção	Feminino	
		Limite inferior	Limite superior		Intervalo de confiança de 95%	Limite inferior		Limite superior	Intervalo de confiança de 95%
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

Grandes regiões, unidades da Federação e situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (%)								
	Total			Sexo					
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Masculino		Proporção	Feminino	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
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
São Paulo	12,1	10,9	13,4	19,5	17,2	21,9	5,6	4,5	6,7
Sul	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

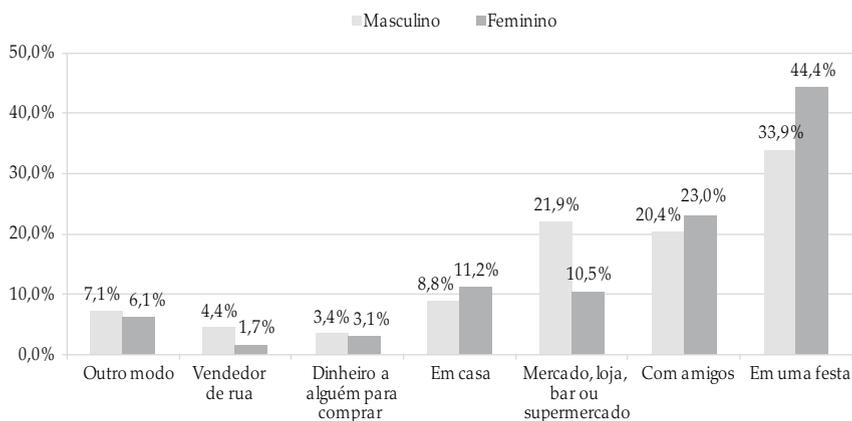
Fonte: IBGE, 2014.

Tabela 3. Prevalência e respectivos IC 95% de situações relacionadas ao consumo de álcool, segundo sexo e dependência administrativa da escola

Situações relacionadas ao consumo de álcool	Total		Sexo				Dependência administrativa da escola			
			Masculino		Feminino		Privada		Pública	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Provar 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 uma dose 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 nos últimos 30 dias	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)
Família se importaria	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)
Ter problemas com família	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)

Fonte: Malta et al., 2014.

Figura 4. Local de aquisição de bebidas alcoólicas entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental que informaram consumo nos últimos 30 dias, segundo sexo



Fonte: Malta et al., 2014a.

Figura 5. Influência do contexto familiar no uso de substâncias psicoativas

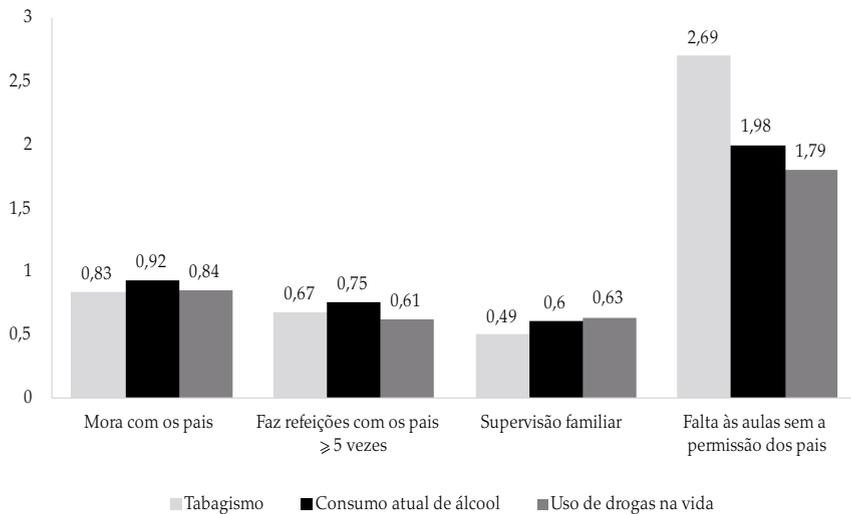


Tabela 4. Proporção (%) de declaração de ingestão de bebida alcoólica entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo características demográficas. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2011

Características demográficas	2011		
	Acidentes	Violências	Total
Sexo			
Masculino	14,6	50,3	18,7
Feminino	5,7	28,8	7,7
Faixa etária (anos)			
18 – 29	12,7	43,3	16,6
30 – 59	12,2	45,7	15,6
60 e mais	4,5	34,9	5,8

Características demográficas	2011		
	Acidentes	Violências	Total
Raça/cor			
Branca	8,4	36,4	10,8
Preta/parda	13,0	46,5	16,9
Amarela/indígena	10,9	52,5	14,9
Escolaridade (anos)			
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 e +	8,5	28,1	10,0
Tipo de acidente			
Acidente de transporte	19,6	-	-
Queda	10,2	-	-
Queimadura	3,5	-	-
Outros acidentes ^a	5,0	-	-
Tipo de violência			
Agressão/maus-tratos ^b	-	45,2	-
Lesão autoprovocada	-	33,8	-
Total	11,4	44,1	14,9

Fonte: Brasil, 2013b.

a) Inclui: sufocação/engasgamento, corpo estranho, afogamento, envenenamento/intoxicação, ferimento por objeto perfuro-cortante, ferimento por arma de fogo, acidentes com animais, queda de objetos sobre a pessoa, choque contra objetos/pessoa, entorse (torção), esmagamento.

b) Inclui intervenção por agente público legal.

