Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.05,2024

ISSN 2178-6925

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL E NO MUNDO E OS IMPACTOS NA SAÚDE HUMANA

CONSIDERATIONS ABOUT THE CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES IN BRAZIL AND IN THE WORLD AND THE IMPACTS ON HUMAN HEALTH

Geisy de Andrade Lima
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Brasil
E-mail: geisylimacel@gmail.com

Aline Elizabeth da Silva
Pós-Doutora, Faculdades SENAC, Brasil.
E-mail: alineesnutri@hotmail.com

Fabiana Mânica Martins
Doutora, Universidade Federal do Amazonas, Brasil
E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br

Luís Paulo Souza e Souza
Pós-Doutor, Universidade Federal do Amazonas, Brasil
E-mail: luis.pauloss12@gmail.com

Resumo

O uso das bebidas alcoólicas está presente em diferentes épocas da história da humanidade, em contextos com relevância social, política, econômica e religiosa. Por ser uma substância psicoativa é amplamente consumida, tanto por ser considerada lícita, quanto pelos efeitos e simbolismos que ela assume, já que é comumente utilizada em festejos e favorece a interação e socialização. A Organização Mundial da Saúde (OMS) debate que os efeitos do uso do álcool sobre os problemas de saúde crônicos e agudos são determinados, majoritariamente, por duas dimensões de consumo diferentes, mas relacionadas entre si: (1) o volume total consumido; (2) o padrão de consumo. Essas duas variáveis junto com aspectos individuais e sociais estão relacionadas à magnitude dos problemas envolvendo o álcool nas populações. Estudos da OMS estimam que mais de 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres, ao redor do mundo, sofram com transtornos relacionados ao uso dessa substância. Assim, torna-se necessário a implementação de políticas públicas com o objetivo de reduzir os danos associados ao uso abusivo de álcool.

Palavras-chave: Consumo de bebidas alcoólicas; Epidemiologia; Saúde do Adulto; Saúde Pública.

ISSN 2178-6925

Abstract

The use of the selected drinks is presente at diferente times in human history, in contexts with social, political, economic and religious relevance. As it is a psychoactive substance, it is extremely consumed, both because it is considered legal and because of the effects and symbolism it assumes, as it is commonly used in celebrations and favors interaction and socialization. The World Health Organization (WHO) debates that the effects of alcohol use on specific and acute health problems are mainly specific to two diferente but related dimensions of consumption: (1) the total volume consumed; (2) the consumption pattern. These two variables, together with individual and social aspects, are related to the magnitude of alcohol-related problems in populations. WHO studies estimate that more than 237 million men and 46 million women around the world suffer from disorders related to the use of this substance. Therefore, it is necessary to implement public policies with the aim of reducing the harm associated with alcohol abuse.

Keywords: Adult Health ; Consumption of alcoholic beverages ; Epidemiology ; Public Health.

1. Introdução

O uso das bebidas alcoólicas está presente em diferentes épocas da história da humanidade, em contextos com relevância social, política, econômica e religiosa. É uma substância psicoativa (SPA) amplamente consumida, tanto por ser considerada lícita, quanto pelos efeitos e simbolismos que ela assume, já que é comumente utilizada em festejos e favorece a interação e socialização (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015; DAMACENA *et al*., 2016).

O álcool tem seu consumo admitido e, muitas vezes, incentivado pela sociedade, tornando-se um sério problema de saúde pública quando consumido de forma excessiva (GRISWOLD *et al*., 2018). Em contrapartida, o uso desta droga ou substância não é tão bem aceito por outros grupos populacionais, partidários e religiosos, sendo alvo de ações preconceituosas, o que aumenta o estigma de quem faz uso no Brasil. Diante deste contexto, é necessário compreender a dinâmica das relações que estes usuários estabelecem com o meio em que vivem, bem como diferenciar algumas práticas nem tão patológicas no consumo de álcool, frisando que nem todo uso é problemático (BRASIL, 2003; REHM *et al.,* 2010; SHIELD *et al*, 2015). Para entender melhor como o consumo de álcool pode estar relacionado a outros agravos à saúde, é importante considerar não apenas os efeitos farmacológicos destas substâncias, mas, também, os fatores ambientais e socioculturais que influenciam os padrões de consumo (GRAHAM *et al*., 2010).

Dessa forma, torna-se importante destacar certa falta de padronização nos artigos publicados em relação à utilização dos termos “uso”, “abuso”, “consumo”, “dependência”, “ingestão”. Os padrões de consumo podem ser basicamente conceituados como uso, abuso e dependência, sendo o termo “*uso”* mais amplamente utilizado para delimitar o consumo de SPA, seja esporádico ou episódico. O “*uso excessivo*” está associado a algum nível de prejuízo físico ou mental no indivíduo, enquanto que, na “*dependência*”, ocorre a dificuldade no controle do consumo da substância, que leva a pessoa a agir de forma repetida e impulsiva, causando impacto na vida. Importante ressaltar que a dependência das SPA, com destaque para o álcool, não pode ser definida apenas em função da quantidade e frequência de uso, variando de pessoa para pessoa. Fato é que nem todo usuário de álcool vai se tornar dependente, este fenômeno é extremamente

ISSN 2178-6925

complexo e envolve uma série de fatores internos e externos, dentre eles, os biológicos, da própria substância e o contexto social em que o sujeito está inserido (SILVEIRA *et al*., 2017).

Assim, esta falta de padronização é um problema para as pesquisas sobre a temática, pois é preciso analisar se as diferenças entre os padrões (uso, abuso, ingestão, dependência, entre outros) influenciam mais ou menos na ocorrência de agravos na saúde.

1.1 Objetivos Gerais

Fazer uma análise da literatura nacional e internacional acerca do consumo de bebidas alcoólicas e os impactos na saúde humana.

2. Revisão da Literatura

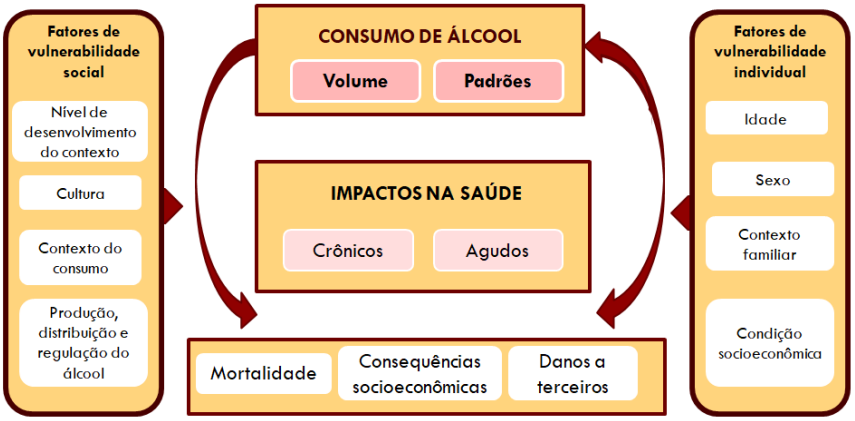
Em síntese, a Organização Mundial da Saúde (OMS) debate que os efeitos do uso do álcool sobre os problemas de saúde crônicos e agudos são determinados, majoritariamente, por duas dimensões de consumo diferentes, mas relacionadas entre si (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018): [a] *O volume total consumido; [b] O padrão de consumo.*

Os níveis e padrões de consumo de álcool, assim como a magnitude dos problemas relacionados ao álcool nas populações, são influenciados por uma variedade de fatores individuais e sociais. A *Figura 1* traz um esquema que simplifica a visualização destes fatores.

Para estabelecer diretrizes para avaliação, existem padrões de avaliação do consumo de álcool, considerando os potenciais efeitos nocivos do uso e abuso para o indivíduo e para a sociedade, sendo tais padrões são definidos a partir do conceito de dose. A World Health Organization (2018) considera "**dose padrão**" como uma unidade de medida que define a quantidade de etanol puro contido nas bebidas. Mas existe dificuldade em estabelecer um consenso internacional sobre a dimensão exata de uma unidade padrão, existindo definições diferentes entre os países e organizações. Para a World Health Organization (2010a), uma dose padrão contém, aproximadamente, 10 gramas de álcool puro, mas a Instituição reconhece que essa definição difere entre os países, variando de 8 gramas no Reino Unido a 20 gramas no Japão. Nos Estados Unidos, segundo o National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism (NIAAA) (2015) considera-se 14 gramas. E no Brasil, apesar de não haver uma definição oficial, volumes e teores alcoólicos mais praticados como sendo uma dose de bebida correspondem a 14 gramas de álcool puro.

ISSN 2178-6925

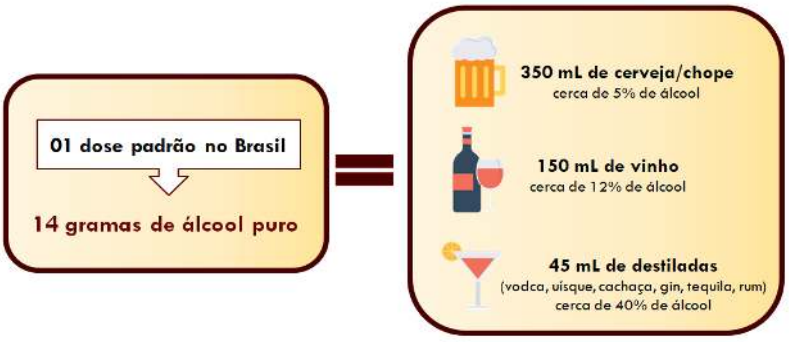
Figura 1 – Modelo conceitual dos resultados na saúde e o consumo de álcool.



Fonte: Traduzido e adaptado de World Health Organization, 2018.

A Figura 2 mostra a equivalência de uma dose padrão e a porcentagem de álcool em cada tipo de bebida (cerveja, vinhos e destiladas) no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Figura 2 - Dose padrão no Brasil e a equivalência da porcentagem de álcool em cada tipo de bebida (cerveja, vinhos e destiladas).



Ainda sobre os padrões de consumo, a literatura científica traz diversas terminologias objetivando a definição dos termos. Assim, de acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994), há seis tipos de consumo:

1) **Consumo moderado:** contrapõe ao beber intenso e significa beber quantidades moderadas e que não causam problemas.
2) **Beber social:** padrão distinto do beber problemático e se refere, geralmente, ao uso de bebidas alcoólicas de acordo com os costumes sociais e por razões e de maneira socialmente aceitáveis.
3) **Beber intenso** (em inglês: "*heavy drinking*"): padrão de beber que excede as normas do beber moderado ou, mais imprecisamente, do beber social. É, frequentemente, definido em termos de exceder certo volume diário - por exemplo, três doses por dia - ou determinadas quantidades por vez - por exemplo, cinco doses por ocasião, pelo menos uma vez por semana.

ISSN 2178-6925

4) **Beber problemático** (em inglês: "*problem drinking"*): ato de beber que causa problemas, individuais ou coletivos, de saúde ou sociais.
5) **Consumo compulsivo periódico de bebida** (em inglês: "*binge drinking"*): padrão de ingestão intensa durante um período prolongado, escolhido de maneira propositada. Em inquéritos populacionais, o período usualmente é definido como mais que um dia em cada ocasião. A expressão "porre" é utilizada para descrever esta atividade.
6) **Beber pesado episódico** (em inglês: "*heavy episodic drinking"*): padrão definido como consumo de 60 ou mais gramas (cerca de cinco a seis doses) de álcool puro em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês.

Para o NIAAA (2015), o consumo é classificado como:

1) **Consumo moderado:** distinto para homens e mulheres, devido às diferenças biológicas em termos de metabolismo do álcool e quantidade de água no organismo (Homens: não mais que quatro doses em um único dia e não mais que 14 doses por semana; Mulheres: não mais que três doses em um único dia e não mais que sete doses por semana).
2) **Beber pesado episódico** (em inglês: "*Binge drinking"*): Consumo de quatro ou mais doses em uma única ocasião para mulheres e cinco ou mais doses em uma única ocasião para homens, nos últimos 30 dias.
3) **Uso pesado:** consumir mais do que a dose diária (quatro doses para homens e três para mulheres) ou semanal indicadas como moderadas (catorze doses para homens e sete para mulheres).

Para Laranjeira *et al.* (2007), são consideradas as classificações:

1) **Abstêmio:** bebe menos de uma vez por ano ou nunca bebeu na vida.
2) **Bebedor não frequente**: bebe menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano e não bebe cinco ou mais doses em uma ocasião.
3) **Bebedor menos frequente**: bebe de uma a três vezes por mês e pode ou não beber cinco doses ou mais ao menos uma vez por ano.
4) **Bebedor frequente**: bebe uma vez por semana ou mais e pode ou não consumir cinco ou mais doses por ocasião pelo menos uma vez por semana, mas mais de uma vez por ano.
5) **Bebedor frequente pesado**: bebe uma vez ou mais por semana e consome cinco ou mais doses por ocasião uma vez na semana ou mais.

Ainda, seguindo um instrumento da OMS intitulado "*Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence"*, adaptado para o Brasil por Carlini-Cotrim *et al.* (1989), seguem-se cinco classificações, as quais têm sido muito usadas em pesquisas com estudantes e universitários:

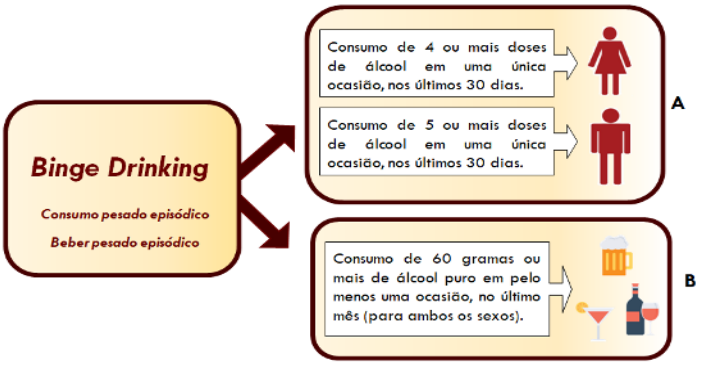
1) **Uso na vida:** uso pelo menos uma vez na vida.
2) **Uso no ano:** uso pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa.
3) **Uso no mês:** quando a pessoa faz uso pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa.
4) **Uso frequente:** quando a pessoa faz uso seis ou mais vezes nos 30 dias anteriores à pesquisa.

ISSN 2178-6925

5) Uso pesado: quando a pessoa faz uso vinte ou mais vezes nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Um número expressivo das pesquisas tem focado na análise do padrão "*binge drinking"* (BD) ou consumo pesado episódico ou beber pesado episódico (BPE). A Figura 3 traz suas definições (A e B), sendo a mais comum a representada pelo esquema A.

Figura 3 – Conceito de "*binge drinking"*, segundo o *National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism*



Fonte: Elaborado pelos autores segundo NIAAA (2015).

Segundo o relatório "*Global status report on alcohol and health" 2018* (tradução livre Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018) da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), este padrão de consumo deve ganhar destaque nas análises nas populações, pois está relacionado à maior risco de prejuízos imediatos; e, quando frequente, pode aumentar o impacto negativo na saúde.

Para que os países obtenham sucesso nestas estratégias, são necessários potenciais ações e interesses políticos, concomitante a disponibilidade de recursos adequados, capacidade técnica e institucional considerando o âmbito nacional; além disso, fortes sistemas de monitorização que apoiem essa implementação são importantes para permitir a responsabilização e acompanhamento de avanços e medidas de proteção e controle do álcool, com o intuito de garantir que sejam orientadas e formuladas na perspectiva da saúde pública e protegidas da interferência da indústria e dos interesses comerciais. Por fim, destacam-se a importância de parcerias governamentais, a filantropia, a sociedade civil e o setor privado para fornecer apoio às ações no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

*

2.1 Consumo de álcool no mundo e os impactos na saúde

Em relação ao consumo quantitativo, mundialmente, em 2016, a média de consumo *per capita* foi de 6,4 litros de álcool puro, o que corresponde a 13,9 gramas de álcool puro por dia, o que equivale a cerca de uma dose padrão. Na análise global dos últimos 16 anos, a OMS aponta que este valor se manteve

ISSN 2178-6925

estável, todavia, as tendências e projeções apontam para um aumento nos próximos 10 anos, particularmente nas regiões das Américas, do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Quando se avaliam somente os que se consideravam bebedores (aqueles que realizaram o consumo nos últimos 12 meses) – que representam 43%, a média de consumo *per capita* foi de 15,1 litros de álcool puro, o que corresponde a 32,8 gramas de álcool/dia, como é demonstrado no Quadro 1 abaixo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, observa-se ainda, que quanto maior a prevalência de bebedores atuais nas regiões, menor é a relação entre o consumo de álcool *per capita* entre os bebedores ao consumo na população total (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Comparando os valores de 2000 e 2016, a proporção de bebedores no mundo diminuiu de 47,6% para 43%, o que equivale a quase um quarto de bilhão de pessoas com 15 anos ou mais. Mas é importante destacar que esta queda foi, principalmente, devido ao crescimento de ex-bebedores e pouco decorrente de um aumento de abstêmios na vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em relação ao padrão beber pesado episódico (BPE), no *Relatório Global sobre Álcool e Saúde* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), foi definido como consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro em uma única ocasião, pelo menos, uma vez no último mês. Assim, encontraram-se elevadas taxas (> 60%) na Federação Russa e em outros países europeus como a Bulgária, a Polônia e a Romênia; em alguns países da África Subsaariana (Angola, República Democrática do Congo). Outros países também apresentam porcentagens elevadas, em torno de 45 a 60%, como a Austrália e alguns países da América do Sul - Bolívia, Brasil, Paraguai, Peru. A OMS mostrou que entre todas as pessoas no mundo, 18,2% apresentaram este comportamento em 2016. Entre os bebedores atuais, o valor foi de 39,5%. E em se tratando de números absolutos, um total de 993.023 pessoas adotaram o comportamento BPE.

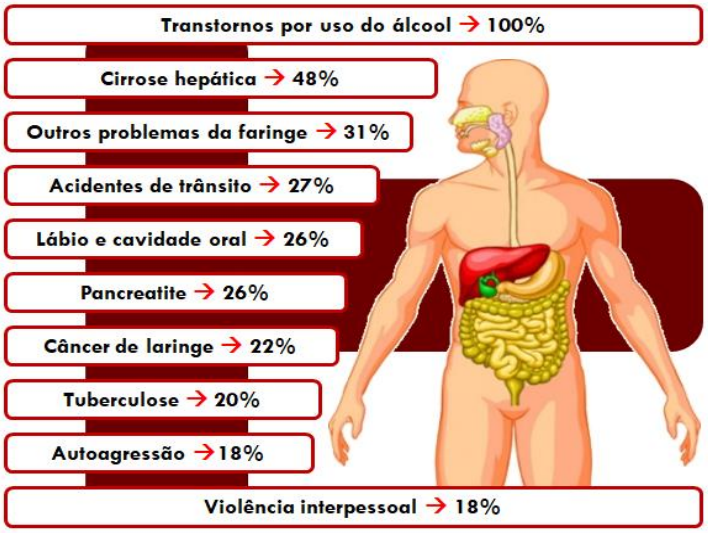
Na análise por sexo, entre os bebedores, observou-se que entre os homens houve redução 56,1% em 2000 para 50,2% em 2016 e para mulheres de 24,4% em 2000 a 19,9% em 2016. Na avaliação da porcentagem de bebedores atuais entre todas as pessoas, observou-se que BPE de 53,7% entre os homens em 2016 e 32,4% entre as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Com relação ao impacto do uso do álcool na saúde, o Relatório da OMS traz a proporção de todas as enfermidades e óbitos atribuíveis ao álcool, representada pelas Frações Atribuíveis ao Álcool (FAAs). As FAAs são usadas para quantificar a contribuição do álcool como um fator de risco para doença ou morte, e podem ser interpretadas como a proporção de mortes ou ônus da doença que desapareceria se não houvesse álcool. A Figura 5 mostra as FAAs para as principais causas de morte, doença e lesão, em 2016, apontados no *Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018* da OMS. Globalmente, estima-se que 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres sofram com transtornos relacionados ao consumo de álcool, com maior prevalência entre homens e mulheres na região Europeia - 14,8% e 3,5%, respectivamente, e na região das Américas - 11,5% e 5,1%, respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar de o Relatório da OMS mostrar que houve uma leve diminuição dos danos à saúde atribuídos ao álcool entre 2010 e 2016 (Quadro 1), as projeções mostram que a porcentagem de bebedores tenda a diminuir, mas o consumo em litros aumentará (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

ISSN 2178-6925

Figura 4 - Frações atribuíveis ao álcool (FAAs) para as principais causas de morte, doença e lesão, em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde.



Fonte: Elaborado com base na World Health Organization, 2018.

Quadro 1 – Análise do dos danos à saúde atribuídos ao álcool entre 2010 e 2016 e projeções do consumo mundial até 2025.

Análise temporal	**2010**	**2016**	
Mortes atribuídas ao álcool	3.001.300	2.988.300	
Porcentagem das mortes atribuídas ao álcool (%)	5,6	5,3	
Quantidade de mortes em 100.000 pessoas	44,6	38,8	
Projeções futuras	**2016**	**2020**	**2025**
Percentual de bebedores (%)	**43,0**	**41,7**	**40,3**
Consumo *per capita* (litros)	**6,4**	**6,6**	**7,0**

Fonte: Traduzido e adaptado da World Health Organization, 2018

Fortalecendo os dados do Relatório da OMS, publicação recente de Griswold *et al.* (2018) indicou que, em 2016, 32,5% das pessoas no mundo – o equivalente a 2,4 bilhões de pessoas - eram bebedores atuais, sendo esse percentual maior em homens (39%) do que entre as mulheres (25%). Em 2016, 2,8 milhões de óbitos foram atribuídos ao uso de álcool, correspondendo a 2,2% dos óbitos padronizados por idade total entre as mulheres e 6,8% entre os homens. Em termos de carga global de doenças, o uso de álcool levou a 1,6% do total de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) em todo o mundo. O uso de álcool foi classificado como o sétimo principal fator de risco para morte prematura e incapacidade em 2016. O risco de mortalidade por todas as causas, especificamente por câncer, aumenta com o aumento dos níveis de consumo (GRISWOLD *et al.*, 2018).

Em relação aos riscos à saúde associados ao consumo de álcool, Griswold *et al.* (2018) demonstrou estatisticamente significativa curva em forma de J para

ISSN 2178-6925

doença cardíaca isquêmica e curvas não significativas em formato de J para doenças como a diabetes e o acidente vascular cerebral isquêmico. Assim, para doença cardíaca isquêmica, ficou evidenciado um risco relativo mínimo de 0,86 (na margem de 0,80 - 0,96) para homens e 0,82 (margem de 0,62 - 0,90) para mulheres, ocorrendo em 0,83 doses padrão por dia para homens e 0,92 diárias para mulheres. Não foi encontrada diferença significativa nas curvas de risco relativo para doença cardíaca isquêmica ou diabetes ao estimar as curvas por idade. Para todos os outros desfechos, incluindo os cânceres, evidenciou-se que o risco relativo aumentou com o consumo de álcool. O nível de consumo que minimiza a perda de saúde deve ser mínimo, ou seja, torna-se evidente que há necessidade de que populações evitem qualquer quantidade de álcool (GRISWOLD *et al.*, 2018).

Essas descobertas sugerem fortemente que as políticas de controle do álcool devem ter como objetivo reduzir o consumo total da população. De acordo com a publicação, a carga total de prejuízos à saúde atribuíveis ao uso da substância aumenta com a progressão da quantidade de álcool consumida, sendo que a partir de 10 gramas de álcool por dia já aumentaria substancialmente o risco relativo de danos à saúde. Para potencialmente reduzir os efeitos do uso do álcool em futuras perdas de saúde, é necessário que os países revisitem suas políticas de controle do álcool e avaliem como podem deliberar modificações com intuito de reduzir ainda mais o consumo alcoólico pelas populações (GRISWOLD *et al.*, 2018).

Um estudo publicado recentemente pelo *Alcohol Research: Current Reviews* (2018) do NIAAA reconhece as diferenças entre os sexos em suas recomendações e orienta aos homens que não bebam mais que 4 doses em único dia, limitando-se ao máximo de 14 por semana. As mulheres e os idosos (acima de 65 anos), por sua vez, devem se limitar a 3 doses em um único dia, sem ultrapassar 7 doses por semana (ALCOHOL RESEARCH: CURRENT REVIEWS, 2018). Todavia, destaca-se que não há um consenso entre as recomendações oficiais e globais que remeta a valor estimado de nível seguro para o uso de bebidas alcoólicas, uma vez que mesmo pequenas doses ainda podem estar associadas a riscos significativos (GRISWOLD *et al.*, 2018).

2.2. Consumo de álcool no Brasil e os impactos na saúde

No Brasil, segundo o *Relatório Global sobre Álcool e Saúde* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), no ano de 2016, cerca de 21,4% da população era abstêmia na vida - ou seja, essa porcentagem populacional nunca havia ingerido bebidas alcoólicas em nenhum momento de suas vidas. No último ano, 40% consumiram álcool, sendo que os homens foram maioria (44% *versus* 27,3% das mulheres) e o consumo *per capita* em 2016 foi de 7,8 litros. Em 2010, o consumo era de 8,8 litros, fato que evidencia uma redução de cerca de 11%. Essa redução viabiliza a estimativa de que, em média, cada brasileiro deixou de beber cerca de 1 dose – o que equivale a uma lata de cerveja de 350 mL, ou a uma taça de vinho de 150 mL, ou a uma dose de bebida destilada de 45 mL) por semana. Em tempo, nesse mesmo período avaliado foi possível observar uma redução na taxa de transtornos por uso de álcool, que de um percentil equivalente a 5,6% chegou a 4,2%.

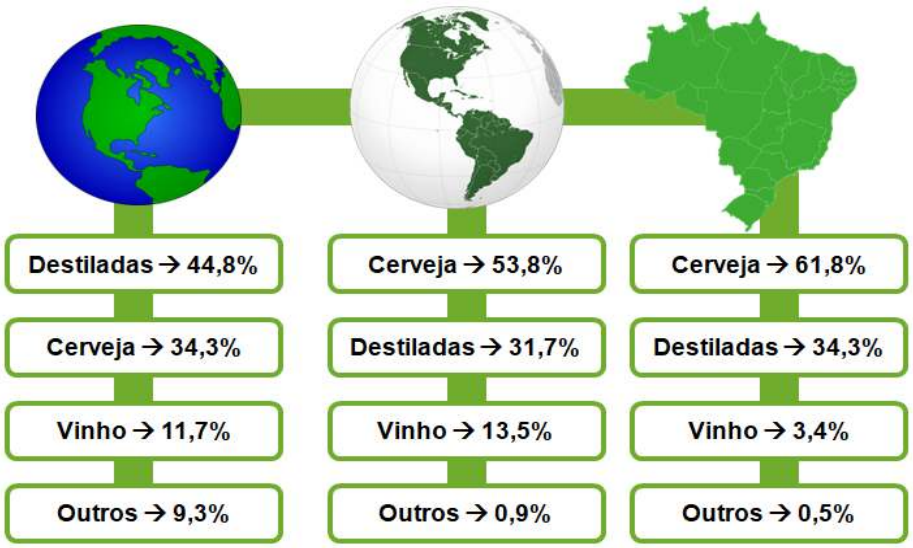
ISSN 2178-6925

Embora tais resultados parciais sejam positivos, é importante salientar que o Brasil ainda se encontra acima da média mundial de consumo *per capita* – ou seja, de 6,4 litros ao ano e, entre os bebedores, a estimativa de consumo médio é de 0,3 doses ao dia – quantitativo ainda maior que a média encontrada nas Américas e no mundo - que é de 2,3 doses ao dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Quando os dados são analisados apenas entre os brasileiros que bebem, a média de consumo diário em 2016 foi de 41,7 gramas de álcool puro - equivalente a cerca de 3 doses ao dia. Essa estimativa é aproximadamente 27% maior do que a observada entre os bebedores da região das Américas e da média mundial, ambas as regiões com 32,8 gramas por dia – aproximadamente 2,3 doses ao dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Na análise dos tipos de bebidas consumidas, observa-se que as cervejas foram as bebidas mais ingeridas entre os brasileiros, seguidas das bebidas destiladas e dos vinhos, sendo esse padrão igualmente observado na região das Américas (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição do consumo de álcool registrado por tipo de bebida em 2016.



Fonte: Traduzido e organizado da World Health Organization, 2018.

Em relação ao álcool ilegal, o relatório aponta que aproximadamente 25% do álcool puro consumido no mundo não são registrados. E em alguns países, como por exemplo o Sudoeste da Ásia e Região do Mediterrâneo, essa taxa chega a 50%. No Brasil, a proporção estimada corresponde a 15,5% - equivalente a 1,2L do consumo *per capita* de álcool puro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Sobre o comportamento beber pesado episódico (BPE), o *Relatório Global sobre Álcool e Saúde* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) demonstrou que no Brasil, houve um aumento do percentil de 12,7%, no ano de 2010 para 19,4%, no ano de 2016. Sendo que em 2010 os homens representavam 20,7% e as mulheres 5,2%, e em 2016, os homens passaram a representar 32,6% e as mulheres 6,9%, ou seja, um aumento no sexo feminino não tão significativo quando comparado ao sexo masculino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

ISSN 2178-6925

Dados mais recentes sobre o BD foram divulgados pela pesquisa Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL), mostrando que a frequência geral foi de 17,9% em 2018. É importante destacar que a VIGITEL caracteriza BD como sendo a ingesta em uma única ocasião um quantitativo de 4 ou mais doses de álcool entre as mulheres, e 5 ou mais doses entre homens, nos últimos 30 dias (BRASIL, 2019). O Quadro 2 abaixo demonstra a relação das consequências à saúde, envolvendo mortalidade e morbidade conforme dados elencados no relatório da OMS que delineia dados sobre o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). E relacionando as prevalências do BD aos respectivos estados brasileiros, observa-se percentis que variam desde 13,8% em Manaus - AM no norte do país e 23,5% em Salvador – BA, na região do nordeste. Entretanto, é importante salientar que estes valores se referem às capitais de cada estado (BRASIL, 2019).

Quadro 2 – Taxas de mortalidade padronizadas por idade e frações atribuíveis ao álcool no Brasil em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Agravos à saúde	Taxas de mortalidade padronizadas por idade		Frações atribuíveis ao álcool (%)		Mortes atribuíveis ao álcool
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
Cirrose Hepática	26,7	5,8	69,5	42,6	16.214
Lesões no trânsito	44,1	8,8	36,7	23,0	14.928
Câncer	178,1	121,2	8,7	2,2	13.332

Fonte: Traduzido da World Health Organization, 2018.

3 Considerações finais

Diante dos dados apresentados é relevante considerar a relação observada entre o consumo de bebidas alcóolicas frente aos quadros de adoecimento e morte das populações. Logo, ações de vigilância e controle da ingesta alcoólica é alvo potencial para a atuação sistemática dos atores governamentais. A redução do consumo de álcool é uma das metas do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no Brasil (Brasil, 2011; Malta *et al.*, 2013), além de ser uma questão que permeia os objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Organização das Nações Unidas, 2015).

O consumo de álcool está entre os principais fatores de risco para DALYs padronizadas por idade para homens e mulheres no Brasil, assim como o peso em excesso (Malta *et al.*, 2019). Dessa maneira, enfatiza-se que, além do controle do consumo global, as evidências reforçam que uma intervenção imediata é necessária para a diminuição, também, da prática do beber pesado episódico ou *binge drinking.* Fato este que demonstra a necessidade e urgência de

ISSN 2178-6925

implementação de políticas públicas em diferentes dimensões e frentes de atuação. Assim como, a elaboração de leis que proíbam a venda de bebidas alcoólicas a pessoas que já estejam alcoolizadas, dentre outras medidas que tenham potencial de regulação da disponibilidade do álcool. Essas ações denotam grau de eficácia pontual em outros países que objetivaram ações de redução dos prejuízos associados ao abuso da ingesta de álcool, e portanto, demonstram-se como instrumentos de organização e implementação de ações no Brasil também (Malta *et al.*, 2014; Machado *et al.*, 2017; Souza e Souza *et al.*, 2019).

Referências

ALCOHOL RESEARCH: CURRENT REVIEWS EDITORIAL STAFF - ARCR. Drinking patterns and their definitions. **Alcohol research: current reviews**, v.39, n. 1, p. 17–18, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília - DF: Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília - DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018.** Brasília - DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2019.

CARLINI-COTRIM, B.H.R.S. *et al*. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. **In: Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5); 1989. p.84-89.

DAMACENA, G. N. *et al.* Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, dez. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015.

GRISWOLD, M. G. *et al*. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p.

1015-1035, set. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31310-2. Acesso em: 16 maio 2024.

GRAHAM, K. *et al*. Alcohol May Not Cause Partner Violence But It Seems to Make It Worse: A Cross National Comparison of the Relationship Between Alcohol and Severity of Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 8, p. 1503-1523, 3 jun. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0886260510370596. Acesso em: 16 maio 2024.

LARANJEIRA, R. *et al*. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília - DF: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007.

MACHADO, Í.E. *et al*. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 408-422, jul. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005. Acesso em: 17 maio 2024.

MALTA, D.C. *et al*. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720190030. Acesso em: 16 maio 2024.

MALTA, D.C. *et al*. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014. Acesso em: 16 maio 2024.

MALTA, D.C. *et al.* O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5123/s1679-49742013000100016. Acesso em: 17 maio 2024.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM – NIAAA. U.S, Department of Health and Human Services and U.S. **2015–2020 Dietary Guidelines for Americans.** Department of Agriculture., v. 8th Edition, dez. 2015. Disponível em: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.** Agenda 2030. Estados Unidos: ONU; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The SAFER action package: a world free from alcohol related harms**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Lexicon of Alcohol and Drug Terms**. Geneva: World Health Organization, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2010.