

Informe técnico

Perfil da população adulta quanto ao consumo de álcool segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) – São Paulo, nas edições 2012/2013, 2014 e 2020

Profile of the adult population regarding alcohol consumption according to data from the Surveillance of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel) – São Paulo, in the 2012/2013, 2014 and 2020 editions

Jane H. Atobe , Marcelo Klinger , Golda Schwartzman , Marco Antônio de Moraes 

Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). São Paulo/SP, Brasil.

Autor para correspondência

Jane H. Atobe

E-mail: jhatobe@saude.sp.gov.br

Instituição: Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT/CVE/CCD/SES-SP)

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 351, sala 609. CEP: 01246-000. São Paulo/SP, Brasil

O álcool, álcool etílico ou etanol é uma substância psicoativa depressora do sistema nervoso central com propriedades que causam dependência, sendo um fator causal em mais de 200 doenças e lesões de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10).¹ Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano são resultado do uso de álcool, representando 5,3% de todas as mortes no ano de 2020.²

O impacto do álcool na saúde é determinado por dois fatores distintos, porém relacionados: o volume total de álcool ingerido e o padrão de consumo, ou seja, a frequência do consumo. Para avaliar quantitativamente a ingestão de álcool, costuma-se adotar o padrão denominado “DOSE”, o equivalente a 14 g de álcool puro, independente do volume de bebida ingerida. Assim, uma dose corresponderia aproximadamente a 350 ml de cerveja (5% de álcool), 150 ml de vinho (12% de álcool), ou 45 ml de destilado (vodca, uísque, cachaça, gin, tequila, com 40% de álcool). Normalmente o corpo humano leva de uma a três horas para metabolizar o equivalente a uma dose de álcool puro.³

Considera-se o limite superior do chamado “consumo moderado”, a ingestão de no máximo 4 doses em único dia ou 14 doses por semana para os homens e 3 doses em um único dia ou 7 doses por semana para mulheres e idosos (acima de 65 anos). Além deste limite, considera-se o “consumo abusivo”. O chamado “Beber Pesado Episódico (BPE)” é definido como o consumo em bebidas correspondente a 60 g ou mais de álcool puro, portanto cerca de 4 ou mais “doses” para mulheres e 5 ou mais “doses” para homens, em uma mesma ocasião.³

O *Global Burden of Diseases* (GBD) – “Peso Global das Doenças” –, um programa mantido pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), que tem como objetivo compilar dados sobre várias doenças pelo mundo e avaliar seus respectivos impactos quantitativos nas taxas de mortalidade dos diversos países, considerou que não existe limite seguro para o consumo do álcool e que o dano à saúde aumenta proporcionalmente com a quantidade de álcool consumida. Também é esta a posição da OMS que associa qualquer uso de álcool a algum risco, como o de dependência do álcool; de câncer de mama (uma relação linear em mulheres) ou do traumatismo. Embora o risco individual possa ser baixo, da perspectiva da saúde pública, no âmbito populacional, não existem níveis seguros de consumo sem risco envolvido.⁴

As bebidas alcoólicas são mercadorias economicamente importantes para o setor agrícola, bem como fornecem empregos indiretos em bares e restaurantes, além de trazerem divisas com as exportações e gerarem receitas fiscais para o governo. Mas os benefícios econômicos ligados à produção, à venda e ao uso dessa mercadoria têm um

custo enorme para a sociedade. A capacidade do álcool em causar danos psicológicos, sociais e à saúde é ocasionada por três mecanismos: toxicidade física, intoxicação e dependência.⁵

Estes três mecanismos estão relacionados às maneiras pelas quais as pessoas consomem o álcool, denominados de “padrões de bebida”. Os padrões de consumo de álcool que provocam níveis elevados de álcool no sangue resultam em problemas associados à intoxicação aguda, como acidentes, ferimentos e violência. Os padrões de consumo de álcool que promovem a ingestão frequente e intensa de álcool estão associados a problemas de saúde crônicos, como cirrose hepática, doenças cardiovasculares e depressão. O beber contínuo também pode resultar na dependência de álcool, prejudicando a capacidade de uma pessoa de controlar a frequência e a quantidade de bebida.⁶

O consumo crescente de álcool ao longo dos anos tem gerado impacto global em termos assistenciais e financeiros, não apenas no que se refere ao próprio usuário, como também aos familiares e à sociedade. A avaliação do impacto do custo social gerado pelo abuso do consumo de bebidas alcoólicas é necessária para se efetivar a construção de políticas públicas e auxiliar os gestores em processos de tomada de decisão em consonância com o perfil epidemiológico e socioeconômico do país, de modo a estabelecer prioridades de investimentos em saúde de acordo com a real necessidade que a população apresenta.⁷

A pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) é o estudo que avalia estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Com intuito de aperfeiçoar as ações de vigilância para o controle das doenças crônicas não transmissíveis no estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde, com o apoio técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NUPENS – FSP/USP), iniciou a expansão do sistema Vigitel para todo o estado de São Paulo (Vigitel-SP). Essa pesquisa avaliou diversos indicadores. Entre os fatores de risco, foram incluídos o consumo de bebidas alcoólicas, sendo publicadas três edições dessa pesquisa no Estado de São Paulo nos anos de 2012/2013, 2014 e 2020.⁸⁻¹⁰

Na pesquisa Vigitel realizada no conjunto da população adulta do estado de São Paulo foi observado um aumento no percentual de indivíduos que consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos anos de 2012/13 (15,0% - IC 95% 13,7% - 16,3%), 2014 (15,6% IC 95% 14,2% - 16,9%) e 2020 (18,3% IC 95% 16,3% - 20,2%), conforme mostrado na Figura 1.

Figura 1. Percentual de indivíduos adultos 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 do estado de São Paulo nos anos de 2012/13, 2014 e 2020.

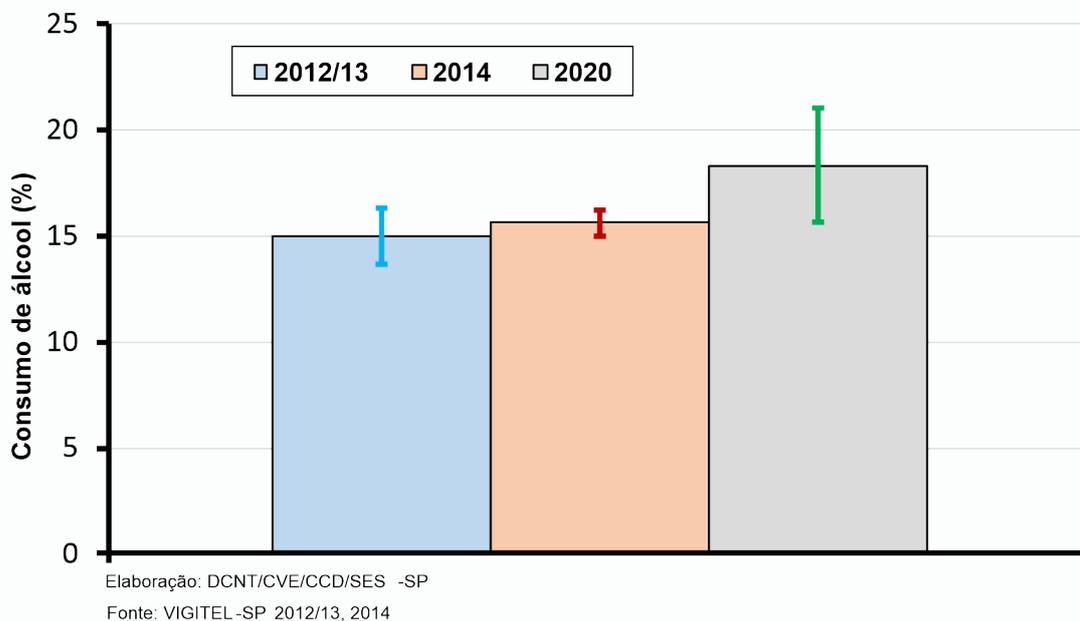
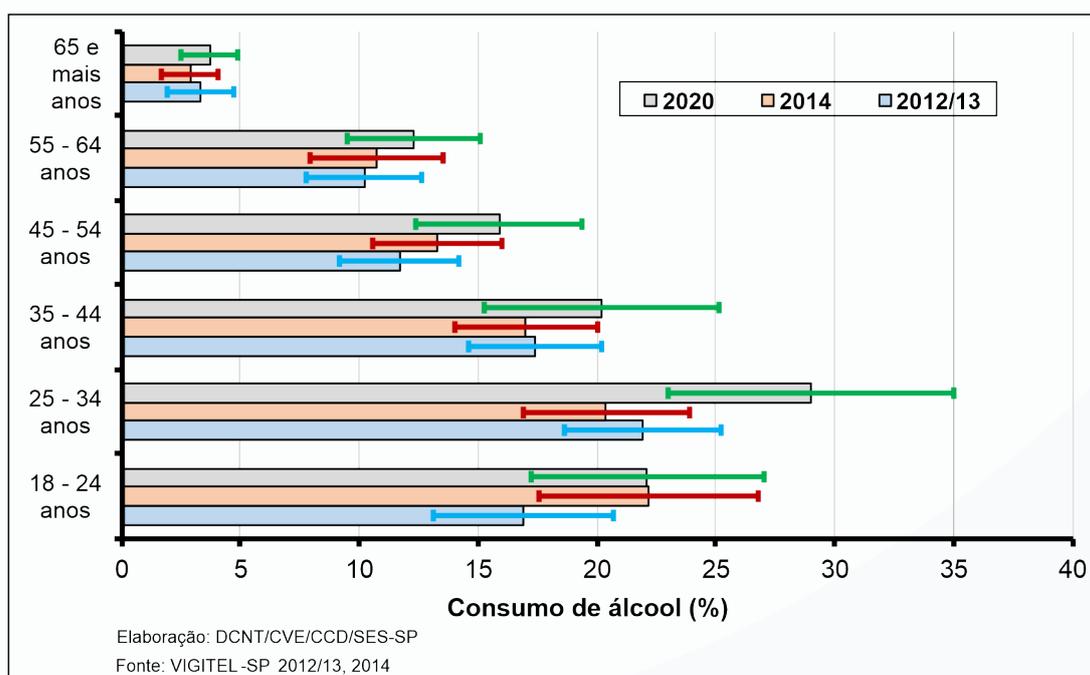


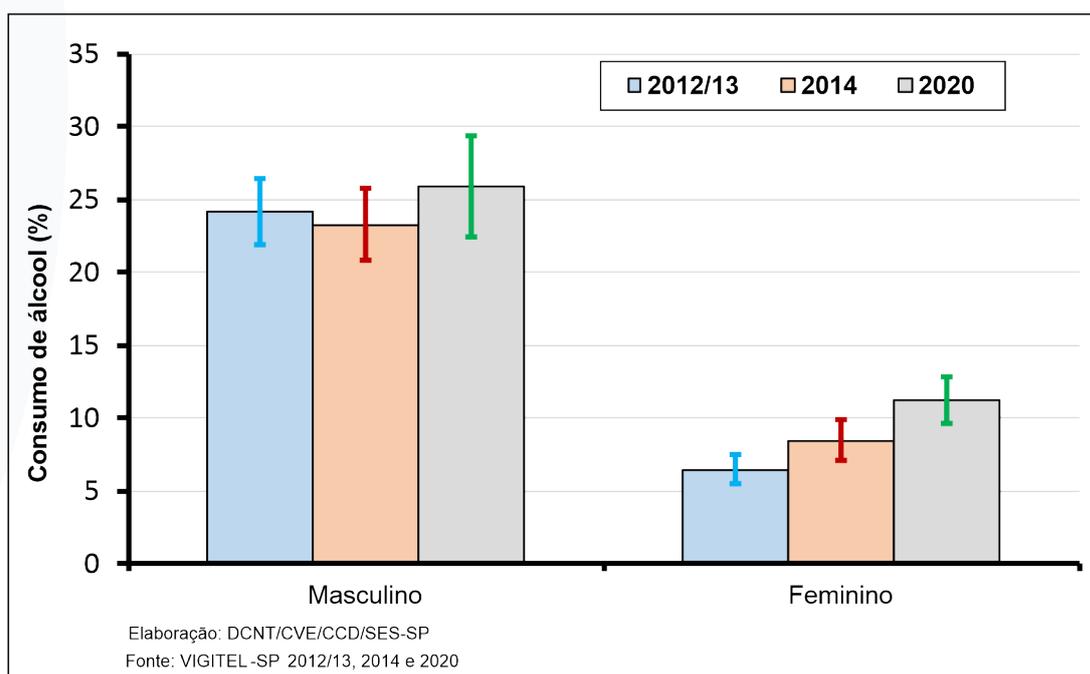
Figura 2. Percentual de indivíduos adultos por faixa etária que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta do estado de São Paulo nos anos de 2012/13, 2014 e 2020.



A busca pelo álcool em situações de estresse ocorre equivocadamente por seu efeito ansiolítico, consequência de sua ação depressora do sistema nervoso central, que em uma primeira fase causa relaxamento, lentificação de reflexos e comprometimento do juízo crítico, efeitos responsáveis pela ocorrência de diversos acidentes que no contexto da pandemia, as lesões geradas requerem atendimento que podem sobrecarregar os serviços de saúde, além de elevar o risco de transmissão da COVID-19.¹¹

A dependência do álcool, juntamente com o tabaco e o crack, são problemas graves do ponto de vista epidemiológico. No entanto, são poucas as ações concretas e o tratamento oferecido aos dependentes é precário. As consequências do seu uso nocivo são: sofrimento físico e mental, desemprego, violência, criminalidade, mortalidade e morbidade, entre outras que acarretam elevado custo social.^{12,13}

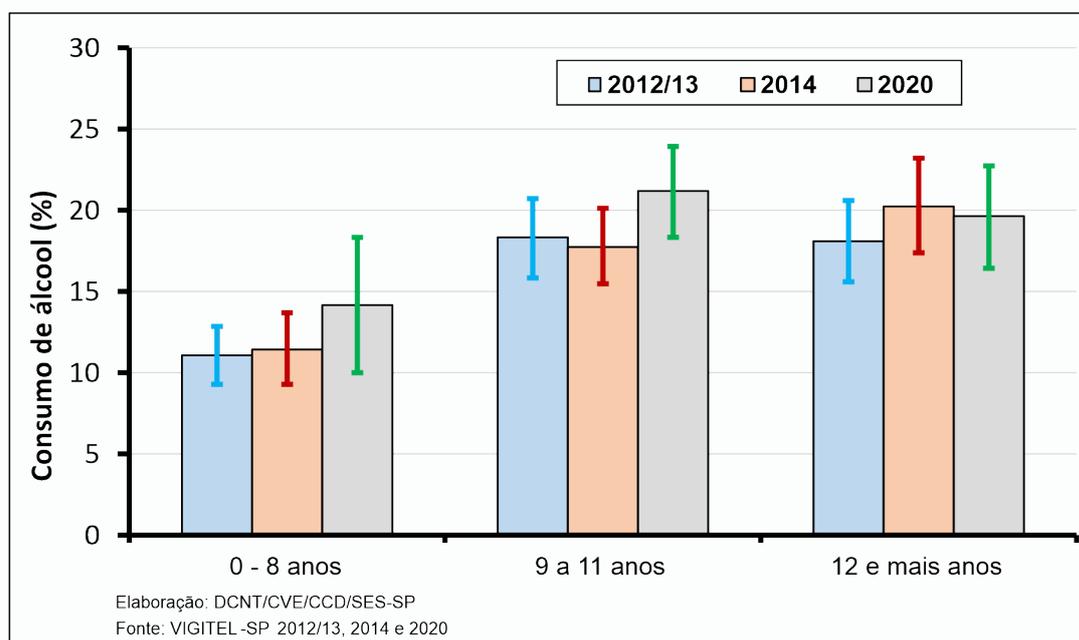
Figura 3. Porcentagem de indivíduos adultos por sexo que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta do estado de São Paulo nos anos de 2012/13, 2014 e 2020



Na avaliação entre faixas etárias analisadas na pesquisa Vigitel - SP, a idade entre 18 e 44 anos foi a que apresentou predomínio de consumidores abusivos de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, nos três anos pesquisados. As faixas etárias que tiveram predomínio de consumidores abusivos foram entre 25 a 34 anos (21,9%) em 2012/13, 18 a 24 anos (22,2%) em 2014 e 25 a 34 anos (29,0%) em 2020, como mostra a [Figura 2](#).

No mundo, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente precoce na vida, especialmente na faixa etária de 20 a 39 anos, que equivale a 13,5% do total de mortes.²

Figura 4. Porcentagem de indivíduos adultos por escolaridade 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 do estado de São Paulo nos anos de 2012/13, 2014 e 2020.



Existem diferenças de gênero relacionadas à mortalidade e morbidade, a porcentagem de mortes atribuíveis ao álcool entre os homens é de 7,7% nas mortes globais em comparação com 2,6% de todas as mortes entre mulheres, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – 2019.²

Dentre os indivíduos da pesquisa Vigitel – SP, o sexo masculino predomina sobre o feminino no uso abusivo de bebida alcoólica nos três períodos pesquisados, sendo 24,2% (2012/13), 23,3% (2014) e 25,9% (2020), porém no sexo feminino pode ser observado um aumento na porcentagem de mulheres que consumiram álcool, em relação aos três anos analisados, 6,5% (2012/13), 8,5% (2014) e 11,2% (2020), conforme mostra a Figura 3.

A hipótese para explicar a crescente tendência do consumo abusivo do álcool entre as mulheres está relacionada à maior participação nas atividades tradicionalmente relegadas aos homens, especialmente em relação ao mercado de trabalho e educação. Ainda segundo essa hipótese, essas características são acompanhadas de um crescimento da autonomia das mulheres, possibilitando e encorajando o aumento do consumo de álcool e, conseqüentemente, o aumento da quantidade e frequência do consumo.¹⁴

Foi observado também na pesquisa Vigitel – SP que quanto maior a escolaridade, maior a porcentagem de indivíduos adultos que consumiram bebida alcoólica. Indivíduos com nove a mais anos de escolaridade foram os que mais ingeriram álcool nos três períodos analisados, conforme mostra a Figura 4.

Os problemas de saúde, segurança e socioeconômicos atribuíveis ao álcool podem ser efetivamente reduzidos com ações sobre os níveis, padrões e contextos do consumo de álcool, assim como em relação aos determinantes sociais mais amplos da saúde. De acordo com a OMS, os países têm a responsabilidade de formular, implantar, monitorar e avaliar as políticas públicas para reduzir o uso nocivo, ou seja, o uso de qualquer quantidade de álcool, uma vez que já existe um conhecimento científico para orientar os desenvolvedores de políticas públicas sobre a eficácia e o custo-efetividade baseado nas seguintes estratégias: Regularizar a comercialização de bebidas alcoólicas; Regularizar e restringir a disponibilidade de álcool; Promulgar políticas adequadas de condução sob os efeitos do álcool; Reduzir a demanda por meio de mecanismos de tributação e preços; Sensibilizar para os problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool e garantir de apoio a políticas eficazes; Fornecer tratamento acessível para pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool; e Implementar programas de identificação e intervenção para o consumo de álcool.²

Em 2010, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução endossando uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool. Essa estratégia representa um compromisso coletivo dos Estados Membros da OMS em diminuir a carga global de doenças causadas pelo seu uso. A iniciativa conta com um conjunto de princípios para orientar o desenvolvimento e a implantação de políticas, define áreas prioritárias para a ação global, recomenda áreas-alvo para a ação nacional e consolida o mandato da OMS para fortalecer a ação em todos os níveis. As opções de políticas e as intervenções para a ação nacional podem ser agrupadas em dez áreas que se complementam, sendo elas: Liderança, conscientização e compromisso; Resposta dos serviços de saúde; Ação comunitária; Políticas sobre dirigir sob o efeito de bebidas alcoólicas; Disponibilidade do álcool; Marketing de bebidas alcoólicas; Políticas de preços; Redução das consequências negativas do consumo e da intoxicação; Redução do impacto na saúde pública do álcool ilícito e do álcool produzido informalmente; e Monitoramento e vigilância.

Em 2018 a OMS lançou a iniciativa SAFER, na Terceira Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis, uma vez que pouco progresso foi documentado e os compromissos feitos não serão cumpridos, caso não haja ação imediata. O objetivo da iniciativa é reduzir o dano causado pelo consumo de álcool, mas sem promover a proibição do consumo ou a venda de bebidas. No entanto, reconhece que álcool é uma substância psicoativa e aditiva, altamente tóxica para o organismo e, portanto, precisa ser regulado como os outros produtos que causam danos à saúde do consumidor.¹⁵

A iniciativa SAFER, um acrônimo em inglês que designa as cinco áreas de atuação política sobre o consumo de álcool, baseadas em evidências acumuladas sobre seu impacto na saúde da população e na relação custo-eficácia: *Strengthen* (S) fortalecer as restrições à disponibilidade do álcool; *Advance* (A) avançar e impor medidas contra a “direção sob efeito do álcool”; *Facilitate* (F) Facilitar o acesso a triagem, intervenção breve e tratamento; *Enforce* (E) executar a proibição ou restrição abrangente à publicidade, patrocínio e promoção de bebidas alcoólicas; *Raise* (R) aumentar o preço do álcool por meio de impostos específicos e políticas de preços. Além disso, a iniciativa reconhece a necessidade de proteger a formulação de políticas orientadas para a saúde pública contra a interferência da indústria do álcool, bem como a importância de um sistema de monitoramento sólido e sustentável para assegurar a responsabilidade e acompanhar o progresso na implantação das intervenções.¹⁵

No Brasil, a aceitação social do consumo de bebidas alcoólicas é muito alta, determinada pela ampla e massiva propaganda, promoções e patrocínios sem regulação. A venda para menores de idade não leva a punições para os comerciantes, também não há regulação sobre a densidade dos pontos de venda e nem sobre o consumo em locais públicos. Práticas conhecidas como *open bar*, com vendas de bebidas abaixo do preço de custo, raramente são proibidas.¹⁶

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Jaqueline C. Gaspar e Sílvia Von Tiesenhausen de Sousa-Carmo do Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica (NIVE) da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo pela apresentação dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization: 2014 [Acesso em 12/03/2021].
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [Álcool-2020] [Acesso em 12/03/2021]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093

3. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). Álcool e a Saúde do Brasileiro – Panorama 2020 [Acesso em 01/02/2021].
4. Global Burden of Disease. 2018. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*;392:1015-1035.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [Acesso em 12/03/2021]. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
6. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: The Global burden of alcohol consumption. 2010. Oxford: Oxford University Press. p. 57-92.
7. Galassi AD, Alvarenga PG, Andrade AG, Couttolenc BF. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008;35 (Supl. 1):25-30.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório do Inquérito de Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Estado de São Paulo em 2012/2013 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2012/2013.
9. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório do Inquérito de Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Estado de São Paulo em 2014 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2014.
10. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório do Inquérito de Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Estado de São Paulo em 2020 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2020.
11. Garcia LP, Sanchez ZM. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(10):1-6.
12. Bessa MA. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):632-6.
13. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira RR, Ferraz MB. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Rev. Bras. De Psiquiatria*. 2006;28(4):321-5.
14. World Health Organization. Alcohol, gender and drinking problems in low and middle income countries. Geneve: World Health Organization; 2005.

15. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. [Acesso em 10/02/2021].

https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf?ua=1

16. Monteiro MG. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Epidemiol. Serv. Saude. 2020;29 (1):1-5.

HISTÓRICO

Recebimento
13/12/2021

Aprovação
05/01/2022

Publicação
06/01/2022



Perfil da população adulta quanto ao consumo de álcool segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) – São Paulo, nas edições 2012/2013, 2014 e 2020

Atobe JH, Klinger M, Schwartzman G, Moraes MA