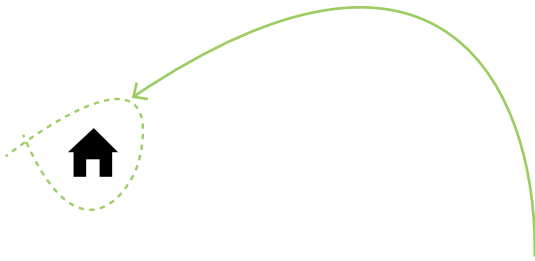


# Álcool e a Saúde dos Brasileiros




PANORAMA  
**2022**




# Fique atento à navegação lateral\*



**Clique**  para abrir  
o menu de navegação  
rápida da publicação.

**Clique nos números**  
**para ir diretamente**  
**ao capítulo desejado.**

**Clique**  para fechar  
o menu à esquerda.

Utilize o comando  
de passar as páginas  
como faz  
normalmente.

**\*** FUNÇÃO DISPONÍVEL  
UTILIZANDO O PROGRAMA  
*PDF ACROBAT*,  
DA *ADOBE* E EM ALGUNS  
OUTROS SOFTWARES.  
A navegação interativa  
funciona como uma  
adição ao documento,  
nenhum dado ou informação  
será suprimido sem  
o uso desta tecnologia.





# Sobre o CISA

Desde sua fundação, em 2004, o **Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA)** contribui para a conscientização, prevenção e redução do uso nocivo de bebidas alcoólicas, sendo uma das principais referências no Brasil sobre o tema. Qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), atua na divulgação de dados científicos com linguagem acessível e na produção de conteúdos educativos e outros projetos desenvolvidos de forma independente e com rigor ético. Sempre em busca de melhores padrões de qualidade, conta com o suporte técnico de um Conselho Científico, com parcerias com organizações da sociedade civil, entidades acadêmicas e médicas e com o apoio financeiro das empresas AmBev e Heineken.



# CISA

---

## MISSÃO

**Contribuir para a redução do uso nocivo de álcool por meio de informações científicas de qualidade.**

## VISÃO


**Ser reconhecido pela excelência na produção e divulgação de conhecimento, atuando na prevenção e diminuição do uso nocivo de álcool.**

## VALORES

**Rigor ético, transparência e comprometimento com o avanço do conhecimento nessa área.**

**ACESSE NOSSOS CANAIS E JUNTE-SE AO CISA NA MISSÃO DE REDUZIR O USO NOCIVO DE ALCÓOL:**

[www.cisa.org.br](http://www.cisa.org.br)

 /cisaoficial  
 /cisa\_oficial  
 /cisa\_oficial  
 /videoscisa

## CONSELHO DELIBERATIVO

Carla Smith de Vasconcellos Crippa  
(Presidente)

Mauro Vitor Homem Silva  
(Vice-Presidente)

Aloísio Lacerda Medeiros  
André Franco Montoro Filho  
Erica Rosanna Siu  
Linamara Rizzo Battistella  
Marina de Oliveira Ferreira  
Martino Martinelli Filho  
Moisés Alberto Simantob  
Roberto Pinto Ferreira Mameri Abdenur  
Rodrigo João Pacheco e Silva Moccia  
Rogério Fernando Taffarello

## CONSELHO CIENTÍFICO

Júlia Maria D'Andréa Greve  
Clystenes Odyr Soares Silva  
Conceição Aparecida de Mattos Segre  
Henrique Soares Carneiro  
Jorge Paulete Vanrell  
Lúcio Garcia de Oliveira  
Wang Yuan-Pang  
Wilson Roberto Catapani

## CONSELHO FISCAL

Silvio José Morais  
Caetano Aparecido Bianchi  
Eduardo Carvalho de Paoli  
Vivian de Freitas e Rodrigues



# Carta do Presidente

# A

pandemia de COVID-19 finalmente deixa para trás seus dias mais críticos, graças à progressão da vacinação e do sucesso das medidas de contenção do coronavírus. No entanto, mesmo passada a fase mais difícil, restam ainda as consequências sociais, econômicas e psicológicas para serem enfrentadas pelo Brasil e o mundo. A história mostra que lidar com essas dificuldades não é uma tarefa fácil, e exigirá um esforço conjunto de nações, líderes políticos e comunidades para superá-las.

Do ponto de vista da saúde, enquanto o mundo ainda se recupera do luto pelas mortes causadas pelo coronavírus, há outras perdas que a pandemia nos obrigou a enfrentar. Vimos, em 2020, um aumento do número de óbitos totalmente atribuíveis ao álcool, que subiram 24% em relação a 2019. Outros países, como os Estados Unidos e o Reino Unido, também tiveram um aumento semelhante (25% e 18,6% respectivamente) mostrando que agora, mais do que nunca, os desafios mais urgentes do nosso tempo não se limitam apenas às fronteiras nacionais. Ainda não se sabe ao certo a causa desse aumento, mas supõe-se que a redução do acesso aos tratamentos e sistemas de apoio, represados durante a pandemia, podem ter um papel-chave para explicá-lo. Além disso, o próprio estresse e os sintomas de ansiedade e depressão podem ter contribuído para recaídas, as quais, infelizmente, podem culminar em desfechos negativos se não tratadas a tempo.

Por outro lado, os dados mais recentes de consumo abusivo de álcool pela população brasileira trazidos pelo levantamento Vigitel 2021 sinalizam que, ao menos neste quesito, estamos nos aproximando de um retorno aos índices pré-pandemia. Em 2021, a frequência deste padrão de consumo foi de 18,3% para a população geral, indicando que, após o aumento visto em 2020, o consumo abusivo retornou aos patamares percebidos desde 2010. Já entre a população jovem de 18 a 24 anos, no entanto, vimos uma queda importante do consumo abusivo, tanto em comparação a 2020 quanto a antes da pandemia (19,3% em 2021 versus 25,8% em 2019). O motivo ainda não é certo, mas é inegável que se trata de uma mudança positiva, que pode sinalizar a adoção de comportamentos mais conscientes em relação ao álcool pela população jovem.

**BUSCANDO  
CONTRIBUIR PARA  
APROFUNDAR O  
ENTENDIMENTO  
SOBRE ESSE ASSUNTO  
TÃO COMPLEXO, O  
CISA APRESENTA,  
PELA PRIMEIRA  
VEZ, UMA PESQUISA  
QUALITATIVA,  
REALIZADA EM  
PARCERIA COM O IPEC**

A despeito de todas as incertezas que ainda permeiam o momento atual, algo que restou claro foi que crises podem interferir de modo muito forte no comportamento de algumas pessoas, o que inclui o consumo de álcool. Buscando contribuir para aprofundar o entendimento sobre esse assunto tão complexo, o CISA apresenta, pela primeira vez, uma pesquisa qualitativa, realizada em parceria com o Ipec (Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica), sobre as motivações que levam as pessoas a consumirem o álcool. A literatura científica tem ressaltado a importância de entender os aspectos sociais e culturais que compõem os

padrões de consumo, além da quantidade e frequência com que as pessoas bebem, de modo que as políticas públicas possam também contemplar esses aspectos em sua formulação. Isso será importante para o enfrentamento do consumo nocivo de álcool.

Por fim, acredito que é possível enxergar esse momento como uma oportunidade para lutar pelas mudanças que desejamos ver no futuro próximo, incluindo o enfrentamento do consumo nocivo de álcool.

Convido você, leitor, a fazer essa reflexão.  
Boa leitura!

**Arthur Guerra**

PRESIDENTE EXECUTIVO DO CISA



# **Siglas**

**utilizadas  
na publicação**





**AIH**

Autorizações de Internação Hospitalar

**BPE**

Beber Pesado Episódico (em inglês: *Heavy Episodic Drinking, Binge Drinking*)

**CAPS-AD**

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

**CAS**

Concentração de Álcool no Sangue (em inglês: *Blood Alcohol Concentration*)

**CID**

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**CBT**

Código de Transito Brasileiro

**COVID-19**

Coronavirus disease 2019

**Datasus**

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DCNT**

Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

**FAA**

Fração Atribuível ao Álcool (em inglês, AAF: *Alcohol Attributable Fraction*)

**GBD**

Global Burden of Disease

**IBGE**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MS**

Ministério da Saúde

**NIAAA**

sigla em inglês de Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo

**OMS**

Organização Mundial da Saúde

**ONU**

Organização das Nações Unidas

**OPAS**

Organização Pan-Americana de Saúde

**PAA**

Doenças e condições de saúde que são Parcialmente Atribuíveis ao Álcool

**PAA + TAA**

Soma das ocorrências Parcial ou Totalmente Atribuíveis ao Álcool

**PeNSE**

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

**SARS-CoV-2**

*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, vírus causador da COVID-19

**SIHSUS**

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

**SIM**

Sistema de Informações de Mortalidade

**SNC**

Sistema Nervoso Central

**TAA**

Doenças e condições de saúde que são Totalmente Atribuíveis ao Álcool

**Vigitel**

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



# Sumário

---

<b>1. Sumário Executivo .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Principais definições .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Metodologia .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Por que as pessoas bebem?</b>	
<b>Pesquisa qualitativa .....</b>	<b>30</b>
4.1. Introdução .....	31
4.2. A Pesquisa .....	34
4.3. Resultados.....	36
4.3.1. Os contatos preliminares com a bebida alcoólica ..	36
4.3.2. A formação do hábito e a importância da socialização.....	41
4.3.3. As motivações para o consumo de álcool atualmente .....	44
4.3.4. Os marcos da vida que influenciaram o consumo de álcool .....	51
4.4. O Controle Pessoal do Consumo de Álcool .....	54
4.5. Elementos Objetivos do Consumo de Álcool .....	61
4.5.1. Tipos de bebidas alcoólicas consumidas atualmente .....	61
4.5.2. Os locais de consumo de álcool .....	64
4.5.3. A frequência de consumo de álcool .....	66
4.5.4. O volume de bebida alcoólica consumido .....	68
4.5.5. Pressão do pares.....	70
4.6. Dinheiro Versus Consumo de Álcool .....	73

4.7. O Consumo de Álcool Durante a Pandemia do Coronavírus .....	76
4.8. Álcool e Sociedade .....	79
4.8.1. A Opinião sobre o álcool .....	79
4.8.2. Por que as pessoas geralmente bebem?.....	81
4.8.3. O consumo de álcool relacionado ao gênero e à faixa etária .....	83
4.8.4. Consumo de álcool em momentos pouco convencionais .....	88
4.8.5. Controle social do uso de álcool .....	90
4.8.6. Definição de consumo abusivo de álcool .....	95
4.9. Considerações Finais.....	100
<b>5. Consumo nocivo de Álcool e consequências à saúde .....</b>	<b>102</b>
5.1 Meta da OMS para reduzir em 10% o consumo nocivo de álcool até 2025 .....	104
5.2. Cenário Brasil e mundo.....	110
5.3. Consumo abusivo de álcool na população brasileira.....	114
5.4. Consumo de álcool por jovens .....	124
5.5. Bebida e direção .....	131
5.6 Consumo de álcool durante a pandemia de COVID-19 .....	136
5.7. Álcool Ilegal: Pandemia e suas consequências.....	142
5.8. Internações e óbitos atribuíveis ao álcool .....	144
5.8.1. Introdução.....	144
5.8.2 Internações: visão geral e atribuível ao álcool ....	146
5.8.3. Principais agravos à saúde relacionados às internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool ...	153
5.8.4. Custos de internações totalmente atribuíveis ao álcool.....	155
5.8.5. Óbitos: visão geral e atribuível ao álcool .....	156
5.8.6. Principais agravos à saúde relacionados aos óbitos parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool .....	161
5.9. Conclusão .....	164
<b>6. Perfil Brasil .....</b>	<b>168</b>
<b>7. Referências .....</b>	<b>172</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>184</b>
<b>9. Biografias .....</b>	<b>194</b>



# Sumário Executivo

**E**m 2022, começam a aparecer os primeiros sinais do que possivelmente será o período pós-pandemia. Há, ainda, muitas incertezas. Ao passo que algumas pesquisas, como o último levantamento Vigitel, realizado entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022, parecem indicar um retorno aos níveis de consumo de álcool observados no período pré-pandemia, a mudança da COVID-19 para uma situação endêmica coloca novos desafios que, certamente, podem impactar o combate ao consumo nocivo de álcool.

Visando contribuir para a reflexão sobre esses novos desafios, o Panorama 2022 concentra-se em três grandes eixos:

**1 – Atualização de dados sobre o uso de álcool por brasileiros e seu impacto na saúde;**

**2 – Análise temporal sobre a evolução dos indicadores da meta mundial de diminuir em 10% o consumo nocivo de álcool ao longo do período;**

**3 – Pesquisa qualitativa, feita em parceria com o Ipec, visando a compreensão acerca das motivações para o consumo de álcool.**

Os últimos anos têm sido críticos para a saúde pública, e o acesso a informações de qualidade nunca se fez tão premente. Com este relatório, o CISA busca contribuir para a tomada de decisões mais qualificadas referentes ao consumo de álcool e políticas públicas sobre o assunto. Apresentamos, aqui, um resumo do que você irá encontrar em cada capítulo do Panorama 2022.



## CAPÍTULO 2

# Principais definições

Para a compreensão dos efeitos do álcool na saúde, é imprescindível definirmos alguns dos principais conceitos utilizados nesta publicação:

- Dose padrão
- Consumo moderado
- Consumo abusivo/Beber Pesado Episódico
- Álcool zero
- Fração Atribuível ao Álcool
- Alcoolismo/Dependência



## CAPÍTULO 3

# Metodologia

Foram atualizados os dados compilados da série “Álcool e a Saúde dos Brasileiros” sobre níveis e padrões de consumo (incluindo entre escolares), bebida e direção, e consequências à saúde - em termos de internações e óbitos atribuíveis ao álcool, analisados a partir de dados disponibilizados pelo Datasus e pelo IBGE.



## CAPÍTULO 4

# Pesquisa qualitativa:

## por que as pessoas bebem?

A literatura científica tem ressaltado a importância de entender os aspectos sociais e culturais que compõem os padrões de consumo, além da quantidade e frequência com que as pessoas bebem, de modo que as políticas públicas possam também contemplar esses aspectos em sua formulação.

Buscando contribuir para esse entendimento, apresentamos, nesse capítulo, uma análise qualitativa dos motivos e contextos que envolvem o consumo de álcool, a partir de relatos sobre experimentação de bebidas alcoólicas, consumo durante a pandemia,

sentimentos associados ao ato de beber, bem como preferências de lugar, contexto e tipos de bebidas.



## CAPÍTULO 5

# Consumo nocivo de álcool

## e consequências à saúde

### Cenário Brasil e mundo

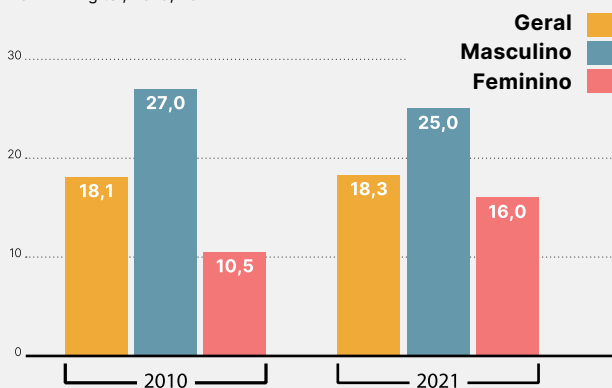
No Brasil, o consumo de álcool continua sendo o sexto principal fator de risco para a maioria das mortes e incapacidades (IHME, 2020). O consumo de álcool per capita no país vem caindo nos últimos anos (diminuição de 13% entre 2010 e 2018) e, apesar de permanecer superior ao índice mundial, é próximo ao da região das Américas.

### Consumo abusivo

Os dados mais recentes de consumo abusivo de álcool pela população brasileira sinalizam que, ao menos neste quesito, estamos nos aproximando de um retorno aos índices do período pré-pandemia. Em 2021, a frequência deste padrão de consumo foi de 18,3% para a população geral no conjunto das 27 capitais, indicando que, após o aumento em 2020, com prevalência de 20,9%, o consumo abusivo retornou aos patamares percebidos desde 2010.

## CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%) GERAL, FEMININO E MASCULINO

FONTE: Vigitel, 2010, 2021.



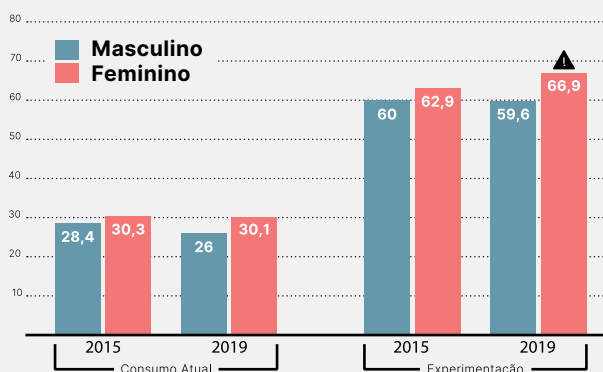
## Álcool e jovens

Nos últimos anos, pesquisas mostram que, em muitos países desenvolvidos, o consumo de álcool entre os jovens tem diminuído consideravelmente desde os anos 2000. No Brasil, os dados ainda são mistos. Pesquisa com estudantes entre 13 e 17 anos (PeNSE, 2019) mostrou que o consumo atual de bebidas alcoólicas se revelou estável e houve aumento da experimentação entre escolares do sexo feminino dessa faixa etária entre 2015 e 2019. Entre os escolares de 13 a 17 anos que já consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 47,0% referiram episódios de embriaguez.

Por outro lado, o levantamento Vigitel 2021, do Ministério da Saúde, indicou queda do consumo abusivo dessa substância entre os jovens de 18 a 24 anos. Essa redução pode ser atribuída tanto ao impacto tardio da pandemia no comportamento dos jovens quanto a uma tendência de redução mais perene do consumo abusivo entre eles, o que somente poderá ser confirmado a partir dos dados de edições futuras do levantamento.

## EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO ATUAL DE BEBIDA ALCOÓLICA (%) POR ESCOLARES DE 13 A 17 ANOS EM 2015 E 2019.

FONTE: PeNSE, 2019.

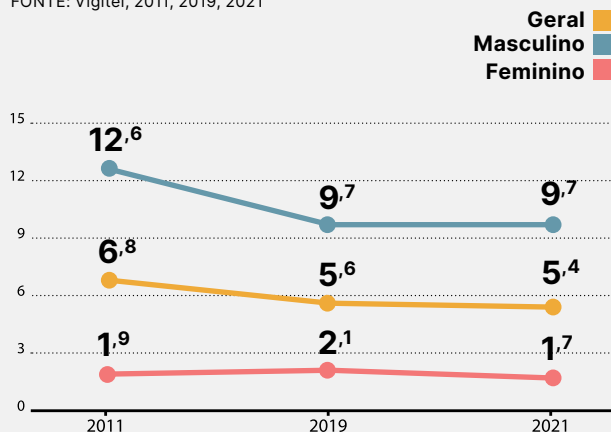


## Bebida e direção

Na maioria das capitais brasileiras, não houve alteração significativa do beber e dirigir ao longo do tempo, considerando tanto a população geral quanto homens e mulheres. De 2011 a 2021, a média de brasileiros que relataram tal comportamento foi de 6,1%. Os valores de 2011, 2019 e 2021 podem ser observados no gráfico, especificados para a população geral e ambos os sexos.

## CONDUÇÃO DE VEÍCULO PÓS-INGESTÃO DE ÁLCOOL (%)

FONTE: Vigitel, 2011, 2019, 2021





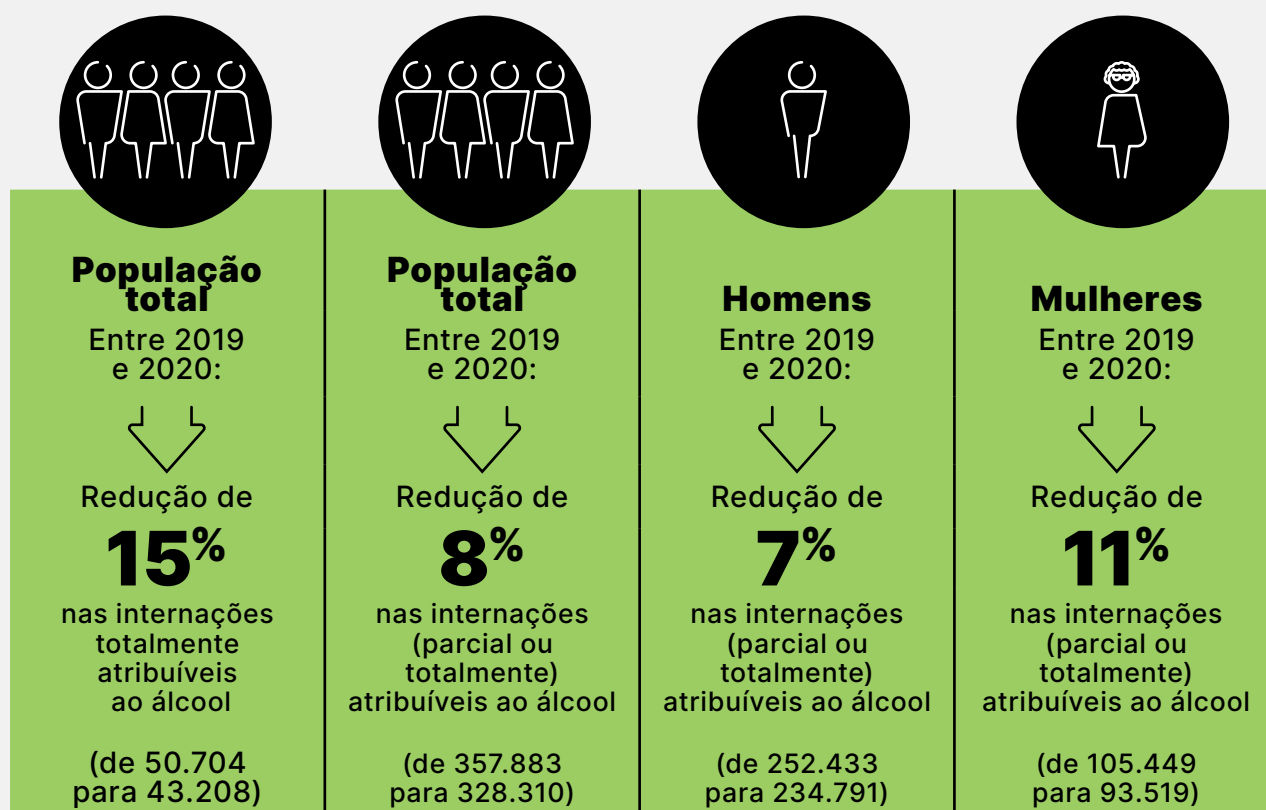
## Internações e óbitos

De modo geral, as mudanças observadas entre 2019 e 2020 mostram que o primeiro ano da pandemia provocou uma redução nas internações atribuíveis ao álcool. Por outro lado, os óbitos totalmente atribuíveis ao álcool sofreram um aumento de 24% entre 2019 e 2020. Estes dados sintetizam os efeitos da pandemia no consumo nocivo de álcool e suas consequências à saúde: menor número de internações e aumento na quantidade de óbitos.

### PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES PARCIAL OU TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL EM 2020:

- Acidentes de trânsito
- Outras lesões não intencionais
- Queda
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
- Cirrose hepática
- Doenças respiratórias inferiores

### IMPACTO DA PANDEMIA: VARIÇÃO DE INTERNAÇÕES ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL ENTRE 2019 E 2020

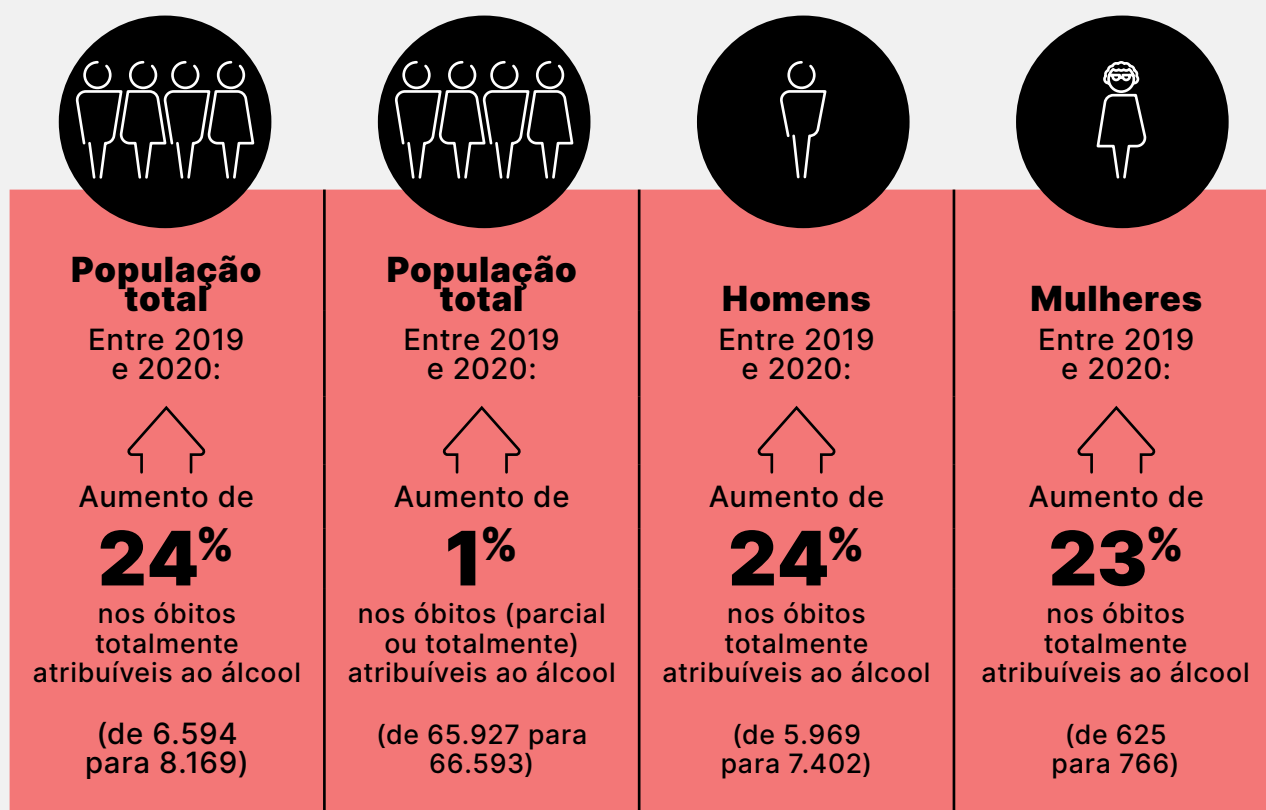




**PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE  
RELACIONADOS AOS ÓBITOS  
PARCIAL OU TOTALMENTE  
ATRIBUÍVEIS AO ALCÓOL EM 2020:**

- Cirrose hepática
- Acidente de trânsito
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
- Violência interpessoal
- Doença cardíaca hipertensiva
- Doença cardíaca isquêmica

**IMPACTO DA PANDEMIA:  
VARIÇÃO MÉDIA ANUAL DE ÓBITOS ATRIBUÍVEIS  
AO ALCÓOL ENTRE 2019 E 2020**





# Principais definições



## **Dose padrão**

Unidade que define a quantidade de etanol puro contida nas bebidas alcoólicas. No Brasil, 1 dose de bebida equivale a 14 g de álcool puro, o que corresponde 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).

**14g**

de álcool  
puro



**ou**

**350 ml  
de cerveja  
/chope**  
cerca de  
**5% de álcool**

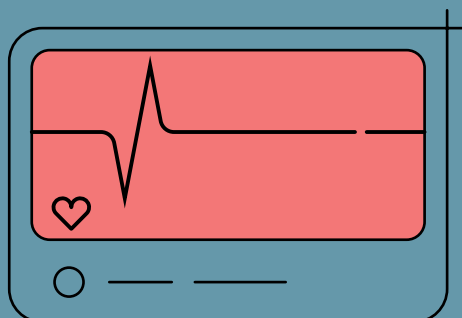
**ou**

**150 ml  
de vinho**  
cerca de  
**12% de álcool**

**ou**

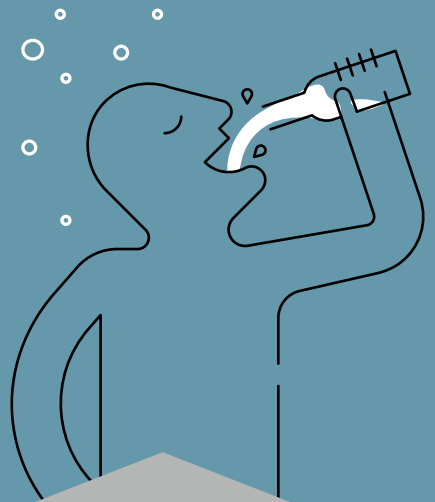
**45 ml de  
destilado**  
(vodca, uísque, cachaça, gin, tequila,  
rum) cerca de  
**40% de álcool\***

\* Cada tipo de bebida representada ao lado equivale a 1 dose padrão de álcool, definida como aproximadamente 14g de álcool puro. A porcentagem de álcool ainda pode variar dentro do mesmo tipo de bebida (por exemplo, há cervejas com teor alcoólico de 3,5% e outras com 6%, mas a maioria tem cerca de 5%).



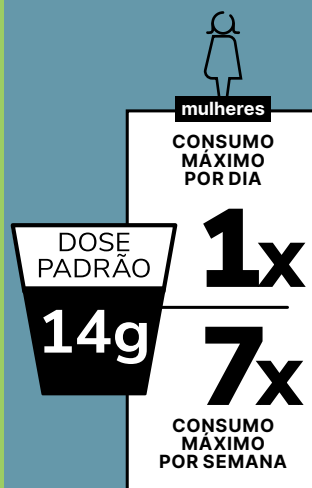
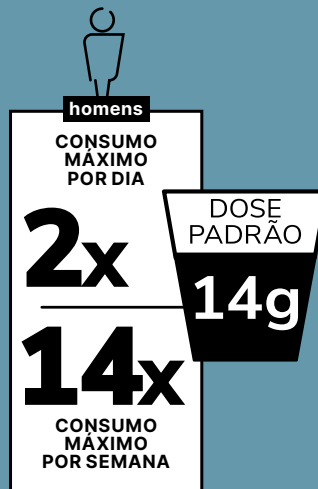
## **Fração atribuível ao álcool (FAA)**

Proporção das enfermidades e/ou óbitos atribuíveis ao álcool. Para cada doença, a FAA é diferente e depende da quantidade, dos padrões de consumo e dos seus riscos relativos atribuídos.



## "Álcool zero"

Situações em que nenhuma quantidade de álcool deve ser consumida. Por exemplo: menores de 18 anos, grávidas, pessoas com condições de saúde que possam ser prejudicadas pelo álcool ou que não consigam controlar seu consumo ao usar determinados medicamentos ou ao dirigir veículos automotores.



## Consumo moderado

No máximo, 2 doses em um único dia ou 14 doses por semana para os homens, e 1 dose em um único dia ou 7 doses por semana para mulheres.



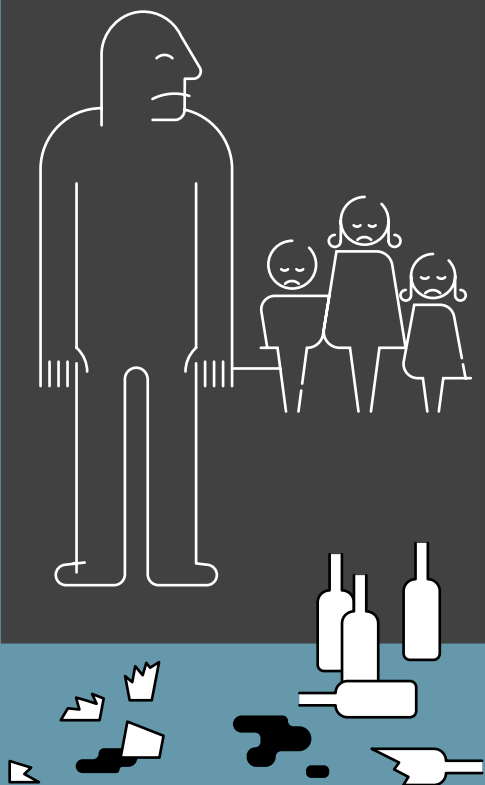
## Beber pesado episódico (BPE) ou consumo abusivo

Definido pela OMS como o consumo de 60 g ou mais de álcool puro (cerca de 4 doses ou mais) em pelo menos uma ocasião no último mês. Indicador equivalente é utilizado nas pesquisas Vigitel, sob a denominação de consumo abusivo (4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens, em uma única ocasião, no último mês). Também conhecido como binge drinking, é um padrão de consumo relacionado a maior risco de prejuízos.



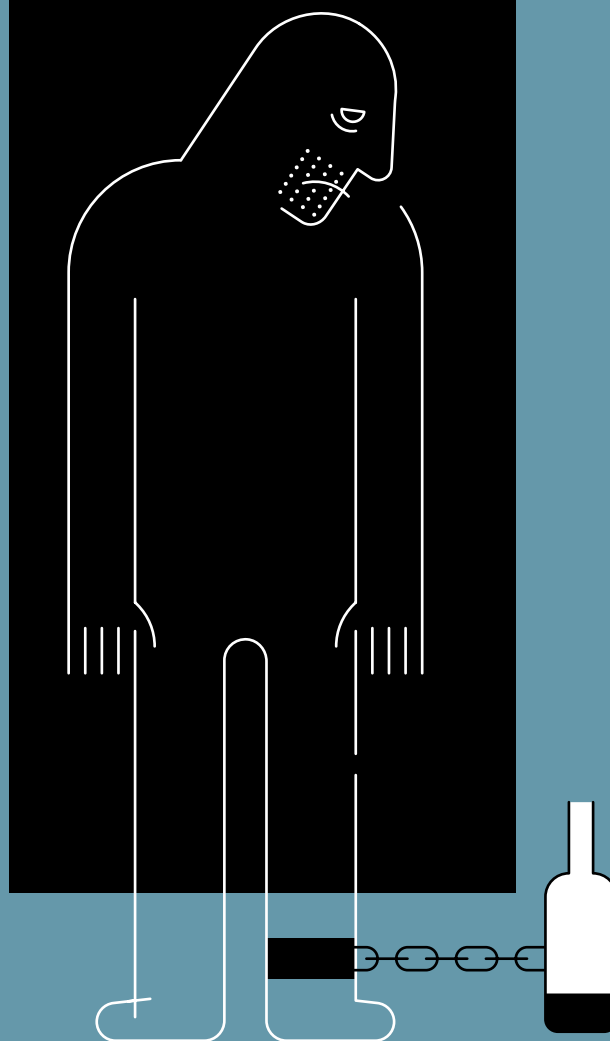
## **Uso nocivo de álcool**

Quando o padrão de consumo está associado a maior risco de danos à saúde ou à ocorrência de consequências sociais e de saúde — tanto para quem consome quanto para as pessoas próximas a ele e à sociedade em geral.



## **Alcoolismo ou dependência de álcool**

Doença crônica e multifatorial, é um dos transtornos mentais mais comuns relacionados ao consumo de álcool. É definido pela CID-10, da OMS, como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool.





# Metodologia

---

## **ESTA PUBLICAÇÃO FOI CONSTRUÍDA A PARTIR DE DOIS EIXOS PRINCIPAIS:**

- **Abordagem teórica,** apresentando conceitos e informações relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, como dose padrão, padrão de consumo, uso nocivo, bebida e direção, entre outros.
  - **Processamento de dados,** reunindo indicadores populacionais sobre consumo de álcool, internações e mortalidade. Para os dois últimos, foram aplicadas as Frações Atribuíveis ao Álcool (FAAs) para os determinados agravos à saúde, conforme disponibilizado pela OMS (2018), a fim de estimar o impacto do uso nocivo de bebidas alcoólicas na saúde.
- 

**P**ara a análise da variação temporal de diversos parâmetros analisados, foi utilizado o método estatístico de análise linear de Prais-Winsten, utilizado em análises temporais epidemiológicas. Com esse método, é possível extrair a variação percentual e a média anual das variações ocorridas no período analisado, explicitando se houve tendência de aumento, estabilidade ou diminuição dos parâmetros no intervalo temporal de interesse.

Dados oficiais, pesquisas desenvolvidas por instituições multilaterais — como a OMS e a OPAS — e artigos científicos publicados em periódicos de renome no Brasil e no exterior foram as referências teóricas utilizadas pelo CISA na elaboração deste material. Foram consultadas, principalmente, informações das seguintes fontes:



## **Datasus**

O Datasus, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), é subordinado ao Ministério da Saúde (MS) e responsável por coletar, processar e disseminar informações sobre o tema. Dessa forma, administra, por exemplo, indicadores de saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, ou sobre a rede de assistência à saúde.

## **Vigitel**

A Vigitel, pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, é feita anualmente pelo MS para coletar informações sobre doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, câncer e hipertensão arterial, e monitorar fatores de risco relacionados, como o uso abusivo de álcool, tabagismo, alimentação não saudável e falta de atividade física. O público-alvo dessa pesquisa são maiores de 18 anos de ambos os sexos, moradores das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Neste material, foram compilados dados dos anos de 2010 a 2020 (publicados de 2011 a 2021), a partir dos bancos de dados do Vigitel, atualizados em 29/09/2019 (bancos de 2011 a 2018), em 11/11/2020 (banco de 2019) e em 09/11/2021 (banco 2020). Com relação à última edição do Vigitel, em 2020, uma operação simplificada do sistema de coleta foi desenvolvida para execução nos primeiros quatro meses de 2020 (entre janeiro e abril). Assim, estabeleceu-se um tamanho amostral mínimo de mil indivíduos em cada cidade, cerca de metade do quantitativo total de entrevistas realizado usualmente em cada cidade durante um ano. Embora tal amostra permita estimar, com nível de confiança de 95% e erro máximo de três pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco na população adulta, os autores do relatório salientam a importância de se adotar cautela nas análises dos dados desta edição:

“A concentração de entrevistas, nos primeiros meses do ano, requer cuidados na comparação das estimativas geradas nesse ano com as de anos anteriores, seja porque



as entrevistas não foram distribuídas ao longo de todo o ano de 2020, seja por conta de influências sazonais em alguns dos indicadores do sistema. Assim sendo, tais estimativas devem ser tratadas com cautela até que uma edição futura do sistema, em condições mais favoráveis, possa confirmar as tendências observadas” (Vigitel 2020).

## **PeNSE**

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), elaborada pelo IBGE, em parceria com o MS e com apoio do Ministério da Educação, é um levantamento que busca avaliar fatores de risco e de proteção à saúde em escolares. Os dados, coletados de estudantes com idades entre 13 e 17 anos, são utilizados como referências para o planejamento de políticas públicas. A pesquisa aborda aspectos socioeconômicos, contexto familiar, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, experimentação de tabaco, álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, violência, segurança e acidentes, e uso de serviços de saúde.

As edições de 2009 e 2012 analisaram escolares do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas das capitais dos Estados brasileiros e do Distrito Federal. A edição de 2015 selecionou duas amostras: a Amostra 1, que manteve a seleção de público das edições de 2009 e 2012; e a Amostra 2, composta por estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio de escolas públicas e privadas. Já na edição de 2019, o público selecionado foram os alunos do 7º ao 9º ano do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio de escolas públicas e privadas do país. Por isso, optou-se por utilizar apenas a PeNSE 2015, Amostra 2, para comparações com os dados da PeNSE 2019.

Além disso, a PeNSE 2019 apresenta outras limitações que dificultam a análise dos resultados e a comparação com os dados dos anos anteriores. Como explicado na própria pesquisa: “Na PeNSE 2019, a definição de dose não veio no corpo da pergunta, aparecendo em um texto introdutório ao tema e em um enunciado de ajuda quando acionado



pelo escolar, tais alterações, embora não modifiquem o indicador, podem resultar diferenças nas respostas, devendo-se ter cautela na comparação desse indicador com as demais publicações da PeNSE”.

A base de microdados também não foi disponibilizada, limitando a execução das análises conforme nossas definições e critérios. As tabelas, por sua vez, foram disponibilizadas, porém também existe uma limitação de seleção de público.

## Estimativas da população brasileira (2010-2021)

Foram utilizados dados oficiais publicados pelo IBGE, que apresentam estimativas populacionais (a cada ano) para municípios e Unidades da Federação brasileiros. Para as informações apresentadas neste material, foi considerada a divisão mais atualizada de municípios do país, que registra 5.570 municípios.

## CID

A CID, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, é publicada pela OMS, adotada globalmente e fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. É periodicamente revista, e sua décima edição é a CID-10. A CID-11, atualização da classificação, entrou em vigor em janeiro de 2022. Eventuais mudanças dessa nova edição não foram incorporadas em nossa análise, visto que elas não estavam em vigor no período de coleta dos dados.

## FAA

FAA, Fração Atribuível ao Álcool, compreende a proporção dos agravos e das mortes que são atribuíveis ao álcool e pode ser interpretada como a proporção de mortes e o fardo de doença que desapareceriam se não existisse o consumo de álcool (OMS, 2018). As FAAs utilizadas na presente análise foram as apresentadas na última versão do Relatório Global sobre Álcool e Saúde da OMS (2018). Em termos práticos, os agravos em que o álcool tem alguma participação podem ser categorizados como parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool (PAA e TAA, respectivamente). Desse modo, a dependência dessa substância é um exemplo de doença totalmente atribuível ao álcool, dado que a própria categoria diagnóstica é pautada pela existência e o consumo do etanol. Já agravos em que o álcool exerce um papel parcial e que não existem, necessariamente, apenas por causa do consumo de álcool, tal como a epilepsia e o câncer de mama, são categorizados como parcialmente atribuíveis ao álcool.

## SIHSUS

O SIHSUS, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, do Datasus, traz dados de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Classificadas de acordo com a CID-10, permitem identificar o número de internações para cada município e consolidar o valor por Estado.

Duas informações foram calculadas a partir das estatísticas disponíveis para os anos de 2010 a 2020:

- **Internações totais:** total de internações por todas as causas, de acordo com a CID-10. Os números encontrados referem-se ao total de AIH por município, consolidando o valor por Estado. A taxa de internações deriva da multiplicação do número de casos por 100 mil, dividindo-se o total pelo número de habitantes no respectivo ano, seguindo estimativas de população do IBGE.



- **Internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool:** calculadas a partir da multiplicação do número de internações por CID pelas FAAs (ver Anexo), sendo analisadas as CIDs dos diagnósticos primário e secundário de cada internação e contabilizada com maior FAA, buscando uma visão mais conservadora. Para a taxa de internações, multiplicou-se o número de casos por 100 mil, total que foi dividido pelo número de habitantes no respectivo ano, seguindo estimativas de população do IBGE.
- **Custo das internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool:** resultado da soma dos custos da internação por CIDs multiplicado pelas FAAs (ver Anexo).

## SIM

O SIM, Sistema de Informações de Mortalidade, criado pelo Datasus, disponibiliza dados regulares sobre mortalidade no país. Para esta publicação, foram extraídos da base os seguintes dados referentes aos anos de 2010 a 2019 (último ano disponível com os dados completos), bem como algumas comparações com dados não consolidados referentes a 2020:

- **Óbitos totais:** declarações de óbitos com causas padronizadas, de acordo com a CID-10. Os números encontrados se referem ao total de óbitos por município, consolidando o valor por Estado. A taxa de óbitos deriva da multiplicação do número de casos por 100 mil, dividindo-se o total pelo número de habitantes no respectivo ano, seguindo estimativas de população do IBGE.
- **Óbitos parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool:** multiplicação do número de óbitos por CID pelas FAAs (ver Anexo), sendo analisadas as CIDs dos diagnósticos primário e secundário, e contabilizada com maior FAA, para uma visão mais conservadora.

# IMPACTO DA PANDEMIA NAS PESQUISAS E BANCOS DE DADOS

Além das intercorrências decorrentes da pandemia na pesquisa Vigitel relatadas acima, outras fontes consultadas também foram impactadas durante a pandemia, provavelmente causando alguma variação nos resultados. Notadamente, os dados de internação e óbitos extraídos do Datasus são os que necessitam maior cautela, já que podem ter sido mais impactados pela pandemia.

A OMS criou códigos de emergência na Categoria Internacional de Doenças (CID-10) para a COVID-19 (siglas U07.1 e U07.2) com o objetivo de serem utilizadas em conjunto com o código referente à infecção por coronavírus de localização não especificada (sigla B34.2). Porém, embora estas mudanças sejam importantes para o cálculo das FAAs, uma vez que as doenças respiratórias inferiores, em especial a síndrome respiratória aguda grave (sigla U04.9, com FAA de 3%, ver anexo), possuem uma fração atribuível ao álcool, o impacto da substância nestas siglas específicas ainda não foi calculado.

Essas novas siglas também entraram em vigor no Brasil no início da pandemia, mas a FAA de 3% não foi aplicada para as internações e óbitos com as siglas U07.1, U07.2 e B34.2. Isso implica que, quando a OMS apresentar a FAA para os códigos relativos à COVID-19, os óbitos e internações aqui apresentados podem ser reexaminados à luz dessas novas proporções.

Apesar de possíveis alterações relativas ao impacto da pandemia, os dados são consistentes com a variação temporal observada desde 2010, o que indica sua confiabilidade. No futuro, a continuação da série temporal, acrescentando os anos de 2021 em diante, poderá dar maior respaldo e perspectiva às análises aqui apresentadas. ■



# Capítulo especial: por que as pessoas bebem?

## 4.1. INTRODUÇÃO

**D**e todas as substâncias que a humanidade aprendeu a ingerir para obter sensações corporais e alterar seu estado mental, o álcool é uma das mais importantes do ponto de vista cultural. Presente nas sociedades humanas desde tempos remotos, o álcool ficou conhecido como um elemento social capaz de alterar os sentidos e elevar os bebedores a estados distintos do habitual (Vallee, 1998). Mas seria esta qualidade suficiente para explicar seu uso em tantas sociedades, culturas e em momentos diferentes da história humana?

Sabe-se que, em qualquer lugar onde esteve presente, seu consumo fora acompanhado de regras e padrões sociais variáveis, conforme os usos e significados atribuídos à substância em cada cultura. Numa sociedade moderna complexa, composta de muitos subgrupos, os padrões de consumo de cada um deles podem refletir suas características específicas, bem como a estrutura cultural de toda a sociedade (Hames, 2014). Portanto, para a questão principal desse capítulo poder ser respondida, devemos nos perguntar primeiro: de quais pessoas, culturas e sociedades estamos falando?

Sendo o álcool um produto cultural, a forma e os significados de seu consumo são culturalmente definidos. Desse modo, diversos fatores, como tipo de bebida consumida, quantidade, frequência, horários e locais preferidos de ingestão, os rituais que a acompanham, o sexo e a idade do bebedor, os papéis sociais e de gênero envolvidos no consumo, deverão ser considerados como variáveis importantes para nos ajudar a entender os padrões de consumo de determinados grupos sociais.



Há evidências de que certas características contextuais de ocasiões de beber podem estar associadas a danos, independentemente do nível de consumo. Por isso, as características contextuais também são importantes do ponto de vista sociológico e político, já que a formulação de políticas públicas deve considerar não apenas a quantidade de bebida consumida pela população, mas também aspectos indesejáveis da cultura de beber. Assim, embora pesquisas sobre o uso de bebidas alcoólicas pela população geralmente se concentrem na relação entre o consumo e os danos relacionados ao álcool, a identificação de características contextuais potencialmente prejudiciais do consumo de álcool pode fornecer informações extremamente úteis ao debate nessas áreas.

As características contextuais incluem desde fatores culturais e econômicos, até elementos materiais (por exemplo, tipo de bebida ou local em que se bebe), competências (tal como, gerenciamento dos níveis de intoxicação) e significados (como, beber para comemorar), e afetam os danos relacionados ao uso nocivo de álcool de várias maneiras (Stevely et al., 2020).

Buscando contribuir para esse amplo campo de pesquisa, a intenção deste capítulo especial é apresentar uma análise baseada em relatos sobre o consumo de álcool, com foco especial na pergunta “por que as pessoas bebem?”, visando contribuir para o avanço no entendimento dos padrões de consumo de álcool no Brasil. ■

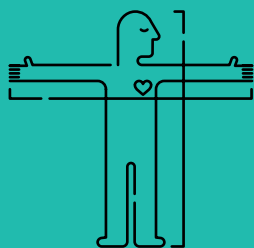
**HÁ EVIDÊNCIAS  
DE QUE CERTAS  
CARACTERÍSTICAS  
CONTEXTUAIS DE  
OCASIÕES DE BEBER  
PODEM ESTAR  
ASSOCIADAS A DANOS,  
INDEPENDENTEMENTE  
DO NÍVEL DE  
CONSUMO.**



## FATORES QUE INFLUENCIAM OS EFEITOS DO ÁLCOOL

### Características individuais

- Porte físico
- Sexo e idade
- Herança genética
- Condições de saúde
- Classe social



### Motivações

- Sensações positivas
- Socialização
- Enfrentamento
- Desconforto físico/psicológico
- Pressão dos pares



### Aspectos do beber

- Volume e frequência
- Estômago cheio X Vazio
- Qualidade da bebida



### Contextos

- Em grupo x Solitário
- Bares/restaurantes X em casa
- Ritual do "esquentar"



## 4.2. A PESQUISA

Este relatório apresenta os resultados da pesquisa qualitativa realizada pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) a pedido do CISA (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool) sobre o consumo de bebida alcoólica.

O objetivo foi investigar as percepções, motivações e sentimentos em relação ao consumo de álcool entre os participantes, de modo a auxiliar na compreensão dos padrões e contextos de consumo de álcool no Brasil.

Foram ouvidos homens e mulheres, maiores de 18 anos, das classes A, B e C, considerados “bebedores moderados ou abusivos”. Os grupos focais ocorreram entre os dias 18 e 20 de janeiro de 2022. Para essa segmentação foi aplicado, na fase de recrutamento, o questionário AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test - Concise*; em português, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool), instrumento de avaliação do padrão do uso de álcool<sup>1</sup>.

Foram realizadas seis sessões de discussão em grupo on-line via plataforma digital Zoom, com moradores das cidades de São Paulo (SP), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS)<sup>2</sup>.

A metodologia utilizada foi de pesquisa qualitativa por meio da técnica de grupos focais. A pesquisa qualitativa é especialmente recomendada quando se pretende sondar as nuances de opinião do público pesquisado a respeito de determinado assunto.

Nos grupos focais, reúnem-se por volta de oito pessoas para discutirem os temas de interesse por meio da mediação de um especialista (moderador); o grupo debate livremente o conjunto de tópicos propostos em um roteiro previamente elaborado a partir das questões principais que norteiam a pesquisa.


---

<sup>1</sup> A pontuação do AUDIT-C é feita em uma escala de 0 a 12 pontos. Cada pergunta do instrumento tem cinco opções de resposta, possibilitando uma pontuação de 0 a 4 em cada: a = 0 ponto, b = 1 ponto, c = 2 pontos, d = 3 pontos, e = 4 pontos. Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada de baixo risco; entre 4 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco, e de 8 a 12 pontos, risco severo. Para mulheres, a pontuação de 0 a 2 é considerada de baixo risco; entre 3 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco, e entre 8 e 12 pontos, risco severo. Na pesquisa, os consumidores moderados foram aqueles que fizeram até 5 pontos, e os abusivos, até 7 pontos.

<sup>2</sup> Nesse aspecto, a pesquisa apresenta algumas limitações significativas. A primeira delas é a restrição às classes A, B e C, que diz respeito a questões operacionais. Como foi concebida para ser executada em formato 100% on-line, a inclusão das classes D e E, cujo acesso à banda larga e a plataformas digitais de comunicação ainda é muito limitado no Brasil, poderia comprometer sua execução. A segunda limitação é a realização dos grupos focais em apenas três capitais do Brasil. Dessa forma, embora componha um retrato importante dos padrões de consumo de álcool de diversos grupos brasileiros, os resultados não podem ser generalizados para o conjunto da população.

**QUADRO 1**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS**

Sequência dos grupos	Localidade	Sexo	Faixa etária	Classe social	Perfil do consumo de álcool
Grupo 1	São Paulo/SP	Homens e mulheres	18 a 25 anos	AB	Consumo abusivo
Grupo 2	Fortaleza/CE		35 a 45 anos	C	
Grupo 3	Porto Alegre/RS		50 anos ou mais	AB	
Grupo 4	São Paulo/SP		35 a 45 anos	AB	Consumo moderado
Grupo 5	São Paulo/SP		50 anos ou mais	C	
Grupo 6	São Paulo/SP		18 a 25 anos	C	

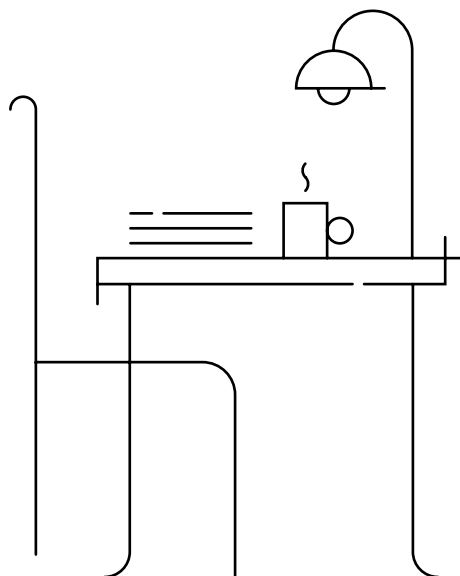


A entrevista em grupos focais tem vários pontos fortes como ferramenta de coleta de dados (Kamberelis & Dimitriadis, 2013). Pesquisas destacaram a capacidade dos grupos focais de entrar em contato com as realidades vividas e percebidas pelos participantes (Överlien et al., 2005), bem como fornecer informações sobre uma gama de ideias e sentimentos que os indivíduos têm sobre certas questões, iluminando as diferenças de perspectiva entre grupos de indivíduos (Rabiee, 2004).

Muito utilizada pelas ciências humanas, essa técnica passou a se tornar cada vez mais popular na pesquisa em saúde, para explorar o que os indivíduos acreditam ou sentem, bem como por que eles se comportam da maneira que o fazem (Rabiee, 2004).

Há também uma série de limitações para o método de grupo focal, incluindo dificuldade em reunir grupos, falta de generalização para uma população maior e “viés de grupo” e/ou dominação do grupo pela opinião de um membro (Stewart & Shamdasani, 1990).

Apesar dessas limitações, acredita-se que seja uma técnica promissora para auxiliar no entendimento das motivações, padrões e contextos que cercam o consumo de álcool no Brasil. ■



## 4.3. RESULTADOS

### 4.3.1. OS CONTATOS PRELIMINARES COM A BEBIDA ALCOÓLICA

Em geral, o primeiro contato dos participantes com o álcool se deu na adolescência. Embora as experiências entre os diferentes públicos envolvam situações diversas, notam-se dois elementos comuns:

**1) O primeiro contato ter ocorrido no período escolar - ensino médio - ou na faculdade, quando se reuniam colegas e amigos em programas de lazer ou em festas fora da escola. A iniciação feita a partir do consumo de bebidas alcoólicas com sabores, adocicadas ou misturadas com outros tipos de bebidas não alcoólicas, como refrigerante, energético, suco de frutas, entre outros, apresenta-se como algo corriqueiro entre os entrevistados. Em geral, bebia-se sem o conhecimento dos pais, mas era comum haver um adulto, na figura de um amigo ou conhecido, que comprava bebidas para os menores de idade em locais públicos, como bar, festa, mercado, entre outros ambientes.**

**“Eu acho que comecei com 14, 15 anos.  
Foi num churrasco com uns amigos da escola.  
(..) Eu tomava vodka com sabor, algo  
sempre com sabor, que não tinha muito  
gosto de álcool, inicialmente.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“Primeiro contato foi no ensino médio.  
Também bebi muito rum com sabor  
misturado com tônica.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**2) As reuniões de família, quando os parentes se encontravam para o almoço de fim de semana ou em datas comemorativas, também foram contextos para experimentar o álcool pela primeira vez. Parte dos participantes reconhece o consentimento ou até mesmo a influência de pais ou parentes, os quais, em alguns casos, incentivavam seus entes, ainda menores de idade, a provarem a bebida, em especial, a cerveja – mas há quem tenha experimentado outros tipos de bebida alcoólica, como destilados.**

**“Eu experimentei álcool com meu pai.  
Meu pai sempre bebia em casa  
ou em um bar. Foi cerveja. Então,  
a boa ou a má influência veio dele.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP



**“A primeira vez que eu bebi foi cachaça com refrigerante. Eu tinha 12 para 13 anos. Em um domingo, na hora do almoço. Eu estava com os parentes, tio, tia. Encontro de família. Eu pedi para tomar, incomodei para tomar e me deram: ‘Quer tomar, tome!’. Quando eu saí da mesa, já saí cambaleando.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

Há, ainda, alguns casos isolados que tiveram os primeiros contatos com o álcool por meio de amigos em ambientes variados, como shopping, encontros com pessoas do trabalho, quermesse, entre outros, sem corresponder esse episódio ao período escolar nem a eventos familiares. Entre esses participantes, há quem tenha começado a beber já na fase adulta, após os 18 anos.

De qualquer forma, para todos os perfis participantes, os estímulos principais para experimentarem bebida alcoólica pela primeira vez são comuns entre os diferentes ambientes, situações e idades: socializar, fazer parte de um grupo, buscar uma nova sensação física ou mental, ou mera curiosidade.

**“Sempre tem aquela coisa de se enturmar. (...) Eu fui com um grupo de amigos ao shopping center. Eu não tinha o hábito de beber cerveja, e a gente tomou uma. Eu adorei o sabor!”**

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

**“A gente começa a ir a festas, conhecer as pessoas. É normal da idade.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“O pior é que o sabor não é tão bom. Acho que é mais a parte social, assim. **Você também fica um pouco mais solto. Acho que é essa a ideia.**”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“O meu maior medo era o gosto amargo, mas quando bebi eu falei: ‘Não é tão ruim assim.’”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

**“A primeira sensação de sentir o álcool no sangue, da cabeça girar, foi meio perturbadora, mas eu gostei naquele momento. Foi um dia maluco.”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

**“Eu também conheci o álcool com a bebida doce. Era menta. Acho que por ter sido uma bebida doce foi mais fácil beber. Não senti tanto. (...) Eu gosto de bebida mais docinha até hoje.”**

50 anos ou mais, feminino, classe C, consumo moderado, SP



Por outro lado, há alguns casos isolados em que o primeiro contato com a bebida alcoólica, destilada ou vinho, não figura como experiência positiva, em decorrência do excesso de álcool que, por sua vez, gerou um comportamento indesejado, como um vexame, mal-estar naquele momento ou, ainda, ressaca no dia seguinte.

**“Eu lembro bastante de Big Apple e Jurupinga porque, hoje em dia, eu não consigo nem sentir o cheiro. Eu peguei trauma de tanto ‘pt’ que eu dei. (...) A gente vai misturando tudo e aí que é o problema.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“Minha primeira experiência foi com cachaça. (...) Foi péssimo! Não deu tempo de esperar o outro dia para dar a ressaca e a dor de cabeça, não. Foi no mesmo dia mesmo.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE



## 4.3.2. A FORMAÇÃO DO HÁBITO E A IMPORTÂNCIA DA SOCIALIZAÇÃO

Assim como no primeiro contato com a bebida alcoólica, o contexto de socialização é o principal elemento que justifica o consumo de álcool ao longo do tempo entre todos os perfis participantes. A frequência de encontro com amigos e familiares – programação do fim de semana, datas comemorativas, churrasco etc. – forma o hábito, na opinião da maioria dos participantes. O fator cultural do consumo de bebida alcoólica observado na sociedade também influencia, uma vez que o álcool está sempre presente em vários tipos de eventos sociais, profissionais e até mesmo religiosos.

“Eu acho que é difícil saber quando a bebida se tornou um hábito. Ela veio automática, aos pouquinhos. É festa, é evento, é lazer. Ela vem se encaixando aos pouquinhos na vida da pessoa, né? Cada dia que passa você fica um pouquinho mais parceiro dela: churrasco, cerveja; danceteria, uísque; praia, cerveja. Então, ela meio que acompanha o seu dia a dia, a sua rotina.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



“O ato de utilizar bebida para se comemorar algo é milenar. Até dentro da igreja, a gente consome bebida. O padre bebe vinho. Então, tem sempre bebida para a gente saudar algum evento, comemorar uma data.”

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

Vale reforçar que a convivência com a família também contribui para a formação do hábito, sobretudo quando se tem parentes que frequentemente realizam encontros nos quais é habitual o consumo de bebida alcoólica. Ou seja, a tradição de consumir álcool entre algumas famílias parece impactar de forma considerável o hábito entre gerações.

“Na minha família, nunca teve muita restrição com relação à bebida alcoólica. O pessoal sempre foi de beber bastante. Eu sei que eu comecei a beber bem cedo e bebemos juntos sempre até hoje.”

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

Entre todos os perfis participantes, é comum ouvir que, com o passar do tempo, “aprenderam” a beber e descobriram suas preferências. Hoje em dia, percebem um comportamento mais “maduro” quando comparado ao passado, nos primeiros contatos com o álcool. Aqui, apontam um aprendizado, após consecutivas experiências que permitiram a adequação ao paladar e às limitações físicas em relação aos vários tipos de bebidas alcoólicas. É importante frisar, todavia, que esse aprendizado parece estar ligado a evitar comportamentos tidos como extremos, como misturar diversos tipos de bebidas, ou “passar muito mal”, o que não significa que deixaram de praticar o consumo abusivo.

**“Apesar de eu ter falado antes que eu gosto da tequila, hoje eu não bebo tanta tequila. A gente amadurece e tem outros gostos, outros paladares, outras ocasiões.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Uma diferença de quando eu comecei a beber para hoje é que, antes, eu passava muito mal. Eu bebia meio sem limite e misturava bastante coisa. Hoje em dia, eu consigo beber e sei o padrão, meu limite, enfim.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



### 4.3.3. AS MOTIVAÇÕES PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL ATUALMENTE

As motivações para beber são diversas e majoritariamente positivas entre os diferentes públicos. Os termos mais citados associados ao consumo de álcool apontam para situações favoráveis, como: “socialização, amizade, companhia, diversão, animação, prazer, festa, comemoração, lazer, relaxamento e degustação” – essa última citada por alguns consumidores moderados.

Socializar, como é possível perceber, é o motivador mais comum quando se trata do consumo de bebida alcoólica; a socialização está presente desde os primeiros contatos com o álcool. Além disso, a busca por sentimentos de alegria e felicidade também se destaca como um grande estímulo, além da sensação de liberdade e descontração quando se está embriagado.

A literatura mostra que há uma correlação importante entre o humor e o padrão de consumo de álcool. Um estudo recente sugere que beber parece aumentar a sensação positiva naqueles que estão infelizes antes de começar a beber (Monk et al., 2020). Em outras palavras, o humor anterior ao consumo parece afetar menos a forma como se bebe do que a elevação do humor impulsionada pelo álcool. A conclusão da pesquisa é que a expectativa das pessoas de que a bebida alivia o humor negativo pode impulsionar o consumo por meio de processos de reforço negativo, como o alívio de estresse. Assim, as pessoas podem procurar consumir bebidas alcoólicas intencionalmente para diminuir a infelicidade.

Os achados desse estudo vão ao encontro do que foi observado entre os participantes da pesquisa: bebe-se para aumentar a sensação de felicidade ou para aliviar sensações negativas. Em momentos de estresse, especialmente relacionados ao trabalho, o hábito de beber é visto como um apaziguador e mecanismo de relaxamento entre os diferentes perfis participantes. Esse achado desperta atenção, uma vez que os indivíduos que relatam beber para lidar com o estresse apresentam riscos mais altos de problemas interpessoais relacionados à bebida (Armeli et al., 2021).

“Eu gosto de beber para comemorar  
ou para me sentir alegre, feliz,  
para socializar com os amigos.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Eu, quando bebo, sinto felicidade”.

50 anos ou mais, feminino, classes A/B, consumo abusivo, RS

“É para desestressar depois do trabalho, dar  
uma relaxada. (...) No fim de semana  
é bom para ir a um bar, mas também  
para ficar relaxado, vendo uma série.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



O uso do álcool é ainda associado a um catalisador de coragem e atitude, sobretudo entre os mais jovens. Nesse contexto, ressalta-se a desinibição para fazer novas amizades e o encorajamento diante da possibilidade de enamorar-se.

**“A gente fica mais animado, mais solto,  
fica mais confiante. (...) Às vezes,  
a gente bebe para ter coragem  
de chegar no crush, por exemplo.”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

A disponibilidade e a presença constante de álcool em variados ambientes e eventos, como festas, comemorações, partidas esportivas, entre outros, também são convites ao consumo.

**“Quase todos os lugares que a gente vai quando  
sai tem bebida alcoólica.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

Embora a potencialização dos sentimentos causados pelo álcool seja reconhecida e considerada agradável, a maioria dos entrevistados evita beber quando vivencia momentos de tristeza, com raras exceções, como situações de fim de relacionamento ou estresse no trabalho. Há uma percepção, sobretudo entre os mais velhos, de que o álcool pode potencializar os sentimentos, incluindo os negativos.

“Se você está triste, não adianta botar álcool para dentro que não vai resolver. Então, tem que estar bem feliz para tomar uma gelada, tomar um vinhozinho gostoso.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Eu já bebi por conta de um fim de relacionamento. (...) Quando se bebe, você consegue relaxar ao ponto de conseguir expressar o que você realmente está sentido. Se é alegria, você consegue se tornar uma pessoa mais alegre ainda. Se está triste, você consegue expressar, sentir realmente ou até chorar por conta da tristeza.”

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE



Dentre as diferentes motivações para o consumo de álcool também está a simples apreciação pelo gosto da bebida. No entanto, este fator, para a maioria dos que o mencionaram, também está quase sempre aliado ao efeito de embriaguez que o álcool proporciona.

“É para apreciar também. Mas essa questão de apreciar, eu tentei tomar cerveja sem álcool, né? A ‘cerveja zero’, que chamam agora. Eu tomei e não adiantou nada. Não deu, porque a tonturinha valia também. A gente aprecia a tontura também.”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

“Eu aprecio o gosto da bebida, principalmente do vinho. Mas a gente quer também aquela brisinha.”

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

Entre os consumidores moderados mais velhos, prevalecem as menções a respeito do prazer da degustação em detrimento do ato de se embriagar em alguns momentos.



“O meu sentimento em relação à bebida,  
eu acho que é de gosto mesmo.  
Eu não bebo para ficar bêbada,  
bebo porque eu gosto do sabor mesmo.  
A cerveja, para mim, quanto  
mais amarga melhor.”

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

“Eu gosto muito quando vou comer alguma  
coisa e gosto de usar a bebida alcoólica para  
a comida ficar mais gostosa.”

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP



Embora haja momentos específicos para degustar a bebida e outros para simplesmente vivenciar os efeitos do álcool, estar embriagado, em sentido demasiado, é uma motivação pouco comum e, geralmente, é evitada, sobretudo entre os moderados e os mais velhos, mas não somente entre eles.

**“Eu nunca fui uma pessoa de ficar  
bêbada e essas coisas, perder  
a noção, nunca. Isso eu nunca fiz questão.”**

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP

**“Eu não gosto da sensação de ficar  
bêbado mais. Eu gosto de beber para  
apreciar e ficar alegre, com a sensação  
de relaxamento, mas não de ficar bêbado.”**

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

## 4.3.4. OS MARCOS DA VIDA QUE INFLUENCIARAM O CONSUMO DE ÁLCOOL

Nota-se, entre os participantes, que poucos associaram um marco específico na vida com o hábito de beber. Contudo, destaca-se a época da faculdade como referência, tanto como um ponto de partida na experiência com o álcool, como relatado anteriormente, quanto como uma época na qual mais se consumiu bebidas alcoólicas.

**“Eu comecei a beber antes  
da faculdade, mas eu bebia pouquíssimo.  
Depois que eu entrei na faculdade  
é que eu comecei a beber muito mais.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

Outros marcos da vida associados à mudança no consumo de álcool, mas de forma menos presente que a entrada na faculdade, foram o fim de um relacionamento amoroso (associado ao aumento do consumo), a maternidade (principalmente enquanto os filhos são pequenos), problemas de saúde e prática regular de esportes (associados à diminuição).



“Logo quando terminei os estudos, eu fiquei grávida. Enquanto as minhas amigas curtiam, eu estava cuidando de criança e não curti muito, não. Depois que minha filha começou a crescer é que comecei a pegar mais gosto mesmo pela bebida. E, hoje em dia, eu bebo mesmo.”

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

“Hoje eu tenho, às vezes, gastrite. Diminuí também um pouco por causa disso.”

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

“Eu comecei a fazer exercício físico e ir à academia. Pelo menos na semana, é mais regrado o álcool. Eu quero fazer certo, tanto alimentação quanto bebida. Porque beber (álcool), querendo ou não, atrapalha nos ganhos. Aí, o fim de semana, eu deixo mais para beber.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

Vale acrescentar que os momentos de arrependimento associados ao consumo de álcool, em geral, não figuram como marcos; são considerados experiências passageiras comumente ligadas ao exagero de consumo de álcool, sobretudo entre os consumidores abusivos, e que não reverberam em mudanças de comportamento.

**“Vai dormir com alguém e acorda com outra pessoa, gente do céu! Tenho arrependimento bastante (...) Exagero financeiro que, no outro dia, você vai ver a conta: ‘Nossa, gastei tudo isso?’ A bebida te dá esses arrependimentos. Mas a gente continua bebendo. Vai aprendendo.”**

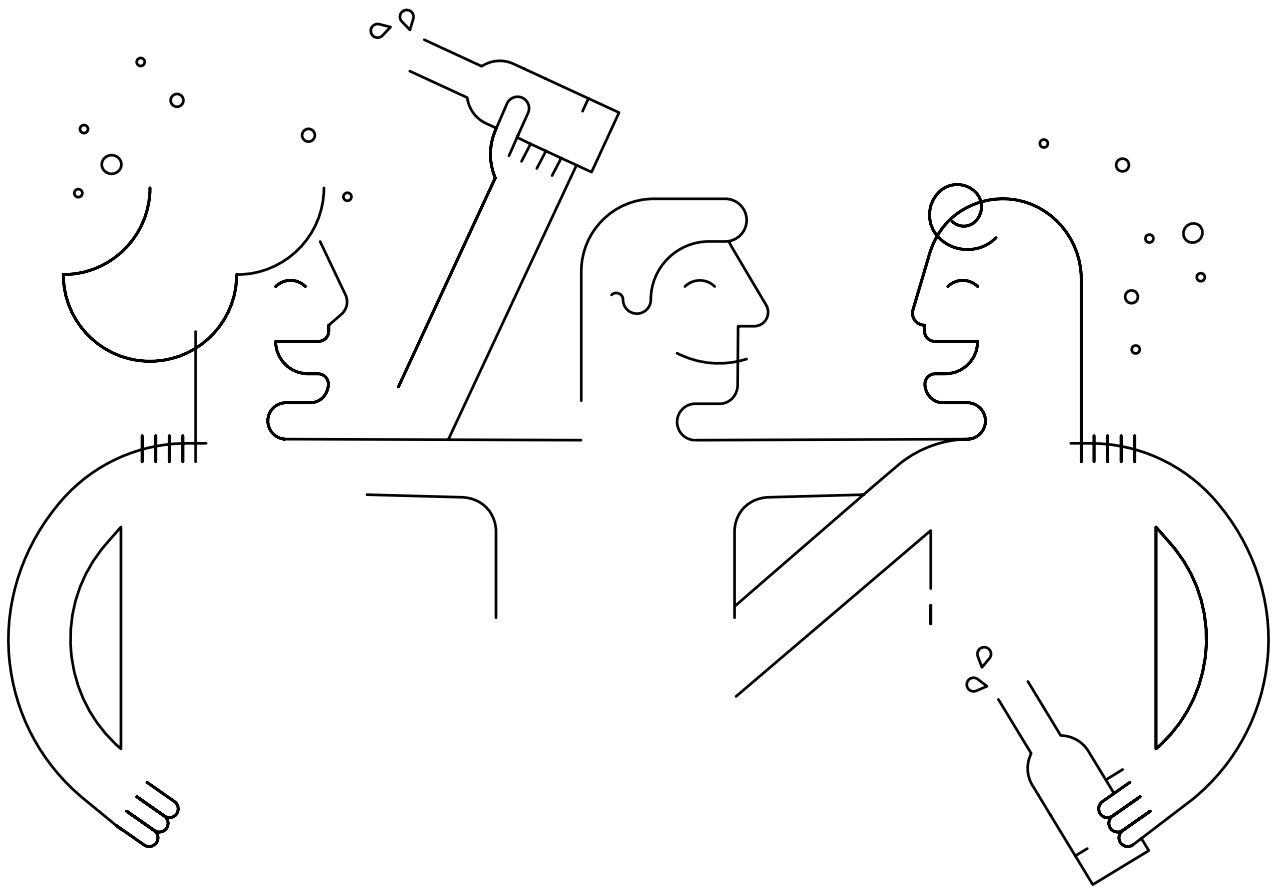
50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“No dia seguinte, a gente acorda sempre falando: ‘Poxa, não devia ter bebido, estou mal’. Aí no dia seguinte, a gente está lá bebendo de novo.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“É, eu nem falo mais que vou parar porque já desisti. Não dá certo não.”**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



## 4.4. O CONTROLE PESSOAL DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Observa-se que boa parte dos participantes, especialmente os moderados, dispõe de mecanismos de controle que, geralmente, servem como sinais para evitar a ingestão excessiva de álcool e, conseqüentemente, para pouparem-se de possíveis comportamentos indesejados (“vexames”) e do mal-estar físico gerado pelo consumo, especialmente no dia seguinte. Destacam-se, como mecanismos de controle:..

- Os sintomas de embriaguez, como a tontura, entre outros, enquanto se bebe, indicando o momento de parar ou desacelerar o ritmo de consumo de álcool, sobretudo entre os moderados.

“Eu tenho um botãozinho quando estou bebendo. Eu sei que estou no nível quando eu penso assim: ‘Daqui pra frente ou vou passar vergonha ou paro de beber.’”

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

“Eu controlo quando percebo que estou chegando ao meu limite. Eu falo: ‘Opa’. Eu tomo água, às vezes dou uma paradinha de leve ou tomo água tônica com limão. Ou paro ou dou uma segurada e, depois, continuo de leve.”

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

“Eu acho que sempre consegui me controlar. Quando eu vejo que começo a ficar muito alegre, já dou uma diminuída. Deixo o copo de lado e curto aquela alegria.”

50 anos ou mais, feminino, classe C, consumo moderado,



- **Os ambientes familiares ou considerados mais formais, que demandam, segundo os entrevistados, comportamento e atitudes mais contidas entre alguns consumidores de bebida alcoólica, fazendo com que bebam menos quando estão nesses ambientes. Preocupação com a integridade física de familiares que estão sob sua tutela ou cuidados, em especial crianças e mulheres, foram citados como exemplos.**

**“Para mim, em festa de família, eu não bebo quase nada. Já com os amigos, a vibe é outra”.**

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

- **As limitações físicas, o mal-estar momentâneo ou as restrições impostas pela idade, como menor tolerância ao álcool e uso de medicamentos também são apontados como motivos para “controlar a bebida”, especialmente por parte dos moderados e até mesmo dos consumidores abusivos mais velhos, os quais atestam que já não conseguem beber tanto quanto na juventude, embora ainda bebam num padrão de alto risco.**

**“Com a idade, a gente bebe menos.**

**Você sente. Sente a idade pesar, você sabe**

**que tem que diminuir, que tem que manejar. É**

**a idade do condor... Com dor aqui, com dor ali...”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“Aí, tem que parar de beber porque**

**já tomou um analgésico. ”**

50 anos ou mais, feminino, classes A/B, consumo abusivo, RS



- **A censura de terceiros, como amigos, cônjuge ou outros familiares (filhos, por exemplo) servem, em alguns casos, como alertas para reconhecerem o nível de embriaguez em que se encontram, principalmente entre os consumidores abusivos; é importante observar que esse tipo de censura externa parece ocorrer majoritariamente entre esses consumidores. Entre os moderados, a percepção dos próprios limites e dos sinais que o corpo emite conforme se bebe são predominantes.**

**“Geralmente é a mãe ou algum amigo cuidadoso que pede para manear.”**

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

**“A mulher, a filha, o filho, sempre dizem para mim:**

**‘Não bebe, não bebe’. Eles que me controlam.**

**Aí dou uma segurada. Quando começa a passar**

**daquela sexta cerveja, quando começa a enrolar a**

**voz, começa a falar umas bobagens, aí o pessoal:**

**‘Ó, se controla**

**porque já está demais, está te passando’.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

A principal diferença que se nota entre os consumidores moderados e os abusivos diz respeito à forma de controle, predominantemente interna entre os primeiros, e externa entre os segundos. Dessa forma, os moderados não apenas exercem o controle do próprio consumo de forma mais eficaz, mas também assumem cumprir a função de censurar o consumo abusivo de pessoas próximas



“Acontece de eu ser essa pessoa que censura,  
principalmente com as minhas amigas.

Quando eu vejo que alguma está passando de um  
limite seguro, eu fico enchendo um pouco o saco  
e falo: ‘Ô, dá uma segurada!’ Eu acho que, no meu  
caso, eu consigo segurar mais. (...)

Eu é que, às vezes, faço esse papel, na real.”

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

Ainda entre os consumidores moderados, há quem mencione a incidência de pessoas alcoolistas na família como um ponto de atenção, servindo como uma experiência que os move em direção ao controle e à restrição neste consumo. O receio de se tornarem alcoolistas no futuro promove um comportamento comedido em relação ao consumo de álcool, mantendo sempre um limite de consumo que nunca devem avançar.

“Eu nunca fui muito de beber, talvez  
porque na infância já tinha o meu pai  
que tinha problema de alcoolismo.”

50 anos ou mais, feminino, classe C, consumo moderado, SP

Indagados sobre a possibilidade de um dia não poderem mais beber por alguma razão alheia à sua vontade, a maior parte dos consumidores moderados e abusivos concorda que isso alteraria o seu estilo de vida atual. Acreditam que, provavelmente, reduziriam a frequência em determinados ambientes onde se consome álcool, como bares, festas, danceterias, entre outros, o que reforça como o álcool está associado a momentos de socialização dos participantes, em todos os perfis investigados. No entanto, majoritariamente entre os consumidores abusivos, há a percepção de que a interrupção do consumo de álcool prejudicaria significativamente a socialização.

**“Eu ficaria meio perdida porque, geralmente, a gente sai de final de semana para beber. Óbvio, você quer encontrar seus amigos também, fofocar. Acho que ficaria triste. Eu nem ia sair. Se não é para beber, eu nem vou.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“Eu acho que eu sairia menos.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“Ia mudar porque eu ia ter que fazer uma nova programação fora do que estou acostumado ou eu ia acabar me distanciando das pessoas.”**

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE



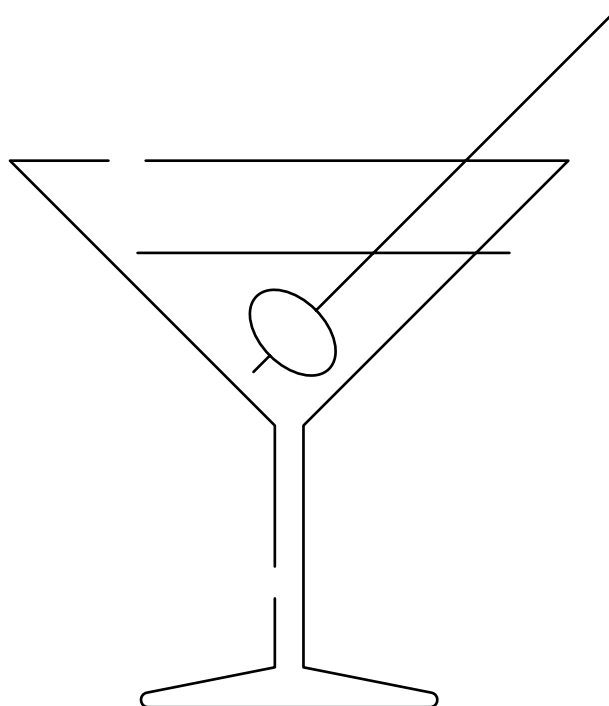
Aqueles que fazem o uso mais frequente de álcool, especialmente os mais jovens, demonstram maior apreensão diante da possibilidade de um dia não poderem mais beber. Esses declaram que a “vida ficaria mais sem graça” sem o álcool. Já a maior parte dos consumidores moderados mostram-se mais tranquilos e acreditam que não haveria dificuldade em parar de beber, acima de tudo se o motivo estivesse ligado à saúde.

**“Eu adoro beber, de vez em quando, lógico, uma vez na semana. Mas se a partir de hoje não puder beber, normal para mim, tranquilo, eu viveria muito bem sem o álcool também.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“Eu tenho outros meios de relaxar. Então, eu ficaria de boa, principalmente se fosse algo relacionado à minha saúde. Eu pararia tranquilo.”**

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP



## **4.5. ELEMENTOS** **OBJETIVOS DO CONSUMO** **DE ÁLCOOL**

### 4.5.1. TIPOS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS CONSUMIDAS ATUALMENTE

A cerveja e o vinho são as bebidas citadas de modo recorrente como as preferidas, sendo que a maior parte dos participantes consome a cerveja mais assiduamente e, uma menor parte, o vinho. Entre os jovens, nota-se uma preferência mais elástica, o que inclui também os destilados.

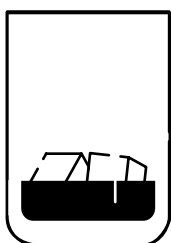
Embora haja preferências, poucos possuem uma bebida de consumo exclusivo, uma vez que o tipo a ser bebido varia conforme a ocasião:



- **Cerveja** – Considerada apropriada para socializar-se em bares, nas festas de família, em churrascos ou para assistir a jogos de futebol. Em dias quentes, é também apontada como a mais adequada.



- **Vinho** – Preferido em jantares, encontros intimistas com amigos ou casais. Alguns que têm preferência por essa bebida também a consomem quando estão sozinhos em casa, para assistirem filmes ou apenas para apreciarem a bebida. Em Porto Alegre, o vinho é ainda mais citado do que nas demais localidades.



- **Destilados em geral** – Normalmente consumidos como “drinks” misturados com fruta, refrigerante etc., sobretudo, em festas ou “baladas” pelos mais jovens. Há quem prefira esse tipo de bebida em diferentes situações e a consuma quase que exclusivamente – como drink ou puro/ sem mistura.



- **Licor e afins** – Em ocasiões intimistas ou mesmo a sós – casos isolados entre mulheres.

“Acho que é difícil falar de preferência. Depende do tipo de lugar que você for.

Por exemplo, barzinho, eu gosto de tomar cerveja. Se for alguma festa, eu prefiro uísque ou vodca porque você não fica estufado. Enquanto a cerveja, se você estiver em festa, você fica meio cansado, meio bodeado.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Para uma praia, é ótimo uma cerveja. Uma companhia em um jantar, assim a dois, o vinho combina bem. **Uma balada, mais à noite, eu acho que uma caipirinha. No meu caso, muda bastante.**”

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

“O gaúcho tem tradição de tomar bastante bebida quente no inverno. **Então, o vinho, no inverno, prevalece.**”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS



Vale salientar que, principalmente entre os consumidores abusivos mais jovens, a preferência por uma bebida específica torna-se um aspecto secundário diante de situações de demasiada embriaguez, uma vez que nesse caso podem ser consumidos vários tipos de bebida alcoólica em uma única ocasião ou pode-se beber qualquer uma disponível no momento.

**“Eu bebo bastante e costumo misturar tudo.**

**Depois que eu fico bêbada, eu misturo tudo. Eu**

**não tenho como falar: ‘Ah, eu só bebo isso no fim**

**de semana’. (...) Assim, eu começo com gin tônica**

**e caipirosca, que é o que eu mais gosto, mas,**

**depois, eu acabo bebendo o que tiver mesmo.”**

*18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP*

## 4.5.2.OS LOCAIS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Os locais em que se costuma beber também são variados, mas o bar é o ambiente mais frequentado, independentemente do perfil dos participantes. Em restaurantes também se bebe, sendo que este é um local mais frequentado por consumidores moderados e os mais velhos. A casa de amigos ou de parentes aparece também como um dos locais mais citados para consumir bebidas alcoólicas. Especialmente entre os mais jovens, as festas e as “baladas” são lugares costumeiros para beber de forma mais intensa. Dessa forma, nota-se que a maior parte prefere beber em maior quantidade em lugares públicos, como boates, baladas, bares. Beber em casa, onde moram ou na residência de amigos e parentes, surge como opção menos frequente, quando se procura por intimidade, comodidade e menor custo comprando bebida no mercado.



Porém, alguns consumidores abusivos também bebem em casa quase que diariamente – acompanhados ou sozinhos. Uma revisão de literatura (Corbin, et al., 2020) indicou que, embora menos comum entre jovens, o hábito de beber sozinho é um fator de risco para transtornos relacionados ao uso de álcool (abuso ou dependência) nessa população.

Aqueles que foram criados em ambientes familiares nos quais seus entes tinham o hábito de beber em casa levaram essa “tradição” para a residência atual.

“Aqui em casa, a gente é muito fã de vinho. Os meus pais, na verdade, gostam de fazer esses cursos de vinho. Aí, a gente toma uma taça pelo menos um dia sim, um dia não.”

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Geralmente, eu bebo com a minha esposa em casa. Mas antes, quando eu morava com os meus pais, eu costumava beber com os meus pais. Então, acho que é um costume.”

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

“Quando eu estou com a agenda livre, realmente a gente chega em casa e toma uma dose de uísque para dar uma relaxada. Mas é mais fim de semana também: sábado e domingo.”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS



### 4.5.3. A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Como se pode notar, a frequência é variada entre os diferentes participantes, mas o consumo é mais recorrente aos fins de semana (sextas e sábados) e em vésperas de feriados. Aos domingos também se bebe álcool, principalmente entre consumidores abusivos, ainda que respeitando um certo limite de horário para evitar os efeitos da ingestão de álcool no dia seguinte de trabalho. Beber mais tarde à noite, aos fins de semana e durante o fim de semana de um importante jogo de futebol estão associados na literatura ao aumento de danos agudos aos consumidores, estando, portanto, vinculados a um padrão de consumo abusivo (Stevely et al., 2020). Entre os consumidores moderados, sobretudo os mais velhos, dificilmente se consome bebida alcoólica em dias consecutivos. A responsabilidade com os compromissos durante a semana, em especial a rotina de trabalho, é o principal motivo para evitar ou controlar o consumo de álcool nos “dias úteis”, em especial entre os participantes da classe C.

**“A frequência é aos fins de semana: sexta-feira e sábado, a gente toma uma. Domingo já para porque segunda-feira tem que trabalhar.”**

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP

**“Se no outro dia eu tenho coisa para fazer, já controlo um pouco mais.”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

Entre alguns consumidores abusivos e solteiros, há quem beba quase todos os dias, ainda que com menor intensidade durante a semana, sendo que evitam beber apenas às segundas-feiras.

“Fim de semana eu bebo um pouco mais,  
mas bebo todo dia. Saio do trabalho  
e tem happy hour todos os dias.  
Não precisa ser muito, mas dá uma  
beliscada. No fim de semana, o bicho  
pega, aí é churrasco, é praia...”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

“Geralmente, na segunda-feira, eu tento evitar  
um pouco, mas a partir de terça-feira, depois do  
trabalho, sempre tomo cerveja. (...)  
Se tiver um jogo do Corinthians na segunda-  
feira, provavelmente eu vou beber na segunda-  
feira, mas eu tento evitar.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



Para além da frequência, a maior parte dos participantes associa o consumo de bebida alcoólica ao período noturno. No entanto, aos sábados e domingos, alguns deles também bebem durante o dia – consumo justificado por conta dos churrascos, jogos de futebol, almoços com família e parentes etc.

“Às vezes, dependendo da situação,  
se tiver algum tipo de churrasco à tarde,  
no fim de semana, ok. Mas é mais à noite  
que, geralmente, eu bebo também.”

(35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP)

## 4.5.4. O VOLUME DE BEBIDA ALCOÓLICA CONSUMIDO

Para além de um padrão pessoal de consumo e da maioria dos participantes beber mais aos fins de semana quando comparado aos dias úteis, a quantidade de álcool pode variar também conforme o momento, o tipo de bebida e a companhia.

Com relação ao momento, normalmente bebe-se mais em festas, churrascos e comemorações, principalmente em festas do tipo “open bar”, do que em um encontro casual ou em um restaurante, por exemplo. Isso corrobora o que se vê na literatura: estudos mostram que beber em bares está associado a maiores danos, ao passo que o consumo em restaurantes está associado a menores riscos (Stevley et al., 2020). Consumir álcool em diversos lugares (casa, bar e festa, por exemplo) numa mesma ocasião também engendra maior probabilidade de danos agudos.

O pré-consumo de álcool em rituais como o “esquenta” está associado a um risco aumentado em estudantes, assim como durante jogos esportivos que ocorrem nos fins de semana (Foster & Ferguson, 2014). Um jogo de futebol durante a semana também pode ser motivo para beber, o que altera o hábito daqueles que comumente não bebem em dias úteis.

“Se eu não tenho nenhum compromisso,  
nem nada, eu bebo um pouco mais  
em eventos como churrasco,  
jogos de futebol, eventos assim.”

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

“Você vai para alguma festa, aí, se é open, você  
quer fazer valer o preço. Aí, faz valer muito mais  
e você meio que perde a noção. Quando vê,  
você já está maluco.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP



## 4.5.5. PRESSÃO DOS PARES

O contexto social compõe e influencia os comportamentos de consumo de álcool, e a pressão dos colegas pode fazer parte desse contexto. A pressão dos pares pode ser definida como qualquer tentativa de um ou mais pares de obrigar um indivíduo a seguir as decisões ou comportamentos favorecidos pelo indivíduo ou grupo que está pressionando (Sim & Koh, 2003). Foi demonstrado que a pressão dos pares percebida pode aumentar o envolvimento em práticas de consumo de risco, como jogos de bebida (Morris et al., 2020). O consumo de álcool ocorre frequentemente em contextos em que a influência social por meio de outras pessoas pode operar e está presente em muitos rituais sociais.

Uma revisão sistemática recente sobre a pressão dos pares no consumo de álcool de adultos que vivem no Reino Unido apontou que as normas sociais influenciam as intenções de beber e os comportamentos de consumo das pessoas (Morris et al., 2020). Dessa forma, para se “encaixarem”, as pessoas podem beber mais do que gostariam porque se sentem pressionadas a acompanhar um certo nível de consumo de álcool esperado dentro de um grupo social. Certas situações sociais podem tornar particularmente difícil para as pessoas resistirem à pressão social, como os trotes de faculdade entre jovens adultos, sendo essa a situação em que ocorre a maior pressão social citada, enquanto a pressão é expressa de forma menos agressiva, mas ainda presente, entre adultos de meia-idade ao comprar “rodadas” no bar, por exemplo (Morris et al., 2020).

Na presente pesquisa também ficou evidente que a companhia influencia o consumo de bebida alcoólica. Estar ao lado dos amigos é quase sempre uma motivação para o consumo de álcool, ainda que moderadamente. Os participantes reconhecem que há incentivo por parte de amigos, mesmo quando não se pretende beber ou continuar bebendo. No entanto, a maioria não admite sucumbir facilmente à pressão de seus pares.

“Tem os que insistem quando você não quer beber. Geralmente é aquele amigo que está mais bêbado, porque ele já perdeu a noção e ele quer que você fique do mesmo jeito.”

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

“Hoje eu sei dizer não. Então, tipo, se eu não estou com vontade, não estou bem, não quero e acabou!”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Eu sou pressionado para beber e tal, mas não caio muito na pilha e o pessoal meio que me chama de chato.”

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP



Uma menor parte assume ter certa dificuldade em recusar os estímulos de amigos para beber. Isto é, a insistência de terceiros pode servir como incentivo ao consumo de álcool, sobretudo entre os abusivos.

**“Você quer se preservar um pouco,  
mas acaba se envolvendo. Naquela insistência:  
‘Bebe mais uma, mais uma, só a saideira’.  
Fica em cinco, seis saideiras e quando  
você vê já bebeu além da conta. Isso é bem  
comum, principalmente em eventos.  
Você acaba bebendo além da conta  
por causa da insistência.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS





## **4.6. DINHEIRO VERSUS** **CONSUMO DE ÁLCOOL**

**N**a literatura sobre saúde e álcool há evidências de que crises econômicas afetam o consumo da substância. No entanto, os impactos que a alteração de renda cria na ingestão de bebidas alcoólicas são divergentes conforme o país e os grupos sociais. Se, em alguns, a diminuição da renda aumenta o consumo abusivo de álcool, em outros, ocorre o oposto (de Goeij et al., 2015). Em nossa pesquisa, observou-se uma associação importante entre a renda disponível e o consumo de álcool, havendo tendência à redução do consumo em situações de restrição financeira. No entanto, isso foi observado apenas para os participantes da classe C.

Além de beberem menos quando se tem pouco dinheiro, é comum evitarem frequentar locais com preços elevados ou preferirem comprar bebidas mais baratas.



“Se a gente está com pouco dinheiro,  
a gente bebe pouco. Se a gente está com muito  
dinheiro, a gente bebe muito.”

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

“Se eu estiver mais duro, bebo em casa.  
Compro uma cervejinha no mercado.”

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

“Vou beber uma bebida mais barata. (...)  
Hoje em dia temos o Chevette, temos o próprio  
Corote, que facilita muito a nossa vida.”

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

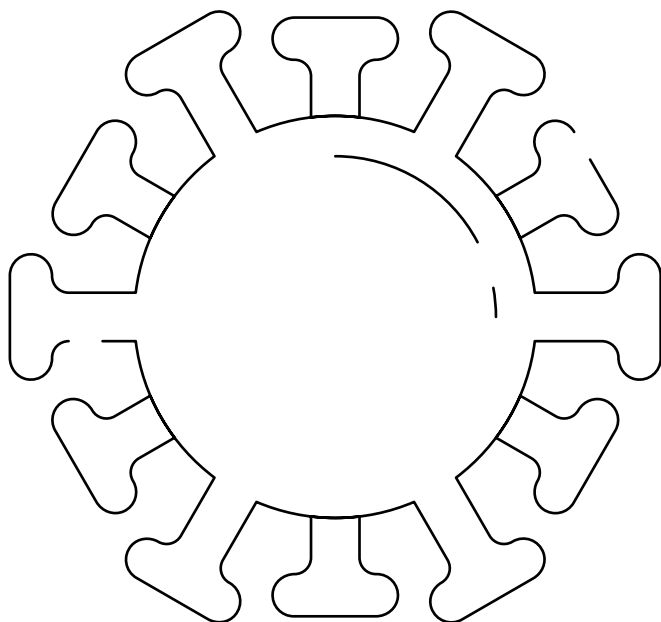
Em contrapartida, quando se tem recurso disponível, o consumo de bebida pode ser maior do que o habitual. Além disso, buscam-se opções de bebidas mais caras, de modo a experimentar novos sabores ou marcas, a exemplo dos vinhos e das cervejas artesanais. Esse comportamento é ainda mais comum entre os participantes mais velhos ou de meia-idade, sobretudo das classes AB.

“Uma cerveja artesanal, que é um pouco mais cara, você não vai beber todos os dias, até pelo valor. Mas se você está um pouquinho mais folgado, você vai abusar na qualidade, né?”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

“Quando adolescente, a gente comprava aquelas bebidas mais baratinhas porque a gente não tinha muito dinheiro. Conforme você vai conseguindo seu trabalho, tendo um poder aquisitivo maior, você fica mais seletivo e vai escolhendo umas bebidas de mais qualidade.”

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP



## **4.7. O CONSUMO** **DE ÁLCOOL DURANTE** **A PANDEMIA** **DO CORONAVÍRUS**

Entre os participantes da pesquisa, não há consenso sobre alterações no volume de álcool ingerido durante a pandemia, ou seja, se passaram a beber mais ou menos do que anteriormente. Enquanto parte dos participantes afirma ter aumentado o consumo ou mantido a mesma quantidade como de costume, outros declaram ter diminuído, sobretudo os moderados, que usualmente não bebiam em casa antes da pandemia.

**“Aumentou um pouquinho sim.**

**Você fica em casa, isolado, você**

**acaba bebendo um pouco mais.”**

*50 anos ou mais, feminino, classes A/B, consumo abusivo, RS*

**“Dei uma diminuída porque eu bebia  
mais quando eu saía de casa.  
Como ficou mais restrito, e eu já não  
bebia em casa, passei a beber menos.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Para mim, ficou absolutamente  
igual, não mudou nada.”**

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

Há, ainda, aqueles que aumentaram o número de dias em que bebem ao compararem com o hábito anterior à pandemia, mas ressaltam que a quantidade ingerida foi mantida relativamente igual ou menor; isto é, ampliou-se a frequência de dias e não o volume consumido.

**“Eu mantive a quantidade, mas aumentaram  
os dias em que eu bebia.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“Eu acho que eu não bebi mais, mas bebi com  
mais frequência porque sempre tinham as lives  
que os cantores faziam durante a semana.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP



De todo modo, muitos destacam uma mudança de hábito durante a pandemia: passaram a beber em casa, o que antes não era algo comum para todos.

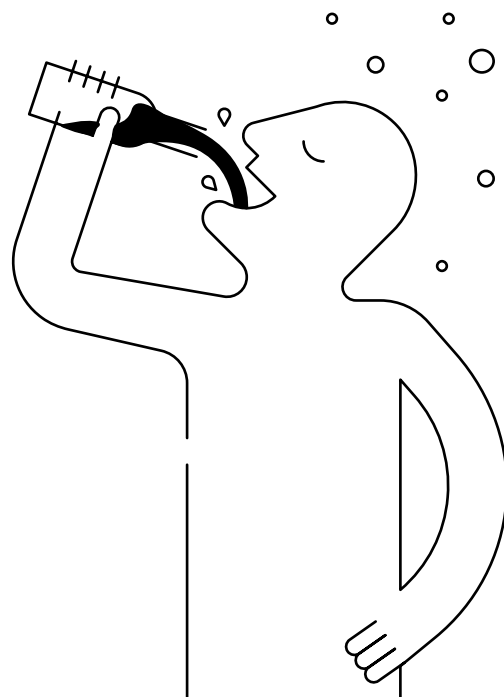
**“Por conta da pandemia, eu comecei a beber em casa e não achei estranho, nem me julguei por isso.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

**“Eu comecei a ter esse hábito de comprar bebida para a minha casa na pandemia. Não fazia isso antes.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

## 4.8. ÁLCOOL E SOCIEDADE



### 4.8.1. A OPINIÃO SOBRE O ÁLCOOL

Há consenso entre os diferentes públicos entrevistados sobre o aspecto abusivo do álcool, sendo ele classificado como uma substância capaz de causar dependência, assim como outras variedades de psicotrópicos. Reconhecem as consequências negativas, sobretudo do consumo abusivo, relacionadas à integridade física e emocional do usuário. Advertem, ainda, a incidência de acidentes e outros danos envolvendo pessoas sob efeito de álcool como fator insatisfatório e de risco.

Contudo, ponderam o fato de o álcool ser uma substância lícita e que o volume ingerido é que faz a diferença – positiva ou negativamente – quando se avalia o consumo de bebida alcoólica. Sendo assim, para os participantes, “sabendo-se usar”, o álcool está mais associado às motivações e aos sentimentos positivos descritos anteriormente.



“O álcool abre muita porta  
e fecha muitas janelas,  
se não for bem administrado.”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

“O álcool para mim, eu acho  
que pode ser tanto uma coisa boa  
como ruim, dependendo da forma  
que você lida com ele.”

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP



## 4.8.2. POR QUE AS PESSOAS GERALMENTE BEBEM?

Segundo os participantes, as pessoas geralmente bebem pelas mesmas razões referidas nas motivações individuais para o consumo elencadas anteriormente. A socialização, o relaxamento e os sentimentos de alegria são percebidos, novamente, como os principais motivadores para o consumo de álcool pela população em geral. Consensualmente, apontam a forte presença do álcool na tradição e na cultura, e sua grande influência no comportamento individual.

“Quando eu era menor aconteceu uma coisa que me lembro até hoje. Eu fui a um casamento e todo mundo estava quietinho no começo. Aí, começaram a beber e, no final da festa, estava todo mundo pulando junto. Nunca ia acontecer isso se não fosse o álcool.”

18 a 25 anos, masculino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“É muito estresse, as pessoas querem fugir um pouco daquela responsabilidade de todos os dias e tal. Acho que elas acabam bebendo para se soltar, para largar e ter um momento de paz dentro do caos que é a vida de hoje em dia.”

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP



“Eu acho que é uma tradição: churrasco,  
cerveja; massa, vinho; vai para a serra, vinho.  
Acho que é meio um mito. Você já nasce,  
o teu primeiro aniversário tem uma festa. Então,  
acho que a bebida acompanha  
a gente desde o nascimento.”

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

Os participantes lamentam haver outra parcela – mesmo que minoritária – que consome álcool motivada “pelo vício, pela tristeza, pela depressão ou por desespero”. Aqui, muitos fazem questão de reforçar que essas motivações são contrárias àquelas pelas quais eles próprios consomem bebida alcoólica.

“Mas a gente sabe que tem gente  
que bebe porque está com problema.  
Não é o nosso caso aqui pelo visto,  
mas tem muita gente que é dependente.  
Aí, é outra coisa.”

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP

### 4.8.3. O CONSUMO DE ÁLCOOL RELACIONADO AO GÊNERO E À FAIXA ETÁRIA

Sabe-se que as normas sociais que definem papéis de gênero orientam e restringem comportamentos, sinalizando o que é próprio e impróprio a cada indivíduo em determinado contexto. Embora essas normas sejam variáveis conforme o tempo histórico, a cultura e os grupos sociais, determinados padrões e modelos podem ser reconhecidos no estudo das sociedades (Schippers, 2007). A perspectiva normativa de gênero vem ocorrendo com maior frequência nos estudos acadêmicos nos últimos anos, e evidências têm sido encontradas de seu papel mediador em comportamentos relacionados à saúde, personalidade e até mesmo no consumo de substâncias, como maconha e álcool.

Especificamente em relação ao álcool, a literatura tem apontado relação entre o endosso de alguns códigos sociais masculinos, como ser agressivo, vigoroso, ter maior controle emocional e o consumo de bebidas alcoólicas (Silva et al., 2019). Além disso, a experiência com a bebida pode ser vista, em muitas culturas, como parte da aprendizagem de códigos de conduta masculinos culturalmente e socialmente aceitos.

Um estudo com universitários do sexo masculino, entre 19 e 25 anos, residentes em Minas Gerais e São Paulo, buscou indícios de influência das normas de papel de gênero atreladas à masculinidade sobre o padrão de consumo de álcool, mostrando que a adoção do consumo abusivo ocorre no bojo de uma tendência a assumir outros comportamentos de risco, como sexo com múltiplos parceiros (Silva et al., 2019). Tais comportamentos indicam que, para os universitários do sexo masculino, a bebida parece ter um forte vínculo com a vida sexual, e a capacidade de ingerir bebidas alcoólicas aparece, nesse sentido, como um sinal de masculinidade.



Porém, se por um lado alguns construtos de masculinidade parecem ter relação com o consumo abusivo de álcool, por outro, observa-se que as diferenças de gênero estão diminuindo, principalmente entre adolescentes e jovens.

Nesse sentido, em consonância com a literatura local e internacional, tem-se observado nos últimos anos no Brasil uma confluência cada vez maior entre comportamentos de homens e mulheres no que diz respeito ao consumo de álcool (Silva et al., 2019; White, 2020). Os dados das edições anteriores, assim como da atual, da publicação do CISA Álcool e a Saúde dos Brasileiros, mostram que o consumo abusivo de álcool entre adultos ainda é significativamente maior entre os homens, porém a diferença vem se tornando cada vez menor ao longo dos anos, sobretudo entre as populações mais jovens, em razão do aumento do consumo abusivo entre mulheres. Já entre os adolescentes, as últimas edições da PeNSE revelam um cenário em que as meninas já bebem mais do que os meninos (IBGE, 2021). Esta também é a tendência observada nesta pesquisa qualitativa, em que não foram vistas diferenças consideráveis em termos de gênero nos pontos investigados.

Assim, para a maioria, não há diferenças significativas em relação ao consumo de álcool entre homens e mulheres atualmente. Pelo contrário, destaca-se que ele pode ser moderado ou abusivo independentemente do gênero.

**“Eu acho que já existiu um tabu antigamente de que a mulher não bebia tanto quanto o homem, mas acho que, hoje, está muito igualitário.”**

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

**"Quando eu era mais jovem, as mulheres bebiam menos. Hoje eu vejo que as mulheres, principalmente jovens de 20, 25 anos, consomem até mais do que os homens. Eu acho que hoje há um equilíbrio.”**

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Tem mulher que está bebendo mais do que homem. Eu mesma, no meu caso, quando eu era casada, bebia muito mais que o meu marido.”**

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP



Em casos isolados, há quem diferencie os gêneros quanto ao consumo de álcool por meio de dois aspectos, em geral, constatados imageticamente ou por dedução:

**1) Em relação ao comportamento, uma vez que é mais comum a observação de comportamentos agressivos em homens do que mulheres sob efeito de álcool;**

**2) Quanto ao tipo de bebida, prevalecendo a opinião de que as mulheres preferem bebidas mais doces ou consideradas “leves”, diferentemente de homens, que costumam beber qualquer variação alcoólica, o que inclui as bebidas “mais fortes”, como cachaça e uísque.**

“Pelo menos em várias festas que eu vou, em vários bares, costumo ver que o homem fica mais agressivo. Eu sempre vejo homem brigando, homem gritando, empurrando e batendo nas coisas. Eu acho que homem costuma ficar mais agressivo que mulher.”

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

“Eu só percebo diferença no tipo de bebida, por exemplo, mulher não é muito chegada a uísque puro. Homem já toma mais. Eu acho que só.”

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP

Independentemente do gênero, ao compararem o hábito de beber em cada uma das faixas etárias, os públicos de diferentes idades concordam que bebem relativamente igual aos seus pares. Contudo, alguns moderados acreditam consumir menos álcool do que a maioria dos usuários da sua faixa etária. Usam como referência para isso o círculo social em que vivem e os ambientes frequentados.

De qualquer maneira, prepondera a opinião de que, quanto mais jovem, o uso abusivo de álcool é ainda mais evidente e mais comum, mencionando com frequência o hábito, nessa faixa etária, de misturar diferentes tipos de bebidas – comportamento tido como abusivo e que acentua os efeitos colaterais negativos da bebida alcoólica na percepção dos entrevistados.

**“Acho que bebo mais ou menos igual  
[aos pares]. Agora, o pessoal mais  
novo bebe muito mais.”**

50 anos ou mais, feminino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“No meu ciclo de amizade, eu sou a que  
menos bebe. (...) A galera mais nova agora, essa  
galera está virando pesado.”**

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP



## 4.8.4. CONSUMO DE ÁLCOOL EM MOMENTOS POUCO CONVENCIONAIS

Quando estimulados a imaginar uma situação em que se é pouco comum o consumo de álcool, como em uma segunda-feira durante o dia, a maioria dos participantes considera que essa possibilidade como um privilégio, sobretudo quando se trata do consumo de bebidas leves, como cerveja, no fim da tarde ou durante a noite em um ambiente tranquilo, como bares ou restaurantes. Isso se dá pela contraposição do consumo de bebida ao trabalho, consideradas situações incompatíveis.

**“Sinto inveja quando vejo alguém bebendo em uma segunda-feira à tarde.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Sempre, o que vem à minha mente é: ‘O cara está de férias, por isso que ele está bebendo em um almoço’. Ou é alguma comemoração, aniversário.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

Para uma menor parte, o consumo de álcool em horário comercial de uma segunda-feira não é visto com “bons olhos”, sobretudo quando se bebe destilado em plena luz do dia. Aqui, o julgamento é principalmente negativo ao associarem esse tipo de usuário a um dependente químico, à pessoa em situação de rua ou a um “vagabundo”, alguém que “não tem o que fazer”.



“De manhã, para mim, quem  
bebe já é alcoólatra.”

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

“Ou alguém que está desempregado,  
um morador de rua.”

18 a 25 anos, masculino, classe A/B, consumo moderado, SP

“Na minha cabeça, eu confesso  
que é um pensamento errado, mas penso  
que é um irresponsável, alguma  
coisa assim, um folgado.”

35 a 45 anos, masculino, classe C, consumo abusivo, CE

“Aí, eu recrimino. Hora de trabalhar é hora de  
trabalhar. Acho que isso é um problema sério.  
Uma segunda-feira é dia de estar recuperando  
o que você já bebeu no fim de semana. Aí, você  
continua, vira uma roda-viva.”

50 anos ou mais, feminino, classes A/B, consumo abusivo, RS



## 4.8.5. CONTROLE SOCIAL DO USO DE ÁLCOOL

A maioria dos participantes é contrária à adoção de medidas de controle social para limitar o consumo de álcool em locais públicos entre a população acima de 18 anos. Eles acreditam que qualquer ação nesse sentido estaria cerceando a liberdade, infringindo o direito individual de cada cidadão, sendo esse direito bastante valorizado por todos.

Embora reconheçam os problemas relacionados ao uso abusivo de bebida alcoólica, seja para a saúde ou para o ambiente familiar e social, prevalece a opinião de que grande parte da população, habitualmente, é ponderada em termos de volume e possui uma interação positiva com o álcool. Ademais, alguns ainda advertem que o controle sobre a quantidade e o tipo de bebida consumidos estaria contrariando aspectos culturais e tradicionais no modo como as pessoas se relacionam com a bebida alcoólica. Acreditam que o controle deva ser individual, não social, pois este, além de cercear a liberdade, seria ineficaz, podendo até produzir o efeito inverso.

“É complicado. Eu não conheço uma pessoa,  
eu vou criar uma regra para a quantidade de  
bebida que eu acho que ela tem que beber?  
Mas qual é o meu parâmetro?”

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

**“O álcool tem a lei no Brasil que é para maiores de 18 anos. A pessoa que é maior de 18 anos, eu acho que tem responsabilidade o suficiente para saber o que está bebendo, a quantidade que está ingerindo e assumir suas próprias responsabilidades. Cada um sabe o que bebe, cada um sabe o que faz, e é isso.”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

**“Tem bebida até em festa infantil. Eu acho que é uma coisa que já está muito na nossa cultura. E eu acho que restrição só leva a você fazer coisas escondidas, como teve uma época que foi restrita a bebida nos Estados Unidos e foi o período de maior consumo.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Eu acho que o controle quem tem deve ser a pessoa porque, se você colocar controle, é igual criança: você diz não para a criança e ela vai insistir. Então, eu acho que o controle deveria vir de cada um.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS



Em vez de restrições, a maioria ressalta a importância de conscientizar a população sobre os efeitos do uso abusivo de álcool. Sugerem, portanto, campanhas de prevenção e de conscientização na mídia e em escolas, além de maior fiscalização na venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos em qualquer local. Ademais, destacam a necessidade de fazer valer as penalidades para os responsáveis em casos de violência e acidentes envolvendo o uso de álcool.

**“Eu acho que tem que conscientizar,  
mas restringir não”.**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“O controle existe, o que não tem  
é fiscalização. Tinha que ter mais.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS

**“No máximo, deveria ter conscientização, como  
investir em propaganda e educação  
na escola, conscientizando as crianças  
do que é bebida alcoólica e o que ela causa.  
As leis teriam que ser eficientes também  
para aquelas pessoas que, em virtude da  
bebida, cometessem algum crime.  
Hoje, tem gente que dirige embriagado  
e, depois, não acontece nada.”**

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP

Apenas uma minoria concorda que deve haver medidas diferenciadas de controle, tendo em vista a incidência de alcoolismo, violência e acidentes de trânsito decorrentes do uso de bebida alcoólica. No entanto, esses participantes não souberam sugerir ações que poderiam ser adotadas. Há quem mencione, apenas como referência, as legislações em países que restringem o consumo de álcool em alguns locais públicos ou proíbem a venda de bebida alcoólica a pessoas muito embriagadas.

**“Na Austrália, quem vende a bebida é obrigada a parar de vender se ela vir que a pessoa já está embriagada. Isso é uma lei, por exemplo. Tem lugar que não pode beber andando na rua também.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Por exemplo, na Europa, é proibido vender bebida alcoólica na praia; aqui, todo mundo ia ter uma briga com essa questão, mas na Europa as pessoas não podem, é proibido vender bebida alcoólica na praia, na areia.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

Independentemente da opinião quanto a novas medidas de controle social do uso de álcool, todos são favoráveis à “Lei Seca” brasileira para a condução de veículo e reconhecem a sua importância para a diminuição do índice de acidentes de trânsito.

Poucos assumem dirigir automóveis após consumirem álcool, uma vez que a maioria, quando bebe fora de casa, afirma deslocar-se por meio de transporte público ou por aplicativo, ou carona de amigos e familiares, quando esses estão sóbrios.



**“Eu já posso dizer que quando vou a algum evento ou alguma coisa assim, já tenho a motorista da vez que é a minha filha. Eu falo assim: ‘Hoje é você que vai me levar’. Aí, ela não bebe então.”**

35 a 45 anos, feminino, classes A/B, consumo moderado, SP

Embora reconheçam a transgressão da lei, nota-se que a condução de veículos sob efeito de álcool é uma experiência comum entre alguns participantes, principalmente entre os moderados. Esses, por se classificarem como consumidores restritos de álcool, julgam estar quase sempre em condições adequadas para conduzir um carro. Acreditam reconhecer quando estão aptos a dirigir sob efeito de álcool e quando não estão.

**“Bebendo menos, dá um pouco mais de segurança. Dá a sensação de que a gente está mais normal do que o outro, que a gente está no controle.”**

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Eu bebi três latas, e o meu amigo bebeu 12. Eu estava melhor que ele para dirigir.”**

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

“Se eu estiver num lugar perto de casa e eu vejo que um amigo ou uma amiga extrapolou, que está dirigindo, se eu tiver bebido pouco e, geralmente, isso não acontece, eu falo: ‘Não, pode deixar que eu dirijo’.”

18 a 25 anos, feminino, classe C, consumo moderado, SP

## 4.8.6. DEFINIÇÃO DE CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

Ao final das discussões em grupo, foi apresentada a definição sobre o que é considerado consumo abusivo de álcool de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como alguns exemplos do que seria classificado, segundo esse critério, como uso abusivo de álcool, tais como:

Embora reconheçam os problemas relacionados ao uso abusivo de bebida alcoólica, seja para a saúde ou para o ambiente familiar e social, prevalece a opinião de que grande parte da população, habitualmente, é ponderada em termos de volume e possui uma interação positiva com o álcool. Ademais, alguns ainda advertem que o controle sobre a quantidade e o tipo de bebida consumidos estaria contrariando aspectos culturais e tradicionais no modo como as pessoas se relacionam com a bebida alcoólica. Acreditam que o controle deva ser individual, não social, pois este, além de cercear a liberdade, seria ineficaz, podendo até produzir o efeito inverso.



- **5 chopes no happy hour do trabalho às sextas-feiras ou no futebol de domingo.**
- **Uma garrafa de vinho no jantar do sábado.**
- **5 shots de destilado (cachaça, gim, uísque, tequila) numa festa.**

A avaliação sobre essa definição é polêmica entre os diferentes participantes. Enquanto a maior parte tende a discordar dos critérios supracitados, sobretudo referentes às doses de chope e de vinho, uma menor parte, em especial consumidores moderados, concorda que os parâmetros apresentados correspondem a um consumo abusivo.

Aqueles que discordam embasam suas opiniões considerando tais referências quantitativas de bebida alcoólica como “muito baixas” e não acreditam que o consumo nessas quantidades ofereça danos. Há a tendência em tomar como referência o próprio volume de álcool consumido semanalmente, considerado por eles “normal” e sem prejuízo aparente, dado que não geraram a percepção de alterações significativas em seu corpo. Ademais, costumam associar o consumo abusivo de álcool a doses extremamente altas ou a casos de alcoolismo. Dessa forma, o consumo abusivo é definido em termos das alterações que provoca em cada corpo individualmente - daí a discordância em relação a um parâmetro comum - e associado a casos extremos de dependência e outros transtornos por uso de álcool.

**“Eu acho que essa quantidade está bem normal, bem tranquila. Não acho exagero, não. Para tornar abusivo, acho que o dobro disso aí seria abusivo.”**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS



**“Eu acho que é pouco. Esses copos de chope em uma sexta-feira, eu bebo em meia hora.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Achei que ele ia falar cinco caixas de cerveja. Estou passada.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Acho que é difícil falar de preferência.**

**“Não acho que isso cause dependência. Sem contar que não leva em consideração que as pessoas são diferentes. (...) Eu acho que a área da saúde, às vezes, não leva em consideração a área cultural, a cultura que temos de beber.”**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Eu acho que é um critério bastante subjetivo, porque o o que seria o excesso do álcool? Deixar sem consciência nenhuma? Deixar um pouco alterado? (...) Não acho que beber uma garrafa de vinho todos os sábados seja exatamente um excesso de álcool.”**

18 a 25 anos, feminino, classes A/B, consumo abusivo, SP



Os consumidores moderados tendem a concordar com a definição de consumo abusivo de álcool da OMS justificando que os critérios mencionados fazem parte de uma medida padrão, como uma “média” calculada a partir do consumo geral de bebida alcoólica entre os diversos segmentos demográficos (idade, sexo etc.), sobretudo considerando os males causados pelo uso do álcool à saúde dos usuários no longo prazo.

“Sendo critério geral, eu concordo.

Se está generalizando, em média,

eu acho que é isso aí mesmo.” **acho**

**que o dobro disso aí seria abusivo.”**

50 anos ou mais, masculino, classe C, consumo moderado, SP

“Acho que eles levam em consideração

a saúde, o tanto que as pessoas bebem. **Claro que**

**para uns pode fazer mais mal do que para outros,**

mas é mais ou menos o que a substância pode

**causar no organismo das pessoas.”**

18 a 25 anos, masculino, classe A/B, consumo moderado, SP

Entretanto, há uma tendência entre boa parte dos participantes de ambos os perfis de consumo em aceitar que a medida de 5 shots de bebida destilada é abusiva, uma vez que, embora o volume do shot seja menor do que uma lata ou taça, o teor alcoólico desse tipo de bebida é significativamente mais alto do que os demais tipos citados. Nesse sentido, fica claro que os participantes não percebem as doses de destilado como equivalentes ao vinho e à cerveja, ainda que o conceito de consumo abusivo da OMS se paute na dose padrão, isto é, numa medida que permite comparar bebidas de teores alcoólicos e volumes diferentes.

**“Eu acho que as doses de shot  
são abusivas sim porque é uma bebida  
mais forte. Agora, o chope, aí eu acho  
que é super aceitável.”**

35 a 45 anos, masculino, classes A/B, consumo moderado, SP

**“Cinco shots de tequila?  
Quem beber isso e ficar de boa, parabéns!”**

18 a 25 anos, masculino, classe C, consumo moderado, SP

Por fim, embora haja uma tendência em questionar ou negar as definições apresentadas, há, entre os bebedores abusivos, quem se reconheça como consumidor abusivo de álcool frente ao conceito apresentado, ainda que revelado de maneira jocosa.

**“Se isso for abusivo, o Ministério da Saúde  
vai mandar me prender.” (Risos)**

35 a 45 anos, feminino, classe C, consumo abusivo, CE

**“Eu sou um abusador de álcool para a OMS.  
Vou ter que me internar então!” (Risos)**

50 anos ou mais, masculino, classes A/B, consumo abusivo, RS



## 4.9.

# CONSIDERAÇÕES

# FINAIS

Dados os resultados apresentados, as principais considerações do estudo apontam que, em geral, os contatos preliminares com o álcool ocorrem ainda na adolescência, com ou sem o consentimento dos pais. Essas experiências, na maioria das vezes, são percebidas como satisfatórias, tanto pelo sabor e pelo efeito causado pela bebida como pela novidade e por todo o contexto social do momento. Mesmo quando negativas, as experiências de iniciação no uso do álcool não conduziram os participantes a interromperem ou moderarem o consumo, mas a serem mais seletivos em relação ao tipo de bebida que consomem e na definição de estratégias para evitar a intoxicação mais aguda.

O primeiro contato com a bebida alcoólica, assim como a formação do hábito e as motivações para beber, atualmente, possuem elementos convergentes. A socialização, a tradição e a busca por uma sensação que vai além da sobriedade do dia a dia (felicidade, euforia, coragem, relaxamento etc.) perpassam a experiência com o álcool na vida dos participantes. Nesse sentido, observa-se que o estilo de vida e as relações sociais entre os participantes e seus entes também são frequentemente perpassados pelo consumo de bebida alcoólica.

O álcool é mais frequentemente relacionado a momentos prazerosos e de satisfação. Bebe-se para induzir estados de humor positivos ou para potencializá-los, e, de forma menos frequente, para aliviar sentimentos negativos. Em momentos de estresse, principalmente, o ato de beber surge associado à busca de obtenção de um estado de calma e relaxamento.

Parece haver, entre todos os públicos participantes, um critério claro a respeito da forma como devem se relacionar com a bebida, em termos de tipo e dosagem. Com frequência, acreditam consumir bebida alcoólica na “dose certa”, sendo que essa dose é definida de modo individual, a partir da percepção dos efeitos que o álcool produz no corpo. Dessa forma, entre consumidores moderados, parece haver uma percepção mais aguda e estrita dos efeitos, que induz a um maior controle do consumo. Já entre os consumidores abusivos, o controle parece ser mais flexível e instável, tanto que alguns se valem do controle de outras pessoas quando o seu próprio falha. Além disso, a maioria não reconhece que consome de forma abusiva, o que se reflete em seu questionamento da definição de consumo abusivo apresentada durante as discussões em grupo. Constata-se, ainda, a associação do uso abusivo de álcool à dependência, bem como sua consideração como problema individual, não passível de generalização e de controle social.

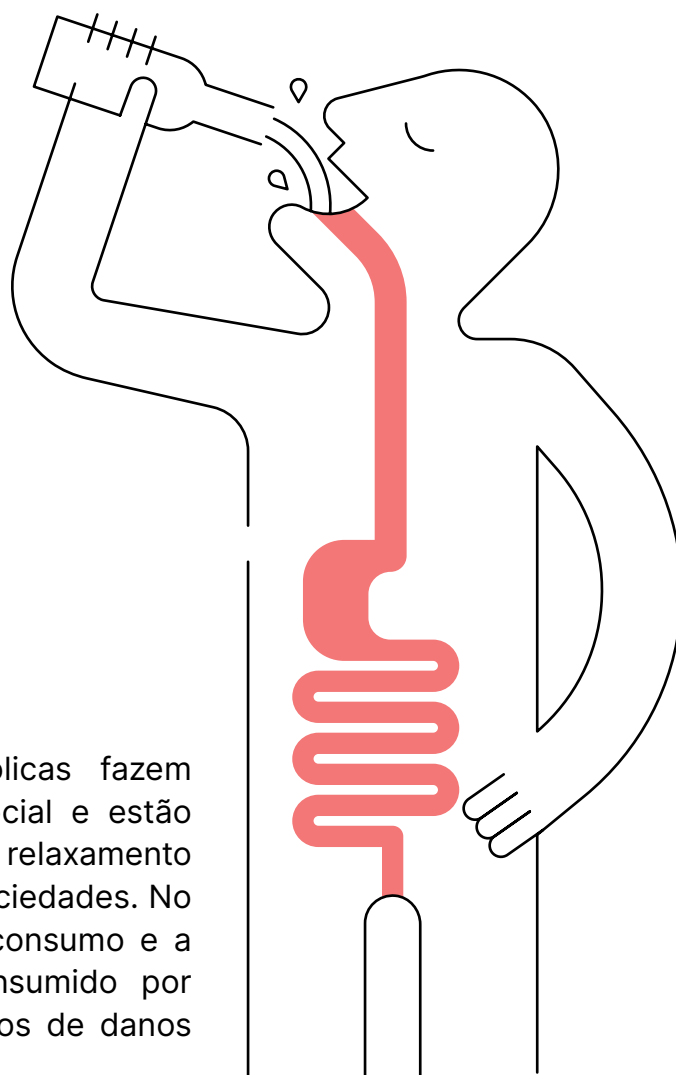
Por fim, vale destacar alguns dos principais diferenciais entre os bebedores moderados e abusivos:

- **CONSUMIDORES MODERADOS** – Se expõem a uma menor variedade de bebidas; bebem mais assiduamente nos fins de semana e pouco em dias consecutivos; é mais comum beberem acompanhados e são poucos os que bebem em casa; são mais controlados no consumo de álcool, apresentando uma maior percepção sobre os sinais do corpo, os próprios limites e responsabilidades; às vezes, são eles quem cumprem o papel de controlar o consumo de terceiros.
- **CONSUMIDORES ABUSIVOS** – Bebem vários tipos de bebidas, mesmo quando há preferência por algum tipo específico; é comum beberem também em dias úteis; de vez em quando, há quem extrapole o volume habitualmente ingerido; o uso de destilado é mais comum entre eles – sobretudo entre os mais jovens – do que entre os moderados; consomem álcool em variados locais e ocasiões – inclusive em casa, sendo mais adeptos de rituais de “esquentar”; alguns deles gostam e costumam beber sozinhos; em alguns casos, na falta do autocontrole, têm o seu consumo controlado por terceiros e são mais suscetíveis aos estímulos para beber.



# Consumo nocivo de álcool e consequências à saúde

**A** As bebidas alcoólicas fazem parte da rotina social e estão associadas ao lazer, relaxamento e celebração em muitas sociedades. No entanto, a frequência do consumo e a quantidade de álcool consumido por ocasião aumentam os riscos de danos sociais e à saúde.



O consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes a cada ano e para prejuízos à saúde de milhões de pessoas em todo o mundo. Seu uso nocivo é responsável por 7,1% e 2,2% da carga global de doenças para homens e mulheres, respectivamente, sendo o principal fator de risco para a mortalidade prematura e a incapacidade dos indivíduos com idades entre 15 e 49 anos (OMS, 2022).



## 5.1 META DA OMS PARA REDUZIR EM 10% O CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL ATÉ 2025

**E** Em maio de 2010, os 193 Estados-membros da OMS (Organização Mundial de Saúde) decidiram criar a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool (OMS, 2010) por meio da resolução WHA63.13 (Chick, 2010). A estratégia global visava reduzir a morbidade e a mortalidade causadas pelo uso nocivo de álcool e suas consequências sociais. O objetivo geral era orientar ações de redução do consumo nocivo de álcool em 10% até 2020 em todos os níveis, definir áreas prioritárias para ação global e recomendar um portfólio de opções de políticas e medidas que pudessem ser ajustadas de acordo com as circunstâncias nacionais, tais como contextos religiosos e culturais, prioridades nacionais de saúde pública, recursos e capacitação. Princípios básicos para orientar os países na implementação e no monitoramento de políticas públicas foram reunidos pela OMS em dez áreas-alvo, de modo que cada país pudesse adaptá-los ao seu contexto sociocultural e econômico:

- **Liderança, conscientização e compromisso;**
- **Resposta dos serviços de saúde;**
- **Ação comunitária;**
- **Políticas sobre dirigir sob efeito de bebidas alcoólicas e contramedidas;**
- **Disponibilidade do álcool;**
- **Marketing de bebidas alcoólicas;**
- **Políticas de preços;**
- **Redução das consequências negativas do consumo e da intoxicação;**



- **Diminuição do impacto do álcool ilícito e do álcool produzido informalmente na saúde pública;**
- **Monitoramento e vigilância.**

No âmbito do Plano de Ação Global para a Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2013-2020, a OMS estabeleceu três indicadores (OMS, 2013) para monitoramento da meta de redução de 10% do consumo nocivo de álcool até 2025:

- **Consumo total de álcool *per capita* anual (entre pessoas com 15 anos ou mais);**
- **Prevalência de Beber Pesado Episódico (BPE) entre adolescentes e adultos;**
- **Morbidade e mortalidade relacionadas ao consumo de álcool.**

Além da diminuição do consumo de álcool per capita, também é necessário que haja redução do comportamento de BPE, que é um importante indicador para a avaliação dos riscos e prejuízos relacionados ao consumo nocivo de bebidas alcoólicas e está associado não somente à intoxicação alcoólica, mas também à violência, aos acidentes e ao sexo desprotegido, entre outras consequências.

O terceiro indicador é composto pelos índices de morbimortalidade atribuível ao álcool, que aponta a incidência das doenças e óbitos relacionados ao álcool em uma população. O *Global Burden of Disease Study 2019* mostrou aumento anual médio de 0,5% em termos de morbimortalidade no mundo (Abbafti et al., 2020).

Em 2018, a OMS, em colaboração com parceiros internacionais, lançou a iniciativa SAFER (iniciais das palavras em inglês Safe, Strengthen, Advance, Facilitate, Enforce e Raise) (OMS, 2018), cujo objetivo é oferecer apoio aos Estados-membros para reduzir o uso nocivo do álcool. O pacote técnico da iniciativa SAFER consiste em cinco intervenções referentes a políticas sobre o consumo de álcool a fim de fortalecer a implementação da Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool e atingir a meta 3.5 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS; ONU, 2015).



# 5

## AS CINCO ESTRATÉGIAS DA SAFER



**Fortalecer (S)**  
as restrições  
à disponibilidade  
de álcool



**Avançar (A)**  
e impor medidas  
contra a direção sob  
efeito do álcool



**Facilitar (F)**  
o acesso a  
triagem,  
intervenção breve  
e tratamento



**Executar (E)**  
proibição ou restrição  
abrangente à publicidade,  
patrocínio e promoção  
de bebidas alcoólicas



**Aumentar (R)**  
o preço do álcool por  
meio de impostos  
específicos e  
políticas de preços.

FONTE: OMS, 2018b

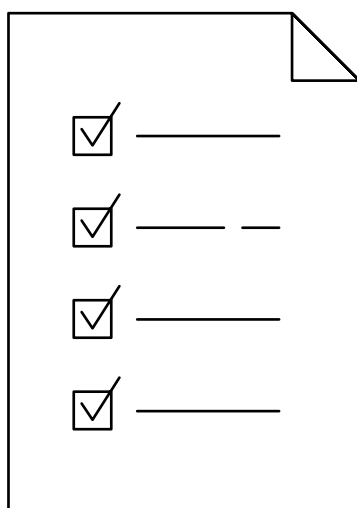
No Brasil, existem ações que abordam algumas dessas estratégias, tais como: restrições à publicidade de bebidas alcoólicas, regulamentada pelo Conselho Nacional de Autorregulação Publicitária (CONAR, 2022) e pela Lei 9.294 (Presidência da República, 1996), que dispõe sobre bebidas alcoólicas com teor acima de 13°; a implementação de medidas para combater a prática de beber e dirigir, como a Lei 11.705 (Presidência da República, 2008), conhecida como “Lei Seca” e o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2022).

Globalmente, houve progressos na redução do consumo total de álcool per capita por indivíduos com 15 anos ou mais; os valores se mantiveram estáveis em 2010 (6,1 L) e 2015 (6,2 L) e diminuíram em 2019 (5,8 L). O consumo per capita permaneceu estável na região das Américas entre 2010 e 2019 (7,9 L e 7,6 L, respectivamente), na África (4,8 L e 4,8 L) e na região do Mediterrâneo Oriental (0,5 L e 0,5 L), e diminuiu na região do Pacífico Oeste (7,1 L e 6,5 L) e da Europa

(10,8 L e 9,5 L) (OMS, 2021). O número de bebedores diminuiu em todas as regiões da OMS, entre 2010 e 2016, e mais da metade da população global com 15 anos ou mais se absteve de beber álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Apesar das tendências estáveis ou decrescentes no consumo de álcool em alguns segmentos da população e das melhorias em alguns indicadores da carga de doenças atribuíveis ao consumo de bebidas alcoólicas, a Estratégia Global não levou a reduções consideráveis nas morbidades e mortalidade relacionadas ao álcool. Além disso, o impacto da pandemia de COVID-19 nos níveis e padrões de consumo de álcool e danos relacionados em todo o mundo ainda precisa ser avaliado.

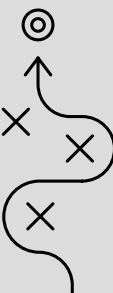
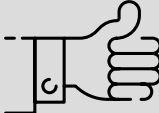
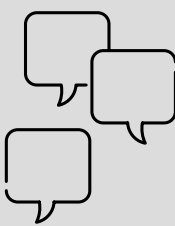
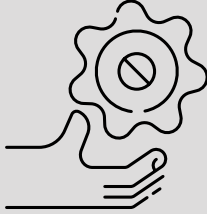
Com base nesses dados, a OMS determinou que fosse desenvolvido um Plano de Ação para fortalecer e acelerar a implementação da Estratégia Global como prioridade de saúde pública, de modo a reduzir de forma mais pronunciada a morbidade e a mortalidade causadas pelo uso nocivo de álcool, bem como as consequências sociais associadas e, assim, melhorar a saúde e o bem-estar das populações do mundo. O Documento de Trabalho para o Desenvolvimento de um Plano de Ação para Fortalecer a Implementação da Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool foi publicado em outubro de 2020 (OMS, 2020b) e, após uma série de consultas, o primeiro esboço do Plano de Ação foi publicado em julho de 2021 (OMS, 2021). Em janeiro deste ano, na 150ª sessão do Conselho Executivo da OMS, foi lançada a terceira versão do Plano de Ação (2022–2030) para a Implementação Eficaz da Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool como Prioridade de Saúde Pública (OMS, 2022).



**Em janeiro deste ano, na 150ª sessão do Conselho Executivo da OMS, foi lançada a terceira versão do Plano de Ação (2022–2030) para a Implementação Eficaz da Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool como Prioridade de Saúde Pública (OMS, 2022).**



**TABELA 1**  
**ÁREAS DE AÇÃO, METAS E INDICADORES DA TERCEIRA VERSÃO DO PLANO DE AÇÃO (2022-2030) PARA A IMPLEMENTAÇÃO EFICAZ DA ESTRATÉGIA GLOBAL PARA REDUZIR O USO NÓCIVO DE ÁLCOOL COMO PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.**

	<b>Áreas de Ação</b>	<b>Metas Globais</b>
<b>1</b>	 <b>IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES DE ALTO IMPACTO</b>	<p><b>1.1:</b> Até 2030, redução relativa de pelo menos 20% (em comparação com 2010) no uso nocivo de álcool.</p> <p><b>1.2:</b> Até 2030, 70% dos países devem introduzir, promulgar ou manter a implementação de opções e intervenções políticas de alto impacto.</p>
<b>2</b>	 <b>ADVOCACY, CONSCIENTIZAÇÃO E COMPROMISSO</b>	<p><b>2.1:</b> Até 2030, 75% dos países devem desenvolver e promulgar políticas nacionais de álcool por escrito.</p> <p><b>2.2:</b> Até 2030, 50% dos países devem produzir relatórios nacionais periódicos sobre o consumo de álcool e danos relacionados ao álcool.</p>
<b>3</b>	 <b>PARCERIA, DIÁLOGO E COORDENAÇÃO</b>	<p><b>3.1:</b> Até 2030, 50% dos países deverão ter um mecanismo nacional de coordenação multissetorial estabelecido para a implementação e o fortalecimento das respostas da política nacional multissetorial do álcool.</p> <p><b>3.2:</b> Até 2030, 50% dos países deverão se engajar e contribuir para o trabalho global e regional da OMS para o diálogo internacional e a coordenação sobre a redução do uso nocivo de álcool.</p>
<b>4</b>	 <b>APOIO TÉCNICO E CAPACITAÇÃO</b>	<p><b>4.1:</b> Até 2030, 50% dos países devem fortalecer a capacidade e a infraestrutura para a implementação de estratégias e intervenções nacionais a fim de reduzir o uso nocivo de álcool.</p> <p><b>4.2:</b> Até 2030, 50% dos países devem fortalecer os serviços de saúde para fornecer intervenções de prevenção e tratamento para condições de saúde decorrentes do uso de álcool, de acordo com os princípios da cobertura universal de saúde.</p>
<b>5</b>	 <b>PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</b>	<p><b>5.1:</b> Até 2030, 75% dos países devem gerar e relatar dados nacionais sobre o consumo de álcool, danos relacionados ao álcool e implementação de medidas de controle do álcool, regularmente.</p> <p><b>5.2:</b> Até 2030, 50% dos países devem gerar e relatar dados nacionais para monitorar o progresso na obtenção da cobertura universal de saúde para AUDs e as principais condições de saúde decorrentes do uso de álcool.</p>
<b>6</b>	 <b>MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS</b>	<p><b>6.1:</b> Pelo menos 50% dos países devem contar com recursos para reduzir o uso nocivo de álcool, implementando políticas do álcool e aumentando a cobertura e a qualidade das intervenções de prevenção e tratamento para transtornos causados pelo uso de álcool e condições de saúde associadas..</p>

FONTE: OMS, 2022.

## Indicadores

**1.1.1.** Consumo total de álcool per capita (15 anos ou mais) por ano, em litros de álcool puro.

**1.1.2.** Prevalência de beber pesado episódico (BPE) por idade.

**1.1.3.** Mortes atribuíveis ao álcool por idade.

**1.1.4.** DALYs (Disability Adjusted Life Years - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) atribuíveis ao álcool por idade.

**1.2.1.** Número de países\* que introduziram, aprovaram ou mantiveram a implementação de opções de políticas de alto impacto nas seguintes áreas: (a) acessibilidade a bebidas alcoólicas; (b) publicidade e marketing; (c) disponibilidade de bebidas alcoólicas; (d) beber e dirigir; (e) triagem e intervenções breves para padrões de risco de uso de álcool; e tratamento de AUDs (Alcohol Use Disorders – Transtornos por Uso de Álcool).

**2.1.1.** Número de países\* com uma política nacional de álcool escrita e promulgada

**2.2.1.** Número de países\* que produziram pelo menos dois relatórios nacionais sobre consumo de álcool e danos relacionados ao álcool nos últimos 8 anos.

**3.1.1.** Número de países\* com um mecanismo de coordenação nacional multissetorial estabelecido para a implementação de respostas de políticas nacionais do álcool.

**3.2.1.** Número de países\* representados ativamente nas redes globais e regionais da OMS.

**4.1.1.** Número de países\* que aumentaram os recursos governamentais para a implementação de políticas do álcool eficazes.

**4.2.1.** Número de países\* que aumentaram a capacidade de serviços para fornecer intervenções de prevenção e tratamento para condições de saúde decorrentes do uso de álcool nos sistemas de saúde, de acordo com os princípios da cobertura universal de saúde.

**5.1.1.** Número de países\* que gerem e relatem dados nacionais sobre consumo de álcool per capita, danos relacionados ao álcool e respostas das políticas.

**5.2.1.** Número de países\* que tenham um conjunto básico de indicadores e gerem e relatem dados nacionais sobre cobertura de tratamento e capacidade de tratamento para transtornos por uso de álcool e condições de saúde relacionadas ao uso de álcool.

**6.1.1.** Número (absoluto) de países que garantiram recursos para a implementação de políticas do álcool em nível nacional.

**6.1.2.** Número (absoluto) de países que garantiram recursos para aumentar a cobertura e a qualidade das intervenções de prevenção e tratamento nos sistemas de saúde para transtornos decorrentes do uso de substâncias.

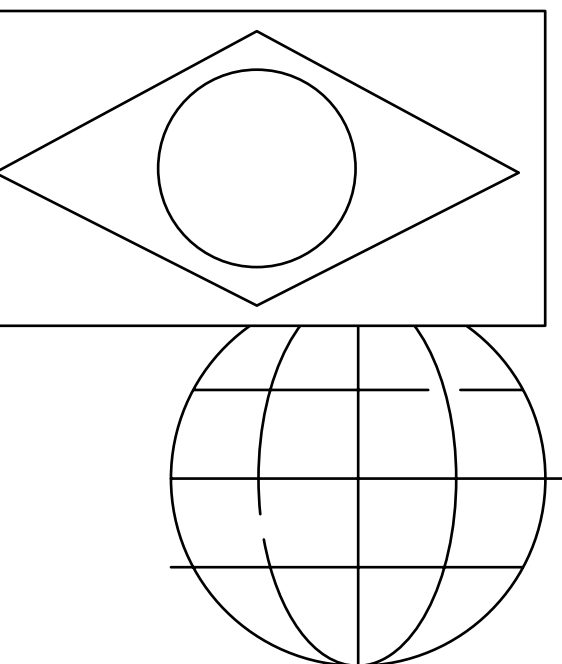
**6.1.3.** Número (absoluto) de países que introduziram financiamento dedicado à redução do uso nocivo de álcool a partir de receitas fiscais ou outras receitas ligadas à produção e comércio de álcool.

\* (proporção de todos os Estados-membros da OMS)



O Plano de Ação inclui ações e medidas específicas a serem implementadas mundialmente, conforme formulado na estratégia global, e as últimas evidências disponíveis sobre a eficácia e relação custo-benefício das opções de política para reduzir o uso nocivo de álcool. O sucesso do plano requer ações conjuntas dos Estados-membros e inclui propostas para parceiros não estatais, como organizações da sociedade civil, associações profissionais, universidades e instituições de pesquisa.

Para atingir os objetivos citados, foram sugeridas seis áreas principais para ação dos Estados-membros, do Secretariado da OMS, dos parceiros internacionais e nacionais e, quando cabível, de outras partes interessadas (Tabela 1). Nacionalmente, os Estados-membros são os principais responsáveis pelo desenvolvimento, pela implementação, monitoração e avaliação das políticas públicas para reduzir o uso nocivo do álcool, de acordo com as suas necessidades e contextos nacionais. A implementação efetiva do Plano de Ação nos níveis regionais exigirá o desenvolvimento ou elaboração e adaptação de planos de ação específicos para cada região, em linha com a OMS, para que haja um progresso mais eficiente e consistente. ■



## 5.2. Cenário Brasil e mundo

**P**ara melhor compreensão do panorama brasileiro em relação à Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool, é necessária uma análise aprofundada do perfil de consumo de álcool no país e suas consequências à saúde a partir de dados oficiais classificados por sexo, faixa etária e região administrativa, como apresentados nesta publicação.

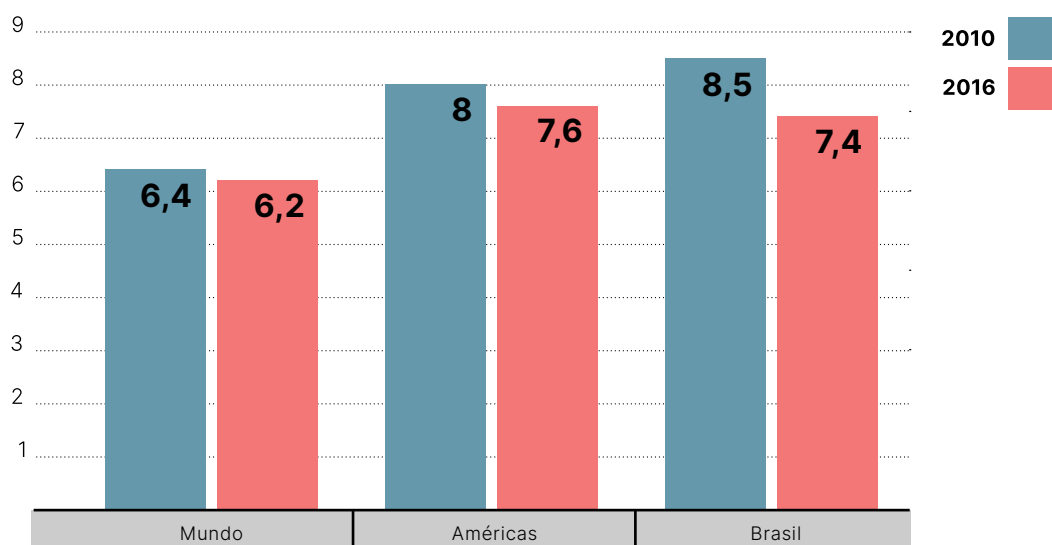
Em 2016, 43,0% da população mundial com 15 anos ou mais se declarou

bebedora atual, enquanto no Brasil esse número é de 40,3%, abaixo do valor mundial e do encontrado de 54,1% para a região das Américas (GISAH; OMS, 2022). Contudo, enquanto quase metade da população é abstêmia no mundo (44,5%), no Brasil, apenas 21,4% das pessoas nunca bebeu na vida.

Globalmente, o consumo total per capita de álcool puro para pessoas com 15 anos ou mais, em 2016, foi de 6,2 L, apresentando-se estável desde 2010. No entanto, os níveis e as tendências variam entre as regiões que fazem parte da OMS: houve aumento de 25% no Sul e Leste Asiático entre 2010 e 2016, e queda de 11% no consumo de álcool na Europa, que ainda permanece com a maior taxa mundial (9,7 L) (OMS, 2020a; OMS, 2018a).

A evolução do Brasil foi avaliada a partir de três indicadores essenciais: o consumo total de álcool per capita, a prevalência do BPE e os prejuízos causados por este consumo, colocados em termos de morbidade e mortalidade (internações e óbitos) associadas ao álcool. Nesse período, o consumo per capita de álcool no Brasil diminuiu de 8,5 L para 7,4 L de álcool puro, abaixo do consumo na região das Américas, que variou de 8,0 L para 7,6 L, em 2010 e 2016, lembrando que a OMS avalia o desempenho de cada país dentro do contexto de sua região (Figura 1).

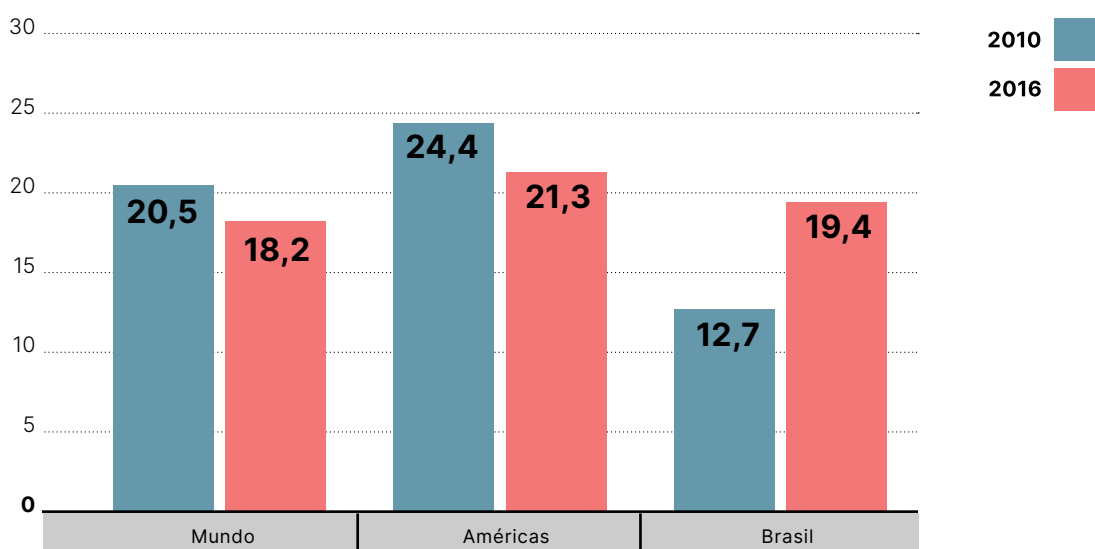
**FIGURA 1**  
**CONSUMO TOTAL PER CAPITA NO MUNDO, NA REGIÃO DAS AMÉRICAS E NO BRASIL EM 2010 E 2016.**





Ainda, segundo a OMS, apesar da redução do consumo total per capita no Brasil, a proporção de brasileiros que engajam em consumo abusivo aumentou de 12,7% em 2010 para 19,4% em 2016, na contramão da tendência de redução de BPE no mundo (OMS, 2018a).

**FIGURA 2**  
**CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (BPE) NO MUNDO, NA REGIÃO DAS AMÉRICAS E NO BRASIL EM 2010 E 2016.**



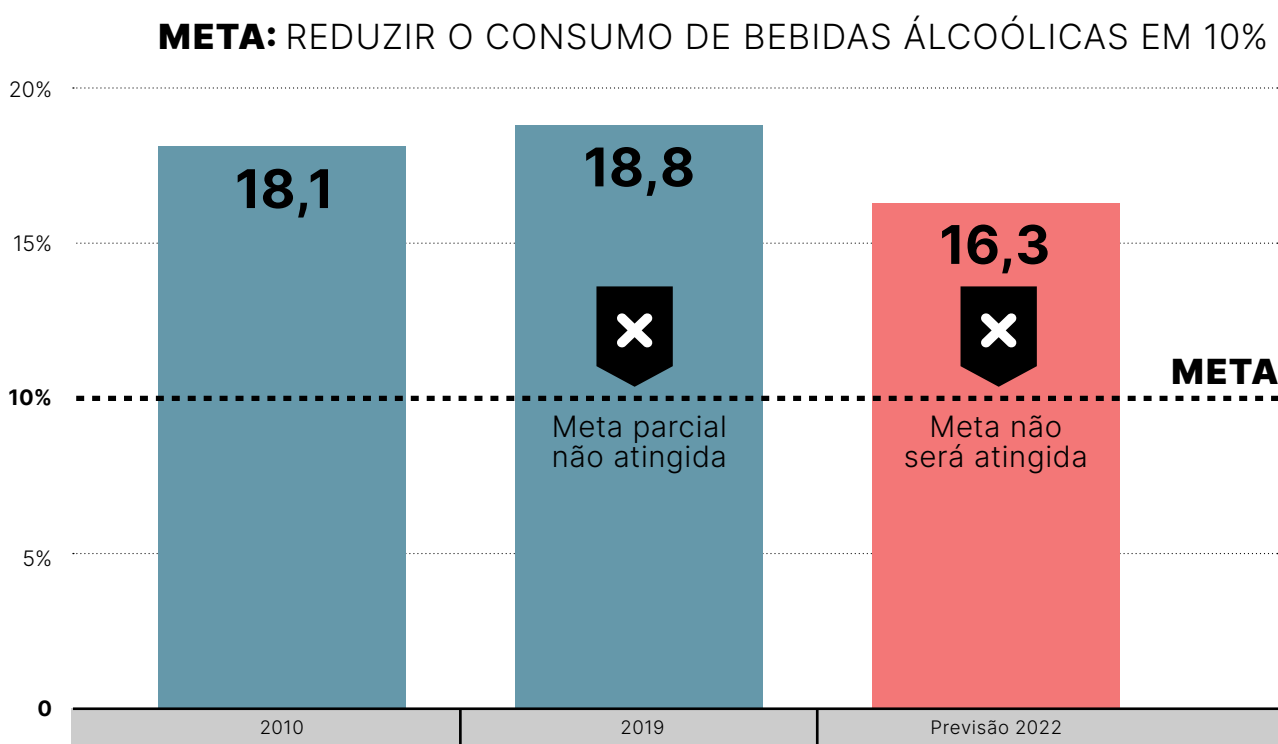
FONTE: OMS, 2018a.

Em termos de políticas públicas, a implementação da Lei Seca (Lei nº 11.705) (Presidência da República, 2008) e suas intensificações em 2012 e 2016, e da Lei nº 13.106 (Presidência da República, 2015), que tornou crime a oferta de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, foram marcos importantes. Vale ressaltar que o Brasil figura entre os 15 países que estabeleceram a tolerância zero para beber e dirigir. Embora as políticas em vigor sejam consideradas avanços, a fiscalização e a punição ainda precisam ser fortalecidas, assim como o desenvolvimento de iniciativas para a conscientização da população.

No Brasil, entre as metas do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022 (Plano de DCNT 2011; Ministério da Saúde, 2011), estava a redução em 10% do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Durante esse período, a prevalência desse uso apresentou estabilidade, sendo 18,1% em 2010 e 18,8% em 2019. A meta proposta era atingir prevalência <16,3% até 2022. Analisando o comportamento desse indicador entre 2010 e 2019, a previsão é de que a meta não seja atingida até 2022.



**FIGURA 3**  
**MONITORAMENTO DA META DE REDUÇÃO DO**  
**CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS DO**  
**PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DCNT 2011-2022.**



Com base em avanços e desafios relacionados às metas propostas no Plano de DCNT 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com outros representantes governamentais, empresas privadas e representantes da sociedade civil, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant 2021) (Ministério da Saúde, 2021). O plano será uma diretriz para a prevenção dos fatores de risco associados às Dant e para a promoção da saúde da população, visando diminuir as desigualdades em saúde, além de estar de acordo com a Agenda 2020-2030 dos ODS.

A redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%, até 2030, consta das metas para os fatores de risco para as DCNT, uma vez que as projeções mostram que a meta proposta para 2022 não será atingida. Serão consideradas como linhas de base as prevalências de consumo abusivo de bebidas alcoólicas do Vigitel 2019 e, para o monitoramento desse indicador, serão utilizados os dados das edições futuras do Vigitel. ■



## 5.3 CONSUMO

# ABUSIVO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

**O** BPE é um dos indicadores para a avaliação do progresso da meta de redução do consumo nocivo de álcool. Trata-se de um comportamento mais comum entre os jovens e está associado a riscos de acidentes e violência, assim como prejuízos sociais e econômicos.

No Brasil, os indicadores de consumo nocivo de álcool avaliados no Vigitel são o BPE e o comportamento de beber e dirigir. As análises estatísticas dos dados oficiais foram feitas utilizando o método de Prais-Winsten<sup>3</sup>, que evidencia as tendências de aumento, estabilidade ou diminuição de diversos parâmetros no intervalo analisado. Para este estudo, foram construídas séries temporais entre os anos de 2010 e 2021 (ou 2011 e 2021, no caso da análise do beber e dirigir), para as 26 capitais e o Distrito Federal, estratificadas por região, sexo, idade e escolaridade.

O período em que a coleta de dados foi realizada é fundamental para a análise dos dados. No caso da edição de 2020, a coleta se concentrou entre os meses de janeiro a abril, enquanto na edição de 2021, foi realizada entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022. Dessa forma, devido à influência da sazonalidade nos indicadores, além de modificações no tamanho da amostra - reduzida pela metade nesta última edição -, o próprio Ministério da Saúde recomenda cautela nas interpretações dos dados e que se aguarde as edições futuras para confirmação das tendências.

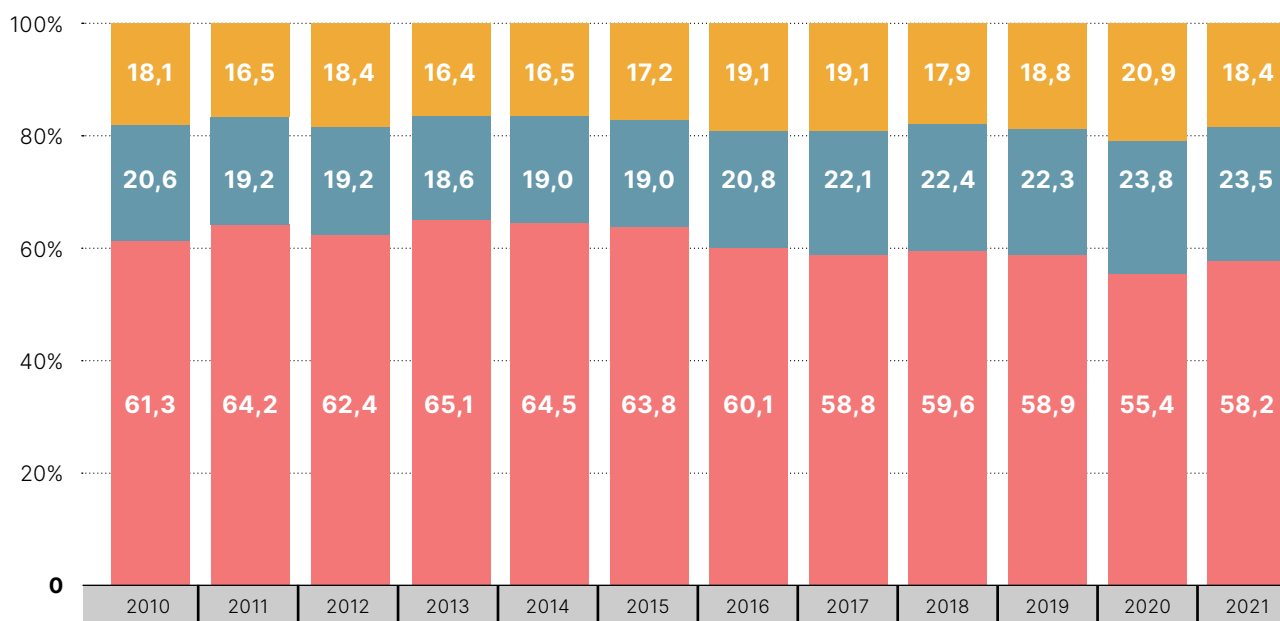
**A PREVALÊNCIA  
DE ABSTENÇÃO  
TAMBÉM  
RETORNOU, EM  
2021, AOS NÍVEIS  
DE 2019, APÓS  
BREVE DIMINUIÇÃO  
EM 2020**

O Vigitel 2021 (Brasil, 2022) mostrou que o consumo abusivo de álcool retornou aos patamares observados em 2019, após o aumento observado em 2020. Apenas o consumo não abusivo permanece

<sup>3</sup> As regressões de *Prais-Winsten* não incluíram os dados de 2021, devido à indisponibilidade dos dados brutos até a data desta publicação.

**FIGURA 4**  
**PREVALÊNCIA DE ABSTINÊNCIA, CONSUMO NÃO ABUSIVO E CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%) NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA NOS 30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA, NO PERÍODO DE 2010 A 2021.**

Consumo abusivo      Consumo não abusivo      Abstêmios



FONTE: Vigilant - Ministério da Saúde

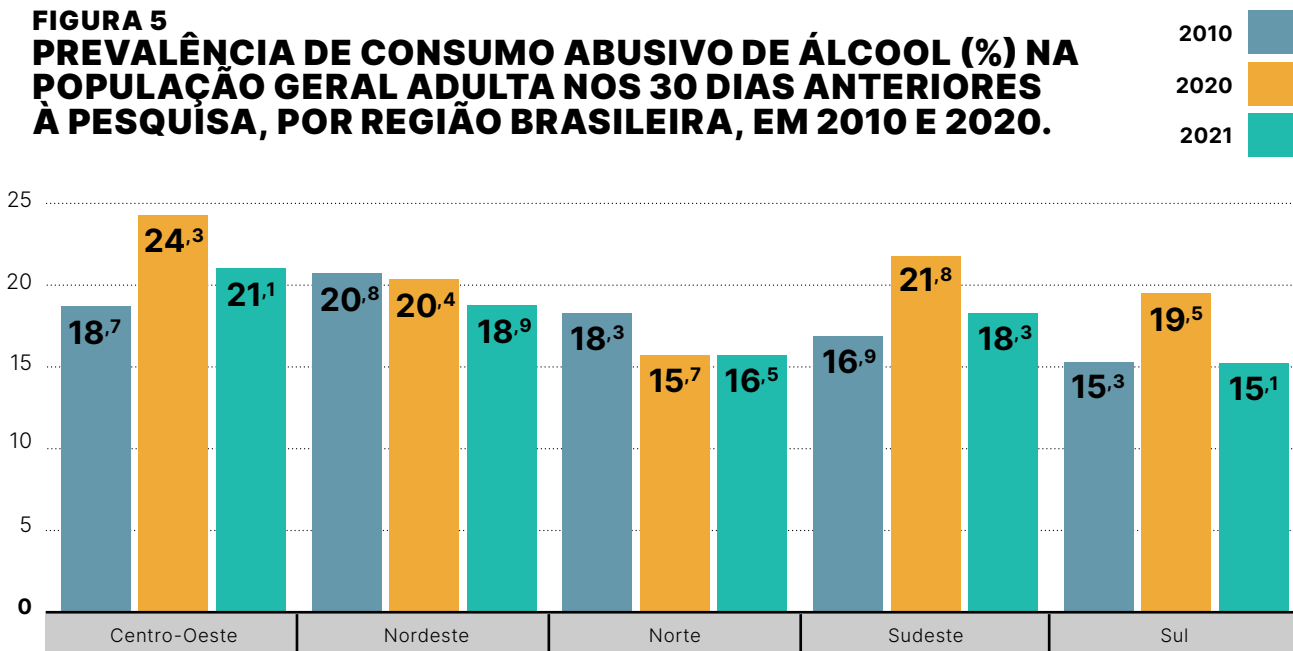
estável em relação a 2020 e com tendência de aumento em relação aos anos anteriores à pandemia. A prevalência de abstenção também retornou, em 2021, aos níveis de 2019, após breve diminuição em 2020 (Figura 4).

A análise do consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população geral adulta, por região, mostrou tendência à estabilidade deste indicador nas regiões Norte e Nordeste e redução nas demais regiões, em relação a 2020 (Figura 5).

Em 2020, algumas capitais haviam se destacado com altas prevalências de consumo abusivo (figura 6), sendo elas Salvador (27,2%), Florianópolis (26,7%), Goiânia (24,7%), Distrito Federal (24,3%) e Campo Grande (24%). Com exceção do DF, onde a queda foi pouco significativa, em todas elas houve diminuição expressiva dessa prevalência em 2021.



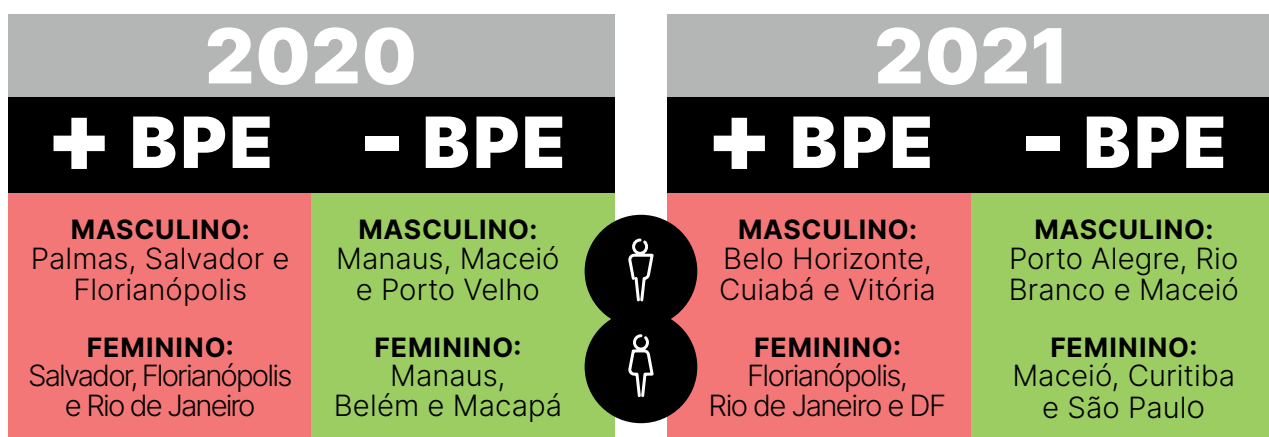
**FIGURA 5**  
**PREVALÊNCIA DE CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%) NA**  
**POPULAÇÃO GERAL ADULTA NOS 30 DIAS ANTERIORES**  
**À PESQUISA, POR REGIÃO BRASILEIRA, EM 2010 E 2020.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

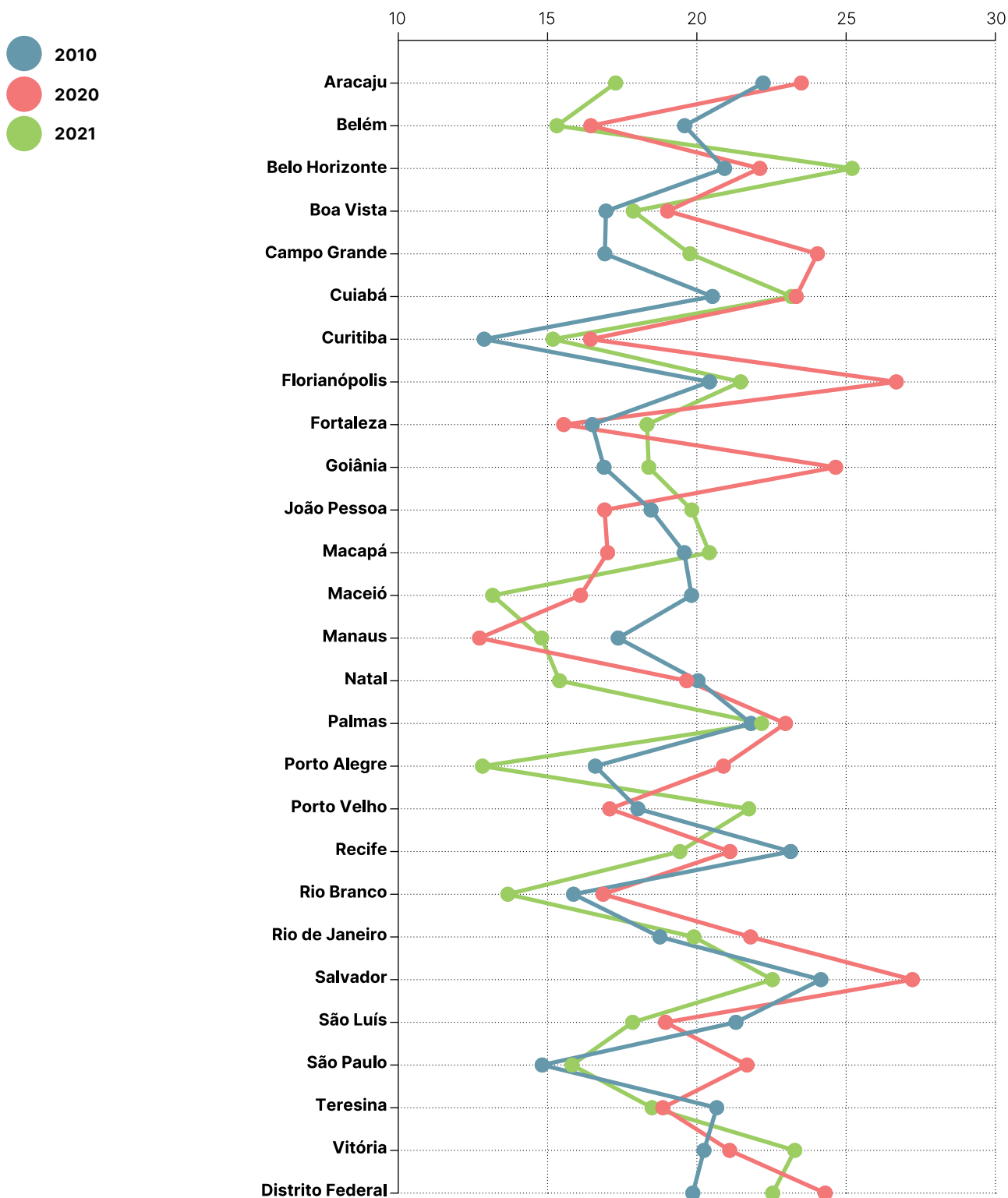
Em 2021, a menor prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população geral adulta, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi observada em Porto Alegre (12,8%) e a maior em Belo Horizonte (25,2%) (Figura 6). Entre os homens, as maiores frequências foram observadas em Belo Horizonte (36,2%), Cuiabá (35,0%) e Vitória (32,6%) e as menores em Porto Alegre (15,6%), Rio Branco (17,4%) e Maceió (19,0%). Entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas em Florianópolis (17,6%), no Rio de Janeiro (16,6%) e no Distrito Federal (16,3%), e as menores em Maceió (8,4%), Curitiba (8,6%) e São Paulo (9,7%).

**TABELA 2**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%) NA POPULAÇÃO GERAL**  
**ADULTA (TOTAL) E ENTRE HOMENS E MULHERES NOS 30 DIAS ANTERIORES**  
**À PESQUISA, NAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DF EM 2010, 2020 E 2021.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

**FIGURA 6**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL**  
**(%) NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA NOS 30**  
**DIAS ANTERIORES À PESQUISA, NAS CAPITAIS**  
**BRASILEIRAS E DF EM 2010, 2020 E 2021.**



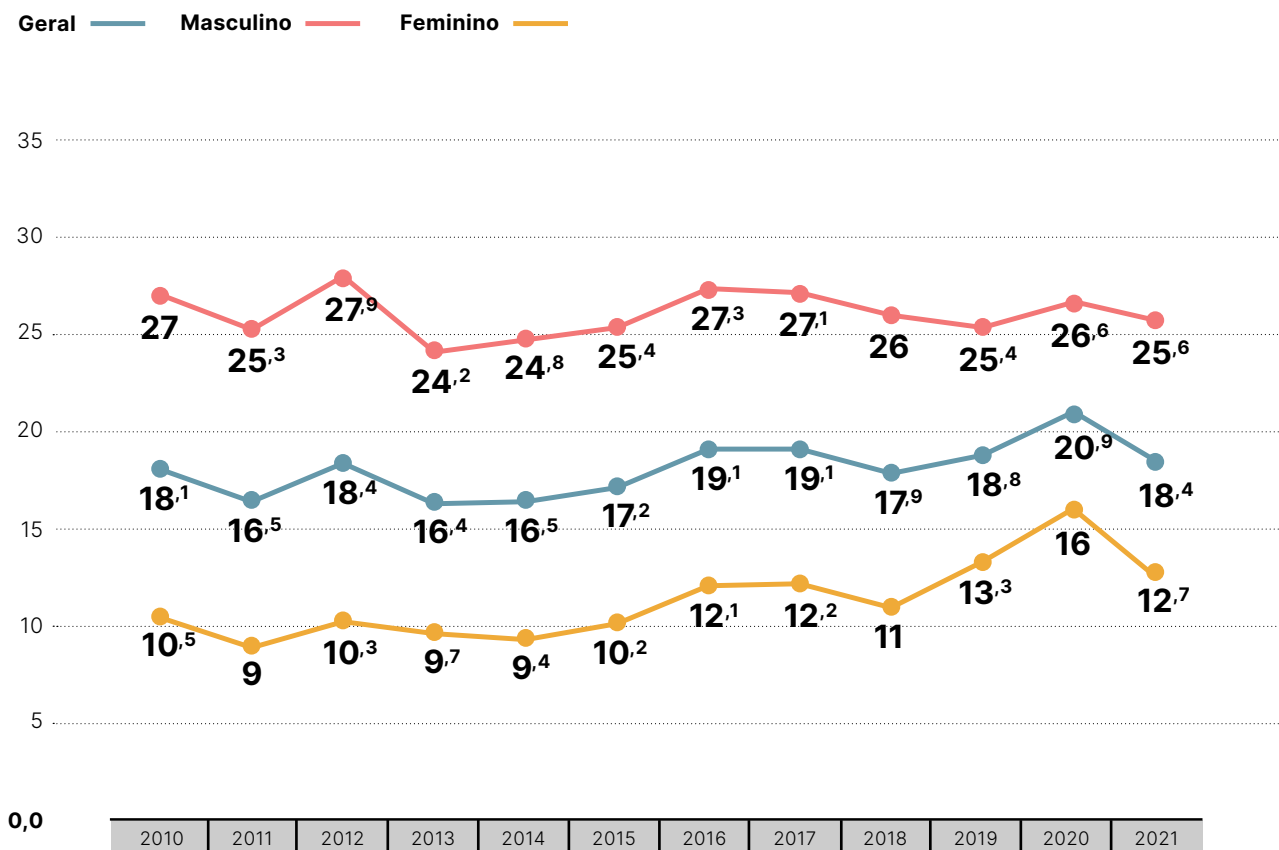
FONTE: Vigilant - Ministério da Saúde



A avaliação do consumo abusivo de álcool por sexo mostrou que, no período de dez anos (2010-2020), apesar da frequência ter sido maior entre homens do que entre mulheres, o consumo abusivo permaneceu estável na população masculina até 2020 (27,0% em 2010 e 26,6% em 2020), enquanto na população feminina houve aumento (10,5% em 2010 e 16,0% em 2020) (Figura 7) (CISA, 2021).

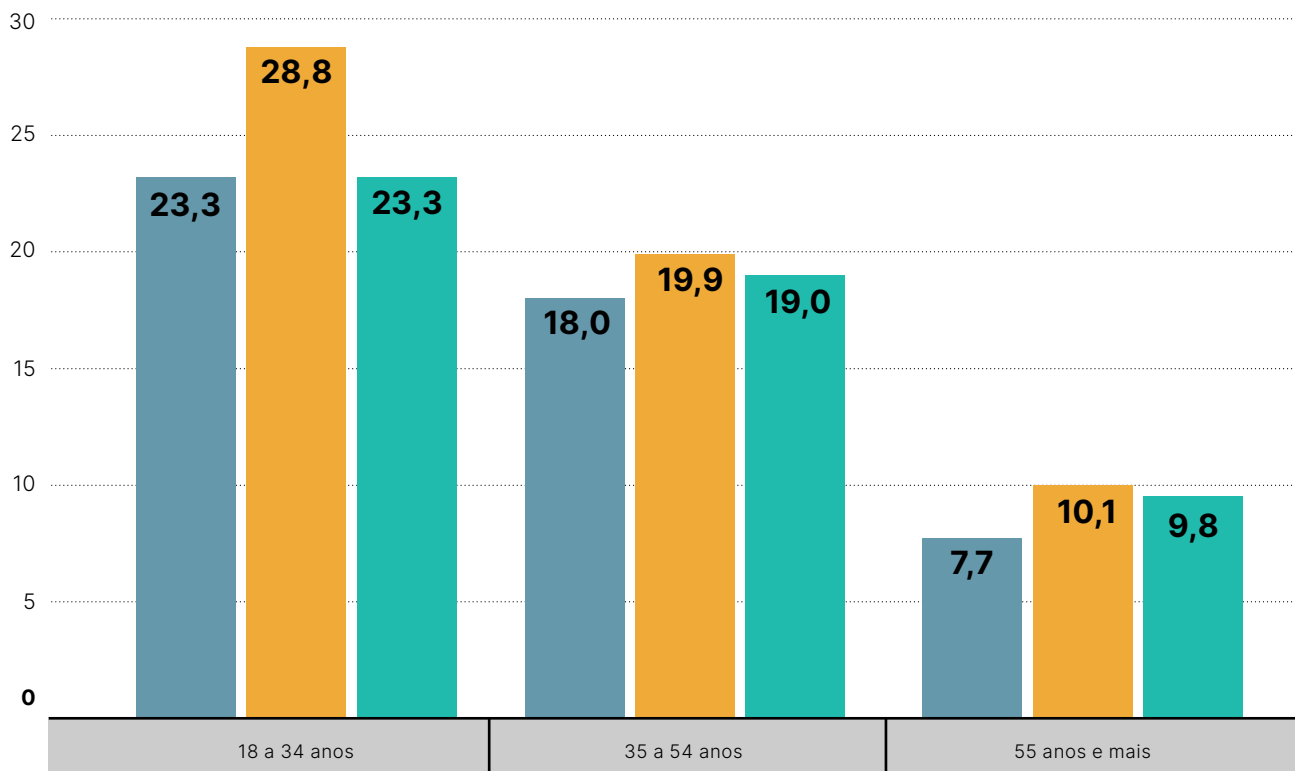
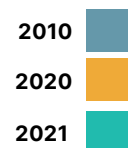
Por outro lado, os dados de 2021 mostram redução do consumo abusivo na população geral e entre homens e mulheres (Figura 7). Os valores são semelhantes àqueles de 2019, período pré-pandemia de COVID-19.

**FIGURA 7**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ALCOOL (%) NOS 30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA, NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA E ENTRE HOMENS E MULHERES NO PERÍODO DE 2010 A 2021.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

**FIGURA 8**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%)**  
**NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA POR IDADE, EM 2010,**  
**2020 E 2021, NOS 30 DIAS ANTERIORES À PÊSQUISA.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

Em todos os anos observados, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas diminui com a idade e aumenta com o nível de escolaridade (Tabelas 3a e 3b). A análise do consumo abusivo por faixa etária mostra estabilidade entre os homens de todas as faixas etárias e aumento significativo entre as mulheres de todas as faixas etárias consideradas na amostra, sendo que o maior aumento observado de 2010 para 2020 foi entre mulheres de 18 a 34 anos (Tabela 3a).



**TABELA 3a**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%)**  
**ENTRE HOMENS E MULHERES, POR IDADE, EM 2010, 2020**  
**E 2021, NOS 30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA.**

Idade	2010			2020			2021		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
18 a 34	23,3%	32,3%	14,5%	28,8%	32,7%	25,1%	23,3%	27,6%	19,3%
35 a 54	18,0%	27,2%	10,5%	19,9%	27,0%	14,0%	19,0%	27,9%	11,5%
55 anos e mais	7,7%	13,7%	3,5%	10,1%	15,0%	6,5%	9,8%	15,6%	5,5%

FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

**TABELA 3b**  
**PREVALÊNCIA DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%)**  
**ENTRE HOMENS E MULHERES, POR ESCOLARIDADE, EM 2010,**  
**2020 E 2021, NOS 30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA.**

Anos de escolaridade	2010			2020			2021		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
0 a 8	14,0%	22,2%	10,0%	15,0%	20,0%	10,0%	11,7%	17,0%	10,0%
9 a 11	19,6%	28,6%	11,8%	22,5%	28,5%	17,0%	19,4%	26,2%	13,2%
12 anos e mais	22,9%	32,9%	23,8%	23,8%	29,9%	19,0%	22,5%	29,5%	17,1%

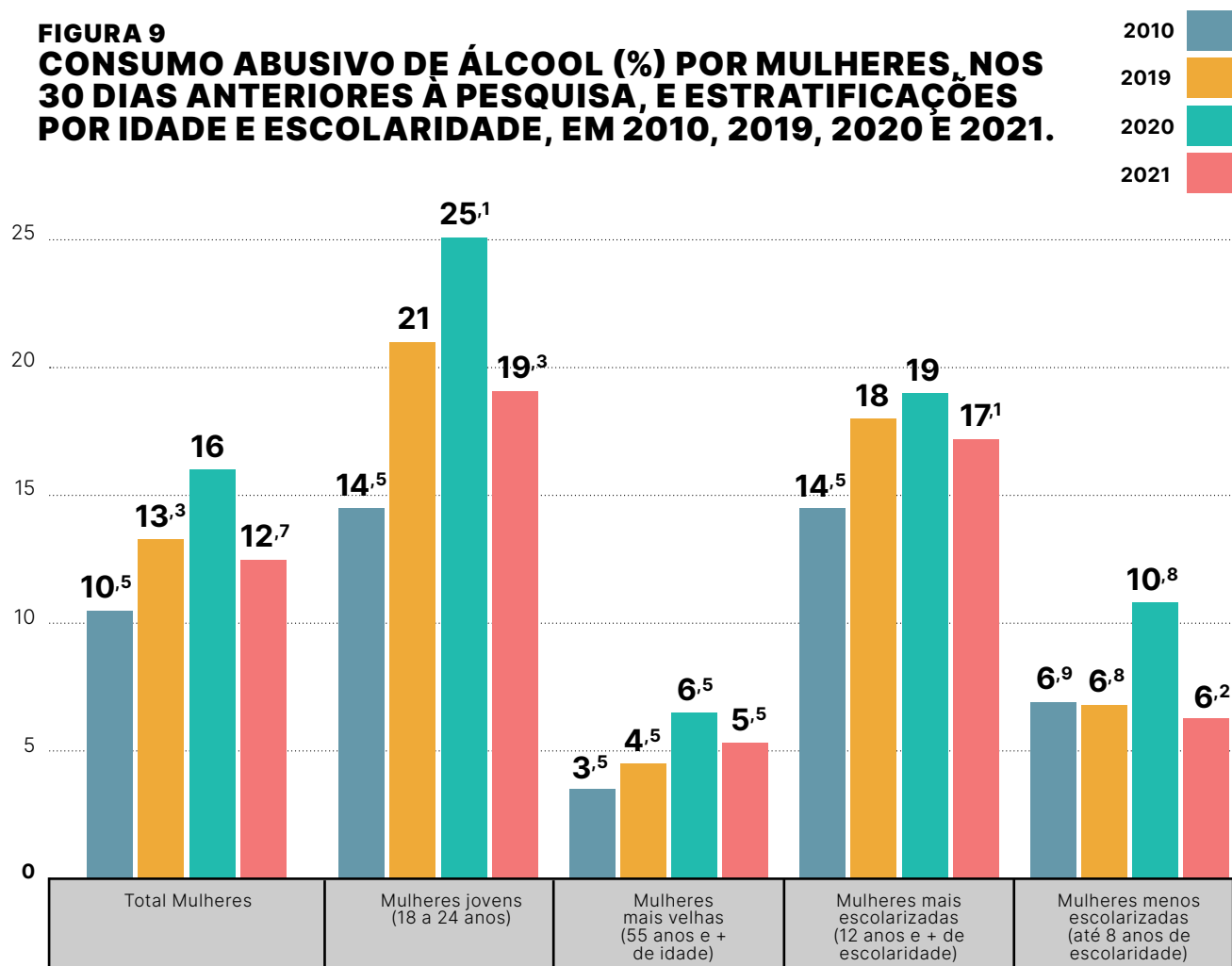
FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

Na comparação dos dados de 2021 com os dados de 2020, nota-se tendência à redução do consumo abusivo entre os jovens de 18 a 34 anos (população geral, homens e mulheres) e estabilidade para as demais faixas etárias (Tabela 3a).

Quando se trata especificamente das mulheres, observa-se um aumento contínuo no consumo abusivo de álcool na população total e nas estratificações por idade e escolaridade, no período de 2010 a 2020. Por outro lado, em 2021, houve queda no consumo abusivo para a população total de mulheres, em todas as faixas etárias. O mesmo é observado em relação aos anos de escolaridade (Figura 9).



**FIGURA 9**  
**CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (%) POR MULHERES, NOS**  
**30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA, E ESTRATIFICAÇÕES**  
**POR IDADE E ESCOLARIDADE, EM 2010, 2019, 2020 E 2021.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

Globalmente, os homens consomem mais álcool e são responsáveis por mais danos relacionados ao álcool para si e para os outros do que as mulheres. Em 2016, 54% dos homens (1,46 bilhão) e 32% das mulheres (0,88 bilhão) com 15 anos ou mais em todo o mundo consumiram álcool. O álcool causou cerca de 3 milhões de mortes (5% de todas as mortes) em 2016, das quais 2,3 milhões foram homens (8% das mortes) e 0,7 milhão foram mulheres (3% das mortes) (OMS, 2018a). Embora as diferenças de gênero no uso de álcool aparentemente sejam universais, seu tamanho varia consideravelmente entre os países e suas respectivas culturas, de uma proporção de homem para mulher para o consumo atual de 1:1 na Nova Zelândia e Noruega a 12:1 na Índia (Malta et al., 2021; OMS, 2018a). Grandes variações entre os países sugerem que os papéis de gênero culturalmente prescritos, mais do que as diferenças fisiológicas entre os sexos, são centrais na formação de padrões de consumo específicos de cada gênero (Malta et al., 2021).



A literatura já mostrou aumento no consumo abusivo entre as mulheres e estabilidade entre os homens (Grant et al., 2017), o que também vai ao encontro das nossas análises do período de 2010 a 2020. O estudo de Malta e colaboradores (2021) mostra que a prevalência entre homens chegou a ser cerca de três vezes mais elevada em 2006, quando comparada com a de 2019, apresentando tendência de convergência do consumo abusivo masculino e feminino. Entre o sexo feminino, foi verificada tendência de aumento significativo do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, em 2020, em 13 capitais brasileiras: Aracaju, Belo Horizonte, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Goiânia, Palmas, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Vitória, e Distrito Federal. Para as demais capitais, as tendências foram de estabilidade.

Um dos estudos mais amplos sobre esse tema (Slade et al., 2016) mostrou redução no consumo de álcool entre homens nascidos no início e no fim do século XX, tornando a diferença de consumo de álcool entre eles e as mulheres cada vez menor. Outras análises mostram aumento na prevalência de uso de álcool de alto risco e transtornos mentais causados pela bebida alcoólica entre mulheres. Os resultados do estudo indicam que mais mulheres adultas estão bebendo em excesso em comparação aos anos anteriores, provocando um efeito de convergência das prevalências entre homens e mulheres (Malta et al., 2021; Sanchez et al., 2020). Segundo o estudo de Manthey e colaboradores, globalmente, a previsão é de redução progressiva da diferença de consumo de álcool entre homens e mulheres até 2030 (Manthey et al., 2019). A vigilância do uso de álcool e dos danos decorrentes entre as mulheres deve ser aprimorada a fim de se compreender as causas que determinam esse fenômeno em cada região.

**OS RESULTADOS DO ESTUDO INDICAM QUE MAIS MULHERES ADULTAS ESTÃO BEBENDO EM EXCESSO EM COMPARAÇÃO AOS ANOS ANTERIORES, PROVOCANDO UM EFEITO DE CONVERGÊNCIA DAS PREVALÊNCIAS ENTRE HOMENS E MULHERES**

No caso dos idosos, os efeitos deletérios do consumo crônico pesado de álcool, muitas vezes, passam despercebidos por se assemelharem a outros sinais e sintomas comuns no envelhecimento, como falhas de memória e dificuldades motoras. Um estudo brasileiro estimou a prevalência do consumo de álcool da população geral idosa mostrando que um em cada quatro brasileiros (23,7%) com 60 anos ou mais consome álcool atualmente, sendo que 6,7% relatam ter praticado o

**ESSAS ALTERAÇÕES  
EMOCIONAIS  
PODEM SER AINDA  
MAIS FORTES COM O  
ENVELHECIMENTO,  
POIS ESTÃO  
ASSOCIADAS  
A CRISES DE  
IDENTIDADE,  
AUTOESTIMA E  
AUTOACEITAÇÃO**

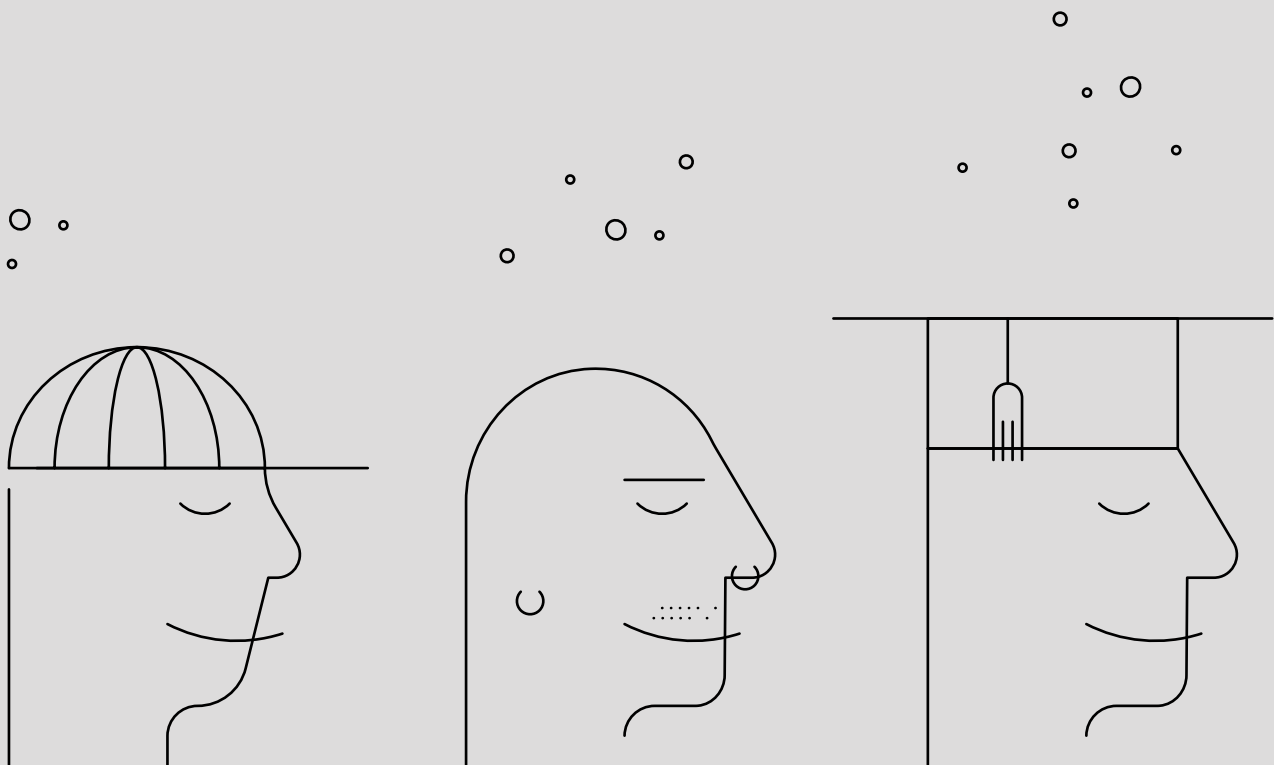
---

BPE, isto é, consumo de várias doses em uma única ocasião no último mês, e 3,8% consumiram, em uma semana, quantidades que podem colocar a saúde em risco (Paula et al., 2022).

O abuso de álcool nessa faixa etária pode alterar circuitos neurais relacionados ao estresse e à cognição, assim como a produção de alguns neurotransmissores, podendo induzir alterações na coordenação motora, no equilíbrio, na fala, no comportamento e nas funções cognitivas. Estudo brasileiro com 60 idosos com idade média de 64

anos concluiu que, em indivíduos que apresentavam consumo de risco (escore de 8 a 19 pontos) ou dependência de álcool (pontuação igual ou superior a 20) segundo o teste AUDIT, a rede de execução motora estava prejudicada. Os testes avaliaram diversos parâmetros de desempenho motor (coordenação fina, coordenação global, equilíbrio, organização espacial e temporal, e aptidão motora geral). Os indivíduos apresentaram comprometimentos emocionais frequentes, uma vez que o uso crônico de álcool promove alterações importantes em áreas do cérebro relacionadas à ansiedade e depressão. Essas alterações emocionais podem ser ainda mais fortes com o envelhecimento, pois estão associadas a crises de identidade, autoestima e autoaceitação (Carvalho et al., 2021).

Assim como ocorreu na edição de 2020 do Vigitel, a publicação referente a 2021 recomenda cautela na comparação dos dados, visto que houve uma concentração na coleta dos dados (setembro 2021 a fevereiro 2022) e redução da amostragem. Ainda assim, é possível verificar que os índices de 2021 aproximam-se daqueles registrados em 2019, indicando estabilidade na maior parte dos indicadores. Também chama a atenção a queda do consumo abusivo entre os jovens de 18 a 34 anos (homens e mulheres), em comparação com os índices de 2020 e 2019. Essa redução acontece em um cenário de retorno gradual à normalidade, e a despeito da retomada do funcionamento de bares e restaurantes e dos eventos, que são locais onde o consumo de álcool ocorre com frequência entre a população jovem. ■



## 5.4 CONSUMO DE ÁLCOOL POR JOVENS

**O** uso de álcool por crianças e adolescentes é um problema de saúde pública e resulta em várias consequências adversas para essa população. Um estudo de revisão sistemática constatou que a prevalência média do uso atual de álcool é de aproximadamente 35% entre adolescentes brasileiros com idades que variam de 10 a 19 anos (Filho et al., 2012). As evidências também sugerem que os componentes de contexto, como as influências dos pares e fatores parentais, especialmente durante o início da adolescência, têm influência no comportamento posterior de consumo. É importante ressaltar que achados anteriores também indicaram que o consumo de bebidas alcoólicas durante a adolescência é um preditor de transtornos por uso de álcool (TUA) e de outras substâncias (Boden et al., 2020).

**NO BRASIL, UM ESTUDO QUE ANALISOU DADOS DE 75 MIL ADOLESCENTES ENTRE 12 E 17 ANOS CONSTATOU QUE 21% CONSUMIRAM ALCÓOL NOS 30 DIAS ANTERIORES À PESQUISA, APESAR DE A IDADE LEGAL PARA O CONSUMO SER ACIMA DE 18 ANOS NO PAÍS**

No Brasil, um estudo que analisou dados de 75 mil adolescentes entre 12 e 17 anos constatou que 21% consumiram álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa, apesar de a idade legal para o consumo ser acima de 18 anos no país (Coutinho et al., 2016). O estudo de Rakovski e colaboradores demonstrou prevalência de 34,3% de ingestão de bebidas alcoólicas ao longo da vida e de 22,2% nos últimos 12 meses entre jovens de 12 a 17 anos no Brasil. A prevalência de consumo de álcool por menores de 18 anos foi maior entre aqueles que residiam em áreas rurais, os que relataram depressão e os que já

havam usado outras drogas. Os jovens que consumiram álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa apresentaram maior prevalência de BPE (Rakovski et al., 2021).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde 2019 (*National Survey on Drug Use and Health*, NSDUH 2019), nos Estados Unidos, a prevalência de uso de álcool entre adolescentes de 12 a 17 anos, nos 12 meses anteriores à pesquisa, foi de 21,2% (SAMHSA, 2020). No Brasil, revisão sistemática anterior identificou dados semelhantes aos encontrados no estudo de Rakovski e colaboradores (2021), com prevalência média de 35% para o consumo atual de álcool entre adolescentes brasileiros (Filho et al., 2012).

Na edição da PeNSE 2019 (IBGE, 2021), a experimentação de bebidas alcoólicas foi avaliada perguntando ao estudante se alguma vez na vida já havia tomado uma dose de bebida alcoólica. A experimentação de bebidas alcoólicas foi de 63,3% para os escolares de 13 a 17 anos; 55,9% para 13 a 15 anos; e 76,8% para 16 e 17 anos. Esse indicador apresentou pequeno aumento para os escolares de 16 e 17 anos, que foi de 73,0% em 2015 (IBGE, 2016). A experimentação de álcool em 2019 foi maior entre as meninas de 13 a 17 anos, que apresentaram um percentual de 66,9%, enquanto para os meninos esse percentual foi de 59,6% (Figura 10). Em 2015, a experimentação foi de 62,9% para as meninas e 60,0% para os meninos, na mesma faixa etária (Tabela 4).



**TABELA 4**  
**EXPERIMENTAÇÃO DE ÁLCOOL (%)**  
**POR IDADE E POR SEXO EM 2015 E 2019.**

Idade	2015			2019		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
13 a 17 anos	61,4%	60,0%	62,9%	63,3%	59,6%	66,9%
13 a 15 anos	54,3%	52,3%	56,5%	55,9%	50,9%	60,9%
16 e 17 anos	73,0%	72,9%	73,0%	76,8%	76,5%	78,1%

FONTE: PeNSE, 2015 e 2019.

A dependência administrativa das escolas pode refletir diferenças socioeconômicas importantes na determinação de exposição a fatores de risco e proteção à saúde. As variações de experimentação de bebidas alcoólicas foram significativas apenas para os estudantes de 16 e 17 anos, com o predomínio de experimentação entre escolares da rede privada (79,5%) em comparação à rede pública (76,4%), semelhante ao observado em 2015.

A pesquisa também mostrou que, em 2019, 34,6% dos escolares de 13 a 17 anos experimentaram álcool com menos de 14 anos, sendo 36,8% entre as meninas e 32,3% entre os meninos. Em 2015, a prevalência havia sido de 29,2% para as meninas e 32,1% para os meninos. Esses dados revelam uma modificação do comportamento das meninas, que apresentam uma ampliação da exposição ao álcool em idades mais jovens, em relação aos meninos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escolares da rede pública e da rede privada.

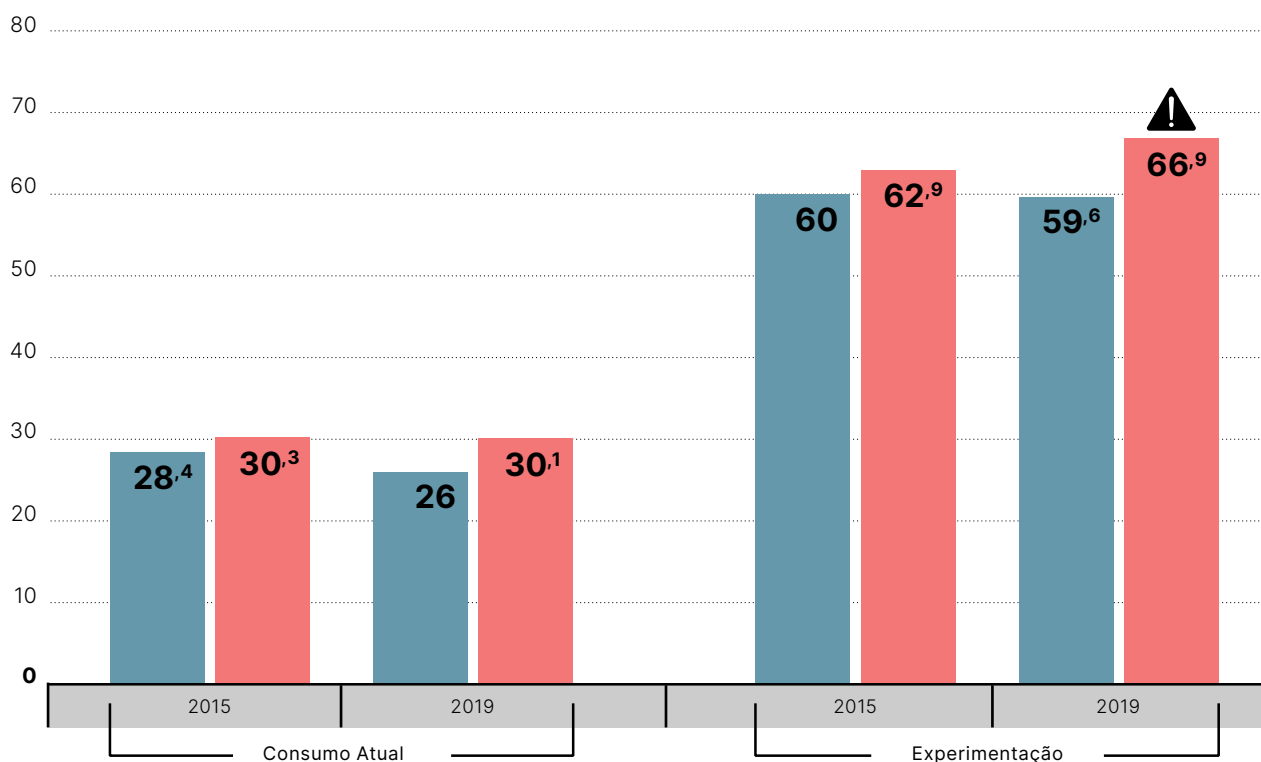
**TABELA 5**  
**CONSUMO ATUAL DE BEBIDA ALCOÓLICA (%)**  
**POR IDADE E POR SEXO EM 2015 E 2019.**

Idade	2015			2019		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
13 a 17 anos	29,3%	28,4%	30,3%	28,1%	26,0%	30,1%
13 a 15 anos	24,1%	22,0%	26,3%	21,1%	18,7%	25,5%
16 e 17 anos	37,8%	34,0%	36,6%	38,9%	39,2%	38,6%

FONTE: PeNSE, 2019.

**FIGURA 10**  
**EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO ATUAL DE**  
**BEBIDA ALCOÓLICA (%) POR ESCOLARES**  
**DE 13 A 17 ANOS EM 2015 E 2019.**

Meninos ■  
 Meninas ■



FONTE: PeNSE, 2019.



Entre os escolares de 13 a 17 anos que já consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 47,0% referiram episódios de embriaguez. A frequência desses episódios foi maior na região Sul (50,5%) e não apresentou diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo.

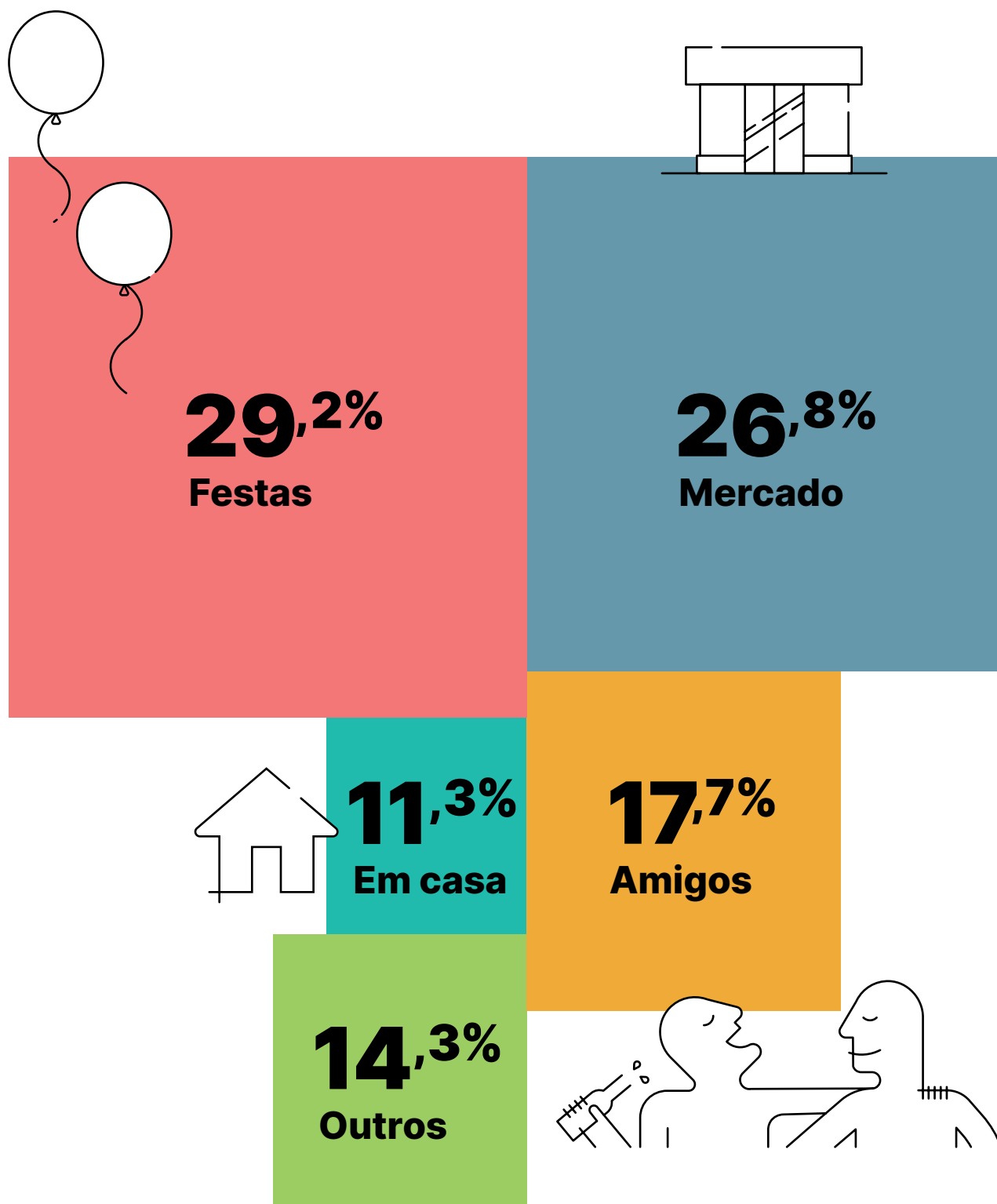
O consumo atual de álcool foi avaliado pela ingestão de pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à pesquisa. Os resultados mostraram que, no total, 28,1% dos escolares de 13 a 17 anos, 22,1% de 13 a 15 anos e 38,9% de 16 e 17 anos consumiram álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabela 5). Na estratificação por sexo, observou-se consumo atual maior entre as meninas de 13 a 17 (Figura 10) e 13 a 15 anos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escolares da rede pública e da rede privada.

Entre os escolares de 13 a 17 anos que consumiram álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa, o modo mais frequente de obter bebidas alcoólicas foi em uma festa (29,2%), seguido pela compra em mercado, loja, bar, botequim ou padaria (26,8%), com amigos (17,7%) e em casa, com alguém da família (11,3%). Conseguiu de outro modo (5,8%), pediu para alguém comprar (4,5%), pegou escondido em casa (2,6%) ou comprou de um vendedor de rua (1,4%), foram as demais modalidades apresentadas pela pesquisa (Figura 11).

**OBSERVOU-SE CONSUMO ATUAL MAIOR ENTRE AS MENINAS DE 13 A 17 E 13 A 15 ANOS. NÃO HOUE DIFERENÇAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE OS ESCOLARES DA REDE PÚBLICA E DA REDE PRIVADA.**



**FIGURA 11**  
**MODOS MAIS FREQUENTES DE OBTENÇÃO**  
**DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (%) ENTRE**  
**ESTUDANTES DE 13 A 17 ANOS EM 2019.**





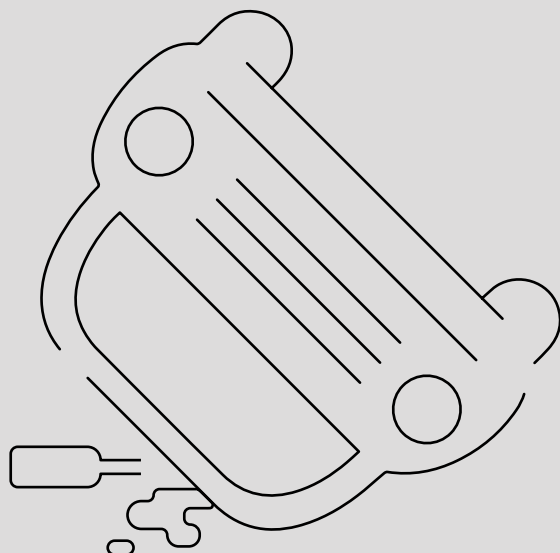
Considerando que a venda de bebidas alcoólicas é proibida para menores de 18 anos no Brasil, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 13.106), esse indicador demonstra falhas na aplicação e no cumprimento dessa legislação.

Já entre os jovens adultos (faixa etária de 18-24 anos), os dados mais recentes indicam queda do consumo abusivo de álcool no ano de 2021 (Brasil, 2021). Embora historicamente esse padrão de consumo seja maior entre os jovens, em função de sua vida social mais ativa, com participação mais frequente em eventos sociais (Malta et al., 2021), o último levantamento do Vigitel mostra uma mudança importante nesse cenário.

Estudos realizados com amostras de outros países, sobretudo os mais desenvolvidos, apresentam mudanças nos padrões de consumo de álcool entre os mais jovens, indicando diminuição entre adultos com até 30 anos e aumento entre os de 31 a 64 anos (Keyes et al., 2019; Polcin et al., 2014).

A queda da prevalência do consumo abusivo de álcool na população jovem, observada na edição do Vigitel 2021, chama a atenção por fugir da série histórica. O índice não era inferior a 20% há sete anos. No que diz respeito aos homens jovens, a prevalência de 22,1% em 2021 é a menor de toda a série histórica (2006-2021). Uma possível explicação para a redução do consumo abusivo entre os jovens seria a interrupção ou redução da presença em festas, bares e outros eventos sociais durante a pandemia e o consequente aumento da convivência familiar. Mudanças de comportamento ocorrem de forma lenta, portanto, somente quando os dados de 2022 chegarem, poderá ser verificado se a redução foi resultado da pandemia ou representa realmente o início de uma mudança de comportamento entre os jovens. De qualquer forma, são resultados que devem ser olhados de forma positiva, pois podem indicar a adoção de formas mais conscientes de consumo de álcool pela população mais jovem. ■

**UMA POSSÍVEL  
EXPLICAÇÃO  
PARA A REDUÇÃO  
DO CONSUMO  
ABUSIVO ENTRE  
OS JOVENS SERIA  
A INTERRUÇÃO  
OU REDUÇÃO DA  
PRESENÇA EM  
FESTAS, BARES E  
OUTROS EVENTOS  
SOCIAIS DURANTE  
A PANDEMIA E O  
CONSEQUENTE  
AUMENTO DA  
CONVIVÊNCIA  
FAMILIAR.**



## 5.5 BEBIDA E DIREÇÃO

**O**s acidentes de trânsito são um importante fator de lesões, incapacidade e morte em todo o mundo, e os traumatismos causados por acidentes de trânsito são a principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos. Estima-se que o álcool seja responsável por 36,7% de todos os acidentes de trânsito entre homens e 23% entre mulheres, portanto trata-se de um problema de saúde pública que afeta não somente o usuário de bebidas alcoólicas como outros indivíduos, incluindo passageiros e pedestres. O nível de álcool no sangue é medido pela alcoolemia, calculada como Concentração de Álcool no Sangue (CAS) ou BAC (do inglês *Blood Alcohol Concentration*), e expressa em gramas de álcool por decilitro (g/dL) ou por litro (g/L) de sangue.

**TABELA 1  
CORRELAÇÃO APROXIMADA ENTRE CAS,  
NÚMERO DE DOSES E EFEITOS NO ORGANISMO,  
ESTIMADA PARA UM HOMEM DE 70 KG**

<b>CAS (g/L)*</b>	<b>Número de doses</b>	<b>Efeitos no organismo</b>
<b>0,2 a 0,3</b>	<b>1</b>	Funções mentais começam a ser afetadas
<b>0,3 a 0,5</b>	<b>2</b>	Relaxamento, sensação de satisfação
<b>0,5 a 0,8</b>	<b>3-4</b>	Sensação de autoconfiança aumenta, euforia, desinibição, reflexos mais lentos
<b>0,8 a 2,0</b>	<b>4 a 10</b>	Falhas na coordenação motora, visão dupla, desconexão da realidade
<b>2,0 a 5,0</b>	<b>Varia</b>	Dificuldade de se manter em pé
<b>&gt; 5,0</b>		Coma



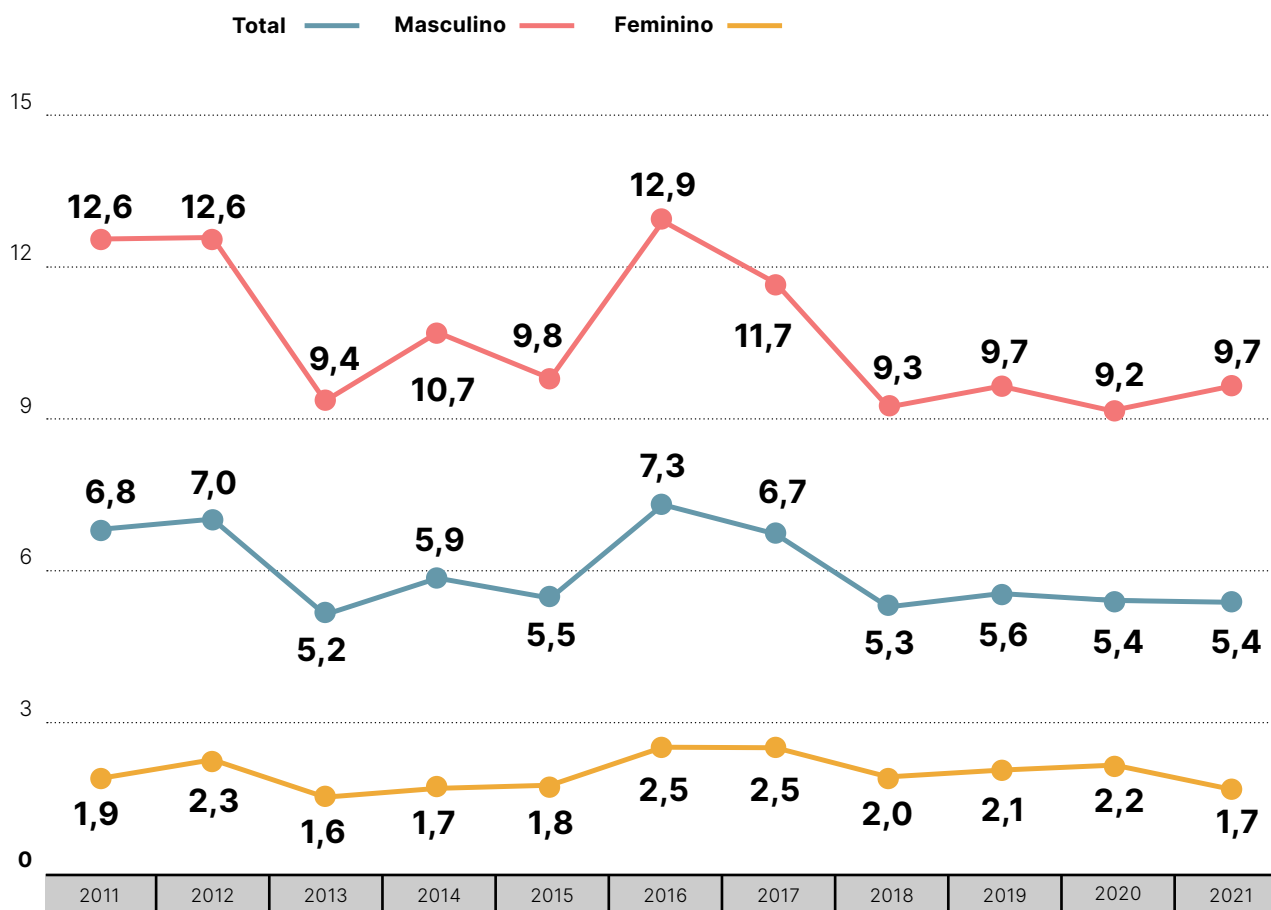
Mesmo com baixos níveis de CAS, os condutores apresentam alterações na concentração, coordenação motora e identificação de riscos no ambiente viário (OMS, 2018a). Alterações nos reflexos e na percepção visual já são observadas a partir de 0,05 g de álcool/L de sangue, assim como o aumento do tempo de resposta (Payne, 2007). Tais efeitos são especialmente impactantes na direção de veículos automotores e, nesse contexto, motoristas que bebem ficam mais propensos a comportamentos de risco, como dirigir em alta velocidade e não usar cinto de segurança e, ainda, quanto maior a CAS, maior a velocidade média e a gravidade dos ferimentos causados pelo acidente.

O Brasil é um dos poucos países que estabeleceu tolerância zero ao álcool e reforçou os instrumentos de fiscalização do cumprimento da Lei Seca. Provas testemunhais, vídeos e fotografias passaram a ser aceitos para comprovar que o condutor está dirigindo sob o efeito do álcool (Presidência da República, 2012). A cidade de São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes, reduziu a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito de 12,5 em 2009 para 6,9 óbitos por 100 mil habitantes em 2018 (Andreuccetti et al., 2019). Apesar dessa redução, a prevalência do uso de álcool e outras drogas ainda é alta em vítimas fatais desse tipo de acidente na capital paulista (Andreuccetti et al., 2019). Sabe-se que a prevenção das mortes no trânsito é mais eficaz quando a fiscalização é constante e resulta em sanções rápidas e severas, e quando há campanhas de educação pública eficazes.

Em 2020 e 2021, no conjunto das 27 capitais brasileiras, 5,4% dos indivíduos referiram conduzir veículo motorizado após consumo de bebida alcoólica, sendo essa proporção notadamente maior entre homens (9,2% e 9,7%, respectivamente) do que entre mulheres (2,2% e 1,7%, respectivamente) (Figura 12).

**O BRASIL É UM DOS  
POUCOS PAÍSES  
QUE ESTABELECEU  
TOLERÂNCIA  
ZERO AO ALCÓOL  
E REFORÇOU OS  
INSTRUMENTOS DE  
FISCALIZAÇÃO DO  
CUMPRIMENTO DA  
LEI SECA. PROVAS  
TESTEMUNHAIS,  
VÍDEOS E  
FOTOGRAFIAS  
PASSARAM A SER  
ACEITOS PARA  
COMPROVAR QUE  
O CONDUTOR ESTÁ  
DIRIGINDO SOB O  
EFEITO DO ALCÓOL**

**FIGURA 12**  
**PREVALÊNCIA DE CONDUÇÃO DE VEÍCULOS**  
**MOTORIZADOS APÓS O CÔNSUMO DE BEBIDA**  
**ALCOÓLICA (%) NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA E ENTRE**  
**HOMENS E MULHERES NO PERÍODO DE 2011 A 2021.**



FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

Em 2021, a frequência de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de bebida alcoólica (qualquer quantidade) variou de 2,5% em Maceió a 12,6% em Palmas. As maiores frequências entre homens foram observadas em Palmas (21,1%), Teresina (19,1%) e Boa Vista (16,8%), e as menores ocorreram em Maceió e Fortaleza (5,0%) e Natal (5,1%). Entre as mulheres<sup>4</sup>, as maiores frequências ocorreram em Florianópolis (5,4%), Palmas (5,1%) e Boa Vista (4,9%) e as menores no Recife (0,1%), no Rio de Janeiro (0,3%) e em Maceió (0,4%).

4 Devido às limitações na coleta de dados e amostragem do Vigitel 2021, as estimativas devem ser tratadas com cautela até que uma edição futura confirme essas tendências. Contudo, especialmente entre as mulheres, a maior parte dos dados de condução de veículos após o consumo de bebida alcoólica tem baixa confiabilidade, apresentando coeficiente de variação  $\geq 35$  e/ou número de casos muito pequeno ( $< 20$ ), gerando valores de baixa precisão.



A análise da tendência temporal (2011-2020)<sup>5</sup>, feita a partir do modelo de *Prais-Winsten*, demonstrou que, na maioria das capitais, não houve alteração significativa do beber e dirigir ao longo do tempo, tanto na população geral quanto por sexo. No mesmo período, as capitais que apresentaram redução percentual anual significativa do beber e dirigir ao longo do tempo foram Recife (PE), com valor de -11,58%; Salvador (BA), com valor de -5,60%; Natal (RN), com valor de -7,22%; e Porto Alegre (RS), com valor de -4,83% (Tabela 5 - Anexo).

Um dado preocupante obtido a partir do modelo de *Prais-Winsten* para 2020 é a tendência ao aumento da prevalência do comportamento de beber e dirigir entre mulheres em algumas capitais: Manaus (AM), com valor de 12,53%; Palmas (TO), com valor de 9,29%; e Campo Grande (MS), com valor de 14,94%. Essa tendência de aumento não foi observada entre os homens para nenhuma das capitais (Tabela 5 - Anexo).

Em ambos os sexos, a frequência de dirigir após o consumo de bebida alcoólica diminuiu com a idade e aumentou com a escolaridade. A frequência foi menor para todas as faixas etárias e escolaridades em relação a 2011, na população geral (Figuras 13 e 14).

Um estudo transversal com o objetivo de monitorar a prevalência de dirigir após consumir bebida alcoólica e o excesso de velocidade, na cidade de São Paulo, demonstrou uma tendência decrescente nos testes do bafômetro com CAS acima do limite legal. A porcentagem de resultados positivos para álcool foi de 4,1% no início do estudo, em 2015, e 0,6% no final de 2018. No entanto, mais da metade dos condutores se recusou a fazer o teste, mesmo com as punições existentes. O estudo concluiu que, a diminuição significativa na porcentagem de resultados positivos para álcool nos últimos 3 anos foi concomitante com a crescente taxa de recusa para testes de bafômetro. Além disso, os índices de excesso de velocidade aumentaram significativamente no final de 2018, apesar das intervenções implementadas nas vias monitoradas no mesmo período. A prevalência do comportamento de beber e dirigir diminuiu, provavelmente, devido a um aumento no número de motoristas que se recusaram a fazer os testes do bafômetro (Andreuccetti et al., 2019).

---

5 As regressões de *Prais-Winsten* não incluíram os dados de 2021, devido à indisponibilidade dos dados brutos até a data desta publicação.

**O ESTUDO CONCLUI QUE, A DIMINUIÇÃO SIGNIFICATIVA NA PORCENTAGEM DE RESULTADOS POSITIVOS PARA ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 3 ANOS FOI CONCOMITANTE COM A CRESCENTE TAXA DE RECUSA PARA TESTES DE BAFÔMETRO.**

Diversos estudos investigaram o impacto da Lei Seca sobre a mortalidade por acidentes de trânsito (AT) no Brasil. Malta e colaboradores (Malta et al., 2010) compararam a taxa de mortalidade por AT utilizando dados agregados de um ano antes e um ano depois da implementação da Lei Seca, e observaram redução significativa de 7,4% na taxa de mortalidade por AT no Brasil, de forma heterogênea entre os Estados. Outro estudo (Andreuccetti et al., 2011) mostrou que a Lei Seca foi responsável por uma redução significativa da taxa de mortalidade por AT no Estado de São Paulo (7,2%) e na capital (16,0%).

Carvalho Nunes e colaboradores avaliaram o impacto da Lei Seca sobre a mortalidade por AT nas 27 unidades da federação (UF) brasileira, entre janeiro de 2002 e dezembro de 2015, sendo 78 meses antes da implementação da Lei Seca (janeiro de 2002 a junho de 2008) e 90 meses após (julho de 2008 a dezembro de 2015) (Nunes et al., 2021). Os coeficientes de mortalidade por AT foram observados mensalmente em cada UF. Os resultados do estudo mostraram que, após a implementação da Lei Seca, a mortalidade por AT diminuiu significativamente no Estado de Santa Catarina e no Distrito Federal. No entanto, aumentou consideravelmente nos Estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Mato Grosso, e permaneceu estável nos demais (Nunes et al., 2021).

Os dados desse estudo revelam a heterogeneidade dos impactos da Lei Seca nas diferentes UFs, que deve ser atribuída, segundo os autores, não à ineficiência das intervenções que regulam e penalizam o ato de beber e dirigir, mas a outros fatores associados ao óbito por AT, como mudança na frota de veículos, alteração no comportamento dos condutores de veículos, funcionamento do sistema nacional de trânsito, municipalização da gestão do trânsito e adesão variável a políticas e ações em saúde, as quais podem ter evoluído de modo diferente entre as UFs (Nunes et al., 2021).

É preciso, portanto, reforçar a necessidade de que estratégias futuras se adequem aos contextos de cada região e considerem as variáveis mencionadas no estudo para reduzir os acidentes e as lesões de trânsito no Brasil. ■



## 5.6 CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**R**espostas a eventos traumáticos diferem de indivíduo para indivíduo, como já observado em situações anteriores de trauma em massa - terrorismo, crises econômicas etc. O aumento do consumo de álcool é uma das possíveis respostas a situações de estresse (Dimaggio et al., 2009; de Goeij et al., 2015). Estudos preliminares, realizados de março a maio de 2020, durante o auge da pandemia de COVID-19, indicaram aumento no consumo de bebidas alcoólicas para lidar com emoções negativas e sintomas de depressão e ansiedade em alguns países, como China, Austrália, Polônia, Canadá e Brasil (Ventriglio et al., 2019). No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelaram que, em 2021, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 400,3 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e álcool, um aumento de 12% em relação a 2020, ano com 356 mil registros.



No início da pandemia de COVID-19, as políticas de disponibilidade de bebidas alcoólicas divergiram entre os países, com banimento parcial ou completo durante o isolamento social ou a restrição de canais de venda. Enquanto nos países que proibiram completamente a venda houve relatos de aumento do consumo de álcool ilegal e mortes por envenenamento, em outros casos, observou-se um crescimento das vendas via internet e do consumo em casa.

**APÓS UM SEMESTRE DO INÍCIO DA PANDEMIA DE COVID-19, VÁRIOS ESTUDOS RELATARAM AUMENTO NO CONSUMO DE ALCOOL**

Após um semestre do início da pandemia de COVID-19, vários estudos relataram aumento no consumo de álcool (Ventriglio et al., 2019). Uma pesquisa canadense mostrou que 21% dos participantes que ficaram em casa relataram beber com mais frequência. As razões para tal comportamento foram falta de rotina, tédio e estresse (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020). Na Bélgica, houve um aumento de 30,3% no consumo de álcool, associado ao desemprego e ao maior aumento do convívio com os filhos em casa, sendo esse o principal

motivo relatado, seguido por recompensa, falta de contatos sociais, perda de estrutura diária e aumento da tensão (Vanderbruggen et al., 2020). Uma pesquisa online, realizada na Austrália durante o pico da pandemia (março/abril), revelou que 52,7% da amostra apresentava consumo de risco de álcool, segundo o AUDIT-C (Newby et al., 2020). Na cidade de Hubei, na China, principal foco no início da pandemia, um estudo detectou proporções maiores de uso nocivo de álcool e outros transtornos relacionados ao seu uso em comparação com outras províncias (Ahmed et al., 2020). Num estudo realizado em Wuhan, o epicentro de COVID-19, mais de 80% dos participantes relataram níveis elevados de estresse, especialmente entre as mulheres que bebiam regularmente (Wang et al., 2020).

Apesar de muitos estudos relatarem aumento do uso de álcool durante a pandemia, dados preliminares de uma pesquisa internacional realizada virtualmente, resultante da colaboração entre a Europa, o Norte da África, a Ásia Ocidental e as Américas, mostraram que o BPE (binge drinking, em inglês) diminuiu em 2020 em comparação com 2019. Uma das possíveis explicações para essa descoberta é a ausência da pressão dos pares entre os jovens, uma norma social relacionada ao BPE que deixou de existir durante o isolamento social (Ammar et al., 2020). O mesmo foi observado em outra pesquisa online australiana,



realizada entre abril e maio de 2020, que mostrou diminuição no consumo abusivo de álcool medido pelo AUDIT, entre indivíduos de 18 a 25 anos (Callinan et al., 2021).

Por outro lado, um estudo canadense mostrou que, apesar da diminuição do BPE por adolescentes, a frequência do uso de álcool entre eles aumentou (Dumas et al., 2020). Embora o uso de álcool na adolescência ocorra tipicamente no contexto de pares, surpreendentemente, 93,3% estavam bebendo com os pais, o que também foi associado à diminuição do BPE e ao menor uso de maconha, sugerindo uma mudança para um comportamento mais “aceitável” em casa (Dumas et al., 2020). No entanto, o contexto de pares ainda era relevante para os adolescentes, e 77,6% dos entrevistados relataram beber com amigos virtualmente. Isso é explicado pelo fato de os adolescentes se preocuparem sobre como o distanciamento social afetaria sua reputação, tanto entre aqueles com baixa popularidade quanto entre os com alta popularidade.

Dados da Pesquisa Nacional de Álcool dos EUA de 2019–2020 mostraram maior prevalência de sintomas de depressão e ansiedade, e maior consumo de álcool para esquecer preocupações nos primeiros meses de restrições, durante a pandemia de COVID-19, em relação ao período imediatamente anterior, sendo mais proeminentes entre as mulheres (Martinez et al., 2022).

O *lockdown* também está relacionado ao aumento da violência doméstica. Uma pesquisa realizada por telefone em Wakiso, Uganda, de junho a agosto de 2020, mostrou que, de um total de 556 mulheres com média de idade de 33,4 anos, 55% eram casadas e quase metade delas - mais de 2 em cada 5 vítimas - relatou um aumento na violência física ou verbal durante esse período de restrições. Esses dados demonstram a urgência no desenvolvimento de programas e políticas destinadas a diminuir o risco de violência doméstica entre as mulheres caso venham a ocorrer outros períodos de lockdown (Id et al., 2022).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nas regiões da América Latina e do Caribe, a prevalência de consumo de álcool foi menor

**O LOCKDOWN  
TAMBÉM ESTÁ  
RELACIONADO  
AO AUMENTO  
DA VIOLÊNCIA  
DOMÉSTICA.  
UMA PESQUISA  
REALIZADA POR  
TELEFONE EM  
WAKISO, UGANDA,  
DE JUNHO A AGOSTO  
DE 2020, MOSTROU  
QUE, DE UM TOTAL  
DE 556 MULHERES  
COM MÉDIA DE  
IDADE DE 33,4  
ANOS, 55% ERAM  
CASADAS E QUASE  
METADE DELAS -  
MAIS DE 2 EM CADA 5  
VÍTIMAS - RELATOU  
UM AUMENTO  
NA VIOLÊNCIA  
FÍSICA OU VERBAL  
DURANTE ESSE  
PERÍODO DE  
RESTRICÇÕES.**

durante a pandemia (63,4%) do que em 2019 (75,8%). No entanto, é importante notar que o período de cobertura da pesquisa em 2019 foi de doze meses, enquanto em 2020, esse período se restringiu aos primeiros quatro meses da pandemia (março a junho). A análise conjunta dos dados da América Latina e Caribe mostrou que, nesse período, cerca de 13,8% dos bebedores reportaram um aumento do BPE, enquanto 33,4% reportaram diminuição da frequência desse comportamento. No Brasil, 74% dos respondentes consumiram álcool em algum momento durante o intervalo avaliado – maior percentual entre todos os países – e 42,2% praticaram BPE – também a maior prevalência da amostra (entre os outros participantes, a prevalência foi de 27,4%). Em comparação com os outros países, em que 8,6% dos respondentes reportaram crescimento na frequência de BPE, no Brasil, 17,2% declararam aumento, que foi associado a rendas mais altas e a quadros de ansiedade graves. No cenário brasileiro, ainda, cerca de 17,7% não alteraram a frequência de BPE e 22,7% reduziram a frequência durante a pandemia (OPAS, 2020). No Brasil, um estudo concluiu que 18% dos participantes beberam mais durante a pandemia, sendo que, dentre eles, o maior aumento (25,6%) ocorreu entre indivíduos de 30 a 39 anos. O uso de álcool foi associado aos sentimentos de tristeza e depressão (Fiocruz, 2020). A relação entre isolamento social e uso de álcool entre os brasileiros foi avaliada por Moura e colaboradores, em pesquisa recente. Um total de 68,5% dos participantes relatou consumo de álcool durante o período de isolamento, e 22,7% desses relataram aumento do consumo. O tabagismo foi associado positivamente ao consumo de álcool durante a pandemia e aos sintomas de ansiedade e depressão (Moura et al., 2021).

Várias limitações nos estudos apresentados devem ser consideradas, como a falta de padronização na quantificação do uso de álcool, uma vez que os dados durante a pandemia de COVID-19 foram avaliados principalmente pela autopercepção subjetiva do consumo de álcool. Essas variáveis devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados e na formulação de hipóteses para o impacto das adversidades econômicas causadas pela pandemia da COVID-19.

A extensão total do impacto da COVID-19 na saúde mental ainda não foi estabelecida. As variáveis individuais e regionais devem ser consideradas no desenvolvimento de estratégias para minimizar os problemas do uso nocivo de álcool. ■



# ÁLCOOL ILEGAL



## O QUE É ÁLCOOL ILEGAL

Álcool ilegal, também conhecido como álcool “não registrado”, abrange três grandes categorias de bebidas: (1) caseiras ou artesanais fabricadas informalmente, (2) bebidas falsificadas ou contrabandeadas e (3) bebidas “substitutas”, que são inapropriadas para ingestão humana, como perfumes e produtos de limpeza. Basicamente, as bebidas ilegais são aquelas que, de alguma maneira, não seguem os padrões de qualidade e/ou de taxaço exigidos por um país.

Em relação aos dois termos – álcool ilegal e álcool não registrado, é importante saber que todo álcool ilegal é do tipo não registrado. Porém, nem todo álcool não registrado é, de fato, ilegal. Por exemplo: comprar uma bebida alcoólica lícita em um país e consumi-la em outro torna a bebida não registrada, mas não ilícita. Ou seja, “álcool ilegal” e “álcool não registrado” são categorias muito próximas, mas não completamente equivalentes.

# QUAIS OS COMPONENTES DO ÁLCOOL ILEGAL E QUAIS OS RISCOS À SAÚDE E À ECONOMIA?

Por não seguir as regras de vigilância sanitária e/ou de taxação, o álcool ilegal traz diversas consequências, tanto para a economia quanto para a saúde. A composição do álcool não registrado varia substancialmente, mas alguns componentes – notadamente os nocivos – estão presentes em considerável parte das bebidas apreendidas e analisadas. Além de etanol e água, podem conter resíduos do processo de fermentação, aditivos, aromatizantes e subprodutos que têm sido associados a sintomas bastante graves (ver figura ao lado) quando se apresentam em altas concentrações.

No caso do metanol, o consumo pode levar a graves consequências. Encontrado nos produtos de limpeza e em postos de gasolina para abastecimento de carros, ele é bastante utilizado para fazer bebidas ilegais por ser mais barato, com cheiro semelhante ao álcool para consumo e ter efeito inebriante..

## Alguns sintomas da intoxicação

### ETANOL



dores de cabeça



cegueira



crises renais



óbito

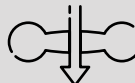
### METANOL



intensas dores de cabeça



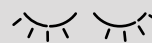
problemas de visão e até cegueira



fraqueza muscular (chamada de astenia)



tontura

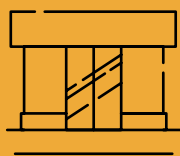


sonolência

## PONTOS DE ATENÇÃO/DICAS



Um dos fatores principais de apelo ao consumidor é o seu preço reduzido. Sempre desconfie de preços muito abaixo do mercado.



Preste atenção ao estabelecimento onde compra sua bebida. Aquele vendedor ambulante que fica próximo às baladas muitas vezes acaba comercializando bebidas ilegais.



Tenha o hábito de ler os rótulos originais; somente assim poderá identificar quando vir um falsificado.



Proibir ampletamente a produção artesanal é praticamente impossível, por fatores culturais e históricos. Assim, incentivar a formalização de produtores artesanais é uma das medidas recomendadas pela OMS.

**Ressalva:** nem todo álcool ilegal é necessariamente danoso. Existem fatores culturais e históricos que permeiam a produção de algumas bebidas ilegais. No Brasil, principalmente em regiões mais interioranas, famílias e comunidades produzem de maneira informal ou artesanal algumas bebidas alcoólicas, como cachacas. Muitas vezes são produzidas com muito zelo, como uma tradição familiar, ou simplesmente para consumo próprio ou para presentear amigos. Elas são classificadas como álcool ilegal por não seguirem regras estritas de qualidade ou de tributação, mas não necessariamente são prejudiciais à saúde.



## 5.7 ÁLCOOL ILEGAL: PANDEMIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

**A** pandemia levou alguns países e municipalidades a ponderar e, por vezes, implementar restrições na disponibilidade de bebidas alcoólicas, visando à redução da socialização e observando o prejuízo causado pelo uso nocivo da substância.

Embora pautada pelas preocupações com a saúde pública, proibições na comercialização do álcool produziram também, em alguns casos, efeitos deletérios. Na França, por exemplo, foi preciso revogar a proibição de vendas menos de um dia após seu decreto, visando evitar o desencadeamento de efeitos de abstinência em pessoas com dependência de álcool (The Local, 2020). Em algumas regiões do México, onde a venda de bebidas alcoólicas foi proibida, a ingestão de álcool ilegal contaminado por metanol desencadeou a morte de cerca de 200 pessoas (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2020; Medina-Mora et al., 2021). Além disso, durante a pandemia, muitas crenças falsas foram difundidas em relação ao álcool e à COVID-19, especialmente no que diz respeito aos supostos benefícios que o consumo de bebida traria à saúde. Intoxicações em massa por metanol

**DURANTE A PANDEMIA, MUITAS CRENÇAS FALSAS FORAM DIFUNDIDAS EM RELAÇÃO AO ÁLCOOL E À COVID-19, ESPECIALMENTE NO QUE DIZ RESPEITO AOS SUPOSTOS BENEFÍCIOS QUE O CONSUMO DE BEBIDA TRARIA À SAÚDE**

---

(um tipo de álcool mais barato e altamente tóxico) ocorreram no Irã após rumores de que a substância afastaria o vírus; em decorrência disso, pelo menos cinco mil envenenamentos e mais de 700 mortes foram relatadas (Aghababaeian et al., 2020; Shokoohi et al., 2020). Intoxicações semelhantes por metanol ocorreram no Azerbaijão e na Turquia, enquanto os consumidores tentavam se proteger contra o vírus por meio da ingestão de álcool vendido ilegalmente. Para combater essas suposições perigosas, a OMS (OMS, 2020) publicou materiais afirmando que a ingestão de álcool não destrói o SARS-CoV-2, mas, na verdade, pode facilitar a infecção e piorar seu curso, pois seu uso nocivo enfraquece o sistema imunológico.

Esses casos trazem à tona a importância da coordenação entre diversos setores para o combate ao consumo nocivo de álcool e de álcool ilegal. Como apontado em um documento da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), a pandemia trouxe complexidades referentes à venda e ao consumo de álcool ilegal que só podem ser bem solucionadas com a cooperação entre as agências aduaneiras, as agências responsáveis pela taxaço e as organizações relacionadas à saúde da população (OCDE, 2021). A troca de informações entre essas esferas do poder público e o monitoramento constante das compras ilícitas são componentes cruciais para o aprimoramento da saúde pública. ■



## 5.8 INTERNAÇÕES E ÓBITOS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

### 5.8.1 INTRODUÇÃO

Os dados sobre internações e óbitos no Brasil foram apresentados tendo em vista dois períodos: a série temporal que vai de 2010 a 2019 e o ano de 2020. Foi preciso separar o ano de 2020 devido à pandemia de COVID-19, que alterou de maneira importante não apenas o perfil de internações e óbitos no país inteiro, mas também abalou a maneira como transtornos relacionados ao uso de álcool eram manejados pelo SUS.

Em termos de internações, os dados do Datasus mostram que:

- **Entre 2010 e 2019, o número de internações por todas as causas e atribuíveis ao álcool cresceu. O total de internações em 2010 foi de 11,7 milhões (337 mil atribuíveis ao álcool), tendo aumentado para 12,2 milhões em 2019 (358 mil atribuíveis ao álcool). Análises estatísticas mostram que esse crescimento é devido ao maior número de internações de pessoas do sexo feminino que ocorreu entre 2010 e 2019 (de 85,3 mil internações para 105,4 mil, respectivamente).**
- **Em 2020, as internações por todas as causas e atribuíveis ao álcool diminuíram. Uma hipótese para explicar essa diminuição pode ser o represamento de casos menos urgentes no acesso ao sistema de saúde durante os períodos mais críticos da pandemia, principalmente em virtude do receio de contrair COVID-19. Problemas no processamento dos dados de saúde nesse período crítico também não devem ser descartados, sobretudo dados relativos a hospitais de campanha.**
- **Nesse cenário pandêmico, as internações total ou parcialmente atribuíveis ao álcool também diminuíram para ambos os sexos. Em**



para pessoas do sexo masculino, a redução foi de 252 mil internações em 2019 para 235 mil atribuíveis ao álcool em 2020. Para as do sexo feminino, a redução foi de 105 mil pessoas internadas em 2019 para 94 mil em 2020.

No que diz respeito aos óbitos, os dados do Datasus mostram que:

- **Entre 2010 e 2019, os óbitos atribuíveis ao álcool permaneceram relativamente estáveis, com variação entre 65 e 70 mil mortes.** Contudo, em relação ao total de óbitos por todas as causas, a porcentagem diminuiu: de 5,8% do total em 2010, passou para 4,9% em 2019. Observando os óbitos por 100 mil habitantes, verifica-se que os atribuíveis ao álcool não acompanham o crescimento populacional: passaram de 34 para 31,4 mortes a cada 100 mil habitantes, em 2010 e 2019 respectivamente.
- **Em 2020, os óbitos atribuíveis ao álcool continuaram estáveis.** Todavia, a proporção de óbitos totalmente atribuíveis ao álcool (TAA) aumentou, passando de 6.594 mortes em 2019 para 8.169 em 2020. Isso representa um aumento de 24% em relação a 2019. Este crescimento abrupto é inédito na série histórica de 2010 a 2020.
- **Em 2020, houve um aumento significativo de óbitos totais por todas as causas, resultante da pandemia:** de 1,35 milhões de mortes em 2019, passou para 1,55 milhões em 2020, um crescimento inédito na série histórica de 2010 a 2020. Isso afetou a proporção de óbitos atribuíveis ao álcool em relação ao total de óbitos, que, de 4,9% em 2019, passou para 4,3% em 2020. Porém, não significa que houve redução do número de mortes atribuíveis ao álcool, mas o contrário, uma vez que os óbitos totalmente atribuíveis ao álcool aumentaram em 2020. Assim, sintetizando os principais resultados, temos:
  - Em 2020, os óbitos total ou *parcialmente atribuíveis* ao álcool permaneceram estáveis em comparação com 2019.
  - Em 2020, os óbitos *totalmente* atribuíveis ao álcool sofreram um aumento de 24% em relação a 2019.
  - Os óbitos *parcialmente* atribuíveis ao álcool, por sua vez, reduziram de 59 para 58 mil óbitos entre 2019 e 2020.



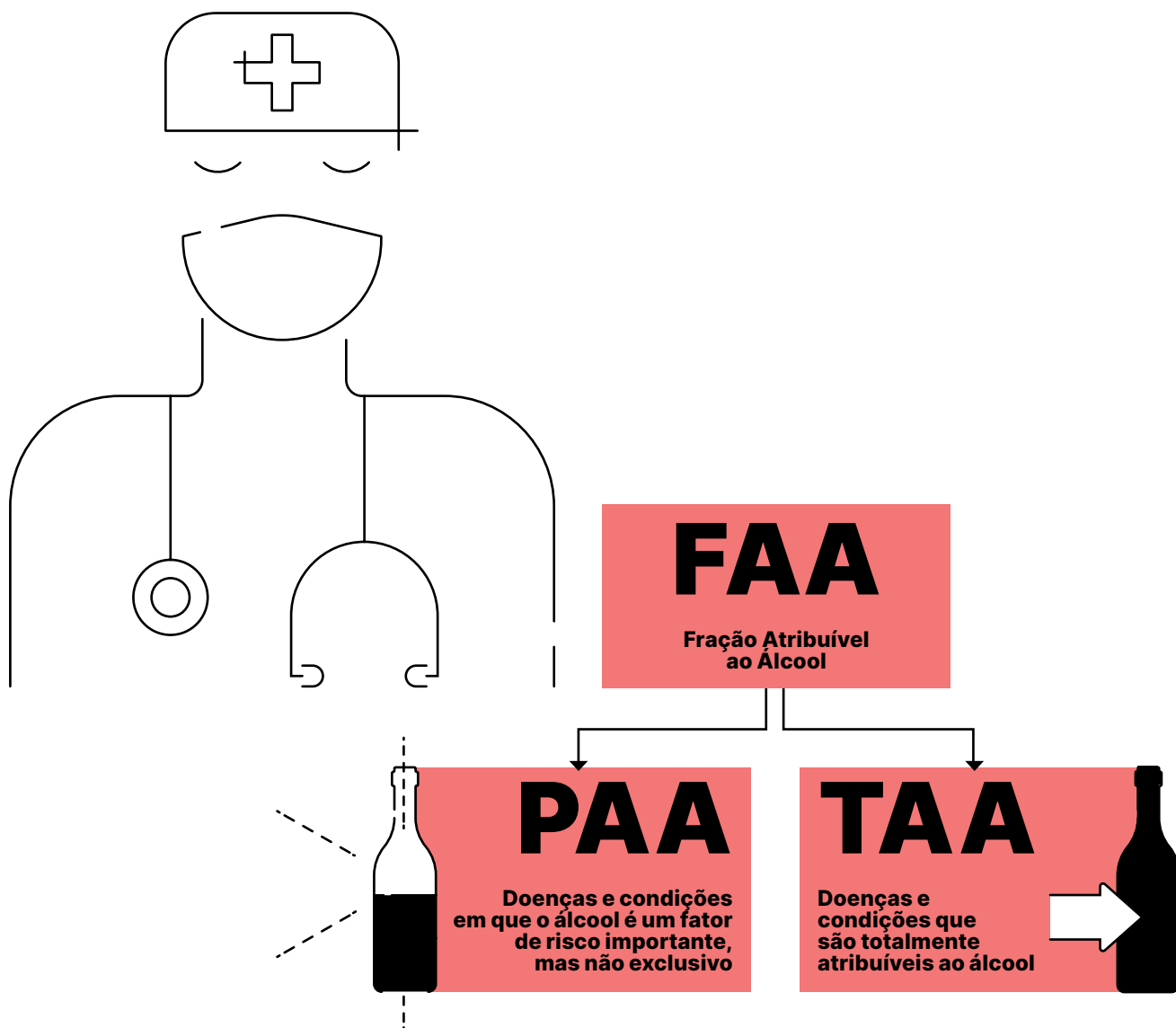
## 5.8.2. INTERNAÇÕES: VISÃO GERAL E ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL

O consumo de álcool pode ter impactos significativos na vida de um indivíduo, principalmente se feito de forma nociva. No que se refere aos danos à saúde, há situações em que é mais fácil atribuir ao consumo de álcool algum desfecho desfavorável, como ocorre com a ressaca, que, geralmente, acompanha o dia após um episódio de uso pesado. Porém, os efeitos do álcool na saúde podem ir além de consequências passageiras e de curto prazo.

Consequências em médio e longo prazo também precisam ser consideradas. Paralelamente, algumas doenças e condições de saúde possuem diversos fatores de risco, sendo um deles o álcool. Nesse caso, a parcela de contribuição do consumo de bebidas alcoólicas para sua ocorrência ou seu desenvolvimento também deve ser analisada a partir de estudos populacionais, dado que o álcool aumenta as chances e a gravidade de tais condições, muito embora não seja a causa exclusiva.

Para ajudar a identificar os efeitos do consumo de álcool nos indivíduos e nos sistemas de saúde, dois conceitos referentes à Fração Atribuível ao Álcool (FAA) serão apresentados a seguir.

Há doenças e condições de saúde que são Parcialmente Atribuíveis ao Álcool (PAA), nas quais essa substância é um fator de risco importante para seu desenvolvimento ou sua evolução – como é o caso de alguns tipos de câncer –, embora não sejam exclusivamente causadas ou agravadas pelo consumo de álcool. Além das PAA, existem doenças e condições que são Totalmente Atribuíveis ao Álcool (TAA), ou seja, não existiriam sem ele, como a dependência e a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).



As internações atribuíveis ao álcool são produto da multiplicação do número total de internações de um agravo específico pela FAA respectiva, de acordo com as FAAs provenientes da OMS (2018). Dessa forma, para avaliar o impacto do álcool nas internações ocorridas no Brasil, inicialmente analisou-se a visão geral das internações por todas as causas e das internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool de maneira conjunta (PAA+TAA) e, depois, as internações totalmente atribuíveis ao álcool de maneira exclusiva (apenas TAA).

Para analisar melhor o cenário brasileiro, a quantidade de leitos hospitalares (psiquiátricos e total) também foi considerada, bem como o crescimento populacional entre 2010 e 2020. A variação na disponibilidade de leitos é um fator importante, pois, em alguns



casos, determina o limite máximo de internações. Nesse sentido, destaca-se que, de 2010 a 2020, a quantidade de leitos totais teve aumento de 3%, ao passo que os leitos psiquiátricos sofreram uma redução de 38%.

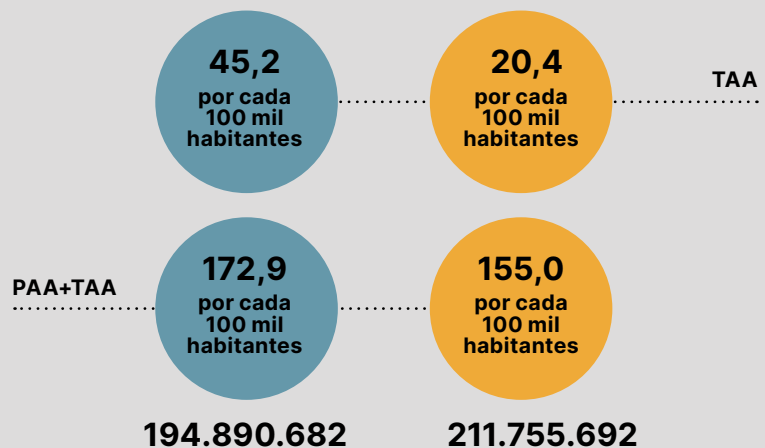
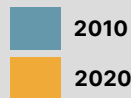
O crescimento populacional também precisa ser considerado, principalmente ao analisar valores absolutos de internações e óbitos, dado que a variação populacional pode impactar o aumento ou a redução dos casos referentes aos agravos atribuíveis ao álcool. Quando se comparam os anos de 2010 e 2020, o crescimento da população no Brasil foi de 9% e, apesar disso, as internações gerais por todas as causas diminuíram 9% no período, e as internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool também caíram em 3%. Essas diminuições vão na contramão da tendência que vinha sendo observada na década: entre 2010 e 2019, houve aumento de 4,1% no número absoluto de internações gerais por todas as causas e de 6,2% das internações PAA+TAA. É possível que a redução observada em 2020 seja decorrente do impacto da pandemia no sistema de saúde, inviabilizando que os hospitais de campanha criados para tratar pacientes com COVID-19 contabilizassem a quantidade de leitos.

Ao analisar a taxa por 100 mil habitantes, nota-se considerável redução nas internações PAA+TAA entre 2010 e 2020, passando de 172,9 para 155,0. No entanto, ao avaliar a proporção de internações PAA + TAA em relação ao total de internações por todas as causas, o álcool foi responsável por 2,9% das internações anuais em 2010 e também em 2019; em 2020, esta porcentagem foi de 3,08%. A estabilidade, observada entre 2010 e 2019, foi verificada por meio de análise estatística (regressão de Prais-Winsten), que apontou variação média anual de apenas 0,02% do total de internações ao longo do referido período. Como esperado, o ano de 2020 representou uma quebra em tal estabilidade. Além disso, o perfil das internações atribuíveis ao álcool em 2020 sofreu mudanças significativas, tanto nas internações PAA quanto TAA, com reduções de 7% e 15%, respectivamente, em comparação com 2019.

**NESSE SENTIDO,  
DESTACA-SE QUE,  
DE 2010 A 2020,  
A QUANTIDADE  
DE LEITOS TOTAIS  
TEVE AUMENTO  
DE 3%, AO PASSO  
QUE OS LEITOS  
PSIQUIÁTRICOS  
SOFRERAM UMA  
REDUÇÃO DE 38%.**

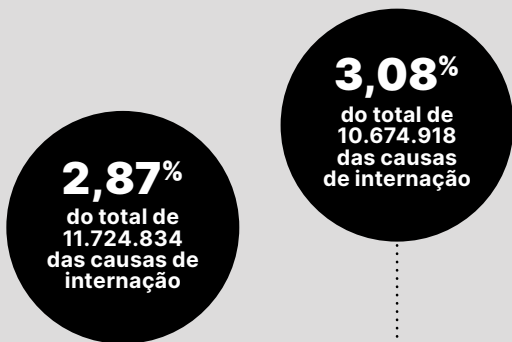
# INTERNAÇÕES

Internações (visão geral e atribuíveis ao álcool), leitos e população.



194.890.682      211.755.692

## POPULAÇÃO



**336.927**  
PAA+TAA



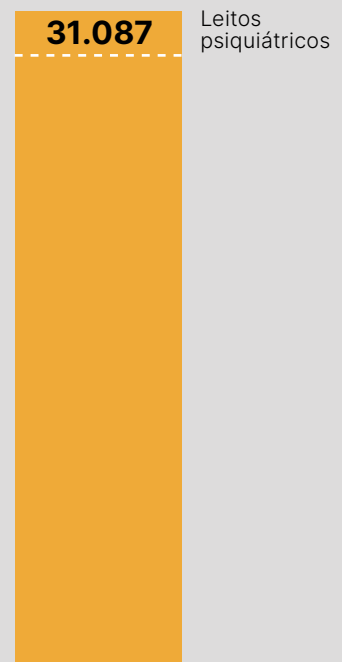
**328.310**  
PAA+TAA

Leitos psiquiátricos



463.156

**TOTAL DE LEITOS**



447.804



Antes da pandemia, observou-se redução de 42,4% das internações TAA - de 88.013 em 2010 para 50.704 em 2019 - em termos de valores absolutos, e de 46% na taxa por 100 mil habitantes no mesmo período - de 45,2 para 24,1 -, com variação média anual de -7,21% do total de internações. É necessário relacionar esses dados com a própria existência de leitos hospitalares, em especial os psiquiátricos. No mesmo período, houve redução de 7% no número total de leitos de internação. No caso dos psiquiátricos, a redução foi de 37,4%, conforme diminuição progressiva de leitos psiquiátricos prevista pela Lei nº 10.216/2001, conhecida como “Reforma Psiquiátrica”. Levando em conta esse contexto, a redução de internações TAA não significa diretamente que os problemas relacionados ao uso nocivo de álcool diminuíram, mas que outros fatores devem ser considerados, como a redução dos leitos destinados para o tratamento de transtornos mentais e da dependência química. Por outro lado, houve um aumento das internações por agravos PAA de 128 para 146 por 100 mil habitantes entre 2010 e 2019, com uma variação média anual de 1,84% ao longo desse período. Esse crescimento contrabalança a queda das internações TAA, o que contribui para a relativa estabilidade da taxa total de internações atribuíveis ao álcool (PAA+TAA).

No ano de 2020, o número de internações TAA sofreu uma redução de 51% em comparação com 2010 e de 15% em relação a 2019. As internações PAA, por sua vez, aumentaram 15% em relação a 2010, mas reduziram em 7% em comparação com 2019. Os leitos psiquiátricos reduziram em 38% de 2010 para 2020, apresentando estabilidade em relação a 2019.

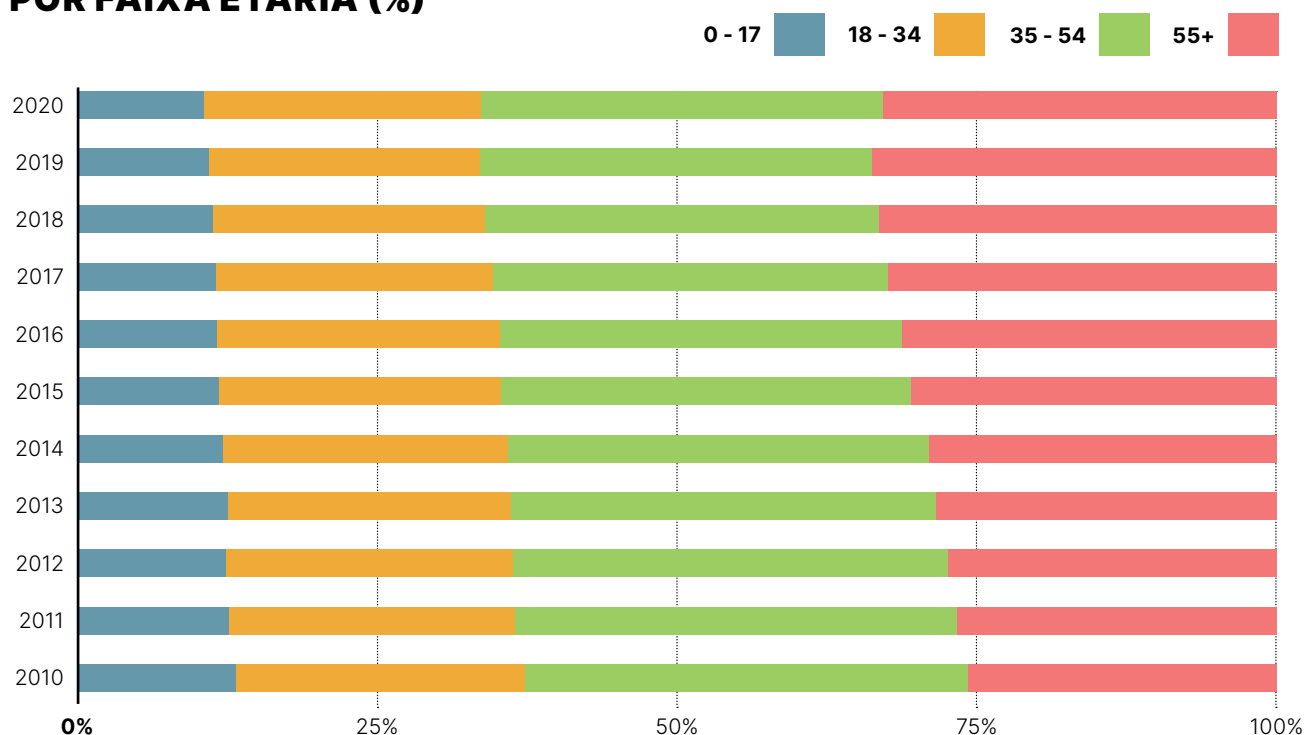
As internações PAA+TAA entre mulheres aumentaram 24% no período de 2010 a 2019 – indo de 85.311 para 105.449. Em 2020, contudo, estima-se 93.519 internações atribuíveis ao álcool em mulheres, uma redução de 11% em relação a 2019. Entre os homens, o número de internações se manteve estável: 251.616 internações em 2010 e 252.433 em 2019. Em 2020, houve uma redução para 234.791 internações, uma queda de cerca de 7% em relação a 2010 e 2019. A partir da análise estatística, observa-se que houve estabilidade na taxa de internações atribuíveis ao álcool (PAA+TAA) em relação ao total de internações por todas as causas para a população geral e para homens entre 2010 e 2019. Como o ano de 2020 deve ser considerado como discrepante, ele não foi incluído na série temporal da análise estatística de Prais-Winsten.

Para as mulheres, confirma-se a tendência de aumento significativo dessa taxa. O avanço nas internações decorrentes do uso de álcool em pessoas do sexo feminino é um importante indicador dos efeitos deletérios do consumo nocivo de álcool por essa parcela da população. Destaca-se, ainda, que esses resultados estão em consonância com os indicadores recentes de aumento de consumo de álcool por mulheres (IBGE, 2020; IBGE, 2021). A distribuição de internações atribuíveis ao álcool (PAA+TAA) por grupos etários indica que a faixa de 55 anos ou mais representa, a cada ano, maior parcela do total desse tipo de internação. Entre 2010 e 2019, esse valor subiu de 26% para 34% e manteve-se estável em 34% no ano de 2020.

As análises estatísticas realizadas para identificar se houve alterações significativas na relação de internações PAA+TAA sobre o total de internações por todas as causas, dentro de cada faixa etária, mostraram um aumento estatisticamente significativo da taxa de internações PAA+TAA para a faixa etária de 55 anos ou mais, com maior contribuição de mulheres – que apresentam um aumento percentual anual de 2,13% de 2010 a 2019. A faixa etária de 35 a 54 anos apresentou uma ligeira redução da taxa de internações atribuíveis ao álcool, com uma diminuição no percentual anual de 1,7% no total no mesmo período. As outras faixas etárias não apresentaram variação significativa, mantendo a taxa de internações atribuíveis ao álcool estável em relação ao total de internações por todas as causas. O ano de 2020, embora não tenha sido incluído na análise temporal, apresentou percentuais semelhantes aos observados em 2019, nunca extrapolando variações maiores do que 2%.



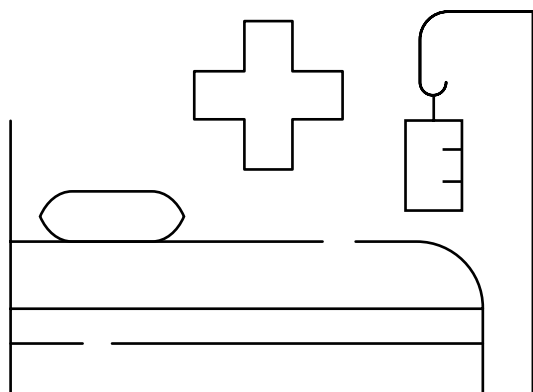
**FIGURA 8**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES**  
**ATRIBUÍVEIS AO ALCÓOL (PAA+TAA)**  
**POR FAIXA ETÁRIA (%)**



FONTE: CISA, com dados do Datasus

As internações PAA+TAA detalhadas para cada região administrativa mostram que apenas seis Estados apresentaram reduções estatisticamente significativas na série de 2010 a 2019, sendo eles Paraíba, Goiás, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Para avaliar o desempenho de cada Estado de maneira comparável, os números das internações PAA+TAA foram normalizados para 100 mil habitantes, e o ano de 2020 mostra reduções mais intensas nesses seis Estados, em comparação com 2019: a Paraíba reduziu 12%; Goiás, 8%; São Paulo, 9%; Paraná, 11%; Rio Grande do Sul, 9%; e Santa Catarina, 13%. Além desses, todos os Estados brasileiros tiveram queda de internações atribuíveis ao álcool, exceto Rondônia, Tocantins e Acre, com aumentos respectivos de 2%, 3% e 9%. ■



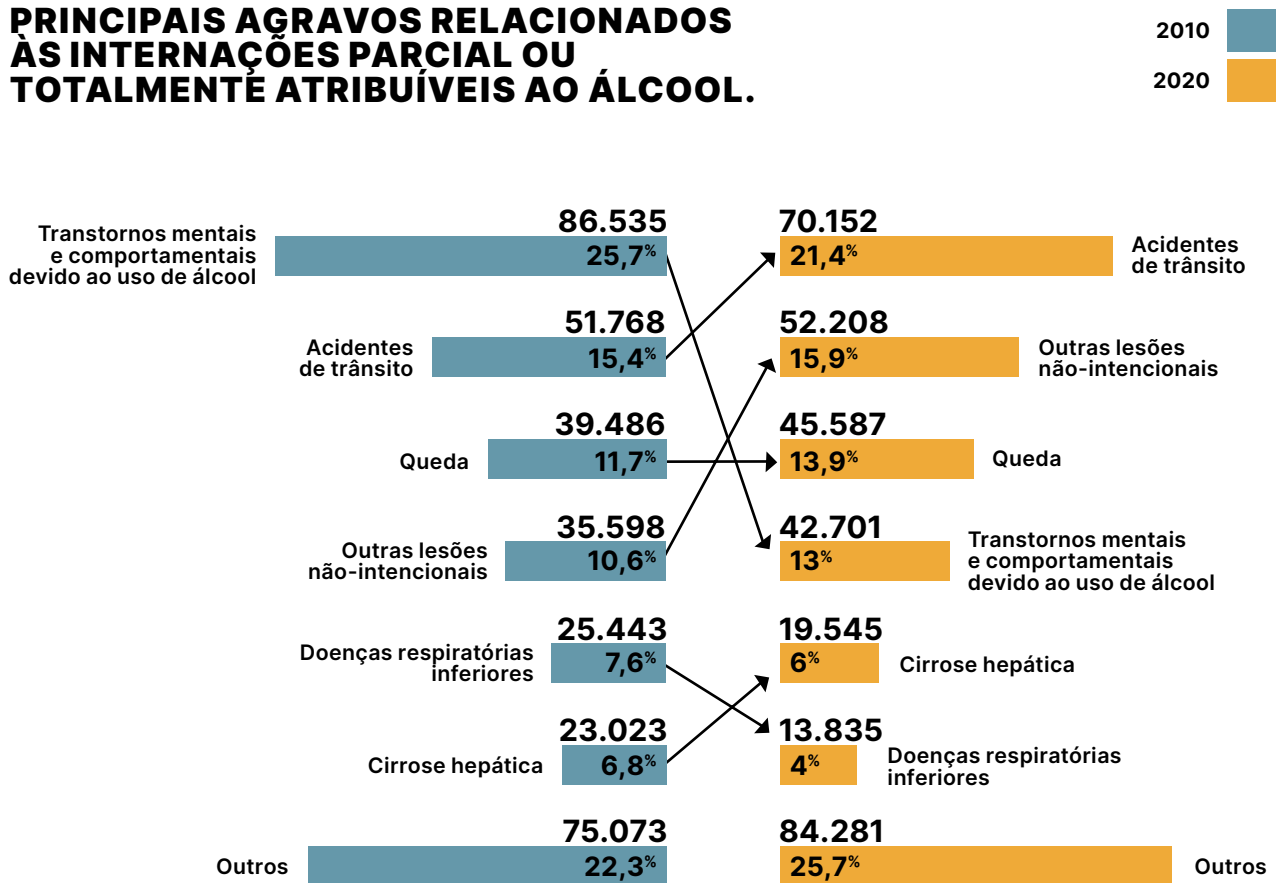


### 5.8.3. PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES PARCIAL OU TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

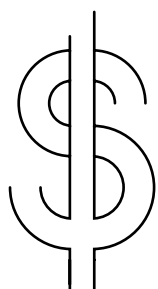
Entre 2010 e 2020, a maior parte das internações PAA+TAA foi devida a transtornos mentais e comportamentais em consequência do uso de álcool, acidentes de trânsito, quedas, outras lesões não intencionais e doenças respiratórias inferiores. Contudo, há uma variação no ranqueamento das principais causas de internação ao longo dos anos, em especial em “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool” e “doenças respiratórias inferiores” - que diminuíram -, e “acidentes de trânsito” e “outras lesões não intencionais” - que aumentaram. Juntas, essas cinco categorias diagnósticas compõem mais de 70% das internações atribuíveis ao álcool em todos os anos analisados. Além disso, é relevante destacar que a categoria de “doenças respiratórias inferiores” segue à risca as CIDs apontadas pela OMS (2018). Desse modo, não entraram para o cálculo da FAA as siglas para “Infecção por coronavírus de localização não especificada” (B34.2) e “COVID-19, vírus identificado” (U07.1). Essa medida é cautelosa, já que ainda não está estipulada a FAA específica para a COVID-19, e pode ajudar a explicar a diminuição de ranqueamento das “doenças respiratórias inferiores”, dado que as internações majoritariamente ocorreram com o uso de CIDs que ainda não possuem FAA.



**FIGURA 9**  
**PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS**  
**ÀS INTERNAÇÕES PARCIAL OU**  
**TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL.**



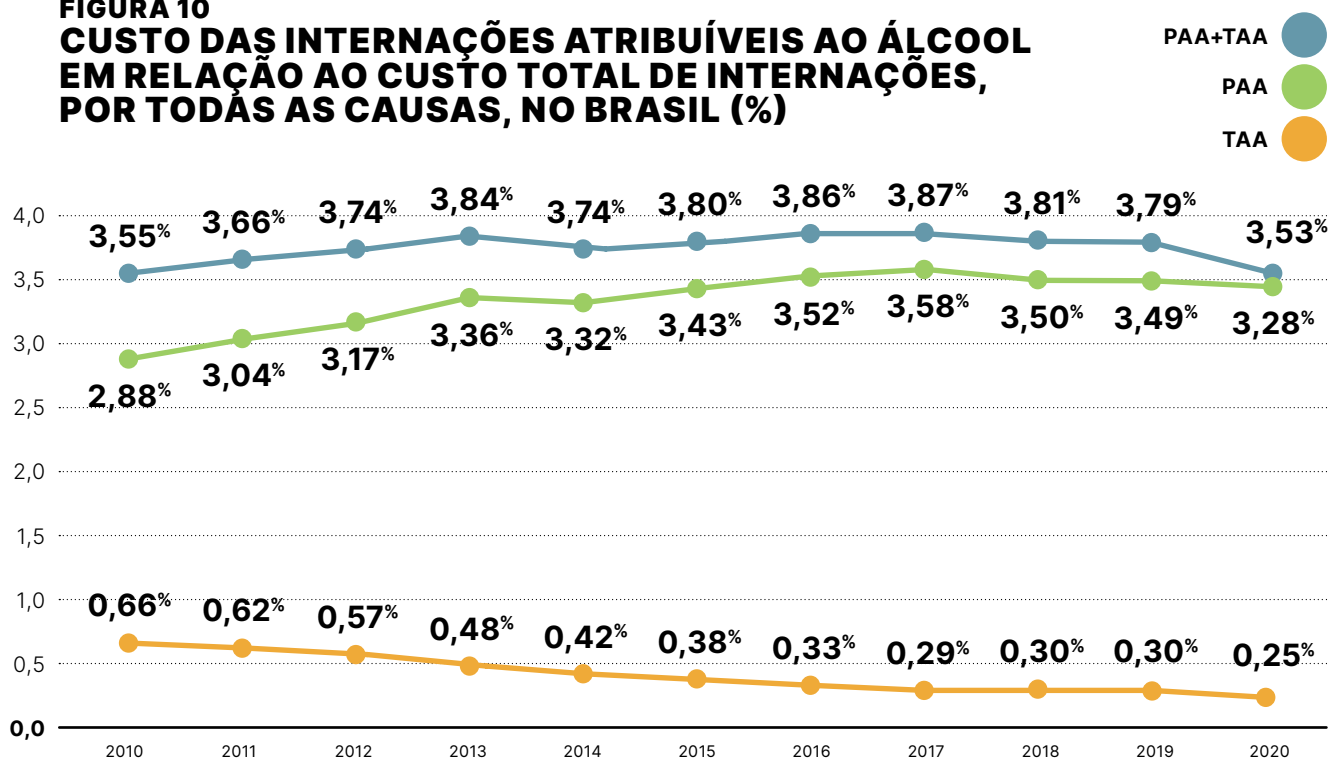
FONTE: CISA, com dados do Datatus



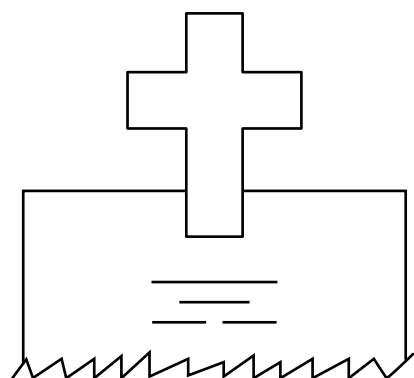
## 5.8.4. CUSTOS DE INTERNAÇÕES TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

A análise do custo das internações PAA+TAA, em relação ao custo de todas as internações no Brasil, mostra que o aumento daquelas parcialmente atribuíveis ao álcool foi o fator central para elevar o valor relativo das internações PAA+TAA de 3,5% para 3,8% do custo de internações totais entre 2010 e 2019, respectivamente. O ano de 2020, contudo, reestabeleceu o custo relativo de 3,5%, retomando a proporção observada em 2010. Ressalta-se que, para além da análise do valor de internações TAA e PAA, o impacto econômico do álcool ocorre de forma direta e indireta, desde despesas com hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, até gastos públicos com os sistemas judiciário e previdenciário devidos aos afastamentos do trabalho, perda de produtividade, absenteísmo e desemprego. Ainda, em todo o mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas pelo uso nocivo do álcool, resultando na perda, temporária ou não, de pessoas economicamente ativas.

**FIGURA 10**  
**CUSTO DAS INTERNAÇÕES ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL**  
**EM RELAÇÃO AO CUSTO TOTAL DE INTERNAÇÕES,**  
**POR TODAS AS CAUSAS, NO BRASIL (%)**



FONTE: CISA, com dados do Datasus



## 5.8.5. ÓBITOS: VISÃO GERAL E ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL

Análogo à análise de internações, os óbitos foram classificados em Parcialmente Atribuíveis ao Álcool (PAA) — nos casos em que o álcool foi fator contribuinte — ou Totalmente Atribuíveis ao Álcool (TAA) — quando o álcool foi fator necessário e suficiente. Assim, um exemplo de óbito PAA é aquele causado por acidentes de trânsito; como é sabido, o consumo de álcool aumenta as chances de ocorrência de acidentes de trânsito, mas esses podem ocorrer sem que as partes envolvidas tenham consumido álcool. Por outro lado, um tipo de óbito TAA é aquele que tem como causa principal a ingestão de álcool: não é possível sua ocorrência sem que o indivíduo tenha consumido essa substância.

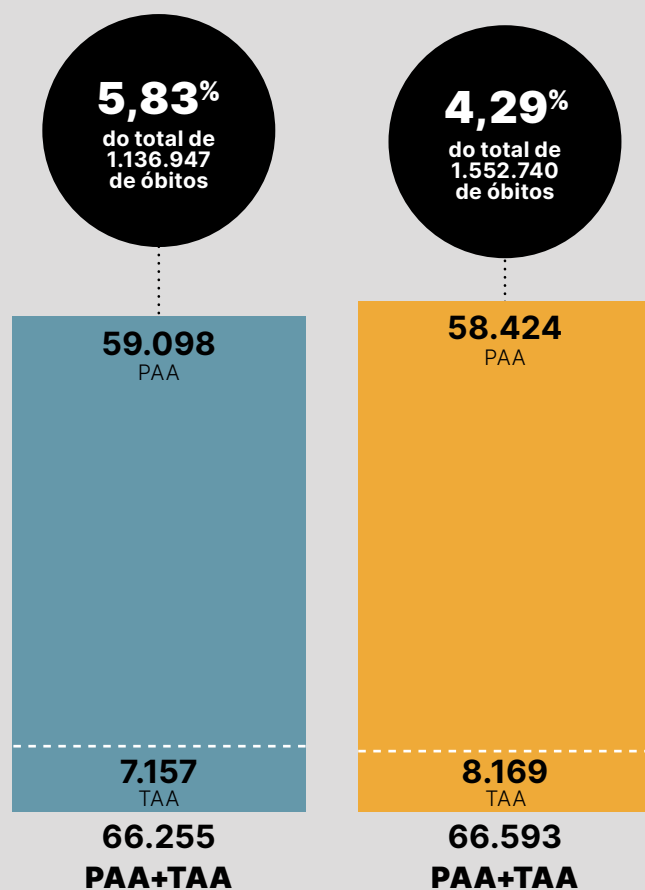
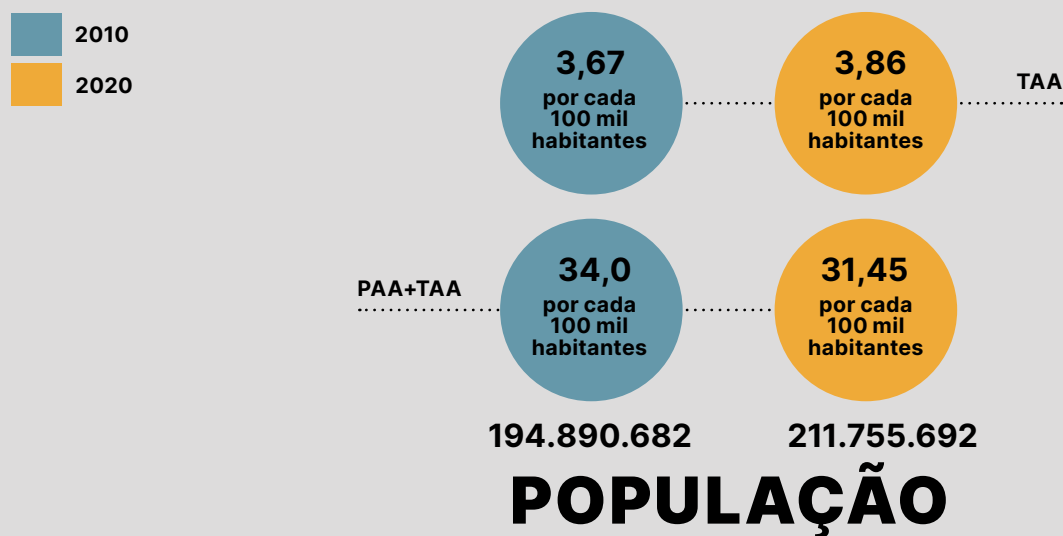
Uma análise geral dos óbitos por todas as causas foi realizada, bem como dos PAA+TAA e apenas dos óbitos TAA, com o intuito de parametrizar os óbitos atribuíveis ao álcool em relação ao total de mortes para cada ano no país. Para melhor contextualização dos dados, o crescimento populacional entre 2010 e 2020 também foi observado. Entre 2010 e 2020, a população brasileira teve um crescimento de 8%, com aumento de 36,6% no total de óbitos por todas as causas. A pandemia, obviamente, impactou esse crescimento, dado que, entre 2019 e 2020, houve um aumento de 15% no total de mortes no Brasil; tal crescimento não tem precedente na série temporal de 2010 a 2019, em que os óbitos cresceram, no máximo, 4% ao ano.

**ENTRE 2010 E 2020, A POPULAÇÃO BRASILEIRA TEVE UM CRESCIMENTO DE 8%, COM AUMENTO DE 36,6% NO TOTAL DE ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS. A PANDEMIA, OBTIVAMENTE, IMPACTOU ESSE CRESCIMENTO, DADO QUE, ENTRE 2019 E 2020, HOUVE UM AUMENTO DE 15% NO TOTAL DE MORTES NO BRASIL**

Comparando o ano de 2010 com 2019 e 2020, a variação dos óbitos atribuíveis ao álcool (a soma de PAA e TAA) foi abaixo de 1%. Isso pode ser atribuído às tendências antagônicas dos óbitos TAA e PAA, dado que os TAA apresentaram um aumento de 14%, e os PAA diminuíram em 1% no mesmo período devido ao impacto da pandemia. Observa-se aqui

# ÓBITOS

Óbitos (visão geral e atribuíveis ao álcool) e população.





que, tal como ocorre para as internações, os agravos parcialmente atribuíveis ao álcool compõem, cada vez mais, uma maior parcela do total de óbitos relacionados ao consumo de álcool; por esse motivo, uma redução de 1% nesses tipos de óbitos pode contrabalançar o aumento de 14% dos totalmente atribuíveis ao álcool. Além da variação ao longo da década, as mudanças ocorridas em 2019 merecem destaque, já que auxiliam na compreensão do impacto da pandemia nos óbitos atribuíveis ao álcool: entre 2019 e 2020, os óbitos TAA tiveram um aumento de 24% - de 6.594 para 8.169. O ano de 2020 foi o primeiro a quebrar a tendência de redução desse tipo de óbito, observada desde 2010. Para entender a elevação das taxas de mortes atribuíveis ao álcool verificadas em 2020, há fatores complexos a serem levados em conta e pode-se levar algum tempo até que todos sejam completamente elucidados. Algumas variáveis que poderiam explicar esse aumento súbito são: a interrupção do tratamento de algumas doenças devido ao fechamento temporário ou à redução de horários de atendimento de algumas instituições de saúde, como alguns CAPS-AD, nos períodos mais intensos de isolamento social, o que pode ter agravado o estado de saúde de muitos pacientes; o receio coletivo de procurar o sistema de saúde e se infectar com o coronavírus; assim como o uso intenso de álcool por algumas pessoas como uma forma (equivocada) de se adaptar às novas circunstâncias sociais e lidar com as dificuldades impostas pela pandemia; entre outros. Além disso, não deve ser excluída a possibilidade de erros nos bancos de dados, pois a pandemia e a sobrecarga dos profissionais de saúde podem ter dificultado a inserção precisa das informações sobre mortalidade no Datasus.

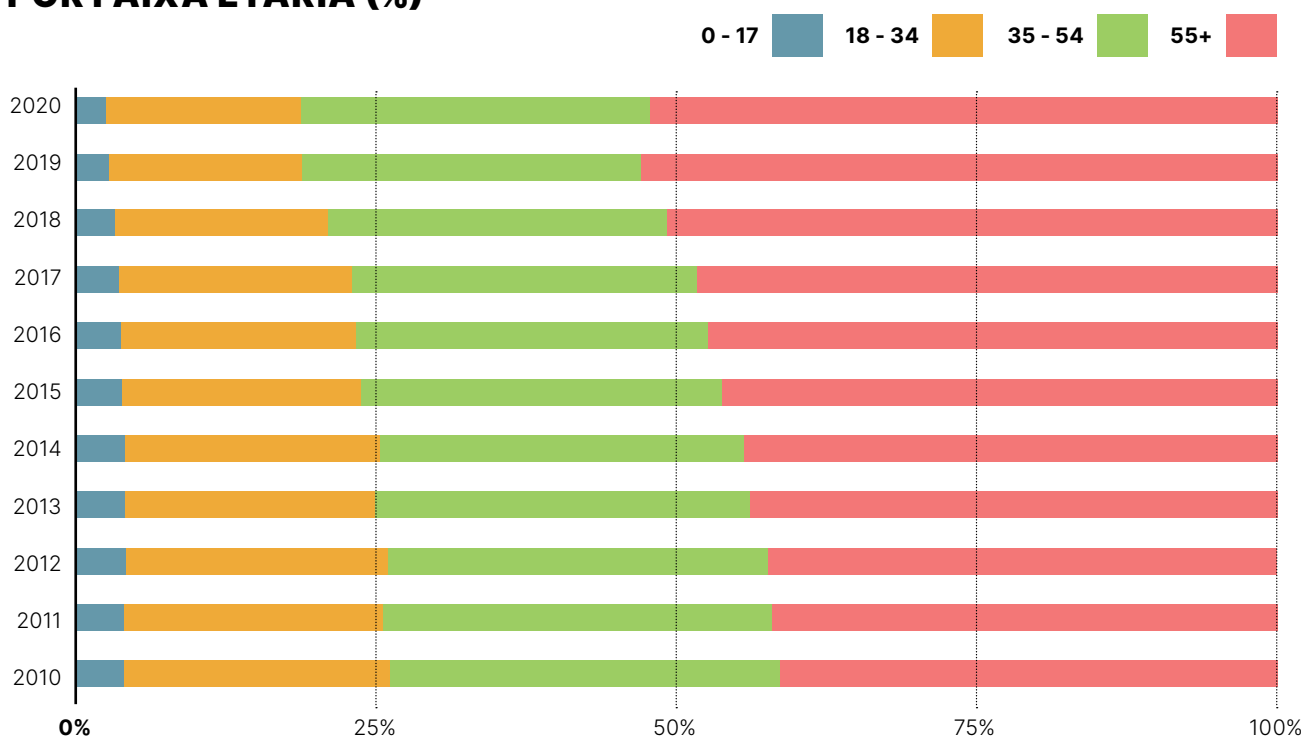
A normalização dos dados de mortalidade por 100 mil habitantes também mostra redução nos óbitos PAA+TAA entre 2010 e 2019, de 34 para 31,4 óbitos desse tipo por 100 mil habitantes; em 2020, essa taxa manteve-se estável em 31,5. Já a análise de regressão mostra que houve uma redução estatisticamente significativa (Anexo XXX) de 2010 a 2019. A média da proporção de óbitos atribuíveis ao álcool foi de 5,51% no período, e a variação percentual anual foi de -1,86%. A segmentação por sexos também indica a mesma redução: para homens, a média de óbitos PAA+TAA foi de 7,64%, com redução anual de 1,95%; para mulheres, os valores são de 2,77%, com redução anual

**É RELEVANTE DESTACAR QUE OS ÓBITOS AFETAM PESSOAS DO SEXO MASCULINO DE MANEIRA DESPROPORCIONAL: TANTO PARA A ANÁLISE GERAL DO BRASIL QUANTO PARA A ESPECÍFICA DAS CAPITAIS DO PAÍS, A PROPORÇÃO DE ÓBITOS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL É APROXIMADAMENTE TRÊS VEZES MAIOR PARA OS HOMENS,**

de 0,8% ao longo da década. É relevante destacar que os óbitos afetam pessoas do sexo masculino de maneira desproporcional: tanto para a análise geral do Brasil quanto para a específica das capitais do país, a proporção de óbitos atribuíveis ao álcool é aproximadamente três vezes maior para os homens, em consonância com estatísticas divulgados pela OMS, apontando que o sexo masculino representa 75% das mortes relacionadas ao consumo de álcool no mundo (OMS, 2018a).

Reiterando o que foi abordado na seção de metodologia deste relatório, o ano de 2020 não foi incluído na observação de regressão estatística. Como ocorrido na análise das internações, o ano de 2020 provocou mudanças importantes nos óbitos atribuíveis ao álcool, e sua inserção no modelo de Prais-Winsten criaria distorções relevantes, reduzindo o poder explicativo da análise por camuflar tendências que ocorreram de 2010 a 2019 e foram abruptamente quebradas em 2020. A explicação deste ano atípico é bastante evidente, já que a própria variação do número total de óbitos sofreu um aumento repentino de 15% de 2019 para 2020, devido às mortes por COVID-19.

**FIGURA 11**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS**  
**ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL (PAA+TAA)**  
**POR FAIXA ETÁRIA (%)**



FONTE: CISA, com dados do Datasus

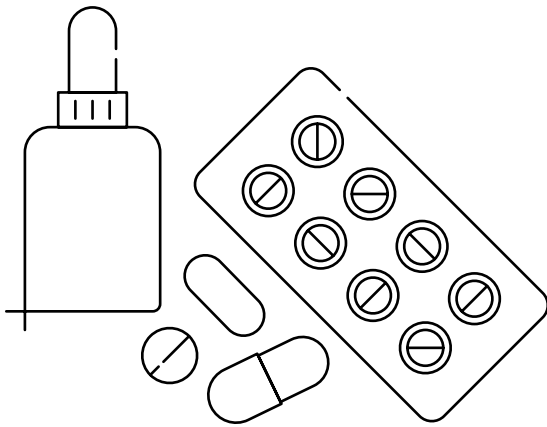


Para o grupo de pessoas com até 54 anos, houve redução na proporção de óbitos PAA+TAA de 59% em 2010 para 47% em 2019, e 48% em 2020. Isso foi consistente com o observado em análise estatística, com queda significativa ao longo dos anos nessas faixas etárias (subdivididas em 18-34 e 35-54 anos), com redução percentual anual de 1,9% e 1,6%, respectivamente, entre 2010 e 2019. A taxa de óbitos PAA+TAA para a faixa etária de 55 anos ou mais manteve-se estatisticamente estável entre 2010 e 2019; porém, frente à redução nas demais faixas etárias, representou maior proporção do total desse tipo de óbito, de 41% em 2010 para 53% em 2019, e 52% em 2020. Assim, tendo em vista que os óbitos atribuíveis ao álcool (PAA+TAA) entre pessoas de 55 anos ou mais vêm representando, desde 2018, mais do que a soma de todas as outras faixas etárias, o consumo de álcool por esse grupo consolida-se como um ponto de alerta para políticas públicas focadas na população idosa.

Referente às faixas etárias de 18-34 e 35-54 anos, entre 2010 e 2019, houve uma redução estatisticamente significativa na taxa de óbitos atribuíveis ao álcool em relação ao total por todas as causas em ambos os sexos. Para as mulheres, embora tenha sido observada diminuição dessa taxa, a redução percentual anual foi menor do que a observada entre homens, apoiando alguns resultados mostrados ao longo desse relatório referentes ao aumento do consumo abusivo de álcool por mulheres e suas consequências.

De maneira geral, avaliando a taxa de óbitos atribuíveis ao álcool em relação ao total por todas as causas, a variação ao longo dos anos é discreta, com tendência à redução, de 5,83% em 2010 para 4,9% em 2019. Em 2020, devido ao aumento do número de mortes causadas pela COVID-19, essa taxa foi reduzida para 4,3%. Na análise estatística da década - 2010-2019 -, contudo, observa-se que a média é de 5,5%, com redução percentual anual de 1,9%. Essa carga de óbitos atribuíveis ao álcool é proporcional à carga global, que foi de cerca de 3 milhões de mortes (PAA+TAA) em 2016, num total de cerca de 60 milhões de mortes por todas as causas, compondo uma carga de aproximadamente 5,0% (OMS, 2018a). ■





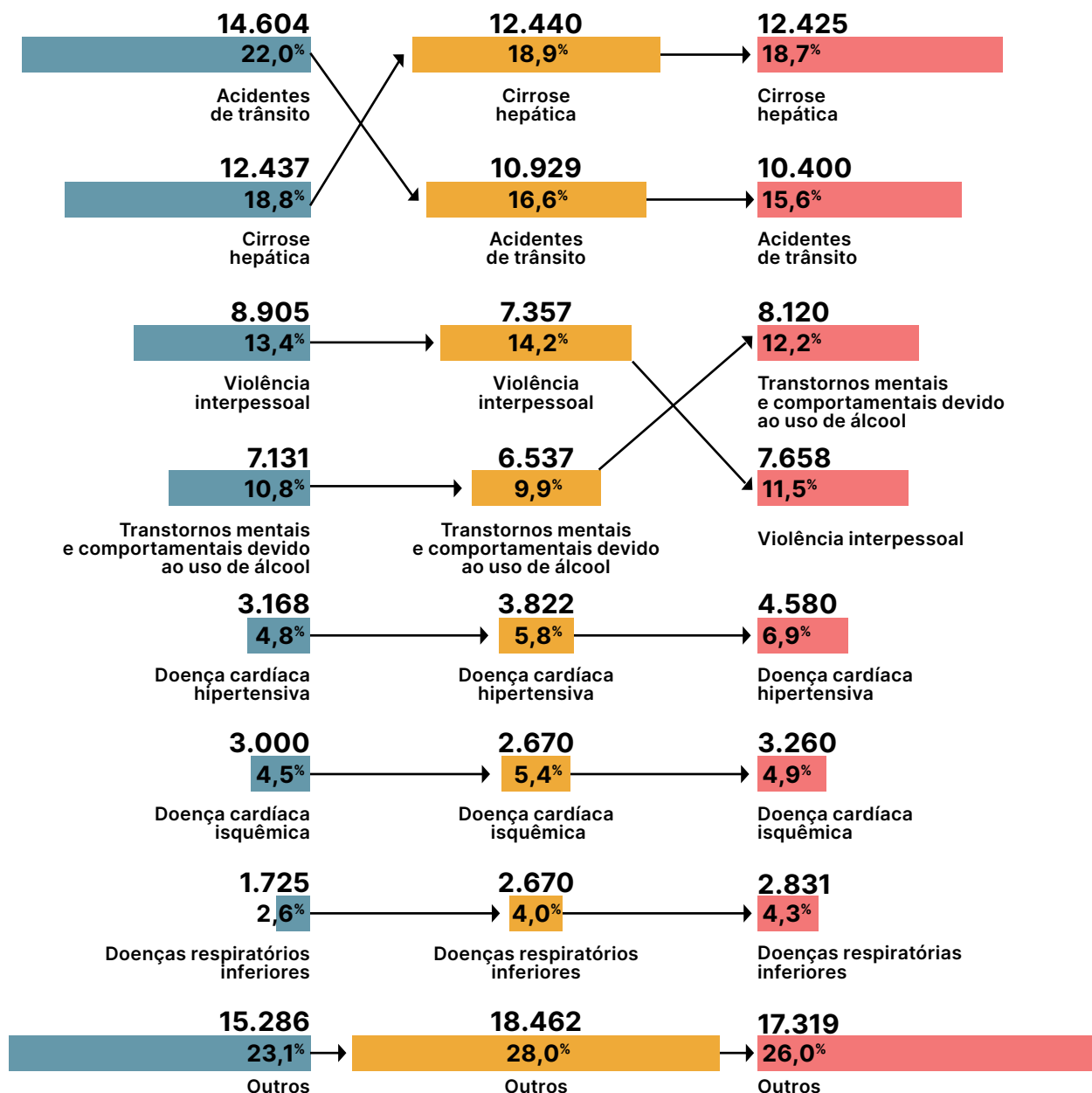
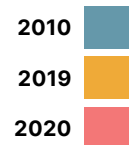
## 5.8.6. PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AOS ÓBITOS PARCIAL OU TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

Os cinco principais agravos à saúde relacionados aos óbitos PAA+TAA entre 2010 e 2020 foram cirrose hepática, acidente de trânsito, violência interpessoal, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, e doença cardíaca hipertensiva. Além disso, sabe-se que o uso nocivo de álcool está associado a mais de 200 tipos de agravos, tanto doenças como lesões (OMS, 2018a). Desse modo, os “outros agravos”, em conjunto, compõem parcela considerável dos óbitos atribuíveis ao álcool. Os anos de 2019 e 2020 apresentam ranqueamento semelhante, exceto para os transtornos devido ao uso de álcool que, em 2020, subiram para a terceira colocação.

Para todos os anos, a categoria de doenças respiratórias inferiores assumiu a sétima colocação. Como discutido no ranqueamento de internações atribuíveis ao álcool, as classificações internacionais de doenças (CIDs) utilizadas para diagnosticar COVID-19 não entraram nos cálculos de óbitos atribuíveis ao álcool por não constarem na lista de CIDs com fração atribuível ao álcool criada pela OMS (2018a).



**FIGURA 12**  
**PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS**  
**AOS ÓBITOS PARCIAL OU**  
**TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL**



**DA MESMA  
FORMA COMO FOI  
NECESSÁRIA UMA  
AÇÃO SISTÊMICA  
PARA CONTER O  
PODER DESTRUTIVO  
DA PANDEMIA  
DE COVID-19,  
OS IMPACTOS  
NEGATIVOS DO  
CONSUMO DE  
ÁLCOOL SÓ PODEM  
SER DIRIMIDOS  
POR MEIO DE  
POLÍTICAS TAMBÉM  
SISTÊMICAS,  
ENVOLVENDO  
DIVERSOS SETORES  
DO PODER PÚBLICO.**

---

Deve-se notar as variações antagônicas observadas na categoria de “acidentes de trânsito”, que aumentou em número de internações, mas diminuiu em óbitos, com consequentes mudanças em ranqueamento. Uma possível explicação é que o conjunto de políticas públicas visando o fortalecimento da proibição do beber e dirigir, entre elas a Lei Seca, tenha diminuído a fatalidade dos acidentes de trânsito (Oliveira et al., 2017). Em contrapartida, o grande aumento da frota de veículos – que cresceu 52% entre 2010 e 2018 (DENATRAN, 2018), ainda que mantendo crescimento pouco expressivo em 2019 e 2020 (Sindipeças, 2021) – pode ter interferido para a não diminuição no número de internações atribuíveis ao álcool referentes a acidentes de trânsito. A análise comparativa entre a década de 2010 a 2019 e o ano de 2020 mostra que a pandemia de COVID-19 trouxe complexidades metodológicas que precisam

ser incorporadas nas pesquisas para se ter uma compreensão mais precisa sobre o efeito da pandemia no consumo de álcool do povo brasileiro. O ano de 2020 representou uma exceção no que diz respeito às internações e óbitos do Brasil, e a parcela atribuível ao álcool também passou por mudanças importantes. Os dados aqui apresentados refletem e reiteram a importância de implementação de políticas públicas efetivas relacionadas à diminuição do consumo nocivo de álcool. Da mesma forma como foi necessária uma ação sistêmica para conter o poder destrutivo da pandemia de COVID-19, os impactos negativos do consumo de álcool só podem ser dirimidos por meio de políticas também sistêmicas, envolvendo diversos setores do poder público. ■



## **5.9. CONCLUSÕES**

A progressão da vacinação contra a COVID-19 no Brasil e no mundo, e o declínio das hospitalizações e dos óbitos relacionados à doença sinalizam que, se a pandemia ainda não chegou ao fim, ao menos é possível que esse momento esteja próximo. Entretanto, vencido o período mais crítico, é certo que ainda restam as consequências sociais, econômicas, psicológicas e de saúde resultantes da crise pandêmica.

No que diz respeito à saúde, uma das consequências da pandemia foi a interrupção de atendimentos devido às exigências de foco para a COVID-19 e, agora, o sistema de saúde deve voltar a receber o fluxo represado. A análise das informações sobre internações e óbitos no Brasil, feita pelo CISA com dados obtidos do Datasus, vai em direção da hipótese – aventada por muitos pesquisadores já no começo da pandemia – de que muitas pessoas ficaram impossibilitadas de manter ou iniciar tratamento de saúde, principalmente se esse exigisse hospitalização. Nesse sentido, as internações por todas as causas no Brasil caíram 13% de 2019 para 2020, com uma diminuição de mais de 1,5 milhão de internações. Para as internações atribuíveis ao álcool, essa queda foi de 8%. Se esse foi o cenário para internações, é provável que o número de atendimentos de rotina cancelados tenha sido ainda maior. Isso endossa a possibilidade de que muitas pessoas tiveram suas condições de saúde deterioradas devido a essa barreira de acesso a tratamentos.

Essas conjecturas são também válidas para a análise dos dados de óbitos gerais, que cresceram em 15% de 2019 para 2020, um aumento de mais de 200 mil óbitos. Especificamente em relação aos óbitos atribuíveis ao álcool, observou-se uma dinâmica antagônica: os óbitos por causas totalmente atribuíveis ao álcool cresceram 24%, valor sem precedentes na série histórica de 2010 a 2020. Já os parcialmente atribuíveis ao álcool diminuíram 1,5%. Em conjunto, os óbitos (total ou parcialmente) atribuíveis ao álcool passaram de 65,9 mil em 2019 para 66,6 mil em 2020. Além das mortes por COVID-19, é possível que a redução dos atendimentos de saúde decorrente da pandemia também tenha impactado o aumento geral de óbitos, incluindo os relacionados ao uso de álcool.

A edição passada deste relatório, *Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2021* trouxe alguns questionamentos que ainda não foram respondidos – não por falta de celeridade da comunidade científica, mas pela dificuldade intrínseca de se consolidar qualquer tipo de resposta. Dentre elas, vale destacar que a OMS ainda não estipulou a FAA (fração atribuível ao álcool) para a COVID-19, isto é, ainda não temos estimativas de quantos óbitos por COVID-19 teriam sido evitados sem o consumo de álcool pela população. Por outro lado, no que se refere à vacina, as evidências ainda indicam que o consumo moderado de álcool não interfere em sua eficácia (Fiocruz, 2021a).

Em relação ao consumo abusivo de álcool no Brasil, os dados mais recentes apresentados pela pesquisa *Vigitel 2021* sinalizam que, ao menos neste quesito, podemos estar nos aproximando de um retorno aos níveis pré-pandemia. Em 2021, a frequência deste padrão de consumo foi de 18,3% no conjunto das 27 capitais brasileiras, indicando que, após o aumento relatado em 2020, com prevalência de 20,9%, o consumo abusivo retornou aos patamares observados ao longo da última década. Entre a população jovem, no entanto, o consumo abusivo de álcool diminuiu na faixa etária de 18 a 24 anos, tanto em comparação a 2020 quanto a antes da pandemia (19,3% em 2021 versus 25,8% em 2019). Ainda não se sabe se essa redução é ainda resultado da influência da pandemia ou a uma mudança mais duradoura no comportamento dos jovens, o que poderá ser confirmado em edições futuras do levantamento.

**EM RELAÇÃO AO  
CONSUMO ABUSIVO  
DE ALCOOL NO  
BRASIL, OS DADOS  
MAIS RECENTES  
APRESENTADOS PELA  
PESQUISA VIGITEL  
2021 SINALIZAM  
QUE, AO MENOS  
NESTE QUESITO,  
PODEMOS ESTAR  
NOS APROXIMANDO  
DE UM RETORNO  
AOS NÍVEIS PRÉ-  
PANDEMIA.**



Um aspecto inédito desta edição do Álcool e a Saúde dos Brasileiros foi a realização de uma pesquisa qualitativa com o intuito de colaborar para o entendimento acerca das motivações que levam os brasileiros a beberem. Pesquisas sobre o uso de álcool geralmente se concentram na relação entre o consumo e os danos provocados pela substância. No entanto, características contextuais de ocasiões de beber também podem estar associadas a danos, independentemente do nível de consumo. Nesse sentido, são informações importantes para a formulação de políticas públicas, uma vez que elas devem considerar não apenas a quantidade de bebida consumida pela população, mas também aspectos indesejáveis da cultura de beber.

**UM ASPECTO INÉDITO DESTA EDIÇÃO DO ÁLCOOL E A SAÚDE DOS BRASILEIROS FOI A REALIZAÇÃO DE UMA PESQUISA QUALITATIVA COM O INTUITO DE COLABORAR PARA O ENTENDIMENTO ACERCA DAS MOTIVAÇÕES QUE LEVAM OS BRASILEIROS A BEBEREM.**

A pesquisa mostrou, por meio de relatos de participantes de alguns Estados brasileiros, que a iniciação do uso de álcool ocorre majoritariamente no período escolar (ensino médio ou faculdade) ou no âmbito familiar, sendo realizada de preferência com bebidas adoçadas, saborizadas ou misturadas com outros tipos não alcoólicas, sendo comum a presença de um adulto nesses momentos. Esse tipo de relato, observado em todos os grupos focais analisados, ressalta a importância da família na prevenção da iniciação precoce do consumo de álcool.

Além de analisar a iniciação de consumo, a pesquisa registrou que a formação do hábito de beber ocorre no contexto do processo de socialização, uma vez que o álcool costuma estar presente nos espaços frequentados pelos participantes, incluindo os ambientes familiares. Ao longo desse processo, os participantes acreditam que aprenderam a beber e que consomem bebida alcoólica na “dose certa”. Esta “dose certa”, por sua vez, é definida de modo individual a partir da percepção dos efeitos que o álcool produz no corpo. Isso ocorre mesmo entre aqueles que consomem de forma abusiva. Nesse sentido, evidencia-se a importância e a necessidade de consolidação e divulgação de instrumentos de padronização, como a dose padrão, e diretrizes de consumo, fundamentais para a prevenção do consumo abusivo.

No que diz respeito aos motivos que levam os participantes a beber, a pesquisa revelou que a maior parte bebe em busca de sensações positivas, enquanto a menor parte busca aliviar sensações negativas, como estresse e tristeza. Os participantes parecem entender, por experiência própria, aquilo que as pesquisas científicas vêm reiterando ao longo dos anos: o álcool não deve ser utilizado como remédio. Por outro lado, mitos comuns aparecem nos depoimentos, tais como a ideia de que beber só aos fins de semana não traz prejuízos e que os danos só ocorrem (ou ocorrem mais intensamente) quando se misturam bebidas diferentes ou quando a pessoa perde o controle das ações.

Nesse aspecto, o consumo abusivo aparece associado, por boa parte dos participantes, ao alcoolismo, e sua definição de acordo com a OMS é tida como muito rigorosa, em especial por aqueles que consomem em excesso. A percepção geral dos participantes é a de que não há necessidade de um padrão, uma vez que cada organismo tolera o álcool de forma diferente. Isso mostra que há ainda uma longa trajetória a ser percorrida no sentido de conscientizar a população sobre o que é o consumo abusivo de álcool e por que ele deve ser evitado.

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia, não houve consenso sobre alterações no volume de álcool ingerido. Enquanto alguns participantes afirmam ter aumentado ou mantido o consumo, outros declararam ter diminuído, sobretudo os moderados que, usualmente, não bebiam em casa antes da pandemia. O aumento do consumo de álcool nesse período, ainda que por parcela minoritária da população do Brasil (Fiocruz; Unicamp; UFMG, 2020), pode ter efeitos de longo prazo na saúde destas pessoas, bem como impactar a saúde pública de maneira relevante. Tais efeitos precisam ser devidamente monitorados, de modo a fundamentar respostas a futuras emergências de saúde pública e oferecer soluções para mitigar o impacto da crise sanitária e econômica que vem atingindo de forma desigual países de baixa renda e populações vulneráveis.

O provável fim da pandemia não representa o fim das consequências dela decorrentes (OECD, 2021). Os impactos serão sentidos ainda ao longo da década. O próprio período que constituiu a pandemia será, nos próximos anos, revisitado à luz de novas descobertas. O que permanece presente, mais do que nunca, é a necessidade de oferecer informações acessíveis e confiáveis à população sobre os malefícios do uso nocivo de álcool. ■



# Perfil Brasil



O Brasil é um país com grande extensão geográfica e de grande amplitude socioeconômica, abarcando matrizes culturais bastante heterogêneas. Esta riqueza requer olhar atento para o modo como cada local lida com o consumo de álcool e suas consequências. As variações regionais podem afetar o comportamento de beber e, conseqüentemente, a elaboração de estratégias para a redução do consumo nocivo de álcool, principalmente em termos de políticas públicas.

Considerando esses aspectos e visando contribuir para aprimoramentos, a série de relatórios publicados pelo CISA, intitulada “Álcool e a Saúde dos Brasileiros” e, atualmente, em sua quarta edição, reúne os dados mais recentes de fontes oficiais sobre consumo de álcool, com destaque para o Vigitel, publicado pelo Ministério da Saúde, e o Datasus, com análises que contemplam o período de 2010-2021. Nesse compilado, reunimos informações detalhadas e organizadas com dados sobre uso de álcool, estratificados por sexo e faixa etária, internações e óbitos atribuíveis ao álcool, e os principais agravos à saúde relacionados.

Nesta edição, apresentamos um compilado dos principais dados sobre o consumo de álcool e suas consequências para a saúde no Perfil Brasil, a partir de análise estatística das variações dos indicadores de consumo nacional. A análise discretizada por macrorregiões e unidades federativas será disponibilizada posteriormente no site do CISA, [www.cisa.org.br](http://www.cisa.org.br). Para

outras informações, com recortes geográficos diferentes, também é possível utilizar esse site para entrar em contato com a equipe do CISA.

Foram extraídos dados da pesquisa Vigitel sobre o uso nocivo de álcool, caracterizando a parcela da população adulta que pratica o Beber Pesado Episódico (BPE)<sup>6</sup> em relação àquela que bebe, mas não pratica o BPE, assim como aquela que é abstinência. Foram extraídos também dados de condução de veículos motorizados após a ingestão de bebidas alcoólicas nas capitais brasileiras, reunidos por região. Esse indicador, que até 2010 quantificava apenas a prática de dirigir após o consumo abusivo, passou a quantificar “qualquer consumo de álcool antes de dirigir” a partir de 2011. Nesse sentido, para evitar eventuais comparações equivocadas, apresentamos esses dados somente a partir de 2011, sendo esse o único parâmetro cuja série temporal não inicia em 2010.

Para estimar os impactos do uso nocivo de álcool na saúde pública, foram obtidos, no Datasus, dados sobre internações, óbitos e seus principais agravos à saúde, e aplicadas as frações atribuíveis ao álcool disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018). Assim, busca-se retratar, de modo objetivo e confiável, as principais estimativas sobre o uso de álcool e suas consequências à saúde dos brasileiros.

---

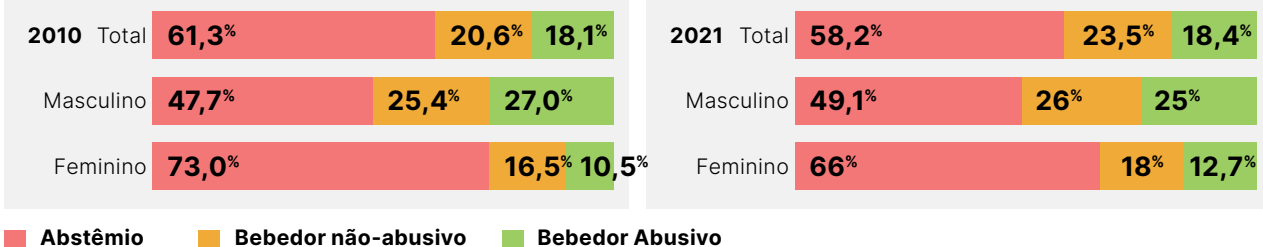
<sup>6</sup> O indicador “consumo abusivo” é definido, nesse estudo, como a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens, em uma única ocasião, no último mês, correspondendo ao conceito de BPE.

# Brasil



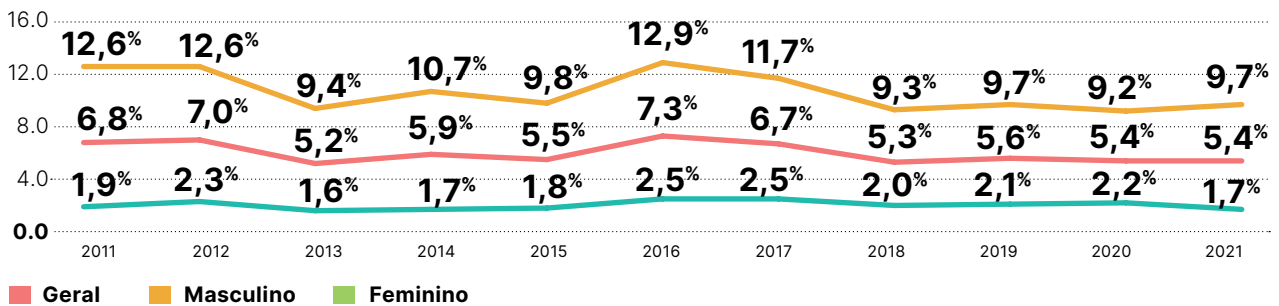
- Número de municípios (2018): 5.570
- População (2021): 213.317.639 pessoas
- Número de leitos hospitalares (2021): 447.359

## PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR ADULTOS (EM %)



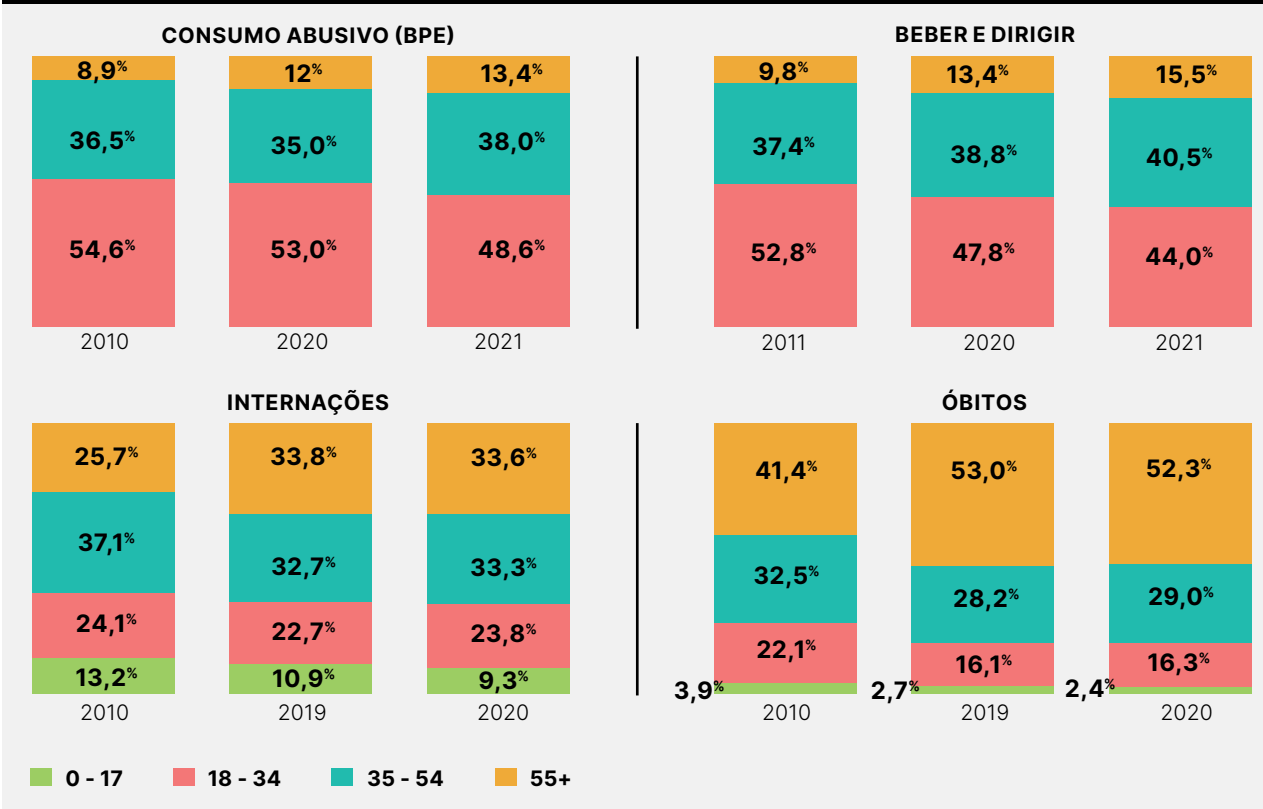
FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

## CONDUÇÃO DE VEÍCULO MOTORIZADO APÓS CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (EM%)



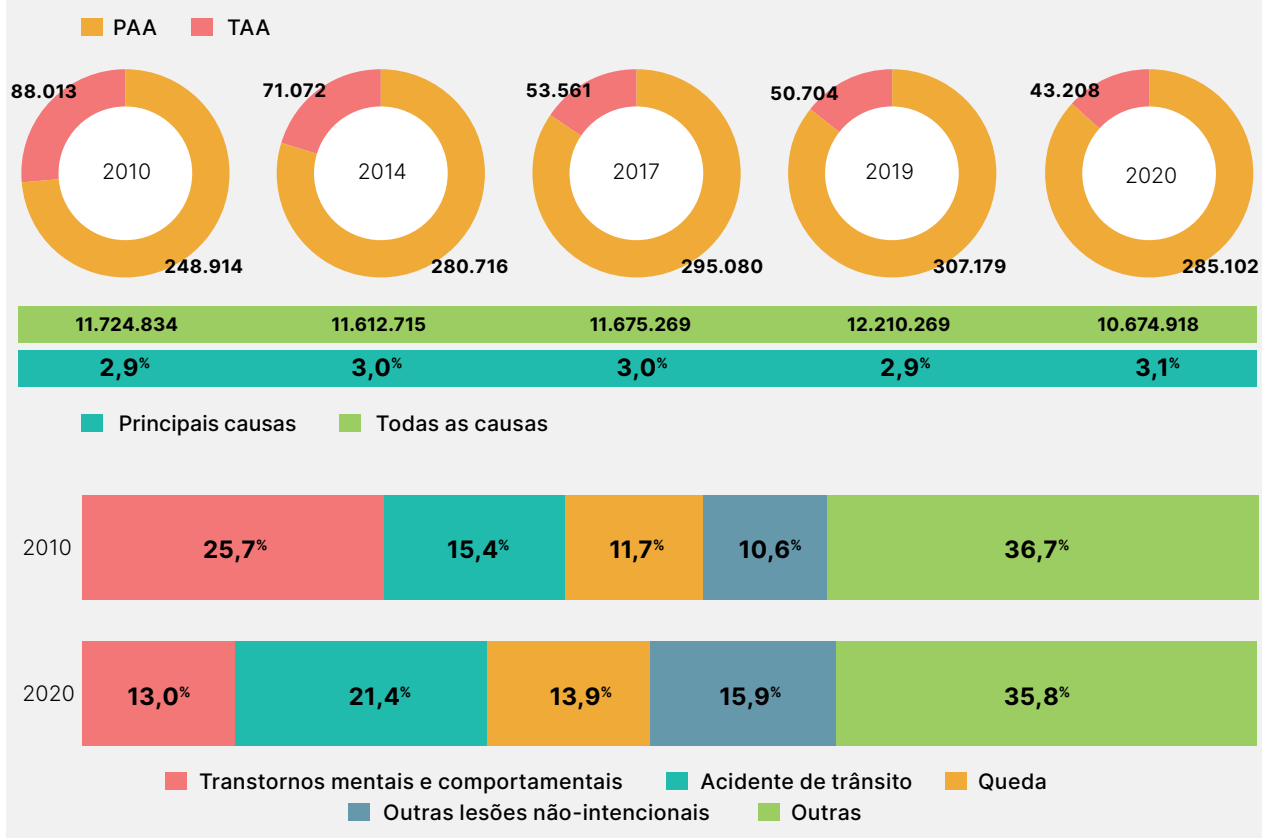
FONTE: Vigitel - Ministério da Saúde

## DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA (EM %)



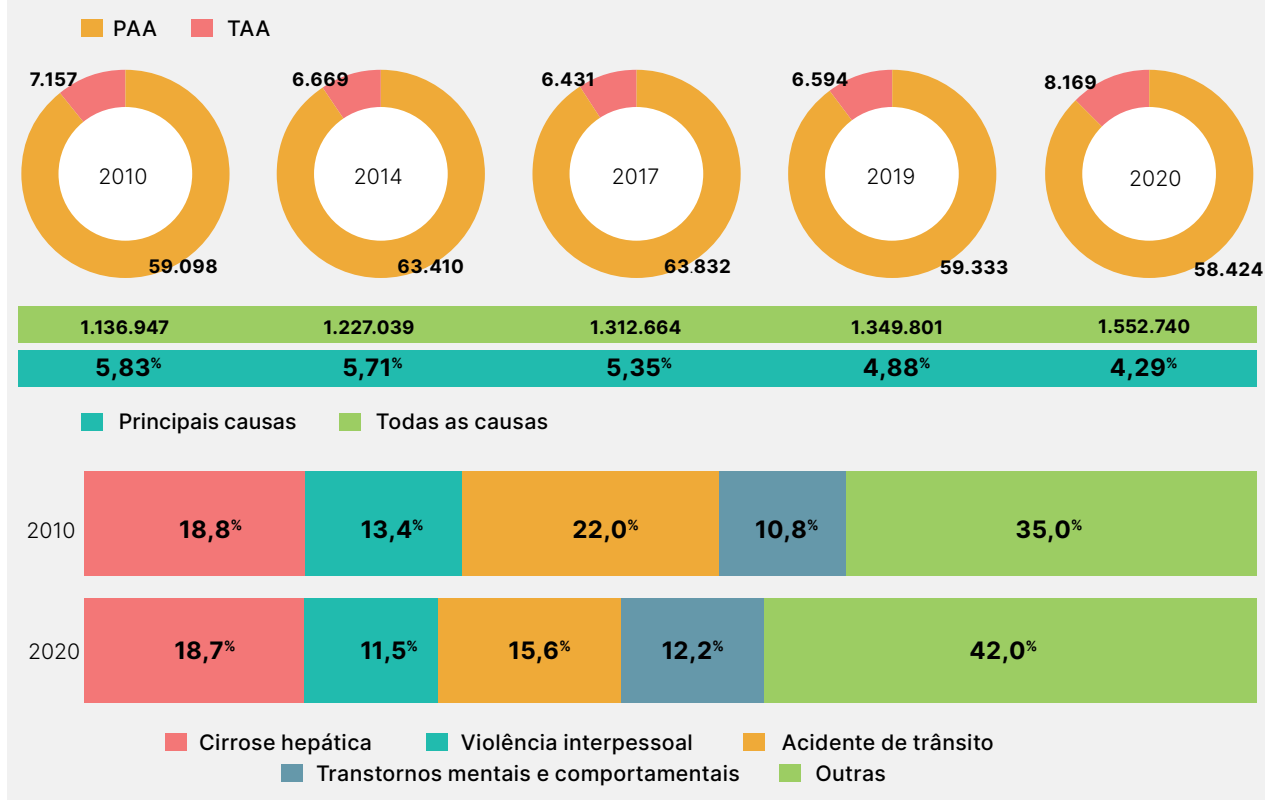
FONTE: CISA, com dados Vigitel e Datasus

## INTERNAÇÕES PARCIAL OU TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL (2010-2020)



FONTE: CISA, com dados Vigitel e Datasus

## ÓBITOS PARCIAL OU TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL (2010-2020)



FONTE: CISA, com dados Vigitel e Datasus



# Referências bibliográficas

Abbafati, C., Machado, D. B., Cislighi, B., Salman, O. M., Karanikolos, M., McKee, M., Abbas, K. M., Brady, O. J., Larson, H. J., Trias-Llimós, S., Cummins, S., Langan, S. M., Sartorius, B., Hafiz, A., Jenabi, E., Mohammad Gholi Mezerji, N., Borzouei, S., Azarian, G., Khazaei, S., Zhu, C. (2020). Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *In The Lancet*.

Aghababaeian, H., Hamdanieh, L., & Ostadtaghizadeh, A. (2020). Alcohol intake in an attempt to fight COVID-19: A medical myth in Iran. *Alcohol*, 88, 29–32.

Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., & Hammouda, O. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the. *Nutrients*, 12(1583), 13.

Andreuccetti, G., Carvalho, H. B., Cherpitel, C. J., Ye, Y., Ponce, J. C., Kahn, T., & Leyton, V. (2011). Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time–series analysis (2001–10) conducted in Brazil. *Addiction*, 106(12), 2124–2131.

Andreuccetti, G., Leyton, V., Carvalho, H. B., Sinagawa, D. M., Bombana, H. S., Ponce, J. C., Allen, K. A., Vecino-Ortiz, A. I., & Hyder, A. A. (2019). Drink driving and speeding in Sao Paulo, Brazil: Empirical cross-sectional study (2015-2018). *BMJ Open*, 9(8), e030294.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2019.

Brasil (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.

Brasil (2021). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2021.

Brasil (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2022.

Boden, J., Blair, S., & Newton-Howes, G. (2020). Alcohol use in adolescents and adult psychopathology and social outcomes: Findings from a 35-year cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(9), 909–918.

Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D., & Kuntsche, E. (2021). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: early indications from Australia. *Addiction*, 116(6), 1381–1388.

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020). *COVID-19 and Increased Alcohol Consumption*. <https://www.ccsa.ca/covid-19-and-increased-alcohol-consumption-nanos-poll-summary-report>

Carvalho, J. K. F. de, Pereira-Rufino, L. da S., Panfilio, C. E., Silva, R. D. A., & Céspedes, I. C. (2021). Effect of chronic alcohol intake on motor functions on the elderly. *Neuroscience Letters*, 745.

Chick, J. (2010). Sixty-Third World Health Assembly- Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *OMS*, 46(3), 223.

CISA, C. de I. sobre S. e Á. (2021). Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2021. In *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool*.

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). *Intoxicación por bebidas alcohólicas adulteradas en México*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/intoxicacion-por-bebidas-alcoholicas-adulteradas-en-mexico>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2019). Conass apoia iniciativa por um mundo livre dos danos relacionados ao álcool. <https://www.conass.org.br/conass-apoia-iniciativa-por-um-mundo-livre-dos-danos-relacionados-ao-alcool/>

Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária - CONAR (2022). *Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária*. Available from: <http://www.conar.org.br/codigo/codigo.php>

Coutinho, E. S. F., França-Santos, D., Da Silva Magliano, E., Bloch, K. V., Barufaldi, L. A., De Freitas Cunha, C., De Vasconcellos, M. T. L., & Szklo, M. (2016). ERICA: Patterns of alcohol consumption in Brazilian adolescents. *Revista de Saude Publica*, 50(suppl 1), 1s-9s.

de Goeij, M. C. M., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Schoenmakers, T. M., & Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131–146.

DENATRAN. (2018). Estatísticas - Frota de Veículos - DENATRAN — Português (Brasil).

Dimaggio, C., Galea, S., & Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894–904.

Dumas, T. M., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What Does Adolescent Substance Use Look Like During the COVID-19 Pandemic? Examining Changes in Frequency, Social Contexts, and Pandemic-Related Predictors. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354–361.



Filho, V. C. B., De Campos, W., & Lopes, A. da S. (2012). Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: A systematic review. *Revista de Saude Publica*, 46(5), 901–917.

Fiocruz; Unicamp; UFMG. ConVid: Pesquisa de Comportamentos. 2020. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://convid.fiocruz.br/2020>. [Internet] [Acesso em 27/04/2021] <https://convid.fiocruz.br/>  
Foster, J. H., & Ferguson, C. (2014). Alcohol 'Pre-loading': A Review of the Literature. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 213–226.

Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 911–923.

Hames, G. (2014). Alcohol in world history. *Alcohol in World History*, 1–152.

Id, A. P. M., Mugamba, S., Bulamba, R. M., Kyasanku, E., Nkale, J., Nalugoda, F., Nakigozi, G., Kigozi, G., Nalwoga, G. K., Kagaayi, J., Watya, S., & Wagman, J. A. (2022). *Exploring the impact of COVID-19 on women 's alcohol use , mental health , and experiences of intimate partner violence in Wakiso , Uganda*. 1–23.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2016). *Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015*.

Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2013). *Focus groups : from structured interviews to collective conversations*. Routledge.

Keyes, K. M., Jager, J., Denny, T., Mal-Sarkar, T., Patrick, M. E., Rutherford, C., Schulenberg, J., & Hasin, D. (2019). Is there a recent epidemic of women's drinking? A critical review of national studies HHS Public Access. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(7), 1344–1359.

Malta, D. C., Martins, A., Filho, S., De Mesquita, M., Montenegro, S., Dênis, M., Mascarenhas, M., Alves, M. M., Silva, D., & Lima, C. M. (2010). Mortality Analysis of Traffic Accidents Before and After Brazil's Dry Law Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 19(4), 317–328.

Malta, D. C., Silva, A. G. da, Prates, E. J. S., Alves, F. T. A., Cristo, E. B., & Machado, Í. E. (2021). Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24(suppl 1).

Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet*, 393(10190), 2493–2502.

Martinez, P., Karriker-jaffe, K. J., Ye, Y., Patterson, D., Greenfield, T. K., Mulia, N., & Kerr, W. C. (2022). Mental health and drinking to cope in the early COVID period : Data from the 2019 – 2020 US National Alcohol Survey. *Addictive Behaviors*.

Medina-Mora, M. E., Cordero-Oropeza, M., Rafful, C., Real, T., & Villatoro-Velazquez, J. A. (2021). COVID-19 and alcohol in Mexico: A serious health crisis, strong actions on alcohol in response— Commentary on Stockwell et al. In *Drug and Alcohol Review* (Vol. 40, Issue 1, pp. 13–16). Blackwell Publishing.

Ministério da Saúde (2011). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

Ministério da Saúde (2021). *Plano de Ações para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos 2021-2030* (Vol. 1). Brasília: Ministério da Saúde. 2021.

Monk, R. L., Qureshi, A., & Heim, D. (2020). An examination of the extent to which mood and context are associated with real-time alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 208, 107880.

Morris, H., Larsen, J., Catterall, E., Moss, A. C., & Dombrowski, S. U. (2020). Peer pressure and alcohol consumption in adults living in the UK: A systematic qualitative review. *BMC Public Health*, 20(1), 1–13.

Moura, H. F., Diemen, L. von, Bulzing, R. A., Meyer, J., Grabovac, I., López-Sánchez, G. F., Sadarangani, K. P., Tully, M. A., Smith, L., & Schuch, F. B. (2021). Alcohol use in self-isolation during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*.

Newby, J. M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–21.

Nunes, H. R. de C., Murta-Nascimento, C., & Lima, M. C. P. (2021). Impacto da Lei Seca sobre a mortalidade no trânsito nas unidades federativas do Brasil: uma análise de série temporal interrompida. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, 1–13.

OECD. (2021). Crisis policy, illicit alcohol and lessons learned from lockdown. In *OECD*.

Oliveira, N.; Contador, C.; Rodrigues, C.; Silva, P.; Couto, J. A Lei Seca, Impactos Econômicos e a Contribuição do Seguro. 2017. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] [www.funenseg.org.br](http://www.funenseg.org.br)

OMS. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2015). Global Status Report on Road Safety. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2017). Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2018a). Global status report on alcohol and health 2018. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2018b). SAFER: Preventing and Reducing Alcohol-Related Harms. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2018c). The SAFER action package: A World Free From Alcohol Related Harms. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] [https://www.who.int/substance\\_abuse/safer/msb\\_safer\\_brochure.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf?ua=1)

OMS. (2019). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330053>

OMS. (2020a). *Alcohol and COVID-19: what you need to know*. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf)

OMS. (2020b). Alcohol consumption, health consequences and policy responses globally in 2016. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] [https://www.who.int/docs/default-source/alcohol/19008-alcohol-infographics-28-01-20.pdf?sfvrsn=eccf8987\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/alcohol/19008-alcohol-infographics-28-01-20.pdf?sfvrsn=eccf8987_0)

OMS. (2020c). *Working document for development of an action plan to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol* (Issue November). [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://www.who.int/publications/m/item/working-document-towards-an-action-plan-on-alcohol>

OMS. (2021). *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs->

OMS. (2022). *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. [Internet] [Acesso em 27/05/2022] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB150/B150\\_7Add1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf)

ONU. (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

OPAS. (2020a). *Pacote técnico SAFER: Cinco áreas de intervenção em âmbito nacional e estadual*. [Internet] [Acesso em 20/04/2022] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51903>

OPAS. (2020b). *Uso de álcool durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe*. [Internet] [Acesso em 13/04/2022] [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52936/OPASNMHMHCOVID-19200042\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52936/OPASNMHMHCOVID-19200042_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Överlien, C., Aronsson, K., & Hydén, M. (2005). The focus group interview as an indepth method? Young women talking about sexuality. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(4), 331–344.

Paula, T. C. S., Chagas, C., Henrique, A. E. G., Castro-Costa, E., Lima-Costa, M. F., & Ferri, C. P. (2022). Alcohol consumption among older adults: Findings from the ELSI-Brazil study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1).

Payne, J. P. (2007). Drinking and driving - A road safety manual for decision-makers and practitioners. In *Alcohol and Alcoholism* (Vol. 15, Issue 4).

*Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE | IBGE*. (n.d.). Retrieved April 15, 2020, from <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>

Polcin, D. L., Korcha, R., Kerr, W., Bond, J., & Greenfield, T. (2014). Gender and social pressure to change drinking behavior: Results from the National Alcohol Surveys from 1984 to 2010. *Addiction Research and Theory*, 22(6), 481–489.

Presidência da República, C. C. (n.d.). Lei 11.705. 2008.

Presidência da República, C. C. (1996). Lei 9.294.

Presidência da República, C. C. (2008). Lei 11.705.

Presidência da República, C. C. (2012). Lei 12.760.

Presidência da República, C. C. (2015). Lei 13.106.

Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655–660.

Rakovski, C., Cardoso, A., Corrê, J., Mota, D., Bastos, F. I., Kapczinski, F., & De Boni, R. B. (2021). Underage drinking in Brazil: findings from a community household survey. *Braz J Psychiatry*.

Sanchez, Z. M., O, Konstantyner, T. C. R., Wagner, G. A., Monteiro, M., & Martins, C. B. (2020). Tendência do beber episódico excessivo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2006-2018: um estudo ecológico de séries temporais. *Epidemiol. Serv. Saude*, 29(4), 1–7.

Schippers, M. (2007). Recovering the feminine other: masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theor Soc*, 36, 85–102.

Shokoohi, M., Nasiri, N., Sharifi, H., Baral, S., & Stranges, S. (2020). A syndemic of COVID-19 and methanol poisoning in Iran: Time for Iran to consider alcohol use as a public health challenge? *In Alcohol* (Vol. 87, pp. 25–27). Elsevier Inc.

Silva, T. S., Christino, J. M. M., Moura, L. R. C., & de Moraes, V. H. F. (2019). Gender and alcohol consumption among young people: Evaluation and validation of the conformity to masculine norms inventory. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(9), 3495–3506.

Sim, T. N., & Koh, S. F. (2003). A domain conceptualization of adolescent susceptibility to peer pressure. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 57–80.

Sindipeças. (2021). *Relatório da Frota Circulante - Edição 2021*. [https://www.sindipeças.org.br/sindinews/Economia/2021/RelatorioFrotaCirculante\\_Marco\\_2021.pdf](https://www.sindipeças.org.br/sindinews/Economia/2021/RelatorioFrotaCirculante_Marco_2021.pdf)

Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: Systematic review and metaregression. *BMJ Open*, 6(10), e011827.

Stevely, A. K., Holmes, J., McNamara, S., & Meier, P. S. (2020). Drinking contexts and their association with acute alcohol-related harm: A systematic review of event-level studies on adults' drinking occasions. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 309–320.

Stewart, D., & Shamdasani, P. (1990). *Focus Groups: Theory and Practice* (3rd ed.). Sage Publications Inc.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA. (2020). *Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

UPDATE: *Halt on French local authority's alcohol ban during lockdown - The Local*. (2020).

Vallee, B. (1998). Alcohol in the Western World. *Scientific American*.

Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van Den Aemele, S., & Crunelle, C. L. (2020). Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *European Addiction Research*, 26(6), 309–315.

Ventriglio, A., Barlati, S., Torales, J., Gonçalves, P. D., Dib Gonçalves, P., Ferreira Moura, H., Abrantes Do Amaral, R., Maurício Castaldelli-Maia, J., & Malbergier, A. (2019). Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. *Frontiers in Psychiatry | Www.Frontiersin.Org*, 11, 581113.

Wang, J., Wang, J., & Crump, A. (2020). Association Between Quarantined Living Circumstances and Perceived Stress in Wuhan City During the COVID-19 Outbreak: A Rapid, Exploratory Cross-Sectional Study. *The Lancet*.

White, A. M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(2), 1–13.



# Anexos



## 9.1. FAAS

Este estudo utiliza a lista de CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) associados ao álcool e suas respectivas FAAs. Como há referências de FAAs para a população brasileira apenas para cirrose hepática e álcool e direção, foram utilizadas as demais FAAs do Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018 (OMS, 2018a).

**TABELA 1**  
**AGRAVOS À SAÚDE TOTALMENTE**  
**ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL**

TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL (FAA=100%)	CID
Dependência de álcool	F10.2
Envenenamento causado pelo álcool	X45
Intoxicação alcoólica aguda	F10.0
Miopatia alcoólica	G72.1
Síndrome Alcoólica Fetal	Q86.0
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	F10
Uso nocivo de álcool	F10.1



**TABELA 2**  
**AGRAVOS À SAÚDE PARCIALMENTE**  
**ATRIBUÍVEIS AO ALCÓOL**

PARCIALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ALCÓOL	FAA (%)	CID
Acidente de trânsito (FAA específica do Brasil)	36,7 para homens e 23 para mulheres	V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99
Afogamento	12	W65-W74
Autoagressão	18	X60-X84, Y870
AVC hemorrágico	9	I60-I62.9, I67.0-I67.1, I69.0-I69.298
AVC isquêmico	-1	G45-G46.8, I63-I63.9, I65-I66.9, I67.2-I67.848, I69.3-I69.4
Câncer colorretal	11	C18-C21
Câncer da cavidade oral e lábios	26	C00-C08
Câncer de esôfago	17	C15
Câncer de laringe	22	C32
Câncer de mama	5	C50
Câncer do fígado	10	C22
Cardiomiopatia, miocardite, endocardite	7	I30-I33, I38, I40, I42
Cirrose hepática (FAA específica do Brasil)	69,5 para homens e 42,6 para mulheres	K70, K74
<i>Diabetes Mellitus</i>	-2	E10-E14 (exceto E10.2-E10.29, E11.2-E11.29, E12.2, E13.2-E13.29, E14.2)
Doença cardíaca hipertensiva	7	I10-I15
Doenças cardíaca isquêmica	3	I20-I25
Doenças respiratórias inferiores	3	J09-J22, P23, U04
Envenenamento	12	X40, X43, X46-X48, X49
Epilepsia	13	G40-G41
Exposição a forças mecânicas	14	W20-W38, W40-W43, W45, W46, W49-W52, W75, W76
Fogo, calor e substâncias quentes	11	X00-X19
HIV/AIDS	3	B20-B24
Outras lesões não-intencionais	14	V05, V81-V86, V88, V90-V98, W39, W44, W53-W64, W77-W99, X20-X29, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
Outros tipos de câncer da faringe	31	C09-C10, C12-C14
Pancreatite	26	K85-K86
Queda	11	W00-W19
Tuberculose	20	A15-A19, B90
Violência interpessoal	18	X85-Y09, Y871

**TABELA 3**  
**CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (BPE) POR**  
**CAPITAIS E DISTRITO FEDERAL, TOTAL E POR SEXO**  
**- TENDÊNCIA TEMPORAL ENTRE 2010-2020**

CAPITAIS E DF	TOTAL					MASCULINO					FEMININO				
	Média	APC	IC(95%)		p	Média	APC	IC(95%)		p	Média	APC	IC(95%)		p
<b>NORTE</b>	<b>16.18</b>	<b>-0.39</b>	<b>-2.23</b>	<b>1.48</b>	<b>0.6544</b>	<b>24.86</b>	<b>-1.19</b>	<b>-2.66</b>	<b>0.31</b>	<b>0.115</b>	<b>8.25</b>	<b>2.22</b>	<b>-1.50</b>	<b>6.08</b>	<b>0.223</b>
Belém	17.33	-0.68	-2.51	1.19	0.4376	26.95	-0.60	-1.97	0.78	0.3594	9.18	-0.07	-4.75	4.85	0.9760
Boa Vista	17.06	1.81	-0.79	4.47	0.1608	25.23	1.17	-1.58	3.99	0.3744	9.35	3.91	-1.42	9.53	0.1429
Macapá	17.45	-0.88	-2.81	1.08	0.3442	22.16	0.03	-2.79	2.93	0.9830	13.04	-3.47	-9.51	2.97	0.2580
Manaus	13.96	-1.07	-4.50	2.47	0.5144	22.08	-3.04	-6.29	0.32	0.0780	6.46	5.33	0.41	10.49	0.0419 *
Rio Branco	14.71	2.12	-0.17	4.46	0.0732	22.15	1.62	-0.37	3.65	0.1071	7.92	3.94	-0.31	8.38	0.0733
Palmas	21.04	1.39	-0.92	3.76	0.2176	30.86	0.84	-1.49	3.22	0.4483	11.92	3.50	0.51	6.58	0.0308 *
Porto Velho	17.82	-0.19	-1.59	1.23	0.7734	25.49	-0.65	-3.05	1.81	0.5695	9.65	0.45	-3.09	4.11	0.7874
<b>NORDESTE</b>	<b>19.09</b>	<b>-0.11</b>	<b>-2.10</b>	<b>1.92</b>	<b>0.9044</b>	<b>28.39</b>	<b>-1.29</b>	<b>-2.66</b>	<b>0.10</b>	<b>0.0727</b>	<b>11.41</b>	<b>2.22</b>	<b>-1.25</b>	<b>5.81</b>	<b>0.1947</b>
Aracaju	19.94	0.58	-1.90	3.12	0.6188	30.12	-0.68	-3.30	2.02	0.5873	11.67	3.50	0.93	6.13	0.0159 *
Fortaleza	15.73	0.27	-2.07	2.66	0.8067	24.49	-1.34	-3.61	0.98	0.2320	8.39	4.24	0.86	7.74	0.0230 *
Maceió	17.20	-1.23	-4.07	1.70	0.3732	26.69	-2.46	-5.58	0.77	0.1269	9.46	1.29	-4.06	6.94	0.6132
Natal	17.11	-0.54	-2.96	1.93	0.6344	26.91	-2.25	-4.84	0.42	0.0971	8.83	3.29	0.00	6.68	0.0563
João Pessoa	16.23	-0.38	-3.77	3.12	0.8110	26.26	-0.76	-2.96	1.49	0.4691	7.90	0.62	-6.61	8.40	0.8590
Salvador	23.65	0.72	-1.12	2.59	0.4123	32.33	-0.27	-1.26	0.72	0.5565	16.42	2.26	-1.76	6.45	0.2488
São Luís	18.66	-1.36	-3.27	0.58	0.1555	29.36	-2.27	-3.52	-1.00	0.0041 *	9.92	0.67	-4.47	6.08	0.7849
Recife	19.56	-0.35	-2.92	2.29	0.7728	28.14	-1.71	-3.97	0.59	0.1355	12.68	2.14	-1.33	5.73	0.2098
Teresina	19.70	-1.43	-2.71	-0.14	0.0393 *	30.35	-2.12	-3.54	-0.67	0.0118 *	10.88	0.48	-1.13	2.12	0.5259
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>20.08</b>	<b>3.51</b>	<b>1.94</b>	<b>5.11</b>	<b>0.0010</b>	<b>28.45</b>	<b>2.47</b>	<b>0.83</b>	<b>4.13</b>	<b>0.0097</b>	<b>12.68</b>	<b>5.40</b>	<b>2.54</b>	<b>8.33</b>	<b>0.0027</b>
Distrito Federal	21.11	3.97	1.71	6.29	0.0043 *	29.69	2.97	0.29	5.72	0.0386 *	13.60	5.57	2.52	8.71	0.0034 *
Cuiabá	21.30	1.39	-0.50	3.32	0.1405	30.71	0.79	-1.19	2.81	0.4026	12.64	2.78	0.10	5.54	0.0498 *
Campo Grande	17.99	3.91	1.52	6.35	0.0062 *	26.00	3.26	1.35	5.21	0.0051 *	10.76	5.29	-0.59	11.52	0.0807
Goiânia	18.86	3.40	1.15	5.69	0.0096 *	26.61	1.74	-0.69	4.23	0.1512	12.07	6.72	3.20	10.37	0.0026 *
<b>SUDESTE</b>	<b>17.85</b>	<b>2.04</b>	<b>0.83</b>	<b>3.26</b>	<b>0.0054</b>	<b>25.05</b>	<b>0.35</b>	<b>-0.57</b>	<b>1.29</b>	<b>0.4200</b>	<b>11.75</b>	<b>5.09</b>	<b>2.92</b>	<b>7.31</b>	<b>0.0007</b>
Belo Horizonte	20.90	0.80	0.42	1.17	0.0014 *	28.55	-0.26	-0.96	0.45	0.4335	14.46	2.57	0.71	4.46	0.0148 *
Rio de Janeiro	19.75	1.87	0.54	3.23	0.0140 *	26.63	0.37	-1.49	2.25	0.6743	13.97	3.91	0.45	7.49	0.0355 *
São Paulo	16.05	2.51	0.53	4.54	0.0221 *	23.31	0.36	-1.49	2.25	0.6765	9.85	7.34	4.06	10.72	0.0010 *
Vitória	19.86	0.76	-0.89	2.43	0.3390	27.89	0.28	-1.15	1.72	0.6793	13.07	1.59	-0.89	4.12	0.1935
<b>SUL</b>	<b>15.75</b>	<b>2.36</b>	<b>0.91</b>	<b>3.83</b>	<b>0.0065</b>	<b>23.02</b>	<b>0.62</b>	<b>-0.51</b>	<b>1.76</b>	<b>0.2573</b>	<b>9.54</b>	<b>6.02</b>	<b>2.71</b>	<b>9.43</b>	<b>0.0034</b>
Curitiba	14.33	2.73	-0.50	6.08	0.0973	22.13	0.76	-1.68	3.27	0.5089	7.57	8.03	1.12	15.41	0.0014 *
Florianópolis	21.01	2.38	1.47	3.30	0.0004 *	30.47	1.14	0.23	2.05	0.2030 *	12.43	5.15	2.04	8.37	0.0059 *
Porto Alegre	15.84	1.72	-0.49	3.98	0.1216	21.66	-0.13	-1.91	1.68	0.8761	11.06	4.41	0.47	8.49	0.0369 *
<b>BRASIL</b>	<b>18.08</b>	<b>1.47</b>	<b>0.16</b>	<b>2.80</b>	<b>0.0373</b>	<b>26.09</b>	<b>0.06</b>	<b>-0.88</b>	<b>1.00</b>	<b>0.8985</b>	<b>11.24</b>	<b>4.25</b>	<b>1.84</b>	<b>6.72</b>	<b>0.0042</b>

2010 a 2020 (11 anos)



**TABELA 4**  
**CONSUMO ABUSIVO, ABSTENÇÃO E CONSUMO**  
**NÃO-ABUSIVO DE ÁLCOOL POR CAPITAIS E DISTRITO**  
**FEDERAL, TOTAL E POR SEXO -2020 E 2021**

Consumo de Álcool	Ano	População	CIDADE									
			Aracajú	Belém	Belo Horizonte	Boa Vista	Campo Grande	Cuiabá	Curitiba	Florianópolis	Fortaleza	Goiânia
Abstêmios	2020	Geral	54.1	60.0	50.1	58.9	50.6	54.3	54.7	43.7	62.5	51.3
		Sexo Masculino	43.2	45.8	39.7	49.5	45.6	47.4	44.7	35.8	48.2	41.8
		Sexo Feminino	63.0	72.1	58.8	67.6	55.1	60.6	63.3	50.9	74.5	59.5
	2021	Geral	59.6	60.8	48.7	60.5	55.3	57.3	56.5	46.3	62.2	61.9
		Sexo Masculino	47.2	48.7	36.2	50.0	42.9	44.4	44.8	38.5	58.6	52.9
		Sexo Feminino	69.8	71.1	59.2	70.2	66.4	69.2	66.6	53.3	65.2	69.8
Bebedores não abusivos (não-BPE)	2020	Geral	22.4	23.5	27.8	22.1	25.4	22.4	28.9	29.6	22.0	24.1
		Sexo Masculino	23.4	29.1	30.1	24.8	25.5	21.7	33.8	30.6	29.6	27.9
		Sexo Feminino	21.6	18.8	25.9	19.6	25.2	23.1	24.7	28.6	15.6	20.8
	2021	Geral	23.1	23.9	26.1	21.6	24.9	19.5	28.4	32.3	19.5	19.7
		Sexo Masculino	28.1	29.4	27.6	26.6	32.5	20.6	32.5	35.7	17.6	22.0
		Sexo Feminino	19.0	19.1	24.8	17.0	18.2	18.5	24.8	29.1	21.1	17.7
Bebedores abusivos (BPE)	2020	Geral	23.5	16.5	22.1	19.0	24.0	23.3	16.4	26.7	15.5	24.7
		Sexo Masculino	33.5	25.1	30.2	25.7	28.9	30.9	21.6	33.6	22.2	30.3
		Sexo Feminino	15.4	9.1	15.3	12.8	19.7	16.4	12.0	20.5	9.9	19.7
	2021	Geral	17.3	15.3	25.2	17.9	19.8	23.2	15.2	21.5	18.3	18.4
		Sexo Masculino	24.7	21.9	36.2	23.4	24.7	35.0	22.7	25.8	23.8	25.2
		Sexo Feminino	11.2	9.8	16.0	12.8	15.4	12.3	8.6	17.6	13.7	12.5

## CIDADE

João Pessoa	Macapá	Maceió	Manaus	Natal	Palmas	Porto Alegre	Porto Velho	Recife	Rio Branco	Rio de Janeiro	Salvador	São Luís	São Paulo	Teresina	Vitória	Distrito Federal
62,0	59,8	62,7	68,6	59,3	54,4	47,3	63,4	57,5	64,6	55,2	47,3	61,2	55,1	56,3	54,9	50,2
54,2	50,1	56,4	58,1	51,4	41,6	40,9	60,9	51,3	58,3	51,0	43,5	48,6	46,9	45,4	43,9	44,7
68,5	68,9	67,8	78,3	66,0	65,9	52,5	66,1	62,5	70,2	58,7	50,4	71,4	62,1	65,3	64,2	55,0
61,8	62,1	61,1	69,0	64,1	59,1	48,7	59,6	56,3	68,7	58,9	53,7	62,7	59,9	58,6	49,9	51,5
51,5	55,2	54,5	61,3	57,6	49,1	40,1	50,9	48,2	65,8	51,0	44,7	52,9	50,1	43,7	40,8	42,8
70,5	68,6	66,5	76,2	69,7	68,1	55,8	69,2	62,8	71,3	65,6	61,2	70,8	68,2	70,9	57,5	59,0
21,1	23,2	21,2	18,7	21,1	22,6	31,8	19,5	21,4	18,6	23,0	25,5	19,8	23,2	24,8	24,0	25,5
20,7	24,8	23,0	24,2	22,8	23,7	34,7	17,7	22,4	18,2	25,5	22,5	22,1	25,5	26,6	26,6	24,5
21,5	21,7	19,7	13,6	19,6	21,7	29,5	21,5	20,6	18,9	21,0	28,0	18,0	21,3	23,4	21,8	26,4
18,4	17,5	25,7	16,2	20,5	18,7	38,5	18,7	24,3	17,7	21,2	23,8	19,4	24,3	22,9	26,9	26,0
20,6	17,2	26,5	18,5	21,0	18,5	44,3	20,7	27,2	16,8	25,2	23,8	24,2	26,9	27,8	26,5	27,5
16,5	17,7	25,1	14,1	20,0	18,9	33,7	16,4	21,9	18,5	17,8	23,7	15,5	22,1	18,9	27,2	24,7
16,9	17,0	16,1	12,7	19,7	23,0	20,9	17,1	21,1	16,9	21,8	27,2	19,0	21,7	18,9	21,1	24,3
25,1	25,1	20,6	17,6	25,8	34,7	24,4	21,3	26,4	23,5	23,5	34,0	29,3	27,6	28,1	29,5	30,8
10,1	9,5	12,5	8,2	14,4	12,4	18,0	12,4	16,9	10,9	20,4	21,6	10,6	16,7	11,3	14,0	18,7
19,8	20,4	13,2	14,8	15,4	22,2	12,8	21,7	19,4	13,7	19,9	22,5	17,9	15,8	18,5	23,3	22,5
27,9	27,6	19,0	20,3	21,4	32,5	15,7	28,4	24,6	17,4	23,8	31,5	23,0	23,0	28,5	32,6	29,7
13,0	13,7	8,4	9,8	10,3	13,0	10,5	14,4	15,3	10,3	16,6	15,2	13,7	9,7	10,3	15,3	16,4



**TABELA 5**  
**CONDUÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APÓS**  
**CONSUMO DE ÁLCOOL POR CAPITAIS E DISTRITO FEDERAL,**  
**TOTAL E POR SEXO - TENDÊNCIA TEMPORAL ENTRE 2010-2020**

CAPITAIS E DF	TOTAL					MASCULINO					FEMININO							
	Média	APC	IC(95%)		p	Média	APC	IC(95%)		p	Média	APC	IC(95%)		p			
<b>NORTE</b>	<b>5.96</b>	<b>-0.03</b>	<b>-3.62</b>	<b>3.69</b>	<b>0.9835</b>	<b>10.50</b>	<b>-1.20</b>	<b>-4.85</b>	<b>2.59</b>	<b>0.4911</b>	<b>1.81</b>	<b>6.61</b>	<b>2.43</b>	<b>10.96</b>	<b>0.0085</b>	*		
Belém	4.75	0.26	-5.11	5.92	0.9191	9.13	0.00	-5.47	5.78	0.9989	1.02	2.72	-3.11	8.90	0.3329			
Boa Vista	10.15	2.17	-0.37	4.77	0.0951	16.38	1.04	-0.99	3.12	0.2865	4.28	7.64	-0.11	16.00	0.0612			
Macapá	7.24	-2.78	-6.12	0.67	0.1100	12.78	-3.38	-5.80	-0.90	0.0181	*	2.07	2.28	-8.21	13.98	0.6516		
Manaus	4.55	-0.64	-4.71	3.61	0.7406	8.05	-2.38	-6.72	2.17	0.2708	1.31	12.53	7.56	17.72	0.0006	*		
Rio Branco	5.17	-1.89	-10.05	7.01	0.6339	8.98	-2.92	-11.67	6.70	0.5009	1.69	4.68	-2.66	12.58	0.1979			
Palmas	13.90	2.79	-1.44	7.19	0.1821	22.24	1.25	-3.54	6.27	0.5804	6.15	9.29	4.47	14.33	0.0030	*		
Porto Velho	7.90	-1.73	-4.26	0.87	0.1742	13.17	-2.64	-5.71	0.53	0.1006	2.28	0.94	-10.27	13.54	0.8627			
<b>NORDESTE</b>	<b>5.55</b>	<b>-4.28</b>	<b>-7.99</b>	<b>-0.43</b>	<b>0.0405</b>	<b>10.51</b>	<b>-4.84</b>	<b>-8.44</b>	<b>-1.10</b>	<b>0.0226</b>	<b>1.44</b>	<b>-0.90</b>	<b>-5.55</b>	<b>3.98</b>	<b>0.6823</b>			
Aracaju	8.16	-2.40	-6.08	1.41	0.1947	15.10	-3.23	-6.73	0.40	0.0839	2.51	2.08	-5.25	9.98	0.5512			
Fortaleza	5.15	-5.50	-13.36	3.07	0.1840	9.39	-6.80	-15.23	2.47	0.1370	1.60	0.25	-4.67	5.41	0.9146			
Maceió	4.21	-4.80	-9.49	0.12	0.0629	8.53	-5.18	-9.28	-0.90	0.0295	*	0.68	-0.75	-21.21	25.01	0.9431		
Natal	5.51	-7.22	-10.23	-4.12	0.0013	*	10.39	-7.00	-10.44	-3.43	0.0033	*	1.37	-9.27	-15.53	-2.56	0.0177	*
João Pessoa	5.31	-6.25	-14.25	2.49	0.1455	10.26	-7.17	-15.09	1.48	0.1007	1.19	0.02	-10.53	11.80	0.9976			
Salvador	4.97	-5.60	-7.08	-4.10	0.0001	*	9.66	-5.83	-7.50	-4.13	0.0001	*	1.08	-5.34	-10.91	0.58	0.0801	
São Luís	7.49	-1.34	-3.56	0.94	0.2241	14.33	-2.03	-4.16	0.16	0.0741	1.90	2.83	-2.45	8.39	0.2700			
Recife	2.99	-11.58	-17.34	-5.42	0.0044	*	5.77	-13.57	-20.45	-6.10	0.0053	*	0.74	-2.41	-7.20	2.64	0.3105	
Teresina	11.02	0.62	-1.86	3.16	0.5938	20.36	0.13	-2.67	3.01	0.9200	3.31	3.08	-1.31	7.66	0.1590			
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>9.72</b>	<b>0.24</b>	<b>-3.50</b>	<b>4.13</b>	<b>0.8902</b>	<b>16.03</b>	<b>-1.35</b>	<b>-3.85</b>	<b>1.23</b>	<b>0.2728</b>	<b>4.14</b>	<b>5.80</b>	<b>-2.39</b>	<b>14.67</b>	<b>0.1574</b>			
Distrito Federal	9.47	-0.40	-5.36	4.82	0.8630	15.03	-2.20	-5.49	1.21	0.1851	4.62	4.17	-6.41	15.95	0.4171			
Cuiabá	10.96	-1.32	-5.93	3.51	0.5496	18.15	-3.29	-8.84	2.59	0.2408	4.33	4.81	-1.26	11.25	0.1180			
Campo Grande	10.12	3.42	-0.94	7.96	0.1207	16.85	0.47	-2.49	3.52	0.7355	4.05	14.94	1.82	29.75	0.0355	*		
Goiânia	9.46	0.01	-5.23	5.55	0.9957	16.59	-0.53	-5.70	4.93	0.8293	3.21	2.24	-6.29	11.55	0.5827			
<b>SUDESTE</b>	<b>5.24</b>	<b>-1.78</b>	<b>-5.66</b>	<b>2.25</b>	<b>0.3457</b>	<b>9.29</b>	<b>-1.98</b>	<b>-5.89</b>	<b>2.10</b>	<b>0.3040</b>	<b>1.81</b>	<b>-0.68</b>	<b>-5.75</b>	<b>4.67</b>	<b>0.7778</b>			
Belo Horizonte	6.97	0.15	-4.76	5.31	0.9492	12.39	-0.69	-5.53	4.40	0.7635	2.41	4.62	-0.92	10.47	0.1025			
Rio de Janeiro	3.46	-4.89	-11.06	1.70	0.1343	6.36	-5.77	-12.37	1.32	0.1064	1.02	-1.30	-11.04	9.51	0.7847			
São Paulo	5.90	-1.67	-5.75	2.59	0.3990	10.32	-1.23	-5.38	3.10	0.5361	2.13	-2.79	-9.17	4.04	0.3776			
Vitória	4.82	-3.86	-13.67	7.06	0.4354	8.31	-5.49	-13.96	3.83	0.2166	1.88	-0.01	-18.90	23.28	0.9995			
<b>SUL</b>	<b>7.34</b>	<b>-1.88</b>	<b>-5.75</b>	<b>2.15</b>	<b>0.3210</b>	<b>12.57</b>	<b>-3.13</b>	<b>-6.80</b>	<b>0.68</b>	<b>0.1045</b>	<b>2.86</b>	<b>3.58</b>	<b>-1.33</b>	<b>8.73</b>	<b>0.1453</b>			
Curitiba	8.01	-0.33	-5.38	4.99	0.8897	13.47	-2.63	-6.80	1.73	0.2114	3.25	8.96	-1.68	20.75	0.1007			
Florianópolis	12.80	-2.15	-4.85	0.62	0.1221	20.75	-3.42	-5.68	-1.10	0.0128	*	5.60	0.87	-4.98	7.08	0.7522		
Porto Alegre	4.74	-4.83	-8.67	-0.84	0.0296	*	8.95	-3.59	-8.64	1.74	0.1684	1.54	-11.87	-20.33	-2.52	0.0252	*	
<b>BRASIL</b>	<b>6.08</b>	<b>-1.72</b>	<b>-4.99</b>	<b>1.65</b>	<b>0.2822</b>	<b>10.78</b>	<b>-2.49</b>	<b>-5.56</b>	<b>0.68</b>	<b>0.1180</b>	<b>2.06</b>	<b>1.88</b>	<b>-2.44</b>	<b>6.39</b>	<b>0.3634</b>			

**TABELA 6  
BEBER E DIRIGIR POR CAPITAIS,  
TOTAL E POR SEXO - 2020 E 2021**

CIDADE	2020			2021		
	Geral	Sexo		Geral	Sexo	
		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
Aracajú	7.27	13.74	2.0	6.1	11.5	1.7
Belém	4.2	8.3	0.7	5.0	8.7	1.9
Belo Horizonte	6.3	11.1	2.4	9.3	16.5	3.3
Boa Vista	10.5	14.2	7.1	10.6	16.8	4.9
Campo Grande	13.8	19.3	8.9	8.2	14.8	2.4
Cuiabá	8.5	11.1	6.0	8.8	15.4	2.7
Curitiba	7.0	10.0	4.4	5.6	9.6	2.1
Florianópolis	10.7	17.8	4.2	8.0	10.9	5.4
Fortaleza	3.2	5.4	1.2	3.0	5.0	1.3
Goiânia	9.6	17.2	2.9	6.6	11.6	2.2
Joao Pessoa	3.1	5.6	1.1	3.7	6.3	1.4
Macapá	6.1	10.7	1.9	7.4	13.3	2.0
Maceió	2.6	4.9	0.8	2.5	5.0	0.4
Manaus	4.2	7.2	1.5	5.3	9.7	1.2
Natal	3.4	6.1	1.0	2.7	5.2	0.6
Palmas	17.0	26.5	8.4	12.6	21.1	5.1
Porto Alegre	2.9	5.9	0.5	3.0	6.0	0.5
Porto Velho	6.5	10.0	2.6	4.4	7.4	1.0
Recife	1.5	2.3	0.8	2.6	5.7	0.2
Rio Branco	3.4	5.5	1.6	4.4	6.4	2.7
Rio de Janeiro	1.8	3.5	0.4	3.6	7.6	0.3
Salvador	3.5	7.1	0.5	4.2	8.4	0.7
São Luís	7.5	14.2	2.0	5.4	10.6	1.2
São Paulo	5.6	9.8	2.1	5.4	9.9	1.7
Teresina	12.2	22.6	3.7	10.8	19.1	4.0
Vitória	7.3	11.1	4.0	4.3	6.6	2.3
Distrito Federal	11.0	15.2	7.4	8.3	13.2	4.1

**TABELA 7  
INDICADORES VIGITEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL  
POR SEXO E FAIXA ETÁRIA - 2020 E 2021**

FAIXA ETÁRIA	% CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (BPE)	2020			2021		
		Geral	Sexo		Geral	Sexo	
			Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
18 a 34 anos	Abstêmios	47.3	42.8	51.6	53.6	48.6	58.2
	Bebedores não abusivos (não-BPE)	23.9	24.5	23.3	23.1	23.8	22.5
	Bebedores abusivos (BPE)	28.8	32.7	25.1	23.3	27.6	19.3
35 a 54 anos	Abstêmios	56.1	47.4	63.2	56.5	45.8	65.4
	Bebedores não abusivos (não-BPE)	24.1	25.6	22.8	24.5	26.3	23.0
	Bebedores abusivos (BPE)	19.9	27.0	14.0	19.0	27.9	11.5
55 anos e mais	Abstêmios	66.8	55.7	74.8	67.9	55.0	77.3
	Bebedores não abusivos (não-BPE)	23.2	29.3	18.7	22.4	29.5	17.2
	Bebedores abusivos (BPE)	10.1	15.0	6.5	9.8	15.6	5.5



**TABELA 8**  
**INTERNAÇÕES PARCIAL E TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL**  
**POR 100 MIL HABITANTES - ESTADOS BRASILEIROS E DF**

CIDADE	2019	2020
Rondônia	172.4	176.7
Acre	126.2	137.6
Amazonas	54.4	44.5
Roraima	215.3	173.9
Pará	136.5	135.8
Amapá	90.2	66.4
Tocantins	169.7	174.4
Maranhão	138.8	129.4
Piauí	245.5	201.5
Ceará	148.0	128.5
Rio Grande do Norte	144.8	134.7
Paraíba	132.4	117.0
Pernambuco	164.7	148.4
Alagoas	144.9	139.0
Sergipe	86.0	69.9
Bahia	128.4	118.9
Minas Gerais	185.7	173.3
Espírito Santo	189.6	179.5
Rio de Janeiro	118.0	107.1
São Paulo	182.3	166.1
Paraná	277.2	247.7
Santa Catarina	209.0	181.9
Rio Grande do Sul	211.7	193.5
Mato Grosso do Sul	202.1	183.0
Mato Grosso	189.8	147.9
Goiás	166.9	152.8
Distrito Federal	193.9	184.9



**TABELA 9**  
**ÓBITOS PARCIAL E TOTALMENTE ATRIBUÍVEIS**  
**AO ÁLCOOL POR 100 MIL HABITANTES**  
**- ESTADOS BRASILEIROS E DF**

CIDADE	2019	2020
Rondônia	26.0	25.1
Acre	25.7	23.2
Amazonas	22.7	22.0
Roraima	26.8	26.5
Pará	25.0	24.6
Amapá	21.1	22.6
Tocantins	34.7	36.1
Maranhão	26.7	29.1
Piauí	34.4	37.2
Ceará	32.5	36.6
Rio Grande do Norte	33.0	34.4
Paraíba	32.2	34.4
Pernambuco	35.5	37.0
Alagoas	34.6	36.5
Sergipe	37.5	37.9
Bahia	32.7	34.4
Minas Gerais	33.8	32.0
Espírito Santo	37.3	37.9
Rio de Janeiro	30.4	27.2
São Paulo	28.5	28.5
Paraná	37.0	37.3
Santa Catarina	28.2	28.3
Rio Grande do Sul	35.1	32.8
Mato Grosso do Sul	33.9	32.9
Mato Grosso	33.1	34.8
Goiás	33.5	35.4
Distrito Federal	29.7	27.2



# Biografias

## **Arthur Guerra**

Médico Psiquiatra. Professor Associado do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Titular de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina do ABC. Fundador e Coordenador do GREA, Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HC-FMUSP). Fundou o CISA e é Presidente Executivo da instituição.

## **Mariana Zanata Thibes**

Socióloga formada pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP) e doutora em Sociologia pela mesma universidade. Foi pesquisadora visitante da New York University. Possui dois pós-doutorados em Ciências Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e pela Universidade Federal do ABC. Trabalhou como pesquisadora no Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

(CEBRAP) e no Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquent (Ilanud). Trabalhou como consultora de pesquisa para empresas como Ibope e Ipsos e como analista de dados no Google Brasil. É coordenadora do CISA.

## **Kae Leopoldo**

Psicólogo formado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Fez iniciação científica no Instituto Oscar Freire da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), estudando os efeitos do consumo de álcool e outras drogas na cognição. Possui Mestrado pelo Departamento de Psicologia Experimental da USP, tendo estudado o processamento de informação no sistema nervoso. Doutor pelo programa de Neurociência e Comportamento da USP. É pesquisador do CISA.

## **Maria Olivia Pozzolo Pedro**

Médica Psiquiatra formada pela Faculdade de Medicina do ABC – FMABC. Psiquiatra



da Retaguarda do Hospital Sírio Libanês e Psiquiatra voluntária do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (GREa-IPq-FMUSP). É pesquisadora médica do CISA.

### **Marilia Alves dos Reis**

Biomédica formada pela Universidade Metodista de São Paulo. É mestre e doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Foi aluna-pesquisadora do Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC-UNIFESP), atuando no grupo de neuroimagem, e trabalhou como biomédica de imagem no setor de Medicina Nuclear do Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP (DDI-UNIFESP). É pesquisadora sênior do CISA.

### **Telma Tiemi Schwandt Diniz Gomes**

Bacharel em Química pelo Instituto de Química da Universidade de São Paulo (IQ-USP), doutora em Ciências pelo Departamento

de Bioquímica do mesmo Instituto e pós-doutora em Neurociências pela Universidade de Wisconsin. Trabalhou como assessora científica do Fleury Medicina e Saúde e como pesquisadora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e do IQ-USP. Foi docente e pesquisadora do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (ICB-USP) e pesquisadora sênior do CISA. Trabalha com consultoria científica.

### **Andressa Kutschenko Nahas**

Graduada em Estatística pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), mestre em Ciências (Epidemiologia e Bioestatística) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e doutora em Ciências (Epidemiologia) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência profissional como consultora estatística acadêmica e empresarial há treze anos, com atuação em projetos de pesquisa acadêmicos e empresas das áreas da saúde, educação, financeira, marketing, pesquisa de Mercado e tecnologia da informação. Atualmente é consultora estatística e proprietária da empresa AKN Consultoria Estatística.

## **CISA – CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ALCÓOL**

### **Presidente Executivo**

ARTHUR GUERRA

### **Coordenadora**

MARIANA ZANATA THIBES

### **Colaboradores**

ANDRÉA PINTO FERREIRA

KAE LEOPOLDO

MARILIA ALVES DOS REIS

MARIA OLIVIA POZZOLO PEDRO

### **Processamento de Dados**

A. K. NAHAS – CONSULTORIA ESTATÍSTICA

Andressa Kutschenko Nahas

### **Preparação e Revisão de Texto**

POTIRA CUNHA

### **Arte (Projeto gráfico, diagramação e ilustrações)**

FOTOSSÍNTESE DESENHO E PROJETO:

Bruno Algarve, Cristina Vasconcelos

e Lucia de Menezes Farias

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

---

**A553a Andrade, Arthur Guerra de (org.).**

Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2022 / Organizador: Arthur Guerra de Andrade; Centro de Informações sobre Saúde e Alcool. - 1. ed. - São Paulo : CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Alcool, 2022.

200 p.; il.; gráfs.; tabs.; fotografias.

E-Book: 1,2 Mb; PDF.

Inclui bibliografia.

**ISBN 978-65-990384-3-3.**

1. Álcool. 2. Alcoolismo. 3. Brasil. 4. Padrões de Consumo. 5. Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizador. IV. CISA.

---

**22-3038402**

**CDD 362.109:616.861  
CDU 362.2928 (81)**

### **ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO**

1. Problemas Sociais / Saúde Pública / Alcoolismo.

2. Problemas sociais; Alcoólatras: Recuperação (Brasil).



# Álcool e a Saúde dos Brasileiros

PANORAMA  
2022

