

## 9. Consumo de álcool

### Introdução

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo<sup>1</sup>. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e 4,0% das *Disabilities Adjusted Life Year* (DALY), e que nos países em desenvolvimento e com baixa mortalidade, dos quais o Brasil faz parte, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das DALY<sup>2</sup>. Tendo em vista as conseqüências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família, o estudo deste comportamento na população torna-se de extrema importância para a sociedade.

O consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, pode provocar disfunções como violência, suicídio e acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde como cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres<sup>3 4 5 6</sup>.

Nas últimas décadas, o consumo de álcool vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento vem acontecendo em países em desenvolvimento<sup>2</sup>. A literatura mostra, de forma consistente, que existem diferenças no consumo de álcool por sexo, sendo o uso abusivo mais freqüente entre homens<sup>7 8</sup>. De acordo com estudos populacionais brasileiros, o alcoolismo está negativamente associado com situação socioeconômica, educação, ocupação e renda<sup>9</sup>.

Alguns estudos indicam que o consumo moderado de álcool pode diminuir o risco de morte por doenças coronarianas<sup>10</sup>, estando entretanto, acima desse nível, associado a inúmeras conseqüências sociais e para a saúde, que podem superar aquele benefício<sup>4</sup>. A OMS<sup>6</sup> e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos<sup>3</sup> definem como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose/dia para as mulheres e duas doses/dia para os homens. A ingestão de doses diárias acima deste padrão é considerada prejudicial e representa algum risco para a saúde dos indivíduos.

Este módulo teve como objetivo principal classificar os indivíduos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em função de quantidades que representam riscos para doenças e agravos não transmissíveis e não pretende produzir estimativas populacionais de alcoolismo. Os dados poderão ser utilizados para avaliar a proporção da população que consumiu álcool nos últimos 30 dias e aqueles que consumiram quantidades de álcool acima das recomendações da OMS.

## Metodologia

Para avaliar o consumo de álcool nesta pesquisa, utilizou-se um instrumento baseado no módulo para consumo de álcool do *Behavioral Risk Factor Surveillance System*<sup>11</sup>. Este instrumento é composto por perguntas diretas, auto-referidas, que enfatizam questões de frequência de consumo de bebidas alcoólicas (dias por semana ou mês) e quantidade ingerida (número de doses ingeridas nos dias em que consumiu nos últimos 30 dias). Considerou-se como uma dose padronizada: meia garrafa ou 1 lata de cerveja, um cálice de vinho ou 1 dose de bebidas destiladas (aguardente, whisky, etc).

As perguntas foram elaboradas para avaliar a proporção da população que consome bebidas alcoólicas (consumo atual) e estimar o percentual de indivíduos que normalmente o fazem acima das recomendações (consumo de risco). O consumo atual foi caracterizado como o de pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Para o cálculo do consumo de risco, primeiro multiplicou-se o número de doses ingeridas em um dia típico de consumo pelo número de dias em que se consumiram bebidas alcoólicas. Depois, dividiu-se o produto desta multiplicação por 30 (caso tenha sido relatado consumo mensal) ou 7 (para consumo semanal). Desta forma, chegou-se a um consumo diário médio. Classificou-se como de risco, o consumo diário médio acima das recomendações da OMS, ou seja, mais de duas doses padronizadas de bebidas para homens e mais de uma dose padronizada para mulheres, por dia<sup>6</sup>.

## Resultados

A Tabela 9.1 apresenta a prevalência de consumo atual de bebidas alcoólicas, total e por sexo, nas capitais estudadas. O percentual de indivíduos que relataram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual) variou de 32,4% em João Pessoa até 58,6% em Florianópolis.

Os maiores percentuais de bebedores atuais foram encontrados na região Sul e Sudeste e os menores nas regiões Norte e Nordeste. Na região Sudeste observaram-se dois padrões: um maior percentual de consumo atual nas cidades de Belo Horizonte e Vitória (51,9% e 53,4%) e outro menor, para o Rio de Janeiro e São Paulo (46,7% e 44,9%). As capitais das regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram um padrão de consumo atual heterogêneo, sendo que Aracaju e Campo Grande se destacaram com percentuais mais elevados e João Pessoa e Natal, com percentuais mais baixos.

Analisando esse consumo por gênero (Tabela 9.1), constatou-se que, em todas as capitais, um percentual significativamente maior de homens, em relação a mulheres, relatou ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. Essa diferença variou de 1,4 vezes (em Porto Alegre) a 2,6 vezes (em Manaus). As capitais das regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram as maiores razões de prevalência de consumo atual entre homens e mulheres. Na maioria dessas capitais, a prevalência de consumo atual no sexo masculino foi praticamente o dobro da encontrada no sexo feminino.

**Tabela 9.1. Percentual de indivíduos que relataram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual), na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Sexo												Razão M/F
	Total				masculino				feminino				
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	
Manaus	1648	563	34,2	(31,4-36,9)	734	383	52,2	(48,5-55,9)	914	180	19,7	(16,5-22,9)	2,6
Belém	1352	525	38,8	(35,1-42,5)	565	302	53,5	(48,6-58,3)	787	223	28,3	(24,5-32,2)	1,9
Fortaleza	2245	1014	45,2	(42,1-48,2)	985	604	61,3	(57,4-65,2)	1260	410	32,5	(28,9-36,1)	1,9
Natal	789	308	39,0	(34,7-43,4)	340	194	57,1	(51,6-62,5)	449	114	25,4	(20,5-30,2)	2,2
João Pessoa	1170	379	32,4	(27,6-37,2)	462	226	48,9	(42,7-55,1)	708	153	21,6	(16,7-26,5)	2,3
Recife	990	454	45,9	(41,6-50,1)	423	250	59,1	(53,4-64,8)	567	204	36,0	(31,6-40,3)	1,6
Aracaju	836	418	50,0	(46,6-53,4)	350	231	66,0	(61,3-70,7)	486	187	38,5	(33,9-43,0)	1,7
Campo Grande	675	1162	49,9	(45,3-54,6)	298	183	61,4	(55,0-67,8)	377	154	40,8	(35,7-46,0)	1,5
Distrito Federal	1967	337	46,4	(43,4-49,4)	853	517	60,6	(56,7-64,6)	1114	396	35,5	(32,1-39,2)	1,7
Belo Horizonte	2239	913	51,9	(49,1-54,7)	976	636	65,2	(62,0-68,4)	1263	526	41,6	(38,1-45,2)	1,6
Vitória	761	406	53,4	(48,9-57,8)	352	239	67,9	(61,8-74,0)	409	167	40,8	(35,8-45,9)	1,7
Rio de Janeiro	2634	1229	46,7	(44,3-49,0)	1074	653	60,8	(57,6-64,0)	1560	576	36,9	(34,0-39,9)	1,6
São Paulo	1192	535	44,9	(41,5-48,3)	519	301	58,0	(53,8-62,2)	673	234	34,8	(30,3-39,2)	1,7
Curitiba	2311	1132	49,0	(46,3-51,7)	1031	661	64,1	(60,8-67,5)	1280	471	36,8	(33,5-40,1)	1,7
Florianópolis	841	493	58,6	(54,4-62,8)	376	271	72,1	(66,9-77,3)	465	222	47,7	(41,6-53,9)	1,5
Porto Alegre	1384	783	56,6	(53,5-59,6)	613	417	68,0	(63,9-72,1)	771	366	47,5	(43,4-51,5)	1,4

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Quanto à faixa etária, pôde-se observar (Tabela 9.2) que em todas as capitais estudadas, o grupo entre 25 e 49 anos foi o que apresentou maior percentual de consumo atual, seguido do grupo de 15 a 24 anos, sendo que somente em sete cidades esta diferença foi estatisticamente significativa.

**Tabela 9.2. Percentual de indivíduos que relataram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual), na população de estudo de 15 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Faixa etária											
	15 a 24 anos				25 a 49 anos				50 anos e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	513	151	29,4	(25,8-33,0)	873	368	42,2	(37,8-46,5)	262	44*	16,8	(10,9-22,7)
Belém	413	128	31,0	(25,1-36,9)	671	330	49,2	(44,7-53,7)	268	67	25,0	(20,1-29,9)
Fortaleza	642	279	43,5	(38,9-48,0)	1101	583	53,0	(49,4-56,5)	502	152	30,3	(24,8-35,8)
Natal	232	87	37,5	(31,6-43,4)	385	173	44,9	(39,6-50,2)	172	48*	27,9	(20,2-35,6)
João Pessoa	307	93	30,3	(25,1-35,5)	600	235	39,2	(33,6-44,8)	263	51	19,4	(13,2-25,6)
Recife	241	115	47,7	(41,0-54,4)	484	265	54,8	(49,4-60,1)	265	74	27,9	(21,3-34,6)
Aracaju	247	118	47,8	(41,3-54,2)	424	239	56,4	(51,2-61,5)	165	61	37,0	(29,2-44,7)
Campo Grande	198	108	54,5	(47,5-61,6)	324	180	55,6	(49,3-61,8)	153	49*	32,0	(23,9-40,2)
Distrito Federal	587	263	44,8	(40,9-48,7)	1023	547	53,5	(49,9-57,0)	357	103	28,9	(23,5-34,2)
Belo Horizonte	556	270	48,6	(44,6-52,6)	1180	692	58,6	(55,2-62,1)	503	200	39,8	(34,5-45,0)
Vitória	197	106	53,8	(46,1-61,5)	374	211	56,4	(51,1-61,7)	190	89	46,8	(38,4-55,3)
Rio de Janeiro	526	197	37,5	(33,2-41,7)	1267	712	56,2	(53,1-59,3)	841	320	38,0	(34,6-41,5)
São Paulo	322	152	47,2	(40,9-53,5)	603	291	48,3	(44,2-52,3)	267	92	34,5	(27,5-41,4)
Curitiba	560	293	52,3	(48,0-56,6)	1249	663	53,1	(50,0-56,2)	502	176	35,1	(30,1-40,0)
Florianópolis	193	118	61,1	(53,2-69,0)	408	274	67,2	(63,0-71,3)	240	101	42,1	(34,8-49,4)
Porto Alegre	315	171	54,3	(48,9-59,7)	657	422	64,2	(60,4-68,0)	412	190	46,1	(40,8-51,4)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: \* O número de entrevistados que referiram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual) nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

A Tabela 9.3. apresenta o percentual, por nível de escolaridade, de indivíduos que relataram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. Em todas as capitais, a estimativa pontual de prevalência de consumo atual foi maior entre os indivíduos com maior escolaridade (ensino fundamental completo ou mais), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa em Manaus, Belém, Natal e João Pessoa. Para as capitais das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as diferenças entre os dois grupos foram maiores, quando comparadas às diferenças encontradas nas outras duas regiões do país. O percentual de indivíduos que relataram consumo atual de bebida alcoólica entre aqueles que não concluíram o ensino fundamental variou de 26,7% em João Pessoa até 44,5% em Aracaju. Já para aqueles, com pelo menos, o ensino fundamental completo, esse percentual variou de 36,7% (em Manaus) até 67,9% (em Florianópolis)

**Tabela 9.3. Percentual de indivíduos que relataram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual), na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	704	218	31,0	(27,7-34,2)	931	342	36,7	(32,7-40,8)
Belém	544	199	36,6	(31,7-41,5)	803	325	40,5	(36,0-44,9)
Fortaleza	972	372	38,3	(35,1-41,5)	1246	632	50,7	(46,7-54,8)
Natal	374	125	33,4	(28,2-38,7)	389	170	43,7	(37,9-49,5)
João Pessoa	531	142	26,7	(22,7-30,8)	631	233	36,9	(30,7-43,1)
Recife	419	164	39,1	(33,0-44,7)	530	273	51,5	(46,2-56,8)
Aracaju	357	159	44,5	(39,3-49,7)	464	253	54,5	(50,0-59,0)
Campo Grande	247	87	35,2	(30,2-40,3)	398	236	59,3	(53,3-65,2)
Distrito Federal	696	255	36,6	(32,9-40,4)	1243	647	52,1	(48,9-55,2)
Belo Horizonte	909	390	42,9	(39,3-46,5)	1288	752	58,4	(55,0-61,7)
Vitória	195	77	39,5	(31,9-47,1)	550	322	58,5	(53,9-63,2)
Rio de Janeiro	762	261	34,3	(31,5-37,0)	1814	941	51,9	(49,0-54,7)
São Paulo	445	154	34,6	(30,1-39,1)	712	367	51,5	(47,3-55,8)
Curitiba	724	265	36,6	(32,8-40,4)	1485	815	54,9	(52,0-57,8)
Florianópolis	261	103	39,5	(34,5-44,4)	554	376	67,9	(63,6-72,1)
Porto Alegre	420	178	42,4	(37,7-47,1)	947	595	62,8	(59,4-66,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

As prevalências de consumo diário de bebidas alcoólicas em níveis acima do recomendado (consumo de risco) estão apresentadas na Tabela 9.4. A estimativa deste indicador variou nas diversas capitais, sendo que as cidades que apresentaram as maiores prevalências, foram Vitória, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte (12,4%, 12,2%, 11,1% e 10,9% respectivamente). Já as menores prevalências foram encontradas em Curitiba, Florianópolis e São Paulo (4,6%, 4,7% e 4,9% respectivamente).

**Tabela 9.4. Prevalência de consumo diário de álcool considerado de risco\* nos últimos 30 dias, na população de estudo de 15 anos ou mais, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total	Consumo de risco		
		n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	1646	124	7,5	(6,2-8,9)
Belém	1352	94	7,0	(5,7-8,2)
Fortaleza	2242	248	11,1	(9,3-12,8)
Natal	785	76	9,7	(7,5-11,9)
João Pessoa	1169	90	7,7	(5,7-9,7)
Recife	987	120	12,2	(9,7-14,6)
Aracaju	834	65	7,8	(6,1-9,4)
Campo Grande	674	45 <sup>+</sup>	6,7	(4,3-9,0)
Distrito Federal	1962	158	8,1	(6,6-9,5)
Belo Horizonte	2237	243	10,9	(9,6-12,1)
Vitória	760	94	12,4	(9,5-15,3)
Rio de Janeiro	2629	244	9,3	(8,2-10,4)
São Paulo	1188	58	4,9	(3,6-6,1)
Curitiba	2308	107	4,6	(3,8-5,5)
Florianópolis	834	39 <sup>+</sup>	4,7	(3,1-6,2)
Porto Alegre	1384	101	7,3	(5,9-8,7)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: \* Consumo de álcool é considerado de risco se superior a duas doses por dia para homens ou superior a uma dose por dia para mulheres.

<sup>+</sup> O número de entrevistados que referiram ter consumido álcool em doses de risco nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Comparando as posições que as capitais estudadas ocuparam em relação ao consumo atual e ao consumo de risco (Tabela 9.5) observou-se uma inversão entre as capitais da região Sul e Nordeste. Enquanto as três capitais estudadas na região Sul – Florianópolis, Porto Alegre e Curitiba – ocuparam o 1º, 2º e 7º lugares entre aquelas com maior percentual de consumo atual, para o indicador consumo de risco, passaram a ocupar o 11º, 15º e 16º lugares. Já para quatro das cinco capitais estudadas no Nordeste, observou-se o contrário, ou seja, Recife, Fortaleza, Natal e João Pessoa que ocupavam respectivamente as 10ª, 11ª, 13ª e 16ª posições no *ranking* de consumo atual, passaram a assumir posições de destaque na análise da prevalência de consumo acima do recomendado: 2ª, 3ª, 5ª e 9ª, respectivamente.

**Tabela 9.5. Prevalência e posição relativa da capital para consumo de álcool nos últimos 30 dias e consumo considerado de risco\*, na população de estudo de 15 anos ou mais, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Região	Capital	Consumo nos últimos 30 dias		Consumo de risco	
		%	Ordem	%	Ordem
Sul	Florianópolis	58,6	1	4,7	15
	Porto Alegre	56,6	2	7,3	11
	Curitiba	49,0	7	4,6	16
Sudeste	Belo Horizonte	51,9	4	10,9	4
	Vitória	53,4	3	12,4	1
	Rio de Janeiro	46,7	8	9,3	6
	São Paulo	44,9	12	4,9	14
Centro-Oeste	Campo Grande	49,9	6	6,7	13
	Distrito Federal	46,4	9	8,1	7
Nordeste	Aracaju	50,0	5	7,8	8
	Recife	45,9	10	12,2	2
	Fortaleza	45,2	11	11,1	3
	Natal	39,0	13	9,7	5
	João Pessoa	32,4	16	7,7	9
Norte	Belém	38,8	14	7,0	12
	Manaus	34,2	15	7,5	10

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: \* Consumo de álcool é considerado de risco se superior a duas doses por dia, para homens, ou superior a uma dose por dia, para mulheres.

## Discussão

A prevalência de consumo atual de bebida alcoólica, nas 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal variou de 32,4% a 58,6%. Comparado com países da Europa, que na sua maioria apresentam as maiores prevalências do mundo<sup>12</sup>, as taxas encontradas no Brasil não são tão altas. São semelhantes, porém, às taxas encontradas em outros países da América Latina, como Colômbia (59,8%), Costa Rica (40,3%), República Dominicana (55,0%), Jamaica (32,0%), México (54,0%) e Panamá (54,2%)<sup>12</sup>.

Estimativas de prevalência total ajudam a conhecer a magnitude do problema, mas podem mascarar diferenças importantes, como, por exemplo, concentração de consumo em um grupo populacional específico. Quando analisada separadamente por gênero, observa-se que a prevalência de consumo atual entre homens, nesta pesquisa variou de 48,9% a 72,1%, enquanto que em mulheres essa variação foi de 19,7% a 47,5%. Observa-se que mesmo a maior taxa encontrada para mulheres (47,5%) foi inferior à menor encontrada para homens.

Esses achados são consistentes com os relatados pela literatura para países em desenvolvimento<sup>7 8</sup>. De acordo com dados da OMS<sup>1 2</sup>, em sociedades desenvolvidas, principalmente os países europeus, essas diferenças não são tão evidentes, em torno de 10% a 20%. Já para países em desenvolvimento, essas diferenças são maiores e variam mais. Na América Latina, essas diferenças variaram de 20% a 100%, dependendo do país. Em parte, esta variação encontrada nos países da América Latina pode ser

explicada pelo tipo de bebida consumida com mais frequência. Em países onde o consumo de vinho é alto, como no Chile, as diferenças entre gênero não chegam a 30% (68,7% entre homens e 53,6% entre mulheres). No México, onde cervejas e destilados são muito mais populares, o percentual de consumo no sexo masculino é praticamente o dobro do consumo no sexo feminino (73,0% entre homens e 37,0% entre mulheres). No Brasil, Porto Alegre, na região Sul, onde se concentra a produção vinícola do país, apresentou a menor diferença por gênero (40%).

A literatura<sup>12</sup> aponta diferenças por gênero ainda mais marcantes quando se avalia o consumo de risco. Entretanto, as taxas desse indicador, neste estudo, ficaram entre 4,6% e 11,1%. Uma análise desse consumo por gênero, faixa etária e escolaridade, resultou em algumas capitais, numa frequência muito baixa de casos positivos. Assim, optou-se por não apresentar esses resultados neste documento.

A análise comparativa dos padrões de consumo apresentado na Tabela 9.5 (consumo atual e consumo de risco) aponta para possíveis diferenças regionais em relação a esse padrão. Na região Sul, apesar de as taxas de consumo atual terem sido altas em comparação às encontradas nas outras regiões, as taxas para consumo de risco encontraram-se entre as menores. Possivelmente, as diferenças regionais no tipo de bebida consumida estão relacionadas a este padrão.

O indicador de consumo de risco utilizado neste relatório representa a média da quantidade consumida por dia. Como os riscos para a saúde associados ao consumo agudo e crônico são diferentes (por exemplo, um indivíduo que consome 14 doses em uma única ocasião apresenta maior risco de envolvimento em acidentes de trânsito, enquanto que um indivíduo que consome mais de 2 doses diariamente tem um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas), uma análise separada por tipo de consumo se faz necessária, e será alvo de análise, em breve.

Estudos identificando os padrões de consumo de bebidas alcólicas que ajudem na compreensão da magnitude do problema nos diferentes grupos populacionais são necessários para fornecer informações importantes a gestores de saúde a fim de que se possam desenvolver ações e políticas eficazes de prevenção e de controle do abuso de álcool.

Desde 2002, o Ministério da Saúde vem prestando assistência a usuários de drogas através dos “Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas” (CAPSad) e instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas<sup>12</sup>, o qual implementa a assistência, amplia a cobertura às pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares, além de enfatizar sua reabilitação e reinserção social.

Entretanto, além das ações de assistência implantadas pelo MS voltadas para os usuários de álcool, uma proposta para a redução dos danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de álcool, deve incluir o desenvolvimento de ações de prevenção em escolas, ambientes de trabalho, unidades de saúde e outros setores da sociedade civil, como associações, comunidades, etc, bem como campanhas preventivas de comunicação de massa que critiquem os estereótipos relacionados ao uso de álcool, desassociando-o de virilidade, de sensualidade, diversão, etc<sup>12</sup>.

Numa perspectiva intersetorial, medidas legislativas tais como a proibição da propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação de massa, restritas aos locais de venda, são recomendadas. Além destas, medidas econômicas, como, por exemplo, a revisão das taxas de impostos que incidem sobre bebidas alcoólicas, de modo a desestimular o consumo e destinar impostos arrecadados para o custeio da assistência e prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool, têm-se mostrado eficazes. Neste sentido, em junho de 2004 o Ministério da Saúde instalou um



grupo de trabalho interministerial para propor uma nova política baseada no aperfeiçoamento da legislação referente ao consumo de álcool e às restrições à publicidade do produto.

Dada a magnitude dos danos associados ao uso de álcool e face ao interesse da indústria de bebidas, faz-se necessário o envolvimento de toda a sociedade, produzindo um controle social mais atuante e eficaz no sentido de que as propostas sejam efetivamente executadas e que configurem uma política pública relativa ao uso de álcool.

## Referências bibliográficas

- <sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About global alcohol database**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <[http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol\\_about\\_us.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol\\_about&language=english](http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_about_us.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_about&language=english)>. Acesso em: 16 maio 2004.
- <sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002. 239p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/download/en/>>. Acesso em: 19 ago 2004.
- <sup>3</sup> UNITED STATES. Department of Agriculture Food and Nutrition Information Center. **Dietary Guidelines for Americans. Report of the dietary advisory committee on the dietary guidelines for Americans**. 2000.
- <sup>4</sup> RHEM, J. et al. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health*, v.27, n.1, p.39-51, 2003.
- <sup>5</sup> VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.*, v.26, p.224-47, 1997.
- <sup>6</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. Geneva: WHO, 2000.
- <sup>7</sup> ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região Metropolitana do Brasil. *Rev. Saúde Pública.*, v.27, n.1, p.23-29, 1993.
- <sup>8</sup> ALMEIDA-FILHO, N. et al. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* v.38, n.1, p.45-54, 2004.
- <sup>9</sup> COSTA, J. S. D.; SILVEIRA, M. F.; GAZALLE, F. K. et al. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n2, p.284-291, 2004.
- <sup>10</sup> FARCHI, G. et al. Alcohol and survival in the Italian rural cohort of the seven countries study. *Int J Epidemiol.*, v.29, p.667-71, 2000.

- <sup>11</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, [2000].
- <sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do MS para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. Brasil, 2003.