



Do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente, estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial.

É neste contexto que Governo Brasileiro apresenta os resultados deste I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo do Álcool. Este estudo representa um grande passo no processo de construção da política brasileira para o álcool. Uma política equilibrada sem viés ideológico de fundamentalismo ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sócio político do nosso País.

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República  
Presidente do Conselho Nacional Antidrogas



Secretaria Nacional  
Antidrogas  
Gabinete de Segurança  
Institucional



# I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA



I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Distribuição Gratuita. Venda Proibida.

Secretaria Nacional  
Antidrogas  
Gabinete de Segurança  
Institucional



I LEVANTAMENTO NACIONAL  
SOBRE OS PADRÕES DE  
CONSUMO DE ÁLCOOL  
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

**GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República**

Luiz Inácio Lula da Silva

**Vice-Presidente da República**

José Alencar Gomes da Silva

**Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional  
e Presidente do Conselho Nacional Antidrogas**

Jorge Armando Felix

**Secretário Nacional Antidrogas**

Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa

**Diretora de Políticas de Prevenção e Tratamento**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



**Presidência da República**  
Gabinete de Segurança Institucional  
Secretaria Nacional Antidrogas

**I LEVANTAMENTO NACIONAL  
SOBRE OS PADRÕES DE  
CONSUMO DE ÁLCOOL  
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**Elaboração, redação e organização**

Ronaldo Laranjeira

Ilana Pinsky

Marcos Zaleski

Raul Caetano

**Revisão Técnica Científica**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Brasília, DF

2007

Copyright © 2007 - Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)

Palácio do Planalto, Anexo II, Ala B sala 201

CEP: 70.150-900

Brasília - DF

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) / [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, desde que citada a fonte e/ou o sítio da internet onde pode ser encontrado o original ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br))

**ISBN:** 978-85-60662-00-5

**Tiragem:** 5.000 exemplares

**Impresso no Brasil**

**Elaboração, redação e organização**

Ronaldo Laranjeira

Ilana Pinsky

Marcos Zaleski

Raul Caetano

**Revisão Técnica Científica**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

**Colaboração**

Marcos Sanches

**Projeto Gráfico:**

A Grande Árvore Educomunicação

**Revisão de texto:**

Luiz Teodoro de Souza

Anna Paula Uchôa de Abreu Branco

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)

**P953** I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira /  
Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.] ; Revisão técnica  
científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional  
Antidrogas, 2007.

P. 76

1. Álcool – uso. 2. Álcool – prevenção. I. Laranjeira, Ronaldo. II. Presidência da  
República, Secretaria Nacional Antidrogas. III. Título.

**CDD - 616.861**

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 1</b> Metodologia	<b>13</b>
<b>Capítulo 2</b> Perfil da amostra	<b>25</b>
<b>Capítulo 3</b> Quanto e como bebe o brasileiro adulto	<b>31</b>
<b>Capítulo 4</b> Como bebem os adolescentes brasileiros	<b>41</b>
<b>Capítulo 5</b> O beber com maior risco de problemas – adultos	<b>47</b>
<b>Capítulo 6</b> O comportamento do beber e dirigir	<b>57</b>
<b>Capítulo 7</b> Apoio da população às políticas públicas sobre o uso de bebidas alcoólicas	<b>65</b>
<b>Capítulo 8</b> Discussão e conclusões	<b>71</b>

# APRESENTAÇÃO

Do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Outros estudos nacionais e internacionais têm demonstrado a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso indevido de álcool. Relatos de violência doméstica, lesões corporais, tentativas e homicídios consumados, assim como outras situações de conflitos interpessoais, são cada vez mais evidentes em contextos nos quais o álcool se faz presente.

O governo brasileiro, ciente dessa realidade, iniciou um processo de construção de sua política pública para o álcool. Nesse sentido e com o objetivo de garantir o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou, por meio do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais e representantes da sociedade civil, nascida a partir dos resultados de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003.

Em novembro de 2005, o Brasil promoveu e financiou integralmente a 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas para o Álcool. Com o apoio institucional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), essa conferência reuniu representantes governamentais de 26 países, que discutiram o impacto causado pelo uso indevido de álcool na saúde e na segurança das populações da região pan-americana, culminando com a elaboração da Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool. Este documento, consenso entre os participantes, aponta entre suas recomendações que políticas baseadas em evidência sejam implementadas e avaliadas por todos os países das Américas.

É neste contexto que o CONAD, órgão central do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e responsável pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD), apresenta os resultados deste I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, um projeto que vem-se desenvolvendo desde o início de 2003, numa renovada parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a UNIFESP, desta vez com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), em colaboração com a Universidade do Texas e com a Organização Mundial da Saúde, por meio do Projeto Genacis.

Sem sombra de dúvidas, este estudo, aliado a outras pesquisas que vêm sendo desenvolvidas pelo governo, representa um grande passo no processo de construção da política brasileira para o álcool. Uma política equilibrada, sem qualquer viés ideológico de fundamentalismo ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sóciopolítico do nosso país.

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República  
Presidente do Conselho Nacional Antidrogas

## INTRODUÇÃO

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizou o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O levantamento é inédito no País, não só pela abrangência dos temas abordados, mas também pela representatividade da amostra, que possibilitou uma ampla coleta de informações. Este estudo gerou um banco de dados que estará disponibilizado para consulta nos sites do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (OBID) – [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) e da Uniad – [www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)

Antes de descrever este estudo, seguem abaixo alguns dos principais e mais amplos levantamentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas já realizados no Brasil.

### O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: o que a literatura nacional aponta até o momento

Fica claro nos estudos epidemiológicos realizados até o momento que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, particularmente entre os jovens, é um importante problema de saúde pública. Dados para apoiar esta afirmação têm origem em uma série de fontes, incluindo levantamentos entre estudantes (Galduróz e Caetano, 2004; Noto, 2004); pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua (Noto e cols., 1998; Noto e cols., 2004); dados sobre internações hospitalares (Noto e cols., 2002); e três levantamentos domiciliares conduzidos em 1999, 2001 e 2005 (Galduróz e cols., 2000; Carlini e cols., 2002; II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil., 2005). Todos estes estudos foram realizados por pesquisadores do Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), um centro de pesquisas da Unifesp, e vários deles financiados pela Senad.

### a - Levantamentos entre estudantes de Ensino Médio e Ensino Fundamental

Até o momento, foram realizados cinco levantamentos mais amplos com essa população. Os resultados do último levantamento, do ano de 2004, mostram um uso na vida de álcool (definido como qualquer consumo em qualquer momento da vida) de 65% para todos os estudantes, com 41% das crianças da faixa etária de 10-12 anos já tendo experimentado bebidas alcoólicas ao menos 1 vez na vida. O consumo freqüente de bebidas alcoólicas (definido como 6 ou mais vezes no último mês) aumentou nos quatro primeiros levantamentos e foi de cerca de 11% em 2004. Além disso, o uso pesado (definido como 20 vezes ou mais no último mês) foi de quase 7% (com um pico de quase 9% em Salvador), o que é uma razão para preocupação. Entre todas as substâncias psicotrópicas avaliadas no levantamento, o álcool apresentou a menor média de início do consumo, pouco mais de 12 anos de idade.

### b - Levantamentos entre crianças e adolescentes em situação de rua

Os cinco levantamentos realizados até o momento (1987/89/93/97 e 2003) apontam que o consumo de drogas, incluindo o álcool, é bastante alto entre crianças e adolescentes de 9 a 18 anos. Para esses jovens, o álcool não apareceu como a droga favorita, mas seu consumo recente (últimos 30 dias) ainda se encontrava no patamar de 43% nas cidades pesquisadas e o consumo semanal ou diário chegava a 22% no último ano pesquisado.

### c - Dados de internações hospitalares

Por meio de um acordo entre o Ministério da Saúde, o Cebrid recebeu, desde 1988, informações sobre hospitais em todo o País que admitem pacientes com transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas. Embora aproximadamente 450 hospitais devessem enviar informações sobre seus pacientes – incluindo gênero, idade e diagnóstico –, apenas cerca da metade em média (variação: 35,5%-79,6%) o fizeram. No último ano analisado, 1999, foram relatadas 44.680 admissões, das quais 84,5% referentes a bebidas alcoólicas.

### d - Levantamentos domiciliares

A primeira publicação sobre pesquisa domiciliar no Brasil ocorreu em 1999 e forneceu dados sobre 24 cidades com mais de 200.000 habitantes no Estado de São Paulo. Mais uma vez, as bebidas alcoólicas ocuparam o topo da lista das substâncias psicotrópicas utilizadas. Entre os adolescentes de 12-17 anos, o uso na vida foi de 35% e 2% desses jovens relataram ter tido problemas com o consumo de álcool. Essas diferenças são um pouco menores do que as apresentadas nos levantamentos de estudantes e provavelmente são devidas às diferenças metodológicas entre as pesquisas.

Em 2001 foi publicada a versão completa do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 107 cidades com mais de 200.000 habitantes, representando cerca de 39% da população brasileira. O uso na vida de álcool foi de 48% entre os adolescentes de 12-17 anos e de 73% para os jovens de 18-24 anos. Problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 4% e 10% dos entrevistados nas faixas etárias de 12-17 e 18-25 anos, respectivamente. Um artigo comparando esses dois levantamentos domiciliares (que foram realizados utilizando-se de metodologia semelhante) analisou todas as faixas etárias e concluiu que o uso na vida de bebidas alcoólicas aumentou durante os dois anos de diferença na realização dessas pesquisas. (Galduróz e cols., 2003).

Em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País, realizado pela Senad em parceria com o Cebrid – da Unifesp (Carlini, 2006) –, apontou que houve aumento de consumo de bebidas alcoólicas pela população brasileira nos últimos quatro anos.

O uso na vida de álcool foi de 54,3% entre os adolescentes de 12-17 anos e de 78,6% entre os jovens de 18 a 24 anos. Problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 5,7% e 12% dos entrevistados nas faixas etárias entre 12 e 17 anos e entre 18 e 24 anos, respectivamente.

### Convergência dos estudos sobre álcool

Além das pesquisas de base populacional descritas acima, muitos outros estudos mostram que existe uma grande série de problemas no Brasil relacionados ao

consumo de álcool. Duailibi e cols. (in press), em estudo no American Journal of Public Health, mostrou que o álcool estava relacionado à violência urbana e que em Diadema, com o fechamento dos bares, houve uma substancial redução dos homicídios. Duarte e Carlini-Cotrim (2000) e Laranjeira e Hinkly (2000) também mostraram de forma independente a relação de álcool e violência. Duailibi e cols. (in press) mostraram que mais de 20% dos motoristas em Diadema apresentavam-se alcoolizados. Romano e cols. (in press) mostraram a facilidade com a qual adolescentes conseguem comprar bebidas alcoólicas em duas cidades brasileiras.

Um aspecto importante dessa convergência de dados é que existem diferenças significativas entre homens e mulheres. Em estudo recente sobre a América Latina, do Banco Mundial (2002), foi mostrado como os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, enquanto as mulheres sofrem mais com a violência relacionada a seu consumo. Esse relatório aponta uma série de políticas que deveriam ser implementadas para diminuir o custo social do álcool, e levar em consideração as diferenças entre os gêneros.

Esses e muitos outros estudos demonstram que o álcool é um problema de saúde pública no Brasil e que necessita de intervenções vigorosas por parte da sociedade e dos diferentes níveis de governo.

### I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira

Apesar de todos esses levantamentos apresentados acima e de vários outros que estudaram populações mais específicas, até o presente momento não existe no Brasil um retrato preciso da população geral em relação aos padrões de consumo de álcool. A atual pesquisa é importante por ser a primeira na qual o governo federal, juntamente com pesquisadores da universidade, investigou em detalhes como o brasileiro bebe, o que ele pensa sobre as políticas de bebidas alcoólicas, quais são os problemas associados com o uso do álcool no Brasil e quantos brasileiros fazem uso nocivo ou são dependentes do álcool.

Foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultas com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Essas pessoas

foram escolhidas por meio de um método estatístico (ver explicação em detalhes na metodologia – capítulo 1) que garante que as informações colhidas refletem a população brasileira como um todo.

A proposta deste livro é oferecer um panorama nacional sobre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas do brasileiro, respondendo a perguntas como:

- **Qual é o índice nacional de abstinência do consumo de bebidas alcoólicas?**
- **Quando os brasileiros começaram a consumir álcool regularmente?**
- **Quanto os brasileiros costumam beber?**
- **Com que frequência bebem?**
- **Será que esse padrão varia entre os gêneros e por região ou todos bebem mais ou menos o mesmo?**
- **Quantos, entre os brasileiros, apresentam problemas ao beber e quais são esses problemas?**
- **Quantos são dependentes de bebidas alcoólicas ou dirigem alcoolizados?**

Ter informações sobre os padrões de consumo, além de eliminar mitos existentes sobre o assunto, possibilita um direcionamento para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento, com resultados potencialmente mais proveitosos.

A linha divisória entre um consumo de baixo risco e o uso nocivo com graves conseqüências não é fácil de ser estabelecida na prática. Mas saber quantos brasileiros bebem, a frequência com que bebem e a quantidade que consomem ajudará a entender essa passagem do baixo risco para o uso nocivo. E certamente contribuirá para a elaboração de políticas públicas para reduzir os riscos e os danos do consumo excessivo.

São esses os principais propósitos da mais abrangente pesquisa brasileira sobre o consumo de álcool no País, agora divulgada. Seus achados mais importantes traçam um perfil inédito do universo daqueles que bebem.

O livro foi dividido em oito capítulos. O primeiro descreve a metodologia utilizada, passo a passo. O segundo apresenta as características gerais da amostra, dividindo entre adultos e adolescentes. O terceiro capítulo descreve o consumo de bebidas alcoólicas dos adultos, focalizando a quantidade e a frequência. O quarto capítulo trata do consumo dos adolescentes, um grupo especialmente de risco. Em seguida, o quinto capítulo oferece informações sobre uma forma de consumo muito prejudicial, chamada de “beber em *binge*”, além do uso nocivo e da dependência. O sexto capítulo descreve o dirigir alcoolizado, que é um dos principais problemas de saúde pública relacionados ao álcool. No sétimo capítulo apresentamos os dados do apoio da opinião pública às principais políticas que podem ser adotadas sobre o álcool. E na seção final, os principais resultados do que foi apresentado em formato de discussão.

Este livro foi concebido com o intuito de apresentar alguns dos principais achados da pesquisa acadêmica de uma forma acessível a um amplo leque de pessoas interessadas, focalizando as informações que podem ser imediatamente compreendidas.

## Referências bibliográficas

Banco Mundial (2002). Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR e Nappo SA (2002). I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001. São Paulo, CEBRID.

Carlini EA, et al. (2006). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País – 2005. CEBRID/SENAD.

Duailibi S, Ponicki W; Grube J; Pinsky I; Laranjeira R e Raw M (in press). Does Restricting Opening Hours Reduce Alcohol Related Violence? American Journal of Public Health.

Duailibi S; Pinsky I; Laranjeira R (in press). Prevalência do Beber e Dirigir em Diadema – SP. Revista de Saúde Pública.

Duarte PAV, Carlini-Cotrim B (2000). Álcool e Violência: Estudo dos Processos de Homicídios Julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba-PR, entre 1995 e 1998. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas,1:17-25.

Galduróz JCF e Caetano R (2004). Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(SI):3-6.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA e Carlini EA (2000). I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas – Parte A: Estudo Envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo. São Paulo, CEBRID.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA e Carlini EA (2003). Comparações dos Resultados de Dois Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Estado de São Paulo nos Anos de 1999 e 2001. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 52(1):43-51.

Laranjeira R e Hinkly D (2002). Avaliação da Densidade de Pontos-de-Venda de Álcool e Sua Relação com a Violência. Revista de Saúde Pública, 36:455-61.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG e Carlini EA (2004). Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003. São Paulo, CEBRID.

Noto AR, Moura YG, Nappo S, Galduróz JCF e Carlini EA (2002). Internações por Transtornos Mentais e de Comportamentos Decorrentes de Substâncias Psicoativas: um Estudo Epidemiológico Nacional do Período de 1988 a 1999. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51(2):113-121.

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R e Carlini EA (1998). IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras – 1997. São Paulo, CEBRID.

Noto AR (2004). Os Índices de Consumo de Psicotrópicos entre Adolescentes no Brasil. Em Adolescência e Drogas. Pinsky I e Bessa M (organizadores). Editora Contexto.

Romano M, Duailibi S, Pinsky I e Laranjeira R (in press). Pesquisa de Compra de Bebidas Alcoólicas por Adolescentes em Duas Cidades do Estado de São Paulo – SP. Revista de Saúde Pública.

CAPÍTULO 1

METODOLOGIA

Este capítulo tem o objetivo de descrever todos os aspectos da metodologia estatística utilizada na amostragem, os procedimentos de coleta de dados em campo, os problemas e as soluções adotados pelos pesquisadores e, enfim, todos os pontos relevantes que envolveram o trabalho, desde o desenho da amostra até a construção da base de dados.

Entre novembro de 2005 e abril de 2006 foram realizadas 3.007 entrevistas da pesquisa, que foi a campo em 143 municípios brasileiros, de norte a sul do País. Para garantir a confiabilidade e a representatividade dos resultados, a metodologia utilizada foi igual à de estudos similares realizados nos Estados Unidos e na Europa e também à dos estudos mais rigorosos feitos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Com base na metodologia probabilística descrita abaixo, os dados mostrados nos próximos capítulos são representativos de 100% da população brasileira (com exceção da população indígena e das populações que vivem em locais de convívio coletivo, como quartéis, asilos, internatos, etc.), incluindo as áreas urbanas e rurais e todas as regiões do Brasil. Foram visitados 143 municípios brasileiros e, dentro deles, um total de 325 setores censitários. A amostra foi composta por 2.522 entrevistas com a população geral de 14 anos ou mais e uma “overcota” de 485 entrevistas com a população entre 14 e 17 anos (adolescentes), totalizando 3.007 entrevistas. Assim, do total de 3.007 entrevistas, 2.346 foram realizadas com adultos de 18 anos ou mais e 661 com adolescentes de 14-17 anos.

### Abrangência da pesquisa

A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais. Não foram incluídas na amostra populações indígenas que vivem em aldeias. A pesquisa também não abrangeu residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa, deficientes mentais e outros deficientes incapacitados de responder ao questionário.

### Dimensionamento da amostra

O objetivo da pesquisa foi obter resultados representativos da população

brasileira. Inicialmente considerou-se uma amostra nacional de 3.000 respondentes, tendo em conta uma amostragem aleatória simples com reposição e uma prevalência de consumo de álcool de 50%. O consumo de álcool foi a principal variável de interesse da pesquisa, embora muitas outras foram consideradas. Estimou-se um erro amostral de aproximadamente 2% para um nível de confiança de 95%.

A pesquisa teve um interesse especial em relação a um grupo populacional específico: pessoas entre 14 e 17 anos completos, denominadas de adolescentes. Segundo a PNAD 2003 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE), cerca de 10% da população se encontra nesta faixa de idade, ou seja, das 3.000 entrevistas, perto de 300 seriam feitas com adolescentes. Como se considerou 300 um número muito baixo para a análise detalhada de consumo de álcool nesta faixa etária, optou-se por uma diminuição da amostra para 2.600 entrevistas e uma amostra adicional, chamada de “overcota”, de 400 entrevistas somente com adolescentes. Com isso, foram cerca de 260 adolescentes entre as 2.600 pessoas da amostra normal mais 400 adolescentes da “overcota”, atingindo mais de 600 entrevistas neste segmento.

Usando os mesmos cálculos aproximados apresentados acima, a amostra normal teria margem de erro de aproximadamente 2% e a “overcota” de adolescentes, de 4%, considerando que seriam obtidas as 400 entrevistas da amostra e 200 entrevistas adicionais da amostra normal, totalizando 600 entrevistas. Os cálculos de margem de erro apresentados aqui têm o objetivo de justificar o número de entrevistas definido para a pesquisa, mostrando que ele é suficiente para alcançar resultados úteis.

### Desenho amostral

A amostra de 2.600 entrevistas foi sorteada de forma a ser representativa de todo o território nacional. A metodologia utilizada foi a amostra probabilística estratificada em três estágios. O primeiro estágio consiste no sorteio com estratificação dos municípios por região administrativa e porte (população total). O segundo estágio compreende o sorteio, também com estratificação, dos setores censitários dentro dos municípios.

Finalmente, o terceiro estágio é o sorteio do domicílio com o sorteio final do respondente dentro do domicílio. Como não há nenhum requisito de leitura de dados regionalmente, a amostra foi distribuída de forma a ser totalmente proporcional à distribuição populacional nos estratos considerados, ou seja, dentro dos estratos o número de entrevistas foi proporcional a sua população. Uma vez definidos os setores censitários em que seria feita a amostra normal, a “overcota” de adolescentes também seria feita nesses mesmos setores.

A seguir, cada um desses estágios apresentado separadamente.

### Primeiro estágio – sorteio dos municípios

A unidade primária amostral neste caso é o município. Assim, o primeiro passo foi a escolha aleatória dos municípios que entraram na amostra. Mas antes do sorteio dos municípios foram definidas várias etapas das quais depende o número de municípios a serem sorteados, como o número de setores censitários, o número de entrevistas por setor, etc.

Com base em experiências com outros estudos, definiu-se que um setor censitário sorteado deveria ter em média 8 entrevistas da amostra normal mais 1 ou 2 entrevistas da “overcota” de adolescentes. Para conseguir 2.600 entrevistas na amostra normal, supondo em média 8 por setor censitário, foram necessários 325 setores censitários. Notou-se que, tendo 325 setores espalhados pelo Brasil, seria possível conseguir uma boa cobertura do território nacional, o que também foi considerado um ponto relevante na decisão do número de entrevistas a serem feitas por setor.

Mas a unidade primária amostral não foi o setor censitário, isto é, os setores censitários não foram sorteados individualmente no primeiro estágio da amostragem. Isso ocasionaria um enorme custo de locomoção, tendo em vista que o Brasil tem dimensões continentais e muitas partes do interior oferecem acesso muito restrito. A unidade primária amostral foi o município, isto é, no primeiro estágio da amostra procedeu-se ao sorteio dos municípios e, dentro deles, dos setores censitários.

Esta forma de amostragem, na qual primeiro se sorteia a unidade primária amostral, geralmente um município, e dentro dele se faz uma amostra por conglomerado, é

comum em estudos internacionais similares, como no National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) e no Current Population Survey (CPS), ambos nos Estados Unidos. No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) também utiliza essa amostragem.

Como se obteve um mínimo de 2 setores por município, cada grupo de 2 setores foi chamado de ponto amostral primário. Nesta etapa, em que se trata ainda de municípios, 2 setores – ou 16 entrevistas – seriam a menor unidade possível para sorteio. Portanto, haveria 163 pontos amostrais primários para sorteio (325 setores – 2 setores por ponto amostral primário). Estes pontos amostrais só não poderiam ser definidos como municípios porque alguns municípios, por sua elevada população, podem ter mais de 2 setores. Nestes casos, esses municípios teriam mais do que um ponto amostral primário. Com esses dados já seria possível calcular o número de municípios a serem sorteados.

Segundo estimativa do IBGE, o Brasil tinha em 2003 (último ano com dados disponíveis) 176.518.443 habitantes. Estes dados resultam de projeções feitas anualmente pelo IBGE e são, portanto, estimativas. Em uma amostra sistemática, com sorteio dos pontos proporcional ao tamanho da população (PPS Sampling), haveria para escolher 163 pontos amostrais primários e dentro de cada um seriam sorteados 2 setores. Ou seja, seria escolhido um ponto amostral primário a cada 1.082.935 habitantes (176.518.443 habitantes – 163 pontos). Assim, todos os municípios com população superior a esta deveriam entrar na amostra, independentemente de sorteio. Esses municípios foram chamados de municípios auto-representativos, pois eles não precisavam ser sorteados. Na Tabela 1 encontra-se a lista dos 14 municípios brasileiros que foram considerados auto-representativos.

Esses municípios juntos têm uma população de 36.668.973 habitantes, que corresponde a 67 dos 325 setores censitários sorteados. Estes 67 setores censitários foram distribuídos proporcionalmente entre os 14 municípios, como se pode ver na última coluna da Tabela 1. Restaram 258 setores censitários para serem distribuídos entre os

demais municípios do Brasil. Como cada município deveria ter 2 setores censitários, seria preciso sortear 129 municípios dentre os 5.493 restantes (258 setores – 2 setores por município). O sorteio desses 129 municípios foi feito com estratificação pelas seguintes variáveis: 5 regiões administrativas, 5 faixas de porte (número de habitantes), 5 faixas de renda e ainda o índice de urbanização.

A Tabela 2 mostra o número de municípios sorteados dentro de cada estrato de região e porte. Foi incluída na Tabela também a população em cada estrato.

Note-se que dentro de cada região a população em cada estrato é muito semelhante, pois, como foi apresentado, as faixas de porte foram criadas para que isso acontecesse. Pode-se ter uma idéia da grande variabilidade no tamanho dos municípios quando se passa de um estrato a outro por meio do número de municípios em cada estrato, mostrado na última coluna da Tabela. Por exemplo, na Região Centro-Oeste eram necessários 295 municípios dentre os menores

**Tabela 1 – Municípios auto-representativos**

Município	Região	População	Setores
São Paulo	Sudeste	10.677.017	19
Rio de Janeiro	Sudeste	5.974.082	11
Salvador	Nordeste	2.556.430	5
Belo Horizonte	Sudeste	2.305.813	4
Fortaleza	Nordeste	2.256.235	4
Brasília	Centro-Oeste	2.189.792	4
Curitiba	Sul	1.671.193	3
Manaus	Norte	1.527.314	3
Recife	Nordeste	1.461.318	3
Porto Alegre	Sul	1.394.087	3
Belém	Norte	1.342.201	2
Guarulhos	Sudeste	1.160.469	2
Goiânia	Centro-Oeste	1.146.103	2
Campinas	Sudeste	1.006.919	2
<b>Total</b>		<b>36.668.973</b>	<b>67</b>

para se conseguir aproximadamente a mesma população de 92 municípios um pouco maiores. No último estrato da Região Centro-Oeste, apenas 4 municípios foram suficientes para atingir uma população equivalente à dos demais estratos dessa região, ou seja, são municípios bem maiores. Cada município sorteado deveria conter 16 entrevistas, distribuídas em 2 setores censitários de 8 entrevistas cada. Assim, na Tabela 2, cada município sorteado deve ser multiplicado por

**Tabela 2 – Distribuição dos municípios nos estratos**

Região	Porte	População	Municípios sorteados	Total de municípios
Centro-Oeste	1	1.781.232	2	295
Centro-Oeste	2	1.765.840	2	92
Centro-Oeste	3	1.782.368	2	39
Centro-Oeste	4	1.700.295	2	14
Centro-Oeste	5	1.897.313	2	4
Nordeste	1	8.601.824	8	1.035
Nordeste	2	8.584.236	8	411
Nordeste	3	8.595.384	8	222
Nordeste	4	8.587.273	8	96
Nordeste	5	8.662.422	8	20
Norte	1	2.168.540	2	276
Norte	2	2.174.990	2	89
Norte	3	2.138.943	2	49
Norte	4	2.206.395	2	25
Norte	5	2.226.512	2	8
Sudeste	1	10.808.881	10	1.242
Sudeste	2	10.773.637	10	264
Sudeste	3	10.731.933	10	95
Sudeste	4	10.593.368	9	40
Sudeste	5	11.176.240	10	20
Sul	1	4.577.869	4	803
Sul	2	4.556.689	4	222
Sul	3	4.573.675	4	84
Sul	4	4.455.754	4	33
Sul	5	4.727.857	4	15
<b>Total</b>		<b>139.849.470</b>	<b>129</b>	<b>5.493</b>

16 para atingir o número de entrevistas a serem realizadas dentro de cada estrato. No mínimo teríamos 32 entrevistas (2 municípios) em um estrato explícito (cruzamento de região e porte).

Uma vez definido o número de municípios em cada estrato, partiu-se para o sorteio aleatório dos municípios dentro dos estratos, com estratificação implícita de renda média familiar e índice de urbanização. Aqui o índice de urbanização é específico para cada município e é definido como a proporção da população que mora na área urbana.

A estratificação implícita é realizada sorteando-se de forma sistemática os municípios dentro de cada estrato explícito (região e porte), com a lista de municípios previamente ordenada conforme o perfil das variáveis de estratificação implícita. Para fazer esta ordenação, foi criada na listagem de municípios uma nova coluna com as faixas de renda média familiar (5 faixas), sendo estas sempre definidas dentro das regiões e de forma que a população de cada uma fosse semelhante. A última variável de estratificação, que é o índice de urbanização, não precisava ser categorizada. Uma vez que a lista de municípios estava devidamente categorizada pelas faixas de renda familiar, foi possível ordená-la. Para cada estrato explícito (faixas de porte dentro das regiões) ordenou-se a listagem, primeiro pelas faixas de renda média familiar e depois pelo índice de urbanização. A Tabela 3 mostra uma parte da listagem de municípios a fim de exemplificar o procedimento.

**Tabela 3 – Exemplo de sorteio sistemático dentro de um estrato**

Município	Urbanização	Porte	População acumulada	Faixa de renda	Sorteio
Magé	0,94	4	218.823	1	
Itaboraí	0,95	4	420.265	1	
Betim	0,97	4	768.758	1	1
Ribeirão das Neves	0,99	4	1.047.330	1	
Santa Luzia	1,00	4	1.246.735	1	
Itaquaquecetuba	1,00	4	1.552.944	1	
Cariacica	0,97	4	1.892.556	2	
Serra	1,00	4	2.244.240	2	1
Embu	1,00	4	2.467.823	2	
Montes Claros	0,94	4	2.792.293	3	
Governador Valadares	0,96	4	3.044.543	3	
Suzano	0,97	4	3.294.752	3	1
Sete Lagoas	0,98	4	3.492.209	3	
Sumaré	0,99	4	3.706.096	3	
Guarujá	1,00	4	3.987.727	3	
Carapicuíba	1,00	4	4.351.093	3	1
Petrópolis	0,94	4	4.647.203	4	
Limeira	0,96	4	4.908.962	4	
Jacareí	0,96	4	5.108.701	4	
Divinópolis	0,97	4	5.302.677	4	
Uberaba	0,97	4	5.568.503	4	1
Franca	0,98	4	5.873.072	4	
Ipatinga	0,99	4	6.095.558	4	
São Vicente	1,00	4	6.409.868	4	
Volta Redonda	1,00	4	6.658.633	4	1
Praia Grande	1,00	4	6.873.807	4	
Taboão da Serra	1,00	4	7.083.024	4	
Mogi das Cruzes	0,91	4	7.430.847	5	
Jundiaí	0,93	4	7.764.759	5	
Taubaté	0,94	4	8.020.385	5	1
São Carlos	0,95	4	8.224.097	5	
Araraquara	0,95	4	8.413.734	5	
Marília	0,96	4	8.622.228	5	
Piracicaba	0,96	4	8.966.927	5	1
Presidente Prudente	0,98	4	9.163.414	5	
Bauru	0,98	4	9.496.406	5	
Vila Velha	1,00	4	9.867.135	5	
Americana	1,00	4	10.058.587	5	
Barueri	1,00	4	10.290.735	5	1
Vitória	1,00	4	10.593.368	5	

Nesta parte da listagem (Tabela 3) tem-se um estrato explícito completo, que são os 40 municípios da Região Sudeste classificados como de porte 4. Na Tabela 2 vê-se que é necessário sortear nesse estrato 9 municípios.

Note-se que os municípios dentro desse estrato estão ordenados inicialmente pelas faixas de renda familiar. Então os municípios no começo da lista são os que têm menor renda média familiar e os do final são os que têm maior renda familiar. Ao fazer uma seleção sistemática de municípios nesse estrato ordenado dessa forma, a tendência é que se represente adequadamente a renda familiar, pois os municípios sorteados serão distribuídos ao longo da tabela, ou seja, por todas as faixas de renda. Dentro de cada faixa de renda familiar os municípios são ordenados pelo índice de urbanização, o que garante que esse índice será bem representado em casos com amostras maiores de municípios, nas quais se passou a ter mais de um município dentro da mesma faixa de renda.

Estando a listagem de municípios toda ordenada dentro de cada estrato explícito pelas variáveis de estratos implícitos, é possível selecionar os municípios. Para isso, dentro de cada estrato é criada uma nova coluna com a população nele acumulada. No caso do estrato acima, têm-se 10.593.368 habitantes e é preciso sortear 9 municípios, ou seja, um a cada 1.177.041 habitantes, iniciando-se por um número escolhido aleatoriamente entre 0 e 1.177.041. Este número aleatório inicial é o que garante que na amostra sistemática todos os municípios tenham probabilidade de sorteio proporcional a sua população, ou que todo habitante tenha a mesma probabilidade de ser sorteado. Neste caso, o número aleatório sorteado foi 718.067 e vai ser usado para definir o primeiro município sorteado. Na população acumulada, este valor está em Parintins, que é o primeiro município sorteado neste estrato. É como se fosse sorteado o habitante número 718.067. Até o município de Itaboraí, somavam-se 420.265 habitantes; adicionando Betim, passou-se a 768.758 habitantes, ou seja, o habitante 718.067 está em Betim. Somando o intervalo de 1.177.041 ao número sorteado, obtém-se 1.895.108, que é o segundo ponto e corresponde ao município de Serra. E assim têm-se os dois municípios sorteados.

Somando novamente o intervalo 1.177.041 ao valor 1.895.108, obtém-se o valor correspondente ao próximo município sorteado, e assim sucessivamente até que os 9 municípios sejam sorteados.

A Tabela 4, a seguir, apresenta a listagem dos 129 municípios sorteados com a respectiva região e o número de setores a serem sorteados dentro de cada um.

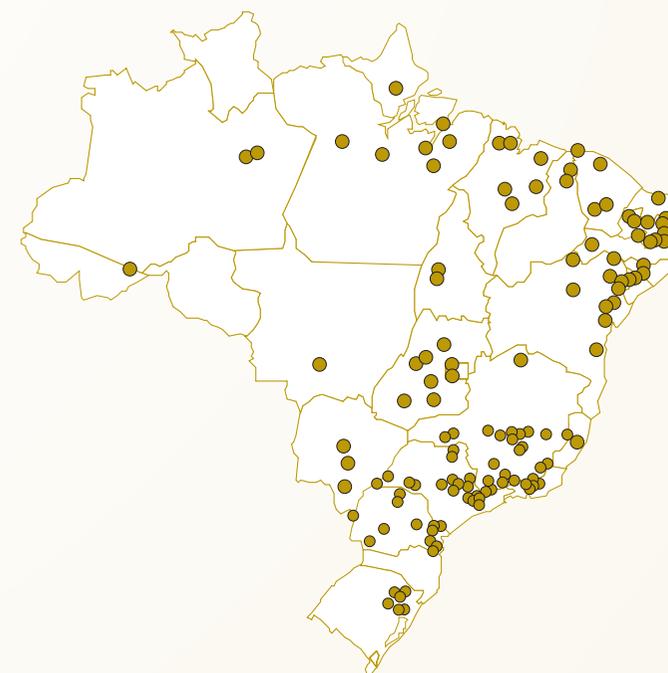
**Tabela 4 – Municípios sorteados e auto-representativos**

Município	Região	Nº de setores
Brasília	Centro-Oeste	4
Goiânia	Centro-Oeste	2
Campo Grande	Centro-Oeste	2
Cuiabá	Centro-Oeste	2
Luziânia	Centro-Oeste	2
Rio Verde	Centro-Oeste	2
Morrinhos	Centro-Oeste	2
Niquelândia	Centro-Oeste	2
Itapuranga	Centro-Oeste	2
Ceres	Centro-Oeste	2
Nova Alvorada do Sul	Centro-Oeste	2
Juti	Centro-Oeste	2
Salvador	Nordeste	5
Fortaleza	Nordeste	4
Recife	Nordeste	3
São Luís	Nordeste	2
Teresina	Nordeste	2
Natal	Nordeste	2
Olinda	Nordeste	2
Campina Grande	Nordeste	2
Paulista	Nordeste	2
Petrolina	Nordeste	2
Ilhéus	Nordeste	2
Juazeiro	Nordeste	2
Camaragibe	Nordeste	2
Alagoinhas	Nordeste	2
Igarassu	Nordeste	2
Jacobina	Nordeste	2
Pinheiro	Nordeste	2
Icó	Nordeste	2
Bezerros	Nordeste	2
Cabedelo	Nordeste	2
Tuntum	Nordeste	2
Coruripe	Nordeste	2
Delmiro Gouveia	Nordeste	2
São Miguel dos Campos	Nordeste	2
Entre Rios	Nordeste	2
Colinas	Nordeste	2
Guaraciaba do Norte	Nordeste	2
Cabrobó	Nordeste	2
São Bernardo	Nordeste	2
Cruz	Nordeste	2
São Joaquim do Monte	Nordeste	2
Riachão do Dantas	Nordeste	2
Chã Grande	Nordeste	2
Sítio do Quinto	Nordeste	2
Alhandra	Nordeste	2
Pereiro	Nordeste	2

Município	Região	Nº de setores	Município	Região	Nº de setores
Jataúba	Nordeste	2	Conceição das Alagoas	Sudeste	2
Santa Luzia	Nordeste	2	Volta Grande	Sudeste	2
Poranga	Nordeste	2	Mirante do Paranapanema	Sudeste	2
Pacatuba	Nordeste	2	Itaguaçu	Sudeste	2
Siriri	Nordeste	2	Maracá	Sudeste	2
Macambira	Nordeste	2	Silveiras	Sudeste	2
Junco do Seridó	Nordeste	2	Estrela do Indaiá	Sudeste	2
Manaus	Norte	3	Alagoa	Sudeste	2
Belém	Norte	2	Curitiba	Sul	3
Rio Branco	Norte	2	Porto Alegre	Sul	3
Santarém	Norte	2	Londrina	Sul	2
Manacapuru	Norte	2	Caxias do Sul	Sul	2
Altamira	Norte	2	Ponta Grossa	Sul	2
Tomé-Açu	Norte	2	Viamão	Sul	2
Paraíso do Tocantins	Norte	2	São José dos Pinhais	Sul	2
Baião	Norte	2	Colombo	Sul	2
Goianésia do Pará	Norte	2	Jaraguá do Sul	Sul	2
Nova Olinda	Norte	2	Cambé	Sul	2
Pugmil	Norte	2	Francisco Beltrão	Sul	2
São Paulo	Sudeste	19	Farroupilha	Sul	2
Rio de Janeiro	Sudeste	11	Marechal Cândido Rondon	Sul	2
Belo Horizonte	Sudeste	4	Campina Grande do Sul	Sul	2
Guarulhos	Sudeste	2	Pomerode	Sul	2
Campinas	Sudeste	2	Guaramirim	Sul	2
São Gonçalo	Sudeste	2	Taquari	Sul	2
Duque de Caxias	Sudeste	2	Terra Rica	Sul	2
Nova Iguaçu	Sudeste	2	Campo Alegre	Sul	2
São Bernardo do Campo	Sudeste	2	Feliz	Sul	2
Osasco	Sudeste	2	Marilândia do Sul	Sul	2
Santo André	Sudeste	2	Virmond	Sul	2
São José dos Campos	Sudeste	2			
Belford Roxo	Sudeste	2			
Santos	Sudeste	2			
Diadema	Sudeste	2			
Carapicuíba	Sudeste	2			
Serra	Sudeste	2			
Betim	Sudeste	2			
Piracicaba	Sudeste	2			
Uberaba	Sudeste	2			
Taubaté	Sudeste	2			
Suzano	Sudeste	2			
Volta Redonda	Sudeste	2			
Barueri	Sudeste	2			
Itapevi	Sudeste	2			
Teresópolis	Sudeste	2			
São Caetano do Sul	Sudeste	2			
Mogi Guaçu	Sudeste	2			
Varginha	Sudeste	2			
Conselheiro Lafaiete	Sudeste	2			
Itabira	Sudeste	2			
Poá	Sudeste	2			
Sertãozinho	Sudeste	2			
Caratinga	Sudeste	2			
Esmeraldas	Sudeste	2			
Rio Bonito	Sudeste	2			
Santo Antônio de Pádua	Sudeste	2			
São Francisco de Itabapoana	Sudeste	2			
São Manuel	Sudeste	2			
Orlândia	Sudeste	2			
Ouro Branco	Sudeste	2			
Cândido Mota	Sudeste	2			
São Pedro	Sudeste	2			
Nova Serrana	Sudeste	2			
Laranjal Paulista	Sudeste	2			
Paraisópolis	Sudeste	2			

O mapa 1 mostra a distribuição geográfica dos municípios sorteados no Brasil – estando naturalmente mais concentrada em regiões onde a população é maior. O mapa também mostra, em pontos menores, os municípios não sorteados.

**Mapa 1 – Municípios sorteados e auto-representativos**



Feito o sorteio dos municípios e verificado que todos são acessíveis, sem nenhum tipo de comprometimento com a qualidade do trabalho ou risco para o entrevistador, a etapa seguinte foi o sorteio, dentro de cada município, dos setores censitários de acordo com a Tabela 4.

## Segundo estágio - Sorteio dos setores censitários

O sorteio dos setores censitários dentro de cada município foi feito segundo o mesmo procedimento utilizado para os municípios, com exceção de que, para os setores censitários, não foram usados estratos explícitos. Nos municípios maiores, onde são disponíveis informações censitárias completas para o setor, as variáveis usadas foram renda média do responsável pelo domicílio e o nível de urbanização. O nível de urbanização é composto por segmentos definidos com as variáveis indicadoras de infra-estrutura do domicílio (coleta de lixo, abastecimento de água, rede de esgoto e número de banheiros). Esse tipo de segmentação tende a dividir o município em áreas homogêneas quanto à infra-estrutura, o que nem sempre está relacionado à renda familiar, mas a intervenções do poder público. Por isso é interessante usar também na estratificação a renda familiar. Em municípios menores, onde essas informações não estão disponíveis, a estratificação implícita é feita somente segundo o número de pessoas por domicílio dentro de cada setor.

Em qualquer caso, o sorteio do setor é realizado de forma sistemática, após uma prévia ordenação da base de setores segundo as variáveis de estratificação implícita em questão. Segundo o mesmo procedimento em relação aos municípios, os setores são sorteados com probabilidade proporcional a sua população, sendo que todas as pessoas continuam tendo probabilidade igual de participar da amostra. É importante ressaltar que os

setores rurais não são retirados da amostra – a base de dados de setores censitários é usada em sua forma completa. Eventualmente, são retirados apenas os setores censitários em que a população é nula, os quais obviamente não nos interessam. Estes casos são também bem raros.

No total, foram sorteados 325 setores, sendo 51 deles setores rurais. Este número ficou muito próximo do percentual da população brasileira que vive em setores censitários rurais, que é de aproximadamente 17% segundo a PNAD 2004.

Uma vez sorteado o setor, o entrevistador chegou até ele por meio de mapas (em municípios maiores) ou por meio de sua descrição (em municípios menores), pois sempre o setor censitário tem sua área bem definida. Abaixo, um exemplo ilustrativo da descrição de um setor censitário e em seguida seu mapa.

### Ponto inicial:

Cruzamento da Rua Aniceto Abelha com a Rua Alto Juruá – Bauru (SP).

### Descrição dos limites:

Do ponto inicial segue pela Rua Alto Juruá, Rua Hildebrando de Carvalho, Rua José Torres Brito, Rua Caetano Cariane, Rua Alto Acre, Rua Princesa Isabel, Rua Silva Jardim, Rua Aniceto Abelha até o ponto inicial.

Mapa 2 – Mapa de um setor censitário em Bauru



## Terceiro estágio - sorteio dos domicílios

Os domicílios representam o terceiro estágio da amostra. Uma vez que o setor censitário já foi sorteado, o próximo passo seria ir até o local e fazer um arrolamento dos domicílios. Dentro dos setores censitários, todas as construções e terrenos foram contados. Os domicílios residenciais com moradores, considerados como elegíveis para a amostra, foram numerados. Ao fim desse passo, o entrevistador possuía um mapa do setor censitário, com suas quadras numeradas – quando urbano – e uma lista das ocorrências desse setor, onde as unidades residenciais estavam numeradas. Com os domicílios devidamente contados e numerados, o entrevistador partiu para o sorteio da amostra normal e da “overcota”.

O número de domicílios sorteados em cada setor censitário para a amostra normal foi calculado de acordo somente com a taxa de não-resposta estimada para aquele Estado. Esta estimativa foi feita com base na PESB 2002 (Pesquisa Social Brasileira), que seguiu metodologia semelhante à da presente pesquisa. Mais informações sobre a PESB no site: <http://www.uff.br/datauff/PESB.htm>. O número de domicílios sorteados na “overcota” de adolescentes foi calculado de forma semelhante, usando-se não só a taxa de resposta, mas também o percentual de domicílios com adolescentes entre 14 e 17 anos, segundo a PNAD 2004.

Os domicílios foram sorteados com base em uma tabela de dígitos aleatórios. O entrevistador, quando ia para campo, saía com o mapa ou a descrição do setor e a folha de dígitos aleatórios desse setor, onde constava o número de entrevistas a serem feitas na amostra normal e na “overcota”. Uma vez sorteado o domicílio, o entrevistador deveria abordá-lo para arrolar todos os moradores e fazer o sorteio de um deles. O sorteio do entrevistado dentro do domicílio era simples: o próximo aniversariante, considerando-se a data do arrolamento.

Se o entrevistador não conseguisse acesso ao domicílio ou ao morador sorteado, ele deveria fazer 3 voltas racionais, em 2 dias diferentes, sendo um em final de semana e um em dia de semana, e em 3 horários diferentes –

manhã, tarde e noite. Só então, não encontrando o morador sorteado ou não sendo recebido pelo domicílio, ele poderia abandonar o domicílio. Nas regiões metropolitanas onde a taxa de resposta foi mais baixa, pediu-se para fazer 4 voltas racionais em 3 dias diferentes.

Domicílios não elegíveis, como vagos, deveriam ser substituídos por outros. Pessoas não elegíveis, como hospitalizadas, deveriam ser substituídas por outras dentro do mesmo domicílio. Quando era necessária a substituição do domicílio, o substituto deveria ser o imediatamente seguinte. Em poucos casos, porém, a substituição aconteceu, pois somente domicílios vagos e com moradores que não falavam a língua portuguesa poderiam ser substituídos. Outros tipos de estabelecimento não residenciais entravam no arrolamento, mas não eram numerados e, portanto, não eram sorteados.

O número de domicílios sorteados em cada setor censitário para a amostra normal foi calculado de acordo somente com a taxa de não-resposta estimada para aquele Estado. Esta estimativa foi feita com base na PESB 2002 (Pesquisa Social Brasileira), que seguiu metodologia semelhante à da presente pesquisa.

Em prédios adotou-se um critério mais elaborado de abordagem para evitar as barreiras de acesso, com entrega de correspondência com explicação da pesquisa ao porteiro, ao síndico e no domicílio antes da abordagem. Mesmo em residências a entrega da correspondência foi adotada.

### Manual de procedimentos de campo

1 – No mapa do setor censitário, todas as quadras devem ser numeradas, sem repetição.

2 – Após a numeração das quadras, o entrevistador deve arrolar todos os domicílios dentro do setor, seguindo a ordem das quadras numeradas. Em setores rurais não há a definição de quadra e o entrevistador deve fazer o arrolamento de todos os domicílios, numerando aqueles onde existirem moradores.

3 – Com as folhas de arrolamento devidamente preenchidas, os domicílios do setor devidamente numerados, procede-se ao

sorteio. Para cada setor censitário deve haver dois sorteios: um para a amostra normal e um para a “overcota” de adolescentes.

4 – Definidos os domicílios, o próximo passo será a visita. O entrevistador deve, na primeira visita, arrolar todos os moradores maiores de 13 anos, anotando seu nome e data de nascimento.

a) Deve haver 1 volta em cada período: manhã (6h-12h), tarde (12h-17h) e noite (18h-21h).

b) Deve haver pelo menos 1 volta em dias de semana e 1 volta em finais de semana.

c) Nas regiões metropolitanas serão feitas 4 voltas seguindo os critérios a e b acima e mais um critério: terão que ser feitas voltas em pelo menos 3 dias diferentes.

5 – Todo morador com mais de 14 anos é elegível para a pesquisa. O morador elegível é toda pessoa que tem a unidade domiciliar como local habitual de residência. São também elegíveis pessoas ausentes por até 12 meses. Se o morador elegível tiver algum problema incomum que o impeça de responder à pesquisa, o domicílio será dado como perdido (deve ser abandonado) e não haverá novo sorteio. Incluem-se neste caso pessoas surdas-mudas, pessoas deficientes mentais, pessoas sorteadas que venham a ser internadas ou faleçam antes da entrevista e depois do sorteio.

6 – Se, em visita ao domicílio sorteado, o entrevistador constatar que é um domicílio não válido, este deverá ser substituído pelo domicílio seguinte da folha de arrolamento. Esta é a única situação em que o domicílio deve ser substituído.

7 – Haverá procedimento especial para setores verticalizados, quando o domicílio sorteado for localizado em um edifício ou condomínio. O procedimento abaixo deve ser seguido.

No edifício ou condomínio onde se localiza o domicílio sorteado o entrevistador entrega uma carta da Unifesp, com a indicação de que ele voltará para fazer uma entrevista. A primeira coisa que ele deve fazer é entregar a carta e não tentar fazer a entrevista. Em prédios, a carta deve ser entregue ao síndico inicialmente, informando que foram sorteados x domicílios e informando também sobre o teor da pesquisa que se quer fazer com os moradores desses domicílios.

A idéia é que o síndico entre em

contato com a pesquisa pela carta. O entrevistador então deve tentar entrar em contato com o síndico, informar sobre os domicílios sorteados e pedir permissão para entregar a carta nos domicílios sorteados, com informações sobre a pesquisa. A carta deve ser entregue no domicílio sorteado antes de se fazer a abordagem pessoal; é a carta que deve apresentar a pesquisa ao domicílio sorteado e não o entrevistador.

Somente nos casos em que for impossível apresentar a pesquisa ao síndico e ao domicílio sorteado por meio da carta é que o entrevistador deve tentar o contato pessoal.

O abandono de um domicílio deve ocorrer somente mediante o critério das voltas ou a recusa do entrevistado em responder à pesquisa. Qualquer tipo de abandono do domicílio deve ser bem justificado.

Por causa desse critério, de que o domicílio vai ser abandonado e não substituído, é preciso muito rigor e dedicação na tentativa de localização do entrevistado. Se muitos domicílios forem perdidos por ausência dos moradores, ausência do sorteado ou recusa, o tamanho total da amostra será menor do que o esperado e, portanto, as análises não serão confiáveis.

#### Problemas do trabalho de campo

Um projeto que segue uma metodologia completamente científica, como este, não é feito freqüentemente no Brasil. Isso torna difícil encontrar entrevistadores qualificados para a realização dos procedimentos de campo. Foi necessário um treinamento bastante rigoroso e uma seleção de entrevistadores capacitados. No início foi feito um acompanhamento mais próximo dos entrevistadores, com pesquisas na Região Metropolitana de São Paulo, e acabou-se por priorizar durante toda a fase inicial do projeto essa região. Antes do início da atividade de campo, um piloto foi realizado para levantar os possíveis problemas e dificuldades e se preparar para eles. Muitas dificuldades foram encontradas ao longo do trabalho – algumas mais simples, outras mais sérias.

#### Exemplos:

Um dos problemas que ocorreram algumas vezes foi a dificuldade ou a impossibilidade de realizar as entrevistas ou o arrolamento em um setor censitário. Dois

setores no Rio de Janeiro e um em Duque de Caxias foram substituídos por serem áreas de favelas ocupadas por policiais ou que ofereciam grande risco ao entrevistador. Um setor em Osasco e um em São Paulo (Perdizes) foram substituídos por serem condomínios fechados e não permitirem qualquer acesso, mesmo com contato telefônico de pessoa ligada à Unifesp. Um setor em Manacapuru (AM), que era um povoado longe da cidade, tinha o único acesso, por barco, prejudicado por causa da seca. Um setor em Terra Rica (PR) foi substituído porque fortes chuvas na região haviam derrubado a única ponte que possibilitava o acesso.

#### Avaliação dos resultados amostrais

Após a conclusão dos trabalhos de campo, foi feita uma análise dos resultados

amostrais. Entendam-se como resultados amostrais aqueles relativos ao estudo das ocorrências de campo, incluindo aí principalmente as taxas de resposta, de recusa e de indisponibilidade. Este estudo é importante para se verificar a qualidade dos dados coletados, uma vez que, de certa forma, se está fazendo uma validação da representatividade da amostra.

#### Taxa de resposta

Como o campo foi planejado para que não houvesse substituições para as recusas e ausências, era impossível saber exatamente *a priori* o total de entrevistas que se conseguiria. O objetivo era atingir 400 entrevistas de “overcota” mais 2.600 da amostra normal. A Tabela 5 mostra a taxa de resposta obtida no estudo por região.

Tabela 5 – Resumo da taxa de resposta final

Regiões	Entrevistas realizadas		Domicílios sorteados		% de domicílios		Taxa de resposta	
	Normal	Over	Normal	Over	Com adolescentes*	Esperados Over	Normal	Over
Brasília	26	4	44	24	23%	6	59%	72%
CO Capital	49	4	68	45	23%	10	72%	39%
CO Interior	124	29	168	112	25%	28	74%	103%
NE Capital/RM	171	36	251	163	24%	39	68%	93%
NE Interior	563	114	700	489	27%	133	80%	86%
NO Capital	42	10	70	54	23%	12	60%	80%
NO Interior	123	33	180	120	25%	30	68%	109%
SE Interior	541	99	860	620	21%	131	63%	76%
SE RM BH	43	5	72	52	18%	9	60%	54%
SE RM RJ	145	30	241	192	18%	34	60%	88%
SE RM SP	351	61	591	436	21%	92	59%	66%
SUL Interior	266	54	416	278	21%	60	64%	91%
SUL RM	78	6	139	91	19%	17	56%	35%
<b>TOTAL</b>	<b>2.522</b>	<b>485</b>	<b>3.800</b>	<b>2.676</b>	<b>22%</b>	<b>601</b>	<b>66%</b>	<b>81%</b>

\*Fonte: PNAD 2004.

RM - Região Metropolitana, BH - Belo Horizonte, SP - São Paulo, CO - Centro Oeste, NE - Nordeste, NO - Norte, SE - Sudeste, RJ - Rio de Janeiro.

A Tabela 5 mostra as taxas de resposta para a amostra normal e para a “overcota”. A taxa de resposta para a amostra normal é conseguida diretamente dividindo-se o número de entrevistas feitas pelo número de domicílios sorteados. A não-resposta inclui, então, tanto as recusas quanto as ausências, isto é, quando não houve acesso ao domicílio ou quando a pessoa sorteada não foi encontrada. O método de coleta de dados

para a “overcota” de adolescentes não permite que se calcule a taxa de não-resposta exata por causa dos domicílios sorteados onde não se sabia haver adolescentes. Na Tabela 5 é estimado o número de adolescentes necessário na amostra, considerando-se o número de domicílios sorteados em cada região e a proporção dos domicílios com adolescentes. A Tabela 5 contém ambos – o percentual de domicílios com adolescentes e

o número esperado de entrevistas – aplicando-se esse percentual no número total de domicílios sorteados. Com este método, tem-se uma oscilação na taxa de resposta em razão das variações amostrais. Por isso aconteceram taxas até maiores que 100%. De qualquer forma, em média, a oscilação deu a idéia de uma boa taxa de resposta nestas regiões. A taxa de resposta para a amostra normal, de 66%, foi considerada adequada.

### Questionário utilizado

Utilizou-se uma versão do questionário HABLAS, que foi desenvolvido pela equipe do Prof. Dr. Raul Caetano, da Universidade do Texas (EUA). Ele foi traduzido e passou por um longo processo de adaptação para a população brasileira. Estudos pilotos, qualitativos e quantitativos, foram realizados para avaliar o resultado, até ele ter uma boa aplicabilidade e boa aceitabilidade. A versão completa do questionário poderá ser encontrada nos sites da Uniad ([www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)) e do OBID ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)). Esse questionário foi composto pelas seguintes seções: dados sociodemográficos (idade, gênero, classe socioeconômica<sup>1</sup>, etc.); frequência e quantidade de bebidas alcoólicas separadas por tipos de bebida (cerveja, vinhos, destilados e bebidas “ice”); idade de início; número de doses ao dia e maiores doses na vida; número de vezes em que bebeu 5 ou mais doses; dirigir alcoolizado; efeitos prejudiciais do beber; problemas com o álcool; uso nocivo<sup>2</sup>/dependência do álcool<sup>3</sup> de acordo com a CID-10; apoio a políticas públicas. A entrevista foi feita pessoalmente e durou, em média, 53 minutos.

### Análise estatística do relatório

Neste relatório pretende-se apresentar os principais resultados descritivos do estudo, sempre que possível analisando as características relacionadas ao consumo de álcool segundo algumas variáveis demográficas tradicionalmente tidas como importantes.

Sempre que pertinentes, também foram realizados testes estatísticos de significância. Geralmente em Tabelas e Figuras, o teste usado foi o qui-quadrado para

independência entre duas variáveis categorizadas, e para comparação de médias será usado o teste *t-student* para amostras independentes. Sempre que outro tipo de teste foi utilizado, será explicitamente indicado no texto. Foi adotado um nível de significância de 5% para os testes estatísticos.

Os testes estatísticos foram feitos usando o módulo Complex Samples do SPSS, que é capaz de levar em conta o desenho amostral no cálculo da variabilidade dos estimadores.

### Referências bibliográficas

Para uma abordagem técnica sobre a teoria da amostragem, são recomendados:

Kish L (1965). *Survey Sampling*. John Wiley & Sons, Inc., New York.

Hansen HM, Hurwitz WN e Madow WG (1993). *Sample Survey Methods and Theory*, vol. I e II. John Wiley & Sons, Inc., New York.

Para uma abordagem que envolve a amostragem especialmente aplicada em estudos populacionais na área da saúde pública, é indicado:

Korn EL e Graubard BI (1999). *Analysis of Health Surveys*. John Wiley & Sons, Inc., New York.

Recomenda-se também a visita a sites de pesquisas nacionais e internacionais relacionadas a saúde pública que usam metodologia semelhante à descrita neste relatório metodológico. Alguns exemplos:

<https://nsduhweb.rti.org/> (The National Survey on Drug Use and Health – NSDUH)

<http://www.bls.gov/cps/> (The Current Population Survey – CPS)

<http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm> (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES) <http://www.ibge.gov.br/> – site do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## CAPÍTULO 2

# PERFIL DA AMOSTRA

1 - A classe socioeconômica foi definida de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Foram utilizadas informações sobre alguns “itens de conforto” (TV, rádio, banheiro, carro, etc.), assim como o índice de instrução do chefe da família.

2 - Uso nocivo caracteriza-se por um padrão de uso de bebidas alcoólicas que está causando dano real à saúde, seja físico ou mental, e é frequentemente criticado por outras pessoas.

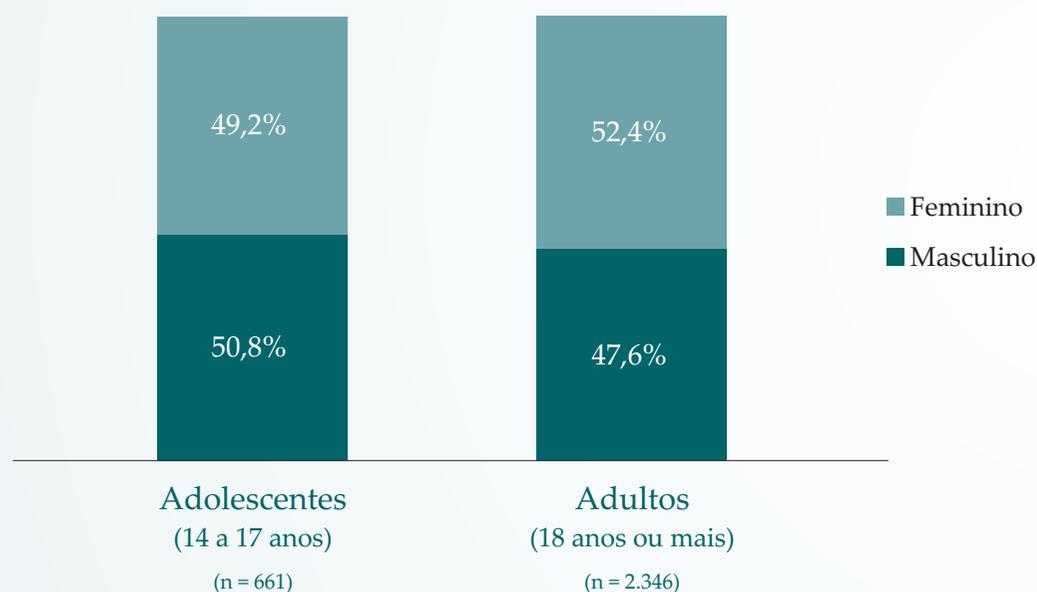
3 - Dependência de álcool é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de bebidas alcoólicas alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros componentes antes considerados de maior valor. As características principais da síndrome são: desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, dificuldade para controlar tal consumo, desenvolvimento de tolerância, estado de abstinência fisiológico, abandono de atividades prazerosas em favor do uso de álcool e persistência do uso apesar de evidências claras de conseqüências nocivas.

Toda amostra tem o objetivo de levantar características de uma determinada população. Neste caso, a população abrangida é composta por todas as pessoas residentes no Brasil com mais de 13 anos de idade, excetuando-se apenas as aldeias indígenas e as populações que vivem em locais de convívio coletivo, como quartéis, asilos, internatos, etc. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, esta população está em torno de 136 milhões de habitantes, considerando projeções populacionais para o ano de 2004, que era a última disponível na época do desenho da amostra e a ponderação dos dados. Dos 136 milhões de habitantes, aproximadamente 122 milhões são adultos e 14 milhões são adolescentes. Estas são as duas populações para as quais as conclusões deste estudo sempre poderão ser expandidas.

Como o presente texto aborda de forma separada os adolescentes e os adultos, aqui também foi incluída uma descrição individualizada das duas populações – a de adolescentes (14 a 17 anos) e a de adultos (18 anos ou mais).

A seguir são apresentados os principais dados sociodemográficos desta amostra, incluindo gênero, instrução, estado civil, classe socioeconômica, renda familiar, religião, etnia, regiões e população urbana *vs.* rural.

**Figura 1 - Distribuição de gêneros entre adultos e adolescentes**



A distribuição dos gêneros tende a ter um pouco mais de mulheres do que de homens. No caso da população adolescente, essa tendência se inverte com uma leve predominância dos homens, o que é perfeitamente compatível com estudos oficiais. A PNAD mostra que em idades menores que 14 anos os homens ainda são pequena maioria e as mulheres somente tomam a frente quando a população começa a passar dos 20 anos de idade. A Figura 1, que apresenta a distribuição dos gêneros entre a população adulta e adolescente, confirma os dados nacionais.

O nível de instrução do brasileiro de uma forma geral é muito baixo. Cerca da metade dos brasileiros adultos tem no máximo o Primário (até a 4ª série do Fundamental) completo e um quarto deles não chega nem a isso. Uma parcela muito pequena, de apenas 5%, tem algum curso de Ensino Superior completo ou mais, sendo que em lugares como a Região Norte do País esse percentual sequer chega a 1%. Não se observaram grandes diferenças entre os níveis de instrução dos homens e das mulheres adultas.

**Tabela 6 – Nível de instrução da população estudada (n = 3.007)**

Último nível de instrução completo	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Menos do que Ensino Infantil	5,8%	4,1%	4,9%	25,5%	25,3%	25,4%
Ensino Infantil	63,3%	54,0%	58,7%	26,8%	27,3%	27,1%
Ensino Fundamental	28,4%	39,7%	34,0%	17,2%	16,3%	16,7%
Ensino Médio	2,5%	2,2%	2,3%	26,3%	25,3%	25,8%
Ensino Superior	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	5,8%	5,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Os adolescentes desfrutam uma condição melhor. Além de estarem ainda em idade muito apropriada para os estudos, apenas uma parte muito pequena não tem o Primário completo. Seis em cada dez adolescentes têm apenas o Primário completo, mas a maior parte destes relatou ter o Ginásio incompleto e 90% destes ainda estão estudando. Um terço dos adolescentes já se encontra com o Ginásio completo e, como seria de esperar, são praticamente inexistentes adolescentes com Colégio ou Superior completo. Entre os adultos, 13% ainda estão estudando. Um aspecto interessante observado entre os adolescentes é que os homens estão um pouco mais concentrados no Primário completo e as mulheres no Ginásio. Considerando que a maior parte dos adolescentes está estudando ainda, a conclusão mais imediata é que os homens estão, de uma forma geral, mais atrasados do que as mulheres.

A distribuição do estado civil mostra alguns pontos interessantes, tanto na comparação entre adolescentes e adultos quanto na comparação entre homens e mulheres. No geral, 95% dos adolescentes são solteiros, mas sob o aspecto do gênero observa-se que os homens são quase todos solteiros (99%), enquanto quase 10% das mulheres são casadas ou vivem com um companheiro. Isso não é estranho, pois é sabido que as mulheres tendem a se casar mais jovens do que os homens.

**Tabela 7 – Estado civil da população estudada (n = 3.007)**

Estado civil	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Solteiro(a)	99,1%	91,2%	95,2%	28,4%	24,6%	26,4%
Casado(a)/comp.(a)	0,09%	8,8%	4,8%	65,3%	57,6%	61,2%
Viúvo(a)	-	-	-	1,9%	9,8%	6,1%
Desquitado(a)/Divorciado(a)	-	-	-	2,3%	2,6%	2,5%
Separado(a)	-	-	-	2,1%	5,5%	3,9%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

A Tabela 7 mostra que a maioria dos indivíduos na amostra de adultos é casada e cerca de um quarto é solteiro. Entre as mulheres, a proporção de viúvas é bem alta se comparada com a dos homens, o que também é esperado já que a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens, isto é, nos casais o primeiro cônjuge a falecer tende a ser o homem.

Embora 65% dos adultos façam parte da população economicamente ativa (aqueles que trabalham ou tentaram arrumar emprego na última semana), apenas 38% deles relataram ter carteira assinada, indicando uma grande parcela de pessoas no trabalho informal. A população economicamente ativa é mais concentrada nos homens. Dentre as mulheres, 52% pertencem à população economicamente ativa, enquanto que este percentual sobe para quase 80% entre os homens.

**Tabela 8 – População economicamente ativa e trabalho com carteira assinada (n = 3.007)**

População economicamente ativa	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
SIM	38,2%	21,6%	30,0%	79,3%	52,0%	65,0%
NÃO	61,8%	78,4%	70,0%	20,7%	48,0%	35,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Trabalha com "carteira assinada"</b>						
SIM	12,2%	8,6%	10,9%	40,2%	35,4%	38,2%
NÃO	87,8%	91,4%	89,1%	59,8%	64,6%	61,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

\*Considerado apenas quem faz parte da população economicamente ativa.

Quase um terço dos adolescentes pertence à população economicamente ativa, o que, embora seja um número bem menor que o dos adultos, é preocupante, pois indica que muitos adolescentes já estão no mercado de trabalho.

**Tabela 9 – Distribuição da renda familiar e classe socioeconômica (n = 3.007)**

Faixas de renda familiar	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até R\$ 450,00	41,6%	42,5%	42,0%	32,5%	37,9%	35,3%
R\$ 451,00 a R\$ 750,00	19,0%	15,7%	17,4%	19,0%	20,2%	19,6%
R\$ 751,00 a R\$ 1.200,00	8,9%	14,3%	11,6%	21,8%	16,5%	19,0%
R\$ 1.201,00 a R\$ 2.500,00	6,8%	5,1%	5,9%	15,6%	12,0%	13,7%
Mais de R\$ 2.500,00	1,6%	3,2%	2,4%	6,8%	5,2%	6,0%
Não sabe/recusa	22,0%	19,3%	20,7%	4,4%	8,2%	6,4%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Classe socioeconômica</b>						
Classe A	2,6%	2,0%	2,3%	2,5%	3,3%	2,9%
Classe B	10,9%	16,7%	13,7%	18,4%	13,0%	15,6%
Classe C	34,0%	29,1%	31,6%	35,9%	32,9%	34,3%
Classe D	41,6%	42,4%	42,0%	33,4%	43,4%	38,7%
Classe E	10,9%	9,8%	10,4%	9,8%	7,4%	8,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

A amostra é predominantemente das classes C e D, sendo que 73% dos domicílios pertencem a uma destas duas classes. Embora a classe socioeconômica tenha uma boa relação com a renda familiar, ambas não se distribuem igualmente, nem de forma parecida. Um terço da amostra se concentra na faixa de renda familiar que vai até R\$ 450,00. Apenas 6% da população tem renda familiar acima de R\$ 2.500,00.

Conforme se eleva esse ponto de corte, mais se seleciona um segmento da população muito pequeno em número absoluto, mas onde está acumulada grande parte da riqueza do País.

A Tabela 9 mostra com detalhes a distribuição da renda familiar e da classe socioeconômica, inclusive com quebras para os gêneros e as populações de adolescentes e adultos. Vê-se, no entanto, que são pequenas as diferenças nas proporções quando se comparam

homens com mulheres ou adolescentes com adultos. A diferença mais evidente é encontrada na proporção de pessoas que não sabem ou se recusaram a dizer a renda familiar. Essa proporção é bem maior entre os adolescentes do que entre os adultos. Isso deve acontecer em parte porque os adolescentes realmente tendem

a não saber mais do que os adultos qual a renda de sua família. O fato de tanto a renda familiar quanto a classe socioeconômica serem informações domiciliares e não pessoais faz com que não sejam esperadas diferenças nas proporções entre homens, mulheres, adultos e adolescentes.

**Tabela 10 – Distribuição da população estudada nas regiões (n = 3.007)**

Região	14 a 17 anos	18 anos ou mais
Norte	11%	8%
Centro-Oeste	5%	6%
Nordeste	31%	26%
Sudeste	39%	45%
Sul	14%	15%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

A maior parte da amostra, tanto de adultos quanto de adolescentes, está localizada nas Regiões Sudeste e Nordeste. Essas duas regiões juntas são responsáveis por aproximadamente 70% da população.

Mesmo assim é importante verificar que a amostra não deixou de representar as Regiões Norte e Centro-Oeste, que muitas vezes ficam fora de estudos porque sua população é pequena e o acesso é difícil.

**Tabela 11 – Localização dos setores censitários em que foram realizadas as entrevistas**

Localização do setor	REGIÕES					
	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul	Total
Urbano	72,6%	91,5%	75,9%	92,8%	80,1%	84,8%
Rural	27,4%	8,5%	24,1%	7,2%	19,9%	15,2%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

A Tabela 11 mostra a distribuição das entrevistas segundo a localização do setor censitário em que ela foi feita. Setores censitários são pequenas áreas sorteadas dentro dos municípios para delimitar a área a ser arrolada e usada pelo entrevistador. O capítulo sobre a metodologia da amostra apresenta mais detalhes. A definição de urbano e rural é dada pelo IBGE segundo a característica do setor censitário por ocasião do Censo Demográfico, e depende de seu nível de urbanização. Setores rurais, a grosso modo, são aqueles que se localizam fora de áreas urbanizadas, isto é, servidas por iluminação pública, água, esgoto, pavimentação, coleta de lixo, etc. Assim se pode dizer que os setores rurais são sítios, chácaras e fazendas, enquanto que setores urbanos são aqueles localizados dentro das áreas urbanizadas.

A distribuição étnica encontrada na população estudada é mostrada na Tabela 12. Embora o estudo do perfil racial não seja comum nas pesquisas brasileiras por causa da grande miscigenação racial e pela falta de uma definição consistente do que é cada etnia, optou-se por incluir aqui esta informação, que é muito usada nos estudos internacionais, principalmente os realizados nos Estados Unidos.

Observou-se que a distribuição étnica é semelhante entre homens e mulheres e difere um pouco entre adultos e adolescentes. Verificou-se um pouco mais de adultos brancos e de adolescentes pardos, e esta diferença é estatisticamente significativa. Há algumas hipóteses para essa diferença, sendo uma delas a própria intensificação do processo de miscigenação, com pais brancos tendo filhos pardos. A religião católica é

Tabela 12 – Distribuição étnica da população amostrada (n = 3.007)

Etnia	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Branca	42,3%	44,2%	43,3%	52,5%	50,3%	51,3%
Preta	14,1%	11,0%	12,6%	10,6%	11,8%	11,2%
Parda	41,7%	42,2%	41,9%	33,9%	34,9%	34,4%
Amarela	0,4%	1,2%	0,8%	1,3%	1,3%	1,3%
Indígena	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,6%	1,5%
Recusa	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

predominante na população brasileira, com as religiões evangélicas em geral vindo em segundo lugar, como mostra a Tabela 13. Há diferenças significativas não só entre adultos e adolescentes, como também entre homens e mulheres dentro de cada população. Os adolescentes em comparação com os adultos e

as mulheres em comparação com os homens tendem a ser mais evangélicos. A comparação entre adolescentes e adultos talvez indique que a religião católica esteja perdendo espaço para as religiões evangélicas na medida em que mais adolescentes se dizem evangélicos do que adultos.

Tabela 13 – Distribuição da religião (n = 3.007)

Religião	14 a 17 anos			18 anos ou mais		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Umbandista	0,7%	0,3%	0,5%	0,7%	0,6%	0,7%
Candomblé	0,0%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%
Espírita “kardecista”	0,6%	0,7%	0,6%	4,0%	3,4%	3,7%
Evangélico pentecostal	5,2%	6,8%	6,0%	7,3%	10,8%	9,1%
Evangélico – outros	19,7%	29,4%	24,5%	13,3%	19,1%	16,3%
Protestante	2,1%	2,2%	2,2%	2,9%	2,2%	2,5%
Católico carismático	3,6%	8,2%	5,9%	4,4%	6,1%	5,3%
Católico das Comunidades Eclesiais de Base	0,4%	0,9%	0,6%	1,0%	0,9%	1,0%
Católico tradicional	60,6%	51,9%	56,3%	66,2%	61,3%	63,6%
Outra	1,8%	1,9%	1,8%	1,5%	2,2%	1,9%
Nenhuma/ não tem religião	12,2%	7,0%	9,6%	6,2%	3,9%	5,0%
<b>Multiplicidade*</b>	<b>1,07</b>	<b>1,10</b>	<b>1,08</b>	<b>1,07</b>	<b>1,11</b>	<b>1,09</b>

\*Multiplicidade é o número médio de religiões declaradas por pessoa. Cada entrevistado pôde declarar até duas religiões.

Ainda na Tabela 13, há outras diferenças interessantes, embora pequenas. Os homens e os adolescentes se declaram um pouco mais sem religião do que as mulheres e os adultos, respectivamente. O espiritismo parece, assim como o catolicismo, estar perdendo adeptos, visto que a proporção de espíritas entre os adultos é maior do que a

mesma proporção entre os adolescentes.

Neste capítulo foi apresentada uma descrição muito breve das características da população brasileira coberta nesta pesquisa. Como a pesquisa representa a população geral de 14 anos ou mais, esses dados, embora retirados da amostra, são fiéis ao perfil real da população brasileira.

## CAPÍTULO 3

QUANTO E COMO BEBE  
O BRASILEIRO ADULTO

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado à maioria das culturas. Seu uso é associado com celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Por outro lado, o consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirrose e câncer hepáticos até acidentes, quedas, intoxicações e homicídios (Meloni e Laranjeira, 2004). Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, com seu impacto deletério sendo considerado entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (Meloni e Laranjeira, 2004; World Health Report, 2002).

Tradicionalmente, os países onde o consumo de álcool é permitido são divididos em países “molhados” (culturas nas quais os índices de abstinência são baixos e o vinho é a principal bebida de escolha) e “secos” (a abstinência é mais comum, mas aqueles que bebem costumam consumir grandes quantidades). Essa tipologia vem perdendo força e sendo substituída por uma crescente homogeneização dos padrões do beber e das preferências por tipo de bebida alcoólica (Bloomfield e cols., 2003). Atualmente, os pesquisadores direcionam sua atenção sobre outros comportamentos relacionados ao beber, como, por exemplo, a regularidade (frequência) com que se bebe, a quantidade do beber, a frequência do beber em “binge” (acima de 5 doses para os homens e 4 doses para as mulheres – ver capítulo 5).

Os dados apresentados neste capítulo dizem respeito aos aspectos dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira adulta, ou seja, com 18 anos ou mais. Optou-se neste estudo por priorizar as variáveis mais importantes, e até o momento desconhecidas, referentes ao consumo de álcool dessa população. Essas variáveis estão relacionadas com a frequência e a quantidade do consumo e os tipos de bebida mais comumente ingeridos.

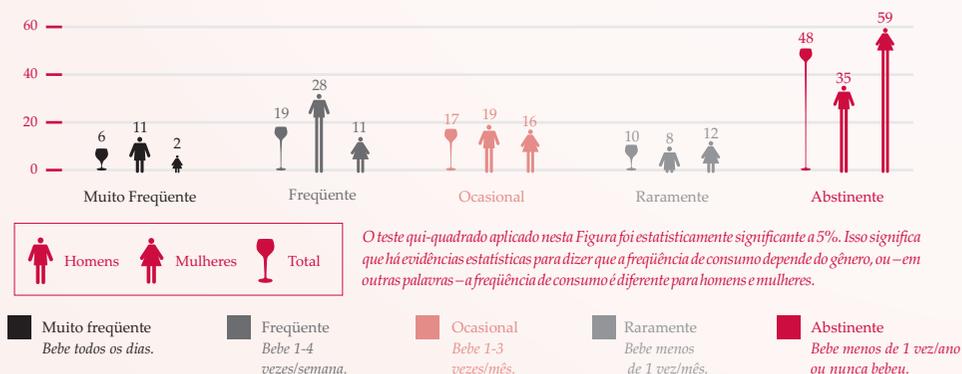
De acordo com o presente estudo, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos 1 vez ao ano). Entre os homens são 65% e entre as mulheres 41%. Na outra ponta estão os 48% de brasileiros abstinentes, que nunca bebem ou que bebem menos de 1 vez por ano. No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana – são os que bebem “muito frequentemente” e “frequentemente”.

Embora a maior porcentagem de pessoas que bebem esteja nas classes A e B e na Região Sul, é nos Estados do Norte, do Centro-Oeste e do Nordeste e na classe E que se consome o maior número de doses a cada vez que se bebe. Essas são algumas das principais conclusões deste capítulo. Os dados são apresentados de maneira mais pormenorizada abaixo.

A Figura 2 mostra que os homens e as mulheres bebem com frequências marcadamente diferentes. Os homens apresentam índice de abstinência 40% menor do que as mulheres (35% para eles e 59% para elas). Há que se destacar que abstinência neste livro inclui tanto os indivíduos que relatam nunca terem bebido como aqueles que não beberam no último ano, mas já beberam na vida (cerca de 7% da amostra). As diferenças do beber entre homens e mulheres são também claras nas frequências mais altas (muito frequente e frequente), em que os homens apresentam porcentagem mais alta do que as mulheres.

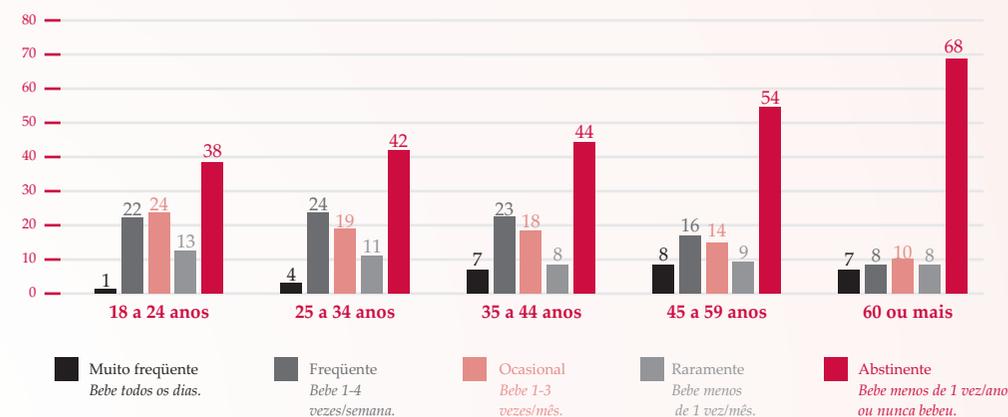
Figura 2 - Frequência consumo x Gêneros (em%)

Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica?



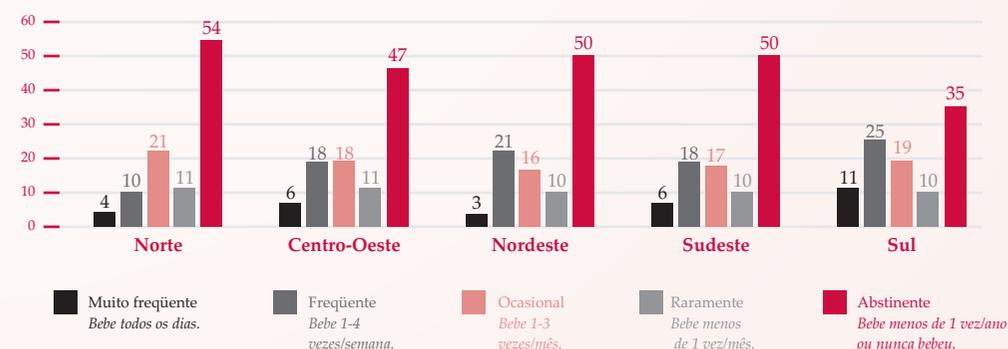
A frequência do beber também varia muito no que diz respeito às faixas etárias. A Figura 3 apresenta a distribuição da frequência em porcentagem de consumo pelas faixas etárias. Enquanto o índice de beber diário (muito frequente) é relativamente constante entre as faixas etárias, a abstinência é mais de 79% maior entre os brasileiros de 60 anos ou mais do que entre os jovens de 18-24 anos. Isso não é surpreendente, já que os mais velhos tendem a ter comportamento mais conservador que os jovens. No entanto, sendo o Brasil um país com grande contingente de população jovem, esse consumo maior entre os mais jovens pode estar associado com maiores problemas relacionados ao álcool no País como um todo.

Figura 3 - Frequência consumo x faixas etárias (em %)



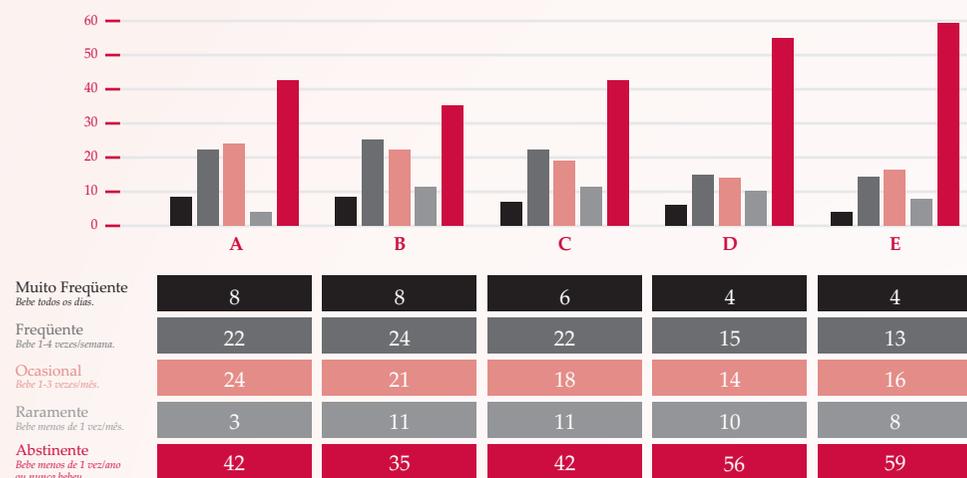
A Figura 4 apresenta as diferenças de frequência em porcentagem entre as cinco regiões brasileiras. A Região Sul se destaca com maiores índices no beber muito frequente e frequente, quando comparada com as outras regiões do Brasil. Inversamente, enquanto os índices de abstinentes do País (incluindo, como dito acima, aqueles que nunca beberam e os que não beberam no último ano) estão geralmente em torno de 50%, a abstinência na Região Sul é de apenas 35%. As outras regiões apresentam porcentagens intermediárias.

Figura 4 - Frequência consumo x Região do país (em%)



A Figura 5 apresenta os dados de frequência entre as classes socioeconômicas. Os brasileiros das classes A, B e C apresentam maiores porcentagens de consumo de álcool ao menos semanal (muito freqüente e freqüente). Já os índices de abstinência chegam perto dos 60% nas classes D e E, enquanto cerca de 40% são abstinentes nas outras camadas socioeconômicas.

Figura 5 - Frequência consumo x classe socioeconômica (em %)



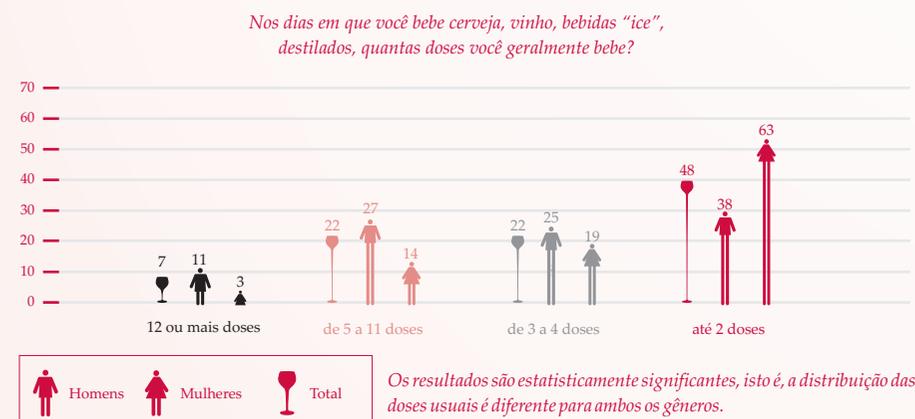
### Quanto bebe o brasileiro

Além da frequência com que se bebe, outro dado fundamental é saber quanto se consome numa única ocasião. É na quantidade de doses tomadas em um único dia que o beber como lazer pode transformar-se em uso nocivo do álcool, com danos para a saúde que vão da exposição a doenças ao risco de acidentes graves.

A literatura internacional estabelece em 5 doses ou mais para os homens e 4 doses ou mais para as mulheres, num único episódio – o limite do beber em “binge”, expressão que indica um estado de consumo de risco. Pela frequência e a gravidade desses eventos, o beber em “binge”, ou beber muitas doses num curto espaço de tempo, é abordado no capítulo 5.

Os dados abaixo dizem respeito apenas aos brasileiros que beberam ao menos 1 vez no último ano (os abstinentes foram excluídos).

Figura 6 - Quantidade Usual x Gênero (em%)



Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”. Cada dose contém cerca de 10-12 g de álcool.

A Figura 6 apresenta porcentagens da quantidade usual de doses de bebidas alcoólicas consumidas por homens e mulheres que beberam no último ano. As mulheres são maioria no consumo baixo: até 2 doses. Por outro lado, 38% dos homens que beberam no último ano geralmente consumiram 5 ou mais doses de bebida alcoólica em cada ocasião (versus 17% das mulheres). Ou seja, daqueles homens que bebem álcool, um número expressivo bebe usualmente quantidades potencialmente prejudiciais.

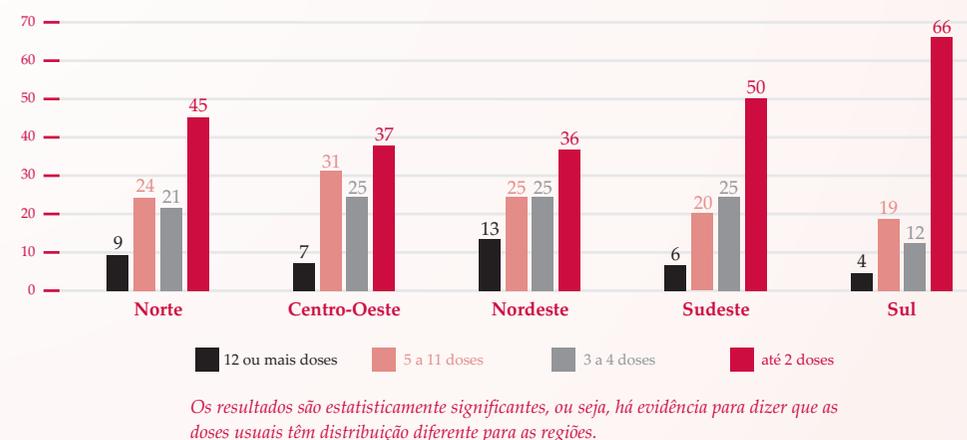
Figura 7 - Quantidade usual x faixa etária (em %)



Os resultados são estatisticamente significantes, isto é, a distribuição das doses usuais é diferente entre as faixas etárias.

A Figura 7 apresenta as quantidades usualmente consumidas por dia pelas diferentes faixas etárias. Os brasileiros mais jovens bebem geralmente em quantidades maiores do que aqueles com 60 anos ou mais. Essa diferença chega a ser 89% maior quando são comparados aqueles com os jovens de 18-24 anos. Até os 44 anos, mais de 30% dos brasileiros que bebem consumiram geralmente 5 doses ou mais nas ocasiões em que beberam.

Figura 8 - Quantidade usual x região do País (em %)



A Figura 8 mostra as doses consumidas usualmente nas cinco regiões brasileiras. Se a Região Sul apresenta índices maiores de consumo freqüente (Figura 4), é nas outras regiões (especialmente Nordeste, Centro-Oeste e Norte) que os brasileiros bebem geralmente em maiores quantidades nas ocasiões em que consomem bebidas alcoólicas. Na Região Nordeste, por exemplo, 13% dos bebedores reportaram consumo usual de 12 ou mais doses por dia de consumo e um quarto dos bebedores relatou consumir 5-11 doses nessas ocasiões.

Figura 9 - Quantidade usual x classe socioeconômica (em %)



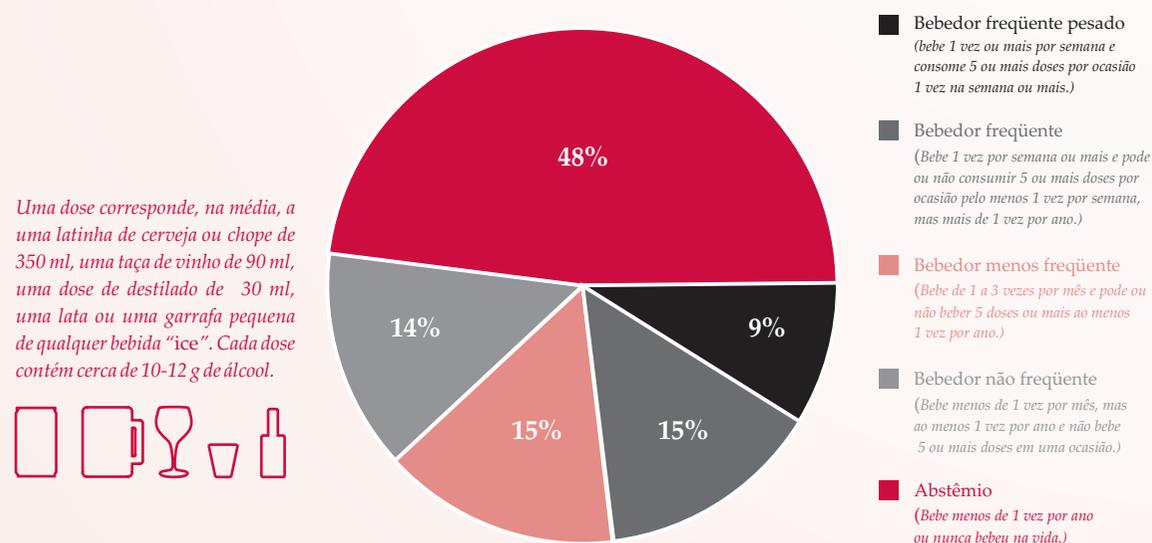
A classe socioeconômica foi definida de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Foram utilizadas informações sobre alguns "itens de conforto" (TV, rádio, banheiro, carro, etc.), assim como o índice de instrução do chefe da família. Os resultados aqui NÃO são estatisticamente significantes.

A Figura 9 apresenta os dados da quantidade usual divididos por classe socioeconômica. Quase 2/3 dos indivíduos de classe A geralmente bebem até 2 doses, enquanto perto da metade dos brasileiros da classe E consome 5 ou mais doses por situação habitual. No entanto, nesse quadro cabe uma importante ressalva: apesar de as diferenças parecerem grandes, elas ocorrem sobretudo nas classes A e E, em que as bases (número de indivíduos analisados em cada categoria de quantidade de consumo) para análise são muito pequenas. Assim, os resultados dessa Tabela não são conclusivos.

### A intensidade do beber

Além das medidas distintas de frequência e quantidade de consumo, é interessante verificar qual o quadro que aparece no Brasil quando são integradas essas duas variáveis. Abaixo são apresentados os índices da intensidade do beber do brasileiro. Para classificar os padrões de consumo de álcool, utilizou-se uma versão modificada do índice de Quantidade-Frequência (QF) de Cahalan e cols. (1969). Perguntou-se sobre o consumo mínimo e máximo de vinho, cerveja, destilados e bebidas "ice" dos indivíduos nos últimos 12 meses. A frequência foi codificada em categorias variando de "nunca" a "3 a mais vezes por dia". A quantidade do consumo foi avaliada por meio de perguntas sobre o número de ocasiões nas quais o indivíduo bebeu 5 doses ou mais, 3 ou 4 e 1 ou 2 copos de vinho, cerveja, destilados e bebidas "ice". Essas informações foram combinadas e os sujeitos foram classificados de acordo com as categorias abaixo:

Figura 10 - Intensidade do beber entre adultos



A Figura 10 apresenta o consumo de bebidas alcoólicas entre os brasileiros adultos, integrando frequência e quantidade em cinco categorias de intensidade de beber. Essa Figura mostra que a maioria dos brasileiros ou não consome bebidas alcoólicas ou bebe de maneira potencialmente arriscada.

Tabela 14 - Intensidade do beber - diferença em relação a gênero, idade, região e classe socioeconômica (n = 2.346) (em %)

Intensidade do beber	Total	Gênero		Faixa etária				
		Masculino	Feminino	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou +
Bebedor pesado frequente	9	14	3	12	9	10	7	3
Bebedor frequente	15	22	9	14	17	19	14	9
Bebedor menos frequente	15	16	13	19	16	15	12	8
Bebedor não frequente	14	12	16	17	16	12	13	12
Abstêmio	48	35	59	38	42	44	54	68
<b>Base</b>	<b>2.346</b>	<b>950</b>	<b>1.396</b>	<b>368</b>	<b>588</b>	<b>488</b>	<b>501</b>	<b>401</b>

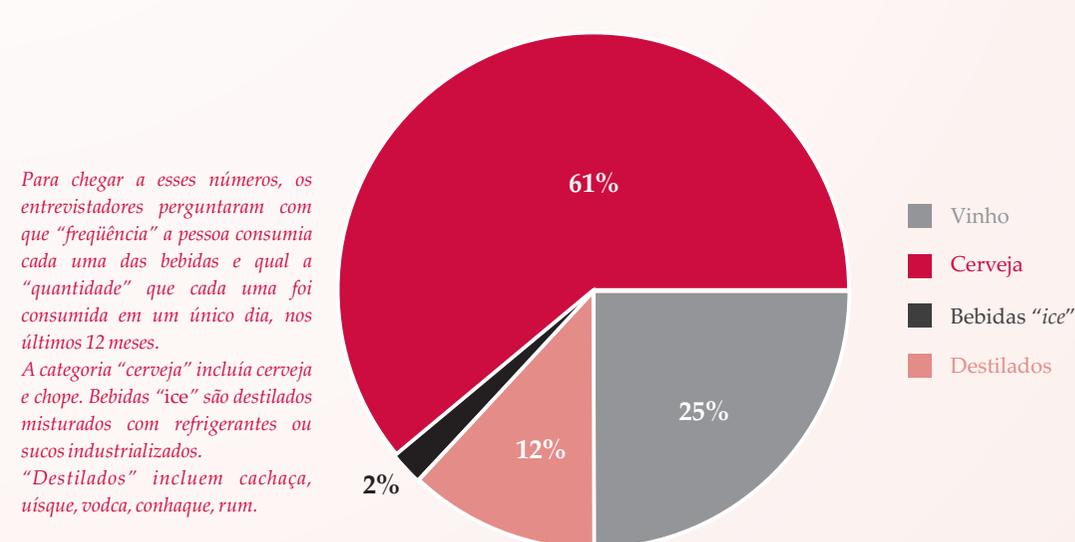
  

Intensidade do beber	Total	Região					Classe socioeconômica				
		N	CO	NE	SE	SUL	A	B	C	D	E
Bebedor pesado frequente	9	6	6	11	7	10	5	9	11	7	6
Bebedor frequente	15	10	15	13	16	18	22	20	17	12	9
Bebedor menos frequente	15	16	17	13	13	21	15	21	14	13	8
Bebedor não frequente	14	15	14	12	14	16	16	15	16	12	17
Abstêmio	48	54	47	50	50	35	42	35	43	56	59
<b>Base</b>	<b>2.346</b>	<b>147</b>	<b>191</b>	<b>682</b>	<b>1.005</b>	<b>321</b>	<b>47</b>	<b>287</b>	<b>765</b>	<b>991</b>	<b>256</b>

Esta Tabela mostra que a intensidade do beber apresenta diferenças estatisticamente significantes em relação a gênero, faixa etária, região e classe socioeconômica. Todas as diferenças vêm ao encontro das apontadas nas variáveis de quantidade e frequência nas Figuras anteriores. Desta maneira, os homens bebem mais intensamente do que as mulheres, os jovens mais do que os mais velhos. Nas regiões, a prevalência do beber frequente varia de 16% no Nordeste até 28% no Sul. Em relação às classes socioeconômicas, a classe B foi a que apresentou a maior prevalência de intensidade do beber, com 29%, e a classe E somente com 15%.

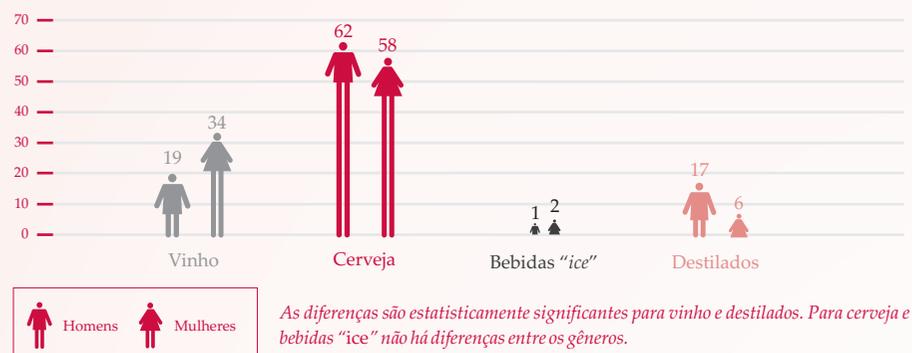
### Os tipos de bebida mais consumidos

Figura 11 - Tipo de bebida - (% de doses anuais)



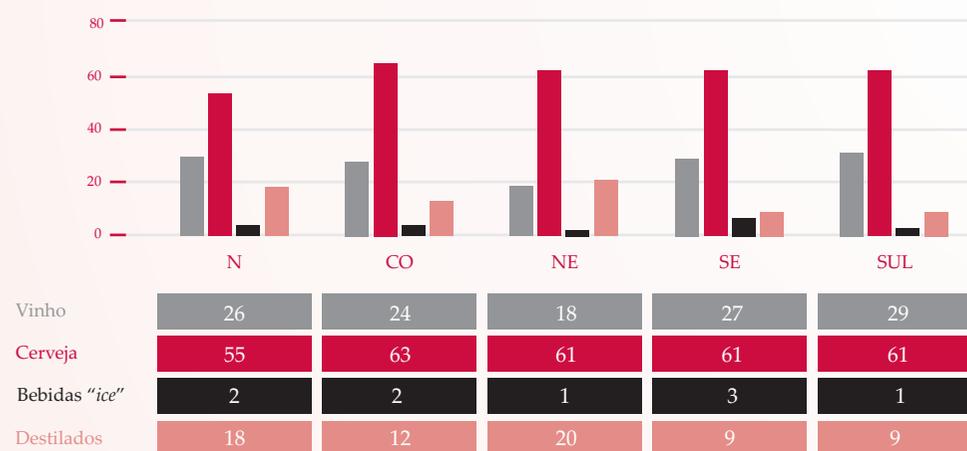
A Figura 11 apresenta as porcentagens de doses por tipo de bebida alcoólica para a população adulta de bebedores. A cerveja ou chope é a bebida mais consumida pelos brasileiros quando se comparam bebidas pelo número de doses consumidas anualmente. De todas as doses anuais consumidas por brasileiros adultos dos dois gêneros, de qualquer idade e região do País, em torno de 61% são de cerveja ou chope e 25% de vinho.

Figura 12 - Tipo de bebida x gênero (em %)



A Figura 12 apresenta as porcentagens de doses consumidas dos tipos de bebida alcoólica entre os gêneros. As diferenças entre os tipos de bebida consumidos por homens e mulheres dizem respeito ao vinho (bebido mais frequentemente pelas mulheres) e aos destilados (consumidos mais pelos homens). Cervejas (quase dois terços do total consumido) e bebidas "ice" (responsáveis ainda por pequeno consumo) não apresentaram diferenças no consumo entre os gêneros.

Figura 13 - Tipo de bebida x região (em %)



Os resultados são estatisticamente significantes, isto é, a distribuição das doses usuais é diferente entre as regiões.

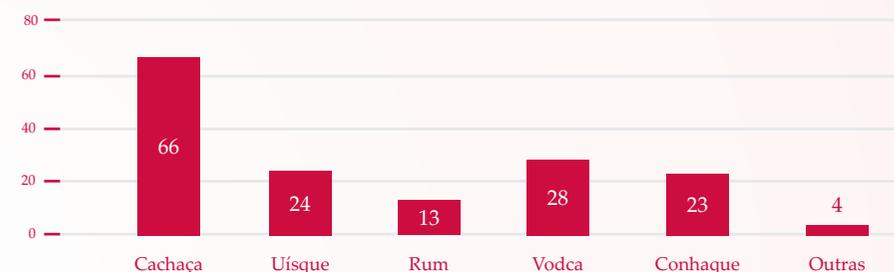
A Figura 13 apresenta a porcentagem do total de doses dos tipos de bebida alcoólica consumidos por região do País. O consumo de destilados é mais alto nas Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Consome-se mais vinho na Região Sul, quando comparada com o Nordeste. Tanto cerveja quanto as bebidas "ice" são consumidas de maneira semelhante nas várias regiões do País.

A Tabela 15 apresenta a porcentagem do total de doses dos tipos de bebida alcoólica consumidos por classe socioeconômica. Há diferenças estatísticas no que diz respeito ao consumo de destilados e cerveja pelas várias classes socioeconômicas, ou seja, há variação no consumo dessas bebidas de acordo com a classe socioeconômica do indivíduo.

Tabela 15 - Tipo de bebida x classe socioeconômica

Tipo de bebida	Total	Classe socioeconômica				
		A	B	C	D	E
Vinho	25%	38%	27%	25%	24%	18%
Cerveja	61%	45%	61%	65%	59%	51%
Bebidas "ice"	2%	2%	3%	1%	1%	0%
Destilados	12%	15%	8%	9%	15%	31%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Figura 14 - Tipo de destilado (em%)



A Figura 14 apresenta a porcentagem dos tipos de bebida destilada consumidos. Entre os destilados, a cachaça (ou pinga) é a bebida mais consumida, seguida pelo uísque e o rum. Não são apresentados os dados relacionados às diferenças quanto a gênero, faixa etária e classe socioeconômica por causa do número relativamente pequeno de bebedores quando se faz esse tipo de divisão.

### Referências bibliográficas

Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G e Rehn N (2003). *International Comparisons of Alcohol Consumption*. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

Greenfield TG e Kerr WC (2003). *Tracking Alcohol Consumption Over Time*. *Alcohol Research and Health*. 27, 30-38.

Meloni JN e Laranjeira R (2004). *Custo Social e de Saúde do Consumo do Alcool*. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26 (supl. I):7-10.

The World Health Report, 2002. *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization.

CAPÍTULO 4

**COMO BEBEM OS  
ADOLESCENTES BRASILEIROS**

As bebidas alcoólicas são as substâncias psicotrópicas mais utilizadas por adolescentes (Faden, 2005; Galduróz e cols., 2005). Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas podem ter conseqüências negativas tão diversas como problemas nos estudos, problemas sociais, praticar sexo sem proteção e/ou sem consentimento, maior risco de suicídio ou homicídio e acidentes relacionados ao consumo (Faden, 2005). O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil só é legalmente permitido após os 18 anos de idade; no entanto, os empecilhos são pequenos para que os adolescentes comprem e consumam álcool (Romano e cols., *in press*).

Por mais que o consumo de álcool por adolescentes na sociedade possa parecer banalizado (não é incomum a presença de bebidas alcoólicas em festas de adolescentes, patrocínios de bebidas alcoólicas – especialmente cerveja e bebidas “ice”), pesquisas demonstram que começar a beber em idade precoce é um fator muito importante que influenciará problemas futuros com o álcool (Maggs e Schulenberg, 2005).

Grande parte dos jovens de 14 a 17 anos, aqui pesquisados, vive a transição de um estado de dependência dos pais para uma condição de autonomia pessoal. Eles estão, por isso mesmo, na fase de sua vida em que mais carecem de apoio e quando mais desafiam essa ajuda. Seus cérebros, ainda em formação, são mais susceptíveis a agentes externos, como o álcool e demais substâncias psicotrópicas, e a diferentes fatores psicossociais. É quando a inserção no grupo se torna fundamental e o beber pode aparecer, por exemplo, como um meio de integração (Pinsky e Bessa, 2004).

Pelas particularidades desse grupo, a análise dos padrões de consumo inclui algumas variáveis muito importantes. Pesa muito a idade em que começam a beber, o número de doses que tomam em média a cada vez que bebem e a quantidade de bebida ingerida nas ocasiões em que bebem muito.

Abaixo estão apresentados os principais dados de frequência e quantidade (incluindo o beber em “binge”) e média da idade de início do consumo dos adolescentes. Diferentemente dos adultos, os adolescentes não serão analisados com a separação por variáveis de região e classe socioeconômica porque a amostra, embora representativa do País inteiro, é pequena para a divisão em muitas categorias.

O padrão de consumo de álcool entre os adolescentes, revelado nesta pesquisa, é a fotografia de um momento de sua vida. Mas a leitura desse retrato deverá ser feita também, e muito especialmente, em função dos anos que se seguirão.

### Início do consumo

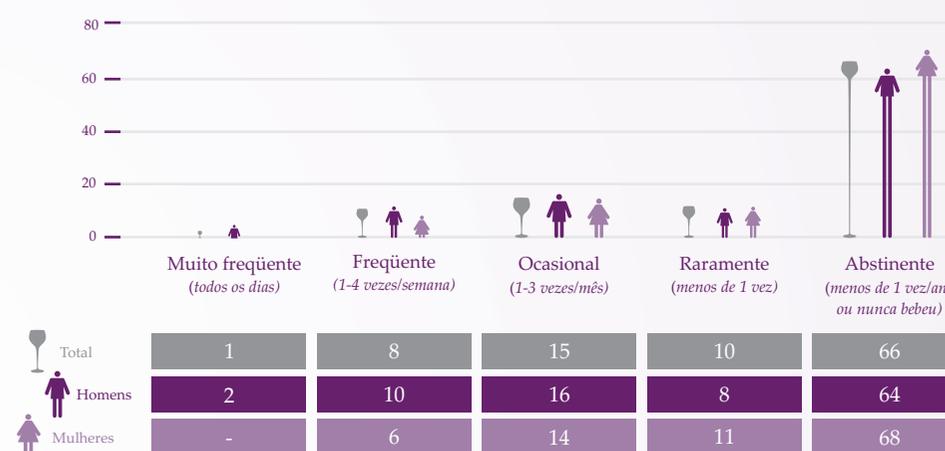
Figura 15 - Médias do início do consumo de álcool (em anos)



Apesar de este capítulo se propor a apresentar dados sobre os adolescentes, a Figura 15 mostra os dados dos jovens adultos (18-25 anos), para efeito de comparação. Adolescentes e jovens adultos apresentam diferenças na idade média do início do consumo (na vida, fora 1 ou 2 goles) e no começo do consumo regular, como se pode ver na Figura. A opção de utilizar os jovens de 18 a 25 anos de idade como comparação deve-se ao fato de eles terem menor efeito de memória para lembrarem do comportamento do beber do que a população mais velha. Houve diferenças significativas em relação ao começo da experimentação e do uso regular. Isso sugere que os adolescentes estão iniciando seu consumo de álcool cada vez mais cedo. Este estudo fornece informações consistentes de que o fenômeno do beber precoce e regular está realmente acontecendo com os jovens.

Figura 16 - Frequência de consumo x gêneros (em %)

Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica?



A distribuição das frequências de consumo não apresenta diferença significativa entre os gêneros.

A Figura 16 mostra que os meninos e meninas consomem bebidas alcoólicas com frequências semelhantes. Cerca de dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinente. É importante lembrar que o consumo de bebidas alcoólicas é legalmente proibido para menores de 18 anos no Brasil. Mesmo assim, em um universo de adolescentes representativo das várias regiões do País e de áreas urbanas e rurais, quase 35% dos adolescentes menores de idade consomem bebidas alcoólicas ao menos 1 vez no ano. Da mesma maneira, o fato de que 24% dos adolescentes bebem pelo menos 1 vez no mês merece atenção.

### Quantas doses os adolescentes bebem usualmente?

Especialmente para os jovens, o número de doses que bebem, seja usualmente ou esporadicamente, é tão importante quanto a frequência com que bebem.

Se cerca de dois terços dos adolescentes são abstinente (Figura 16), aqueles que bebem consomem quantidades importantes. A Figura 17 apresenta a quantidade usual consumida pelos adolescentes que beberam ao menos 1 vez no último ano. Quase metade dos meninos adolescentes que beberam no último ano consumiu 3 doses ou mais por situação habitual. Diferentemente da Figura de frequência, há diferenças entre meninos e meninas no que diz respeito à quantidade de álcool ingerida habitualmente. Quase um terço dos meninos que bebem consumiu 5 doses ou mais no último ano, contrastando com 11% para as meninas.

**Figura 17 - Quantidade usual x gênero (em %)**

Nos dias em que você bebe cerveja, vinho, bebidas "ice", destilados, quantas doses você geralmente bebe por dia?



As diferenças entre os gêneros são estatisticamente significativas.

Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida "ice". Cada dose contém cerca de 10-12 g de álcool.

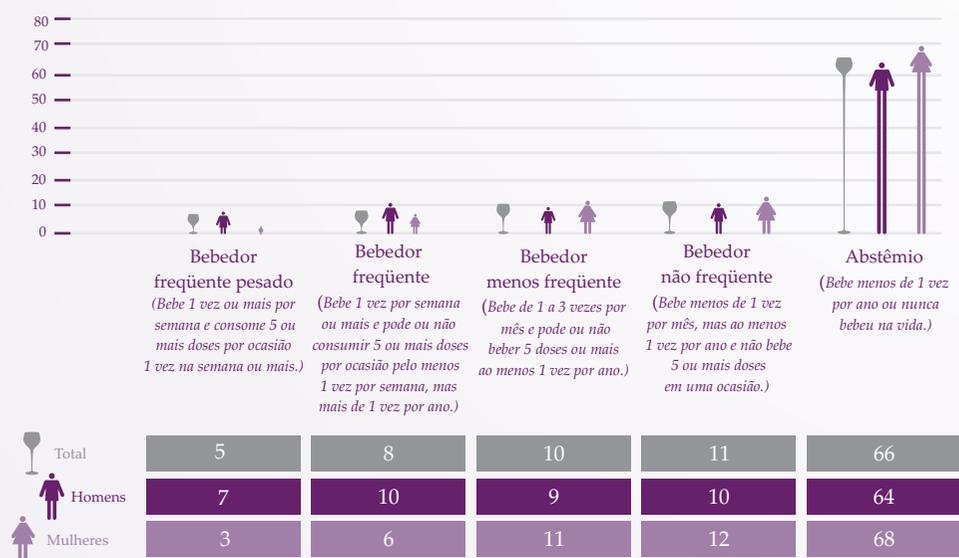


**A intensidade do beber**

A Figura 18 analisa a intensidade do consumo de álcool entre todos os adolescentes da amostra (não apenas os bebedores). Mostra que 13% do total dos adolescentes (17% para os meninos) apresenta padrão intenso de consumo de álcool. Além disso, outros 10% dos adolescentes consomem ao menos 1 vez no mês e potencialmente em quantidades arriscadas. Há uma tendência de diferença entre o consumo de meninos e meninas, mas esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa.

**Figura 18 - Intensidade do beber entre os adolescentes segundo o gênero (em %)**

Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica?



Os resultados não são estatisticamente a 95%, mas são a 90% (isto é, apresentam uma tendência à significância, mas não a alcançam nesta amostra).

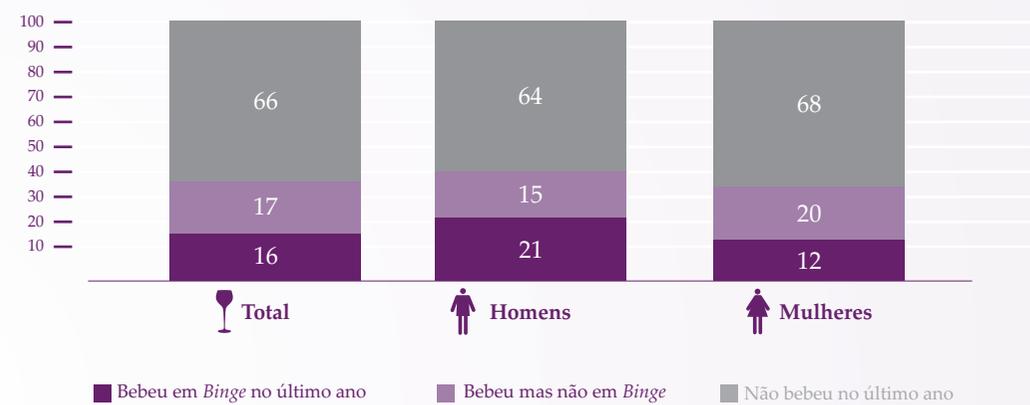
**O beber com maior risco**

O beber com maior risco em um curto espaço de tempo, ou o beber em "binge", é a prática que mais deixa o adolescente exposto a uma série de problemas de saúde e sociais. Os riscos vão desde acidentes de trânsito – o evento mais comum e com conseqüências mais graves – até o envolvimento em brigas, vandalismo e a prática do sexo sem camisinha.

A Figura 19 mostra a porcentagem em que a amostra total de adolescentes (incluindo os não bebedores) relata ter consumido bebidas alcoólicas em "binge". Pouco menos de um quarto dos meninos e 12% das meninas já beberam em "binge" ao menos 1 vez nos últimos 12 meses, o que é uma diferença estatisticamente significativa.

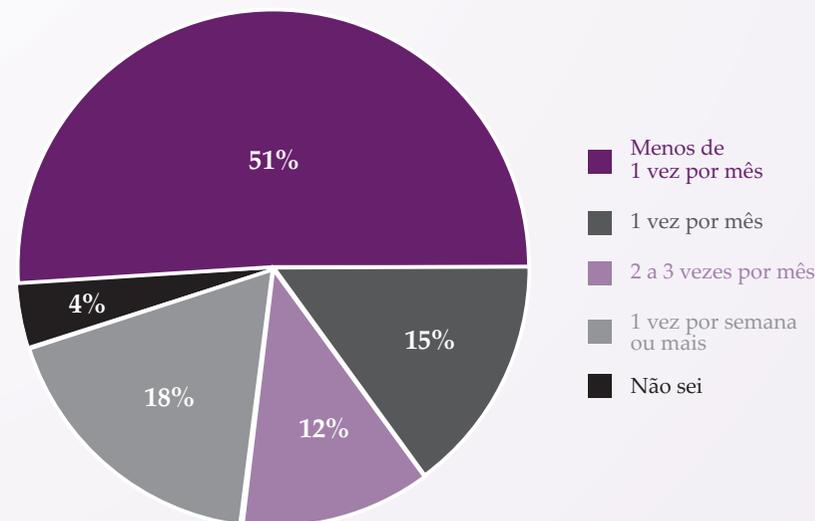
**Figura 19 – Frequência que bebeu em "binge" x gênero (em %)**

Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião?  
(SE HOMEM: 5 ou mais doses; MULHER: 4 ou mais doses)



A Figura 20 apresenta com que frequência os adolescentes que beberam em "binge" ao menos 1 vez ao ano relatam essa ocorrência. Entre os meninos e meninas que já beberam 4 ou mais ou 5 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 12 meses, metade o fez menos de 1 vez por mês. Por outro lado, 30% deles beberam em "binge" 2 vezes por mês ou mais. Assim, uma parte significativa dos adolescentes que bebem grandes quantidades apresenta tal comportamento com regularidade.

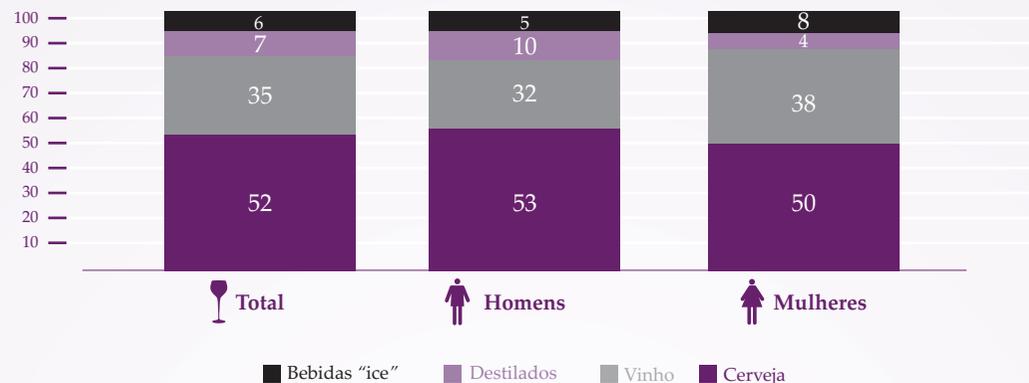
**Figura 20 – Frequência do "binge" entre adolescentes que já beberam em "binge" nos últimos 12 meses.**



### As bebidas mais consumidas

A Figura 21 apresenta as porcentagens de doses por tipo de bebida alcoólica para a população adolescente de bebedores. Aproximadamente, metade das doses consumidas por adolescentes é de cerveja ou chope. Para chegar a essa conclusão, cruzaram-se dados sobre a quantidade de doses consumidas de cada bebida e a frequência com que são consumidas.

Figura 21 – Tipos de bebida alcoólica segundo o gênero (em %)



Para chegar a esses números, os entrevistadores perguntaram com que "frequência" o(a) adolescente consumia cada uma das bebidas e qual foi a "quantidade" de cada uma consumida em um único dia, nos últimos 12 meses. A categoria "cerveja" incluía cerveja e chope. Bebidas "ice" são destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados. "Destilados" incluem cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum.

Os vinhos tiveram também uma participação importante, com mais de 30% das doses consumidas por adolescentes. Não houve nenhuma diferença significativa entre os gêneros no que diz respeito aos tipos de bebida (embora os meninos tivessem uma tendência a beber mais destilados do que as meninas).

### Referências bibliográficas

Faden V (2005). *Epidemiology*. Em Galanter M (ed.). *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 17 – *Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM e Carlini EA (2005). *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004*. São Paulo, CEBRID.

Maggs JL e Schulenberg JE (2005). *Initiation and Course of Alcohol Consumption among Adolescents and Young Adults*. Em Galanter M (ed.). *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 17 – *Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Pinsky I e Bessa MA (2004). *Adolescência e Drogas*. Editora Contexto. São Paulo.

Romano M, Duailibi SM, Pinsky I e Laranjeira R (in press). *Pesquisa de Compra de Bebidas Alcoólicas por Adolescentes em Duas Cidades do Estado de São Paulo – SP*. Revista Brasileira de Saúde Pública.

## CAPÍTULO 5

# O BEBER COM MAIOR RISCO DE PROBLEMAS – ADULTOS

### Beber na forma de “binge” como um problema

Beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo é uma prática conhecida na literatura internacional como “binge drinking”, ou “beber em binge”. O termo é empregado no mundo todo para definir o “uso pesado episódico do álcool”. Esse é um tipo de beber mais perigoso e freqüentemente associado a uma série de problemas, físicos, sociais e mentais (Naimi e cols., 2003). Isso se dá pelo fato de ocorrerem, durante o episódio desse tipo de beber, importantes modificações neurofisiológicas (desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora, etc.).

A quantidade que define o “beber em binge” foi estabelecida por inúmeros estudos, em 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião (Brewer e cols., 2005). Beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar a intoxicações freqüentemente associadas a uma grande série de problemas. Os efeitos do “beber em binge” podem ser agravados de acordo com o peso da pessoa, a idade, a rapidez com que consome, o fato de ter-se alimentado ou não e, naturalmente, o número de doses que consumiu. Fatores sociais e psíquicos podem contribuir para esse agravamento, como o desemprego, a falta de perspectiva – especialmente entre os mais jovens – e conflitos familiares e de relacionamento. Em quase todos os países onde esse fenômeno foi estudado, o “beber em binge”, mesmo que esporádico, causa maiores custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente (Makela e cols., 2001; Miller e cols., 2005).

Dois tipos de problema, acidentes e violência, merecem destaque em relação ao “binge” (Brewer e cols., 2005). Dentre os acidentes merecem destaque os de carro, quedas, atropelamentos, afogamentos. Vários tipos de violência estão relacionados ao “binge”, como homicídios, roubo, violência doméstica, agressões físicas, violência sexual, etc.

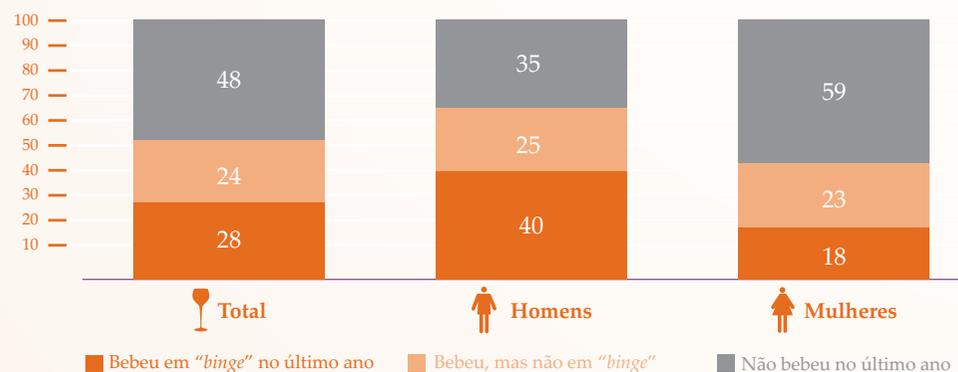
Este capítulo descreve a quantidade e a freqüência com que adultos brasileiros bebem em “binge”, ou bebem de forma a se intoxicarem, num curto espaço de tempo. Pela primeira vez, um estudo nacional identifica e classifica esse tipo de consumo de álcool e trará informações importantes de como esse tipo de beber associa-se com várias formas de problema. Mostrará também informações sobre os problemas associados ao beber e os índices de uso nocivo e dependência.

### O “beber em binge” entre os adultos

Do total da população adulta brasileira, 28% já bebeu em “binge” pelo menos 1 vez no último ano. Levando em conta uma população de 120 milhões com 18 anos e acima, tem-se que 33,6 milhões de adultos já beberam de forma abusiva pelo menos em uma ocasião. Aqueles que consomem bebida alcoólica, mas não beberam em “binge” são 24%. O grupo que não bebeu nada no último ano soma 48%. Os homens são os que mais bebem em “binge”: 40% da população masculina, enquanto entre as mulheres são 18%. A Figura 22 mostra essas diferenças, que são estatisticamente significantes.

Figura 22 – Bebeu em “binge” – adultos – diferença entre os Gêneros (n = 2.346) (em %)

Durante os últimos 12 meses, com que freqüência você bebeu (SE HOMEM: 5 ou mais doses; MULHER: 4 ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião?

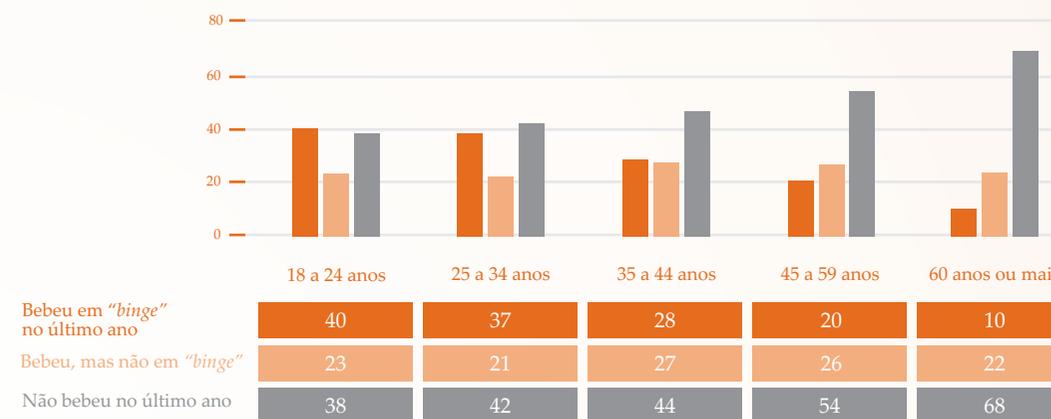


O teste qui-quadrado indica que temos evidências para dizer que há diferença na forma de beber em “binge” para os gêneros. O teste é estatisticamente significativo a 5%.

### “Binge” e a idade

O beber em grandes quantidades é um fenômeno que diminui com a idade. Enquanto 40% dos jovens de 18 a 24 anos já beberam em “binge”, este número cai para 20% entre aqueles com 45 e 59 anos, e desce para 10% entre os mais velhos. Existe uma relação inversa entre as taxas de abstinência e as taxas de “binge”, ou seja, a abstinência aumenta com a idade e o “binge” diminui. Esse fenômeno é importante do ponto de vista de políticas, pois a população mais jovem é a mais vulnerável a apresentar maiores problemas com o álcool.

Figura 23 – Beber em “binge” – adultos – variação com a idade (n = 2.346)(em%)

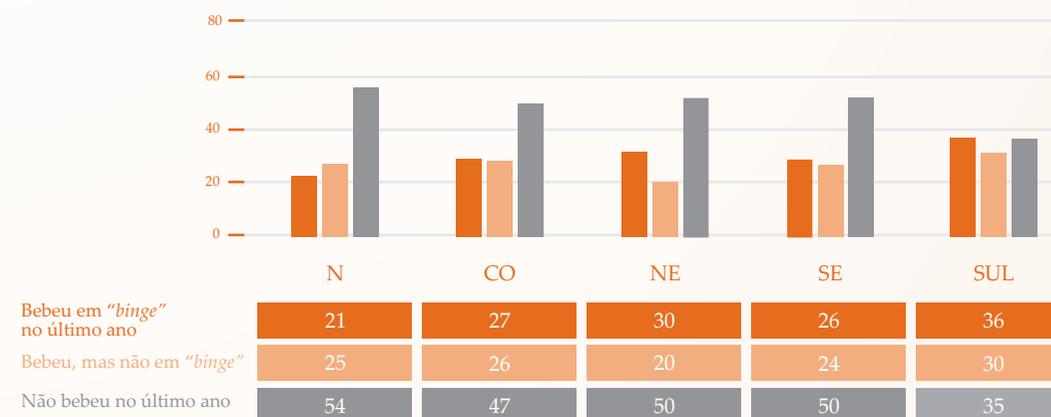


O teste qui-quadrado aqui também foi significativo, indicando que a forma de beber em “binge” varia com a idade.

### Variações regionais no padrão “binge”

Existem variações regionais significantes. No Sul, 36% da população masculina bebeu em “binge”. No Norte, esse número caiu para 21%, e está associado a uma taxa de abstinência de mais de 50%. A Figura 24 mostra que tanto o beber em “binge” quanto as taxas de abstinência variam marcadamente por região. Esse dado pode apontar a necessidade do planejamento de intervenções.

Figura 24 – Bebeu em “binge” – adultos x regiões (em%)

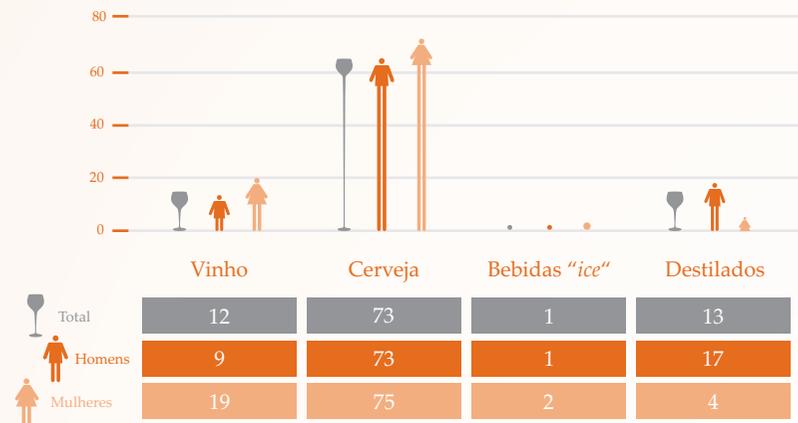


Há diferença significativa na forma de beber por região.

**O tipo de bebida mais frequentemente associada ao “binge”**

A cerveja é a bebida mais consumida entre os que bebem grandes quantidades. De todas as doses consumidas por aqueles que beberam em “binge” no último ano, 73% foram de cerveja. Os destilados vêm em segundo lugar, com 13%, e o vinho com 12%. As bebidas “ice” representam somente 1%.

**Figura 25 – Adultos que beberam pelo menos uma das bebidas em “binge” no último ano (em %)**



Esta Figura apresenta, para cada bebida, o percentual que as doses em “binge” dela representam do total de doses em “binge”. O teste estatístico compara, dentro de cada bebida, os valores percentuais dos homens e das mulheres. Apenas vinho e destilados apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O teste feito aqui foi o t-student para amostras independentes.

Temos evidências para dizer que o vinho representa uma proporção maior das doses em “binge” para a mulher do que para o homem. No caso dos destilados, temos evidências estatísticas para dizer o contrário: ele representa uma proporção maior das doses em “binge” nos homens do que nas mulheres.

A Tabela abaixo mostra os tipos de bebida utilizados na forma de “binge” em termos de faixa etária, região e classe socioeconômica. As linhas coloridas representam a significância estatística.

**Tabela 16 – Bebidas consumidas em “binge”, faixa etária, região e classe socioeconômica (n = 2.346) (em %)**

Intensidade do beber	Total	Faixa etária				
		18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou +
Vinho	12	16	13	8	7	25
Cerveja	73	71	75	77	74	59
Bebidas “ice”	1	3	1	1	1	0
Destilados	13	10	12	14	18	15
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

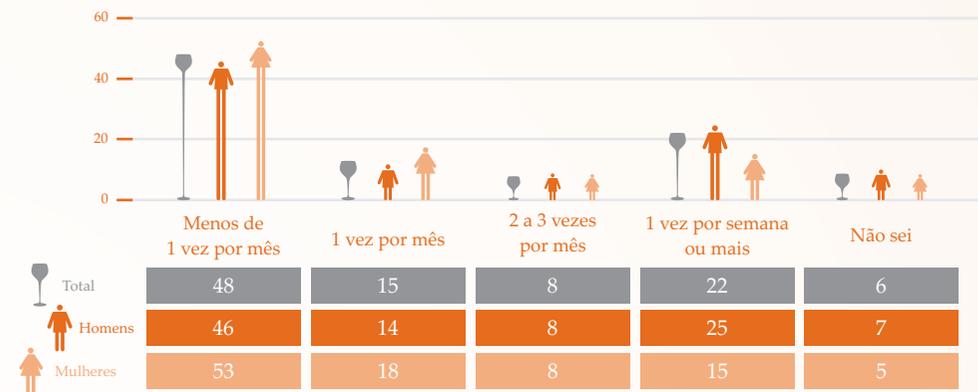
  

Intensidade do beber	Região					Classe socioeconômica				
	N	CO	NE	SE	SUL	A	B	C	D	E
Vinho	9	11	11	14	12	29	11	10	15	11
Cerveja	63	80	68	75	82	69	79	80	69	55
Bebidas “ice”	1	0	0	2	1	0	2	2	1	1
Destilados	27	9	20	9	6	2	9	9	16	33
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**A frequência do beber em “binge”**

A frequência do beber em “binge” está relacionada ao aumento dos riscos de acidente e de dependência, e ao agravamento de doenças. Avaliamos para aqueles que tinham bebido em “binge” no último ano (n = 609) a frequência com que esse comportamento ocorreu. Vale a pena salientar que mais da metade dos bebedores que bebem na forma de “binge” o faz mais de 1 vez por mês. Portanto, esse tipo de comportamento é o beber mais comum para um número significativo de pessoas. Para mais de 20% desses bebedores, a frequência é maior do que semanal.

**Figura 26 - Frequência do beber em “binge” x gêneros (em%)**



As diferenças entre os gêneros não são estatisticamente significativas. Isso quer dizer que não se têm evidências suficientes para dizer que a distribuição de frequência do beber em “binge” seja diferente entre homens e mulheres.

A Tabela 17 mostra a frequência do beber em “binge” em relação a faixa etária, região e classe socioeconômica. Por causa da baixa frequência em algumas categorias, não foi possível realizar análises estatísticas.

**Tabela 17 – Frequência do beber em “binge”, faixa etária, região e classe socioeconômica (n = 2.346) (em%)**

Frequência do “binge”	Total	Faixa etária				
		18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou +
Menos de 1 vez por mês	48	49	54	41	48	39
1 vez por mês	15	18	13	14	17	13
2 a 3 vezes por mês	8	7	8	10	6	17
1 vez por semana ou mais	22	22	17	28	22	22
Não sei	6	3	8	7	7	8
<b>Base</b>	<b>609</b>	<b>143</b>	<b>202</b>	<b>131</b>	<b>99</b>	<b>34</b>

Frequência do “binge”	Região					Classe socioeconômica				
	N	CO	NE	SE	SUL	A	B	C	D	E
Menos de 1 vez por mês	19	35	54	49	52	86	50	46	47	49
1 vez por mês	36	11	10	17	15	2	11	16	17	19
2 a 3 vezes por mês	17	17	6	6	11	4	5	8	12	5
1 vez por semana ou mais	25	25	26	18	22	7	27	23	20	18
Não sei	3	12	5	10	0	0	7	7	5	9
<b>Base</b>	<b>34</b>	<b>50</b>	<b>187</b>	<b>242</b>	<b>96</b>	<b>15</b>	<b>92</b>	<b>224</b>	<b>217</b>	<b>61</b>

### O local onde os adultos bebem mais

Os locais onde as pessoas estavam quando mais doses beberam nos últimos 12 meses podem contribuir para a adoção de medidas que reduzam os riscos para o bebedor e para aqueles que estão próximos. Beber muito no bar ou em festas, por exemplo, pode significar um dirigir embriagado no retorno para casa ou alguma forma de violência.

Do conjunto de adultos que beberam em “binge” nos últimos 12 meses, 27% beberam no bar ou na balada. Os jovens beberam mais quando estavam no bar e na balada, enquanto os mais idosos estavam em casa. Os do Sul bebem menos no bar ou balada (13%) e mais em festas (35%). A casa foi o segundo local mais utilizado pelas pessoas na vez que mais beberam nos últimos 12 meses. Na média, 23%, ou quase um quarto daqueles que beberam em “binge” no último ano, tomaram sua maior bebedeira na própria casa.

Tabela 18 – Local onde mais bebeu – adultos (gênero – idade – região) (n = 609) (em%)

Local	Total	Gênero		Faixa etária					Região				
		Masc.	Fem.	18-24	25-34	35-44	45-59	60+	N	CO	NE	SE	SUL
Bar/restaurante próximo à escola ou faculdade	5	6	3	4	3	10	8	0	0	7	8	3	8
Bar/balada	27	28	23	38	26	21	11	0	37	18	34	27	13
Casa de amigo	11	13	9	16	10	11	6	0	5	27	12	11	8
Casa de parentes	9	8	11	7	11	8	11	0	7	6	9	13	4
Evento esportivo	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1
Festa	17	16	19	19	20	16	12	0	14	7	14	12	35
Restaurante	2	1	4	1	2	5	1	0	6	0	2	1	3
Sua casa	23	22	24	13	22	25	38	0	22	29	18	24	26
Outro	4	3	4	1	4	3	7	0	2	6	3	5	2

Há diferença significativa quanto ao local onde bebeu por idade e região, mas não por gênero. Essa Tabela representa o local onde se bebeu a maior dose, só para as pessoas que beberam em “binge”.

Das questões pontuais citadas no texto:

Os jovens bebem mais em bares/baladas do que os mais velhos – estatisticamente significativa.

Os mais velhos bebem mais em casa – significativa.

O Sul bebe menos em balada – significativa.

O Sul bebe mais em festa – significativa.

Os testes usados para verificar essas diferenças foi o de análise de variância (ANOVA) ou teste F. Quando se tem mais de duas categorias, como no caso da idade e região, foi usada a ANOVA. Quando são só duas, como no caso do gênero, a ANOVA é idêntica ao teste t-student.

### Problemas com o beber na população adulta

Perguntou-se a todos os adultos se tiveram problemas decorrentes do álcool nos últimos 12 meses (n = 2.346). No geral, 29% da população disse que bebeu e não teve problema. Outros 23% disseram que beberam e tiveram problemas. O restante, 48%, nunca bebeu ou não bebeu no último ano. Considerando uma população adulta de 120 milhões, a pesquisa revela que 27,6 milhões têm ou já podem ter tido algum problema relacionado ao uso do álcool. Mais uma vez os homens apresentam maiores taxas de problemas do que as mulheres; a população mais jovem também apresenta mais problemas do que os mais velhos.

Tabela 19 – Problemas com o beber – população total (n = 2.346) (em %)

		Frequência do “binge”			
		Abstinentes	Bebe e não teve problema	Bebe e teve problema	Base
Total	Total	48	29	23	2.346
Gênero	Masc.	35	27	37	950
	Fem.	59	30	11	1.396
Idade	18 a 24	38	29	33	368
	25 a 34	42	31	27	588
	35 a 44	44	33	23	488
	45 a 59	54	28	18	501
	60 ou +	68	21	11	401
Região	N	54	24	23	147
	CO	47	23	30	191
	NE	50	26	24	682
	SE	50	28	22	1.005
Classe	SUL	35	42	23	321
	A	42	41	16	47
	B	35	38	27	287
	C	42	31	27	65
	D	56	26	18	291
	E	59	15	26	56

A questão de ter ou não problema, juntamente no caso com ser ou não abstinente, tem diferenças significativas por gênero, idade e também região e classe socioeconômica. O teste usado foi o qui-quadrado.

A Tabela 20 mostra os resultados apenas com a população de adultos que bebem, ou seja, 52% da população (n = 1.152). Nesse grupo, 55% disseram não ter ou não ter tido problemas relacionados ao álcool. Os outros 45% disseram que têm ou tiveram pelo menos um problema. A porcentagem daqueles com pelo menos um problema é maior entre os homens (58%), em comparação com os 26% das mulheres.

Os bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos. Os moradores da Região Centro-Oeste são os que mais indicaram problemas ao beber (57%). Já os da Região Sul foram os que apontaram menos problemas (35%). As diferenças regionais não foram significativas do ponto de vista estatístico.

Esses dados são importantes. Mostram que o consumo de álcool é mais freqüentemente associado com problemas do que se poderia pensar numa análise superficial do fenômeno. Quase a metade dos que bebem refere algum tipo de problema relacionado ao consumo de álcool no último ano.

Tabela 20 – Problemas com o álcool – população de bebedores (n = 1.152) (em%)

		Frequência do “binge”		
		Bebe e não teve problema	Bebe e teve problema	Base
Gênero	Total	55	45	1.152
	Masc.	42	58	599
	Fem.	74	26	553
Idade	18 a 24	47	53	225
	25 a 34	53	47	335
	35 a 44	59	41	260
	45 a 59	60	40	219
	60 ou +	65	35	113
Região	N	51	49	70
	CO	43	57	96
	NE	52	48	313
	SE	56	44	478
	SUL	65	35	195
Classe	A	72	28	30
	B	58	42	183
	C	53	47	424
	D	58	42	420
	E	36	64	95

Aqui existe diferença significativa por gênero, idade e classe apenas.

### Os problemas mais citados

A partir de várias questões, a pesquisa montou um quadro dos diferentes problemas decorrentes do uso de álcool. O grupo-base aqui são as pessoas que disseram ter tido algum problema por conta da bebida no último ano. O entrevistado podia citar um ou mais problemas.

Tabela 21 – Prevalência de problemas decorrentes do uso de álcool (em%)

		Teve problemas					
		sociais	no trabalho	familiares	físicos	legais	com violência
Total	Total	17	8	18	38	2	17
Gênero	Masc.	23	13	26	51	4	23
	Fem.	8	2	6	21	0	9
Idade	18 a 24	18	8	15	42	3	23
	25 a 34	17	11	19	40	3	18
	35 a 44	16	7	16	36	1	13
	45 a 59	16	6	21	36	3	16
	60 ou +	15	10	19	29	2	9
Região	N	21	12	19	43	4	13
	CO	20	8	14	49	1	18
	NE	14	9	17	41	2	16
	SE	17	8	17	37	3	17
	SUL	15	7	21	30	1	20
Classe	A	1	0	7	20	0	9
	B	11	6	13	38	3	14
	C	17	7	19	38	1	20
	D	19	9	17	36	3	15
	E	26	23	31	55	5	23

A incidência de todos os tipos de problema é significativamente diferente entre homens e mulheres. Apenas os problemas com violência têm incidência significativamente diferente nas faixas etárias. Apenas “problemas legais” apresentaram diferenças significativas por região. Em relação às classes socioeconômicas, as diferenças foram significativas para todos os problemas, exceto para a violência. Os testes usados foram teste F ou análise de variância.

Os problemas físicos aparecem como os mais citados por todos os segmentos. Do total dos entrevistados, 38% disseram ter problemas físicos decorrentes do álcool. Esse tipo de problema é mais citado pelos homens (51%) e pelos moradores das Regiões Nordeste (41%), Norte (43%) e Centro-Oeste (49%).

Os problemas familiares vêm em segundo lugar, citados por 18% dos entrevistados. Os grupos com mais problemas na família decorrentes do uso do álcool são os homens em geral (26%), as pessoas entre 45 e 59 anos ou mais (21%) e os moradores do Sul (21%).

Os problemas sociais e os problemas com violência vêm em seguida nos vários segmentos. Os homens e os moradores das Regiões Norte e Centro-Oeste são os que mais citaram os problemas sociais, ao redor de 21%.

Entre os problemas com violência, são 23% entre a população mais jovem, de 18 a 24 anos, e 23% entre os homens. Os homens acima de 60 anos são os que menos citam a violência, 9%.

### Os problemas assinalados

Os cinco problemas citados acima – sociais, no trabalho, familiares, físicos, legais e relacionados com a violência – foram agrupados a partir de um leque de dificuldades referidas pelos entrevistados em função de perguntas específicas. Em cada um dos cinco problemas há uma dificuldade que foi referida por um número maior de pessoas:

#### Entre os problemas sociais:

15% assinalaram que continuaram bebendo após ter prometido a eles próprios que parariam.

#### Entre os problemas de trabalho:

8% relataram que as pessoas no trabalho disseram que deveriam beber menos.

#### Entre os problemas familiares:

25% disseram que o(a) companheiro(a) ou pessoa com quem morou ficou irritado(a) com sua bebedeira ou com seu comportamento enquanto bebiam. Outros 12% disseram ter iniciado discussão ou briga com parceiro quando bebiam.

#### Entre os problemas físicos:

23% assinalaram que deixaram de fazer diversas refeições enquanto bebiam e que por isso ficaram alcoolizados por vários dias seguidos.

#### Entre os problemas legais:

2% citaram uma advertência policial por causa da bebedeira.

#### Entre os problemas relacionados com a violência:

15% citaram uma discussão exaltada enquanto bebiam e 10% iniciaram uma briga com alguém fora da família quando estavam bebendo.

### Uso nocivo e dependência entre os adultos

Do total da população com 18 anos ou mais, 3% faz uso nocivo e 9% é dependentes de bebidas alcoólicas. Essa prevalência é compatível com estudos brasileiros anteriores que utilizaram metodologias diferentes. Isso torna o dado de que 12% da população brasileira tem algum problema com o álcool – um índice significativo em termos de saúde pública para se dimensionar o custo social do álcool. Tanto o uso nocivo quanto a dependência predominam entre os homens, sendo em média quatro vezes mais comum. Portanto, não se notou na população geral adulta brasileira um fenômeno que ocorre nos países desenvolvidos: de uma maior aproximação do número de mulheres em relação aos homens com problemas com o álcool.

Tabela 22 – Uso nocivo e dependência do álcool – adultos (n = 2.346) (em%)

		Sem uso nocivo/ dependência	Uso nocivo	Dependência
Total	Total	89	3	9
Gênero	Masc.	81	5	14
	Fem.	96	1	4
Idade	18 a 24	81	4	15
	25 a 34	88	3	9
	35 a 44	89	4	7
	45 a 59	91	2	7
	60 ou +	96	1	3
Região	N	83	6	12
	CO	88	3	9
	NE	88	3	9
	SE	89	3	8
	SUL	90	2	8
Classe	A	95	1	4
	B	90	4	6
	C	88	3	9
	D	90	2	8
	E	82	5	13

As diferenças são significantes por gênero e idade, não por região e classe.

## Referências

Naimi T e cols. (2003). *Binge Drinking among US Adults*. Journal of the American Medical Association, January 1, 289 (1):70-77.

Brewer R. e cols. (2005). *Binge Drinking and Violence*. Journal of the American Medical Association, August 3, 294 (5):616-619.

Makela P e cols. (2001). *Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey*. Addiction, 96:1575-1588.

Miller P e cols. (2005). *Spreading out or Concentrating Weekly Consumption: Alcohol Problems and Other Consequences within a UK Population Sample*. Alcohol & Alcoholism, 6, 1-8.

## CAPÍTULO 6

# O COMPORTAMENTO DO BEBER E DIRIGIR

Dentre os vários problemas resultantes do uso nocivo de bebidas alcoólicas, os acidentes com automotores (incluindo carros, motos, caminhões, etc.) ocupam um lugar de destaque. Costuma-se considerar, internacionalmente, que entre metade e um quarto dos acidentes com vítimas fatais está associado ao uso do álcool por algum dos responsáveis pela ocorrência, embora esses números variem conforme a metodologia utilizada (McMillan e Laphan, 2006; Phebo e Dellinger, 1998; Reynald e cols., 2002). De fato, o comportamento de dirigir alcoolizado representa uma das principais conseqüências do uso inadequado de bebidas alcoólicas. Essa situação parece resultar principalmente do fato de ser culturalmente aceito misturar lazer com álcool e álcool com direção (Ross, 1992).

Apesar de os países em desenvolvimento possuírem menos dados epidemiológicos, os poucos estudos disponíveis sugerem a gravidade do problema do dirigir alcoolizado também nessas sociedades. Segundo o livro *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards e cols., 1994), o álcool esteve envolvido em 50% dos acidentes de tráfego no Chile em 1991. Da mesma forma, pesquisadores de Papua Nova Guiné descobriram que metade da amostra de motoristas mortos em acidentes de tráfego apresentava alcoolemia acima de 0,8 g/l (índice superior ao definido pelo Código Brasileiro de Trânsito, que é de 0,6 g/l).

Vários países desenvolvidos contam com centros de pesquisas que se dedicam ao estudo da epidemiologia, da prevenção e da repressão ao beber e dirigir. Por meio dessas pesquisas, já é possível saber, por exemplo, que os homens jovens, particularmente até os 25 anos, são as vítimas freqüentes dos acidentes ligados ao álcool. Ou seja, o típico indivíduo que dirige alcoolizado é alguém próximo de nosso dia-a-dia e passa longe do estereótipo do indivíduo dependente crônico de álcool.

Segundo estimativa do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), 20.039 pessoas morreram no trânsito brasileiro em 2001 (<http://www.denatran.gov.br/estatisticas.htm>). Isso com um contingente de motoristas relativamente limitado, já que a frota de veículos brasileira é estimada em menos de 32 milhões para 2001. Para efeito de comparação, em um dos países mais motorizados do mundo, os EUA, a frota de veículos em 2004 era

de cerca de 235 milhões e o número de vítimas fatais em acidentes de trânsito foi de 42 mil no mesmo ano (<http://www.nhtsa.dot.gov>).

Não existem dados nacionais no Brasil e são escassos os dados regionais específicos sobre acidentes relacionados ao dirigir alcoolizado, nem mesmo sobre a prevalência desse comportamento na população (mesmo não relacionado a acidentes). Estudos conjuntos entre o Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências (RAID) e a Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito (ABDETRAN), realizados em 1997, forneceram preciosa informação sobre o problema encontrado na associação do álcool com o trânsito. Os resultados de uma série de estudos realizados em bares, cruzamentos de avenidas, rodovias e vítimas de acidentes confirmam que a situação é preocupante: exceto pelo estudo das rodovias, entre 53% e 88% dos motoristas apresentavam algum nível de álcool no sangue, sendo que entre 13% e 27% acima do limite legal (Oliveira e Melcop, 1997; Nery Filho e cols., 1997). Duailibi e cols. (*in press*) fizeram o primeiro estudo que avaliou o nível de alcoolemia com bafômetro em Diadema e encontraram 23% de motoristas alcoolizados nas noites de sexta-feira e sábado.

O Código de Trânsito Brasileiro estabeleceu punições aos motoristas alcoolizados, que podem ser multados, perder pontos na Carteira Nacional de Habilitação ou até ser presos. Tanto aqueles que cometem acidentes com vítimas (fatais ou não) quanto aqueles que colocam em perigo a segurança de outros podem ser responsabilizados criminalmente. As autoridades, portanto, reconhecem o impacto do dirigir alcoolizado e, ao menos teoricamente, dispõem de instrumentos legais para prevenir e reprimir a embriaguez no trânsito.

A inclusão de perguntas sobre esse assunto na presente pesquisa é uma tentativa de suprir parte dessa lacuna. É importante salientar que, como se trata de uma pesquisa na população geral (não apenas entre os motoristas e os que bebem, por exemplo), as primeiras Figuras a seguir foram extraídas entre aqueles que dirigiam e bebiam, o que era uma minoria da amostra (cerca de 52% dos que haviam bebido no último ano não dirigiam nunca). Mencionaremos, em seguida, a qual parte da amostra cada Figura se refere.

Figura 27 – Freqüência de dirigir alcoolizado nos últimos 12 meses (em%)

Dados para os indivíduos adultos que dirigem e que consumiram alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses (n = 1.152; 599 homens e 553 mulheres).



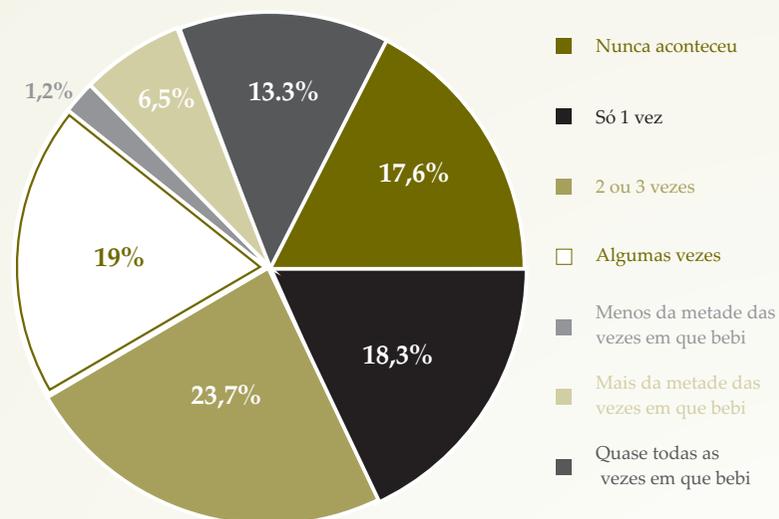
Resultados estatisticamente significantes – há diferença na distribuição da freqüência de dirigir alcoolizado entre homens e mulheres.

A Figura 27 apresenta a freqüência do dirigir alcoolizado entre os brasileiros adultos que dirigem e que consumiram alguma bebida alcoólica no último ano (n = 518; 368 homens e 150 mulheres). Entre eles, praticamente metade dos homens e 87% das mulheres relatam nunca ter dirigido sob o efeito do álcool. Por outro lado, quase um quarto dos homens relata ter ingerido bebidas alcoólicas pelo menos algumas vezes em que dirigiram. Como esperado e relatado consistentemente na literatura internacional, há grande diferença entre o comportamento de homens e o de mulheres em relação ao dirigir sob o efeito do álcool. Existe um grupo, de homens e mulheres, que muito freqüentemente bebe e dirige. Cerca de 11% dos homens referem que mais da metade das vezes em que beberam acabaram dirigindo. Os dados da literatura internacional mostram que esse grupo de risco é responsável por um grande número de acidentes.

## 2 – A freqüência do beber e dirigir

O nível de álcool no sangue legalmente aceito para dirigir no Brasil é de 0,6 g/l, o que corresponde a cerca de 2 a 3 doses de bebidas alcoólicas (dependendo de variáveis como gênero e peso do indivíduo). A Figura 28 apresenta a freqüência com que os indivíduos que declararam ter dirigido alcoolizados, nos últimos 12 meses, o fizeram depois de beber 3 doses ou mais (n = 184; 162 homens e 22 mulheres).

Figura 28 - Frequência de dirigir depois de beber 3 doses



Cerca de dois terços dessa população (indivíduos adultos que dirigem alcoolizados) já beberam depois de consumir 3 doses de álcool ao menos 2 ou 3 vezes no último ano. Ou seja, daqueles que declararam ter dirigido sob o efeito do álcool, a maioria bebeu mais do que o limite legal do Brasil nessas ocasiões. Portanto, não é que as pessoas bebem em pequenas quantidades antes de dirigir, mas sim que bebem acima do limite legal, aumentando o risco de acidentes.

### 3 – Local onde bebeu antes de dirigir

Também foi perguntado aos indivíduos que haviam dirigido após beber 3 ou mais doses onde haviam bebido na última vez que o fizeram. Os resultados podem ser vistos na Tabela 23, abaixo. Um quarto dessas situações ocorreu em bares e baladas. Essa pergunta é importante para entendermos como esse fenômeno ocorre e no futuro implementarmos medidas preventivas.

Tabela 23 – Local do consumo do álcool antes da última situação de beber e dirigir (em %) (somente para adultos que beberam mais de 3 doses e dirigiram)

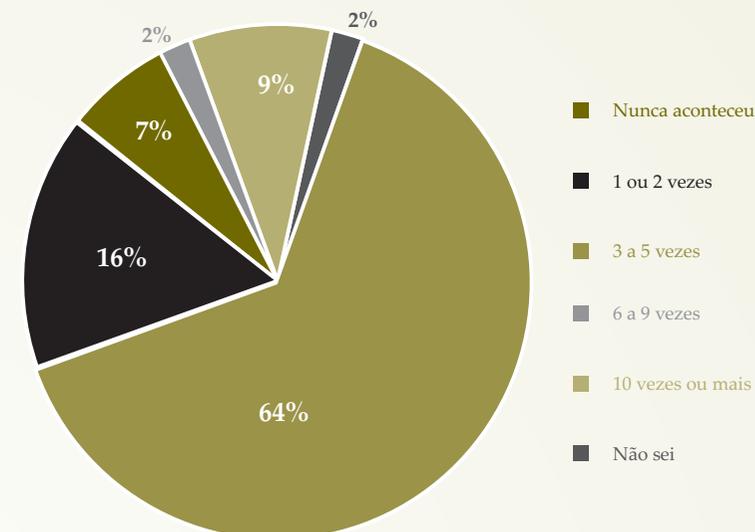
Local	Total adultos	Local	Total adultos
Bar/restaurante próximo à escola ou faculdade	4	Fazendo compras	1
Bar/balada	26	Festa	17
Casa de amigo	20	No trabalho	1
Casa de parentes	14	Restaurante	1
Evento esportivo	2	Sua casa	7
		Outro	7

### 4 – A “carona” com motorista alcoolizado

O dirigir alcoolizado traz riscos não só para o motorista, mas também para os acompanhantes ou “caronas”, que são vítimas potenciais do uso abusivo do álcool nessas circunstâncias. Dados também apontam que aqueles que pegam carona com um motorista alcoolizado tendem, eles próprios, a ter esse comportamento no futuro.

Figura 29 - Frequência de “foi passageiro de motorista alcoolizado”

Quantas vezes você foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais?



Aqui se analisou toda a amostra de adultos (2.346 pessoas), incluindo os que não dirigiam e os abstêmios.

Da população geral adulta, 34% afirmou que já pegou carona em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais. A Tabela 24 mostra a frequência da carona com motoristas alcoolizados segundo o gênero. Embora a diferença seja menor do que no caso do dirigir alcoolizado em si (Figuras acima), aqui também os homens se expõem mais a risco do que as mulheres – 45% deles já foram carona de motorista alcoolizado ao menos 1 ou 2 vezes (n = 2.346; 950 homens e 1.396 mulheres).

Tabela 24 – Carona com motoristas alcoolizados – população de adultos (n = 2.346) (em%)

		Passageiro de pessoa que tinha bebido álcool						
		10 vezes ou +	6 a 9 vezes	3 a 5 vezes	1 ou 2 vezes	Nunca	Não sei	Base*
Total	Total	9	2	7	16	64	2	2.346
Gênero	Masc.	12	2	10	19	55	2	950
	Fem.	7	1	5	12	73	2	1.396
Idade	18 a 24	12	3	11	21	53	-	368
	25 a 34	12	2	7	20	58	2	588
	35 a 44	8	-	6	15	68	2	488
	45 a 59	10	2	8	10	68	2	501
	60 ou +	4	1	3	11	79	3	401
Região	N	11	1	9	9	66	4	147
	CO	12	4	9	21	54	1	191
	NE	8	1	8	13	67	2	682
	SE	10	2	6	17	64	2	1.005
	SUL	10	-	9	16	64	1	321
Classe	A	4	-	2	33	61	1	47
	B	11	1	9	19	59	-	287
	C	13	2	9	17	58	1	765
	D	7	1	6	13	69	3	991
	E	4	1	4	11	77	1	256

O que esses dados mostram é que no Brasil o fenômeno do dirigir alcoolizado ou ser carona de alguém alcoolizado é muito comum. Possivelmente, como nos tornamos uma sociedade motorizada e como o beber está relacionado com lazer e festas, esta associação facilita o comportamento do dirigir alcoolizado. As conseqüências do ponto de vista de saúde pública são enormes, pelo aumento provável do número de acidentes com motoristas alcoolizados.

### 5 – Apoio da população às penalidades

A maior parte da população é favorável à aplicação de penalidades para aqueles que são pegos dirigindo depois de beber 3 doses ou mais: 93% acham que os motoristas alcoolizados têm que pagar multas; 81% que eles deveriam ter a Carteira de Habilitação suspensa e 63% apóiam a condenação à prisão nesses casos.

**Tabela 25 – Opinião da população adulta a respeito das políticas sobre beber e dirigir (n = 2.346) (em%)**

*Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais deveria ser condenada à prisão?*

		Apoio à política pública			
		Em geral apóia	Em geral não apóia	Não sabe/recusa	Base
Total	Total	63	35	2	2.346
Gênero	Masc.	59	39	2	950
	Fem.	66	31	3	1.396
Idade	18 a 24	60	39	1	368
	25 a 34	58	40	1	588
	35 a 44	63	35	2	488
	45 a 59	65	31	3	501
	60 ou +	68	26	6	401
Região	N	64	29	7	147
	CO	74	22	4	191
	NE	63	35	2	682
	SE	61	37	2	100
	SUL	63	35	2	532
Classe	A	50	47	3	147
	B	56	43	1	287
	C	59	39	2	765
	D	68	29	3	991
	E	71	23	6	256

*Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais deveria ter sua Carteira de Habilitação suspensa?*

		Apoio à política pública			
		Em geral apóia	Em geral não apóia	Não sabe/recusa	Base
Total	Total	81	18	1	2.346
Gênero	Masc.	79	20	1	950
	Fem.	83	16	1	1.396
Idade	18 a 24	76	24	1	368
	25 a 34	78	22	-	588
	35 a 44	83	17	-	488
	45 a 59	85	14	1	501
	60 ou +	85	11	4	401
Região	N	80	20	-	147
	CO	85	14	1	191
	NE	79	19	2	682
	SE	82	17	1	100
	SUL	81	18	1	532
Classe	A	78	22	-	147
	B	77	23	-	287
	C	81	19	-	765
	D	83	15	2	991
	E	82	15	4	256

*Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais deveria ter que pagar multas?*

		Apoio à política pública			
		Em geral apóia	Em geral não apóia	Não sabe/recusa	Base
Total	Total	93	6	1	2.346
Gênero	Masc.	91	9	-	950
	Fem.	94	5	1	1.396
Idade	18 a 24	92	8	-	368
	25 a 34	92	8	-	588
	35 a 44	94	6	-	488
	45 a 59	92	7	1	501
	60 ou +	94	4	2	401
Região	N	96	4	-	147
	CO	94	5	1	191
	NE	92	8	-	682
	SE	94	6	-	100
	SUL	89	11	-	532
Classe	A	90	10	-	147
	B	90	10	-	287
	C	93	7	-	765
	D	94	5	1	991
	E	93	5	2	256

**Referências bibliográficas**

Duailibi S; Pinsky I; Laranjeira R (*in press*). *Prevalência do Beber e Dirigir em Diadema*. Revista de Saúde Pública.

Edwards G; Anderson P; Babor TF; Casswell S; Ferrence R; Giesbrecht N; Godfrey C; Holder HD; Lemmens P; Makela K; Midanick LT; Norstrom T; Osterberg E; Romselsjo A; Room R; Simpura J e Skog OJ (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, OMS.

Mc Millan GP e Lapham S (2006). *Effectiveness of Bans and Laws in Reducing Traffic Deaths: Legalized Sunday Alcohol-Related Crashes and Crash Fatalities in New Mexico*. American Journal of Public Health, 96(11):1944-8.

Nery Filho A; Medina MG; Melcop AG e Oliveira EM (1997). *Impacto do Uso de Álcool e Outras Drogas em Vítimas de Acidentes de Trânsito*. ABDETRAN, Instituto Raid, CETAD.

Oliveira EM e Melcop AG (1997). *Álcool e Trânsito*. Instituto RAID, CONFEN e DETRAN/PE.

Phebo L e Dellinger AM (1998). *Young Driver Involvement in Fatal Motor Vehicle Crashes and Trends in Risk Behaviors*. US, 1988-95. Injury Prevention, 4(4):284-7.

Reynaud M, LeBreton P, Gilot B, Vervialle F e Falissard B (2002). *Alcohol is the Main Factor in Excess Traffic Accident Fatalities in France*. Alcohol Clinical and Experimental Research, 26(12):1833-9.

Ross HL (1992). *Confronting Drunk Driving*. Yale University Press.

## CAPÍTULO 7

**APOIO DA POPULAÇÃO  
ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS  
SOBRE O USO DE  
BEBIDAS ALCOÓLICAS**

O conjunto de medidas que chamamos de políticas públicas sobre o uso de bebidas alcoólicas foi definido por Babor e Caetano (2005) como qualquer medida da parte de governo ou de grupos não-governamentais para minimizar ou prevenir os problemas relacionados ao uso do álcool. As políticas podem envolver a implementação de estratégias específicas, como restrições ao consumo de álcool por menores, ou a alocação de recursos que refletem prioridades de ações preventivas ou de tratamento. Entre as várias estratégias e intervenções que são usadas temos: aumento do preço, regulação da disponibilidade física do álcool, modificação do contexto em que o beber ocorre, fiscalização do beber e dirigir, regulação da promoção do álcool, estratégias educacionais, tratamento e intervenções breves (Edwards e col., 1994; Babor e col., 2004; Laranjeira e Romano, 2004).

Recentemente houve um grande interesse no Brasil e na América Latina sobre políticas públicas. Em parte foi devido a um aumento das evidências de que nosso continente padece de uma intensidade de problemas maior do que o resto do mundo. Em média, o consumo *per capita* das Américas é 50% maior do que a média mundial (Babor e Caetano, 2005). Álcool é o fator de risco mais importante na América Latina, entre 27 fatores estudados pela Organização Mundial da Saúde, à frente até mesmo do tabaco (Babor e Caetano, 2005), em relação à morbidade e à mortalidade.

A Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, realizada em Brasília em novembro de 2005, promovida e financiada pelo governo brasileiro com o apoio institucional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi um passo importante no desenvolvimento de uma estratégia continental. Ela recomendou que os países das Américas implementem políticas, estratégias eficazes e programas capazes de prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool. O documento final dessa reunião ficou conhecido como a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre Álcool e enfatiza que as estratégias nacionais devem incorporar uma lista culturalmente apropriada de políticas baseadas em

evidências, estudos científicos e sistemas de informação. As medidas devem levar em conta, dentre outras situações: ocasiões em que se bebe excessivamente; o consumo geral da população e das mulheres em particular (inclusive durante a gravidez); o consumo por menores de idade, jovens, índios e outras populações vulneráveis; a violência, as lesões intencionais, acidentes, doenças e transtornos ocasionados pelo consumo do álcool.

A compreensão e o apoio da população são elementos imprescindíveis para o planejamento, o direcionamento e a implementação de políticas públicas sobre o uso do álcool. Além da adesão da opinião pública, a adoção dessas políticas pelos governantes deve estar baseada em evidências científicas e em consenso entre especialistas e autoridades. Enquanto algumas medidas dependem da aprovação de lei pelo Poder Legislativo, outras podem ser adotadas a partir de decisão política, de normas regulamentadoras ou atos administrativos do Poder Executivo.

Experiências em outros países já demonstraram que os danos e os custos sociais e econômicos relacionados ao uso do álcool podem ser reduzidos. Para isso são necessárias políticas capazes de diminuir a quantidade de álcool consumida e estratégias conducentes à mudança de comportamentos e contextos de consumo prejudiciais.

A presente pesquisa mediu, pela primeira vez no Brasil, a opinião da população geral nacional sobre diversas políticas relacionadas ao acesso, à promoção, à prevenção do consumo e ao tratamento do alcoolismo. Nenhum estudo nacional sobre o álcool havia, até agora, utilizado como base toda a população, especificamente, para obter informações sobre esse tipo de opinião.

Algumas pesquisas internacionais já chegaram a identificar os grupos de indivíduos mais propensos a apoiar as políticas, a exemplo das mulheres, das pessoas casadas, dos mais velhos e daqueles que têm baixo consumo de álcool.

Ao revelar a aceitação pela população brasileira de medidas e programas potencialmente eficazes, o presente estudo, além de inédito, constitui uma ferramenta útil para a discussão de políticas públicas sobre as bebidas alcoólicas.

## APOIO DA POPULAÇÃO

### Programas de prevenção e tratamento

A pesquisa abordou iniciativas e políticas que, na opinião dos entrevistados, deveriam ser aumentadas, reduzidas ou permanecer as mesmas. A imensa maioria da população geral adulta (n = 2.346) apóia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%).

Quanto aos programas de tratamento, 96% acha que deveriam ser gratuitos e obrigatórios em postos de saúde, ambulatoriais da rede pública e Hospitais Gerais.

### Impostos sobre bebidas

Mais da metade da população geral adulta (56%) defende o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas. Conforme estudos conduzidos em diversos países, o aumento da taxa e do preço das bebidas alcoólicas resultou em diminuição do consumo e, conseqüentemente, dos problemas relacionados ao álcool.

### Venda de bebidas para menores

Já o aumento da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas foi defendido por 54% da população pesquisada. Aqui vale ressaltar que apenas 4% concorda com a redução da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Art. 243 da Lei 8.069/90), é motivo de detenção e multa “vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar de qualquer forma a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida”. Caberia aos órgãos de fiscalização, sobretudo dos municípios, garantir a aplicação do Estatuto no sentido de coibir a venda de bebida alcoólica para menores.

Esse dispositivo legal, no entanto, não tem sido cumprido, conforme 95% dos entrevistados que disseram concordar com a afirmativa: “na maior parte do Brasil, é muito fácil para uma criança ou adolescente menor

de 18 anos comprar bebida alcoólica em qualquer ponto-de-venda, mesmo sendo a venda a menores de idade proibida por lei”. A solução é apontada por 95% dos entrevistados, que defendem o aumento da fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores.

### Pontos-de-venda e horário de funcionamento

Controlar as condições de venda ao consumidor é uma medida capaz de interferir na disponibilidade física ou na acessibilidade às bebidas alcoólicas. O objetivo, também neste caso, é reduzir os danos decorrentes da ingestão alcoólica. Os estabelecimentos que mais influenciam o uso do álcool são aqueles que vendem bebidas para consumo no próprio local.

Para 89% dos entrevistados, os estabelecimentos não deveriam servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados. As padarias, as confeitarias e as mercearias, na opinião de 74%, deviam ser proibidas de vender bebidas alcoólicas.

Quanto à restrição do horário de venda de bebidas alcoólicas, 76% defendem essa medida. Diversos municípios brasileiros têm adotado leis que regulamentam o horário de funcionamento dos estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas. São várias as vantagens desse tipo de medida, que ficou conhecida como “Lei Seca” – estudos demonstram que o fechamento de bares após determinado horário contribui para a redução dos homicídios e da violência doméstica (Duailibi e col., *in press*).

### Promoção e propaganda

Quatro perguntas foram feitas com o objetivo de avaliar a opinião da população sobre restrições à propaganda de bebidas alcoólicas. A grande maioria dos respondentes apoiou medidas que de alguma forma fazem restrições às propagandas.

As quatro perguntas foram:

1) As propagandas de bebidas alcoólicas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e os problemas causados pelas bebidas alcoólicas?

**94% aprovam.**

2) Deveria haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além da já existente “Beba com moderação”?

**89% aprovam.**

3) Deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão, incluindo vinho, cachaça, cerveja ou chope, uísque, rum, vodca e outros tipos de fermentados e destilados?

**68% aprovam.**

4) As companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?

**55% aprovam.**

As duas tabelas abaixo fazem um resumo das respostas. A Tabela 26 mostra se deveriam aumentar algumas medidas; a Tabela 27 mostra o grau de aprovação para outras medidas preventivas.

**Tabela 26 – Aprovação de medidas preventivas – aumento ou diminuição (n = 2346) (em%)**

*Estas iniciativas deveriam ser aumentadas, reduzidas ou permanecer as mesmas?*

	Aumentada	Reduzida	Permanecer a mesma
1) Programas de prevenção ao uso de álcool em escolas	92,2	1,8	5,4
2) Programas de tratamento para alcoolismo	91,4	1,5	6,0
3) Campanhas publicitárias patrocinadas pelo governo federal (por exemplo, as campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir)	86,2	2,2	10,9
4) Impostos sobre as bebidas alcoólicas	56,0	11,6	27,8
5) Idade mínima legal de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas	54,5	4,1	40,1

OBS.: A soma das porcentagens referentes a cada pergunta - sempre igual a 100% - considera aqueles que não souberam responder ou se recusaram a dar a resposta, dado que não consta na Tabela.

**Tabela 27 – Aprovação de medidas preventivas (n = 2.346) (em %)**

*Estas iniciativas deveriam ser aumentadas, reduzidas ou permanecer as mesmas?*

	SIM	NÃO
1) Os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser gratuitos e obrigatórios em Postos de Saúde, Ambulatórios da Rede Pública e Hospitais Gerais?	95,7	3,7
2) Deveria haver um aumento na fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade?	94,8	4,2
3) Você concorda com esta afirmativa: na maior parte do Brasil, é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto-de-venda, mesmo sendo a venda a menores de idade proibida por lei.	94,3	4,9
4) As propagandas de bebidas alcoólicas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas?	93,8	5,4
5) Deveria haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além do já existente “Beba com moderação”?	93,0	6,0
6) Deveria haver mais esforços por parte dos estabelecimentos para evitar que continuem a servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados?	89,2	10,0
7) Deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	76,2	22,5
8) Deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	74,1	24,9
9) Deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão, incluindo vinho, cachaça, cerveja ou chope, uísque, rum, vodca e outros tipos de fermentados e destilados?	67,9	31,0
10) As companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	55,2	41,5

**Referências bibliográficas**

Babor T e col. (2004). *Alcohol: no Ordinary Commodity*. Oxford University Press, OMS.

Babor T, Caetano R (2005). *Evidence-Based Alcohol Policy in the Americas: Strengths, Weaknesses, and Future Challenges*. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005.

Duailibi, S e col. (*in press*). *Does Closing Bars Decrease Homicides Rates?* American Journal of Public Health.

Edwards G e col. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, OMS.

Laranjeira R, Romano M (2004). *Consenso Brasileiro de Políticas Públicas sobre Álcool*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 68-77 ([www.rbpbrasil.org.br/portal/edicoes-antiores/2004/rev-bras-psiqratr-v-26-supl-1-sao-paulo-maio-2004](http://www.rbpbrasil.org.br/portal/edicoes-antiores/2004/rev-bras-psiqratr-v-26-supl-1-sao-paulo-maio-2004)).

## CAPÍTULO 8

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A atual pesquisa sobre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas é a primeira que utiliza método, de seleção da amostra, totalmente probabilístico e representa 100% do território nacional. Dessa maneira, seus achados são considerados um retrato da população brasileira de 14 anos ou mais no que se refere ao consumo de álcool. A implicação desse tipo de amostragem e de toda a metodologia utilizada é que se tem um bom retrato do que ocorre no País. Por outro lado, no entanto, torna-se difícil fazer comparações com estudos anteriores que não utilizaram esse tipo de metodologia. Esta discussão buscará analisar os dados apresentados nos capítulos anteriores em relação a sua importância do ponto de vista da saúde pública e de uma eventual resposta de políticas públicas. A importância e o caráter inédito desses dados encoraja a focalização nos dados e no eventual monitoramento dessas informações no futuro.

A pergunta que se impõe como central para que se analisem os resultados encontrados aqui é: o que se aprendeu que não se sabia com os estudos anteriores? Nas seções abaixo são discutidos os principais achados e sua importância para a saúde pública.

#### **As taxas de abstinência da população brasileira**

As evidências mundiais apontam que monitorar as eventuais modificações da prevalência de abstinentes numa população é importante do ponto de vista da saúde pública. Mudanças substanciais do número de abstinentes numa população podem indicar alterações na prevalência de problemas. Interesses econômicos podem provocar o aumento do número de bebedores numa população e esse tipo de política teria grandes implicações na saúde. O equivalente aconteceu com o cigarro entre as mulheres, que até o começo dos anos 60 não fumavam. A partir da década de 60 um maior número de mulheres começou a fumar. Hoje se pode ver as implicações desse fenômeno, com as altas taxas de câncer de pulmão e problemas cardíacos e vasculares na população feminina.

A despeito do que se imagina, se estimula em propagandas e se observa em certos grupos sociais, o beber não está sempre presente na vida social das pessoas. Os índices de abstinentes (na vida e no último

ano) revelados pela presente pesquisa são relativamente altos. Constatou-se que 48% da população adulta é abstinente (35% dos homens e 59% das mulheres). As taxas de abstinência variam muito em relação a alguns fatores. Em relação à faixa etária de 18 a 24 anos, somente 38% são abstinentes e na faixa mais velha, acima de 60 anos, o índice de abstinência chega a 68%. As variações regionais são também significativas: de 35% na Região Sul a 54% na Região Norte. E nas classes sociais as taxas também são expressivas: de 35% na classe B a 59% na classe E.

Essas informações são importantes, pois possibilitam que essas taxas sejam monitoradas ao longo dos anos e medidas sejam tomadas para que não ocorra com o álcool algo semelhante às mudanças mencionadas em relação ao fumo. O entendimento acerca de todas essas diferenças em relação às taxas de abstinência é necessário, pois com certeza esse é um fator de proteção importante contra os problemas associados ao álcool.

Um fato que chamou a atenção foi que entre os adolescentes não existem grandes diferenças nas taxas de abstinência. Os dados mostraram que 66% dos adolescentes não bebem (64% dos meninos, 68% das meninas). Uma questão importante é se já foram observadas, entre os adolescentes, mudanças significativas nas taxas de abstinência mencionadas anteriormente. Apesar das altas taxas de abstinência nesse grupo, a falta de diferenças entre os meninos e meninas chama a atenção. Novos estudos poderão fornecer informações a esse respeito e especialmente mostrar se as mudanças nessas taxas causarão maiores problemas na população jovem.

#### **Como bebem os brasileiros**

Para avaliar como os brasileiros bebem foram utilizadas duas variáveis importantes: a frequência e a quantidade do beber. Essas variáveis compõem o padrão do beber que descreve esse comportamento de uma população. É uma forma já consagrada na literatura internacional.

Os dados de frequência mostraram que 52% dos brasileiros podem ser classificados como bebedores. Praticamente metade dos bebedores (27%) faz uso na classe

ocasional ou raro e a outra metade (25%) faz uso de pelo menos 1 vez por semana. Existem variações marcantes dessas taxas de frequência. Quanto ao uso mais freqüente, ou seja, pelo menos 1 vez por semana, as diferenças mais marcantes são: a) em relação ao sexo, 39% dos homens e 13% das mulheres; b) na Região Sul 36% fazem uso de pelo menos 1 vez por semana e na Região Norte somente 14%; c) em relação às faixas etárias, os mais jovens fazem um consumo regular ao redor de 30% e os com mais de 60 anos apenas 15%; d) as classes sociais mais ricas (A e B) bebem numa frequência semanal de cerca de 30% das vezes e na classe E somente 17%. Esses dados revelam a complexidade do beber no Brasil. Ressaltam que o beber freqüente ocorre na mesma proporção que o beber ocasional, mas que homens, os que vivem na Região Sul, nas faixas mais jovens e nas classes mais ricas acabam tendo um perfil de beber mais freqüente.

A frequência do beber apresenta limitações quanto ao padrão de consumo, pois não fornece o elemento da quantidade, que é o que determina o maior risco para o agravamento de problemas. Mesmo quando somente a quantidade é analisada, continua a complexidade. A população que bebe além de 5 doses (5 para homens e 4 para mulheres), que é considerado o beber de maior risco, 29% bebe dessa forma e 48% abaixo de 2 doses. Quando se faz a análise por sexo, tem-se que 38% dos homens bebem acima de 5 doses e 38% abaixo de 2 doses. Nas mulheres, 17% acima de 4 doses e 63% abaixo de 2 doses. Na variável idade, predomina o consumo maior do que 5 doses, ao redor de 30%, e somente na faixa etária acima de 60 anos esse índice cai para 17%. Se por um lado na Região Sul predomina a alta frequência do beber, por outro prevalece o uso do álcool em baixas doses, com 66% bebendo menos do que 2 doses; já o Centro-Oeste e o Norte, apesar de nessas regiões predominar o uso menos freqüente, apresentam as maiores quantidades, com 38% bebendo mais do que 5 doses. Essa inversão também ocorre em relação às classes sociais: embora a classe A tenha a maior frequência do beber, apresenta no geral a menor taxa de quantidade, com 62% bebendo até 2 doses; enquanto a classe E, que tem menor frequência, apresenta 45% dos bebedores com padrão maior do que 5 doses.

Juntando essas duas variáveis de frequência e quantidade, criando um padrão que leva em conta esses dois componentes, obtém-se um resumo do padrão do beber brasileiro, em que 48% são abstinentes, 24% bebem freqüentemente e pesado e 29% são bebedores pouco freqüentes e não fazem uso pesado. Este resumo afasta a visão simplista de que “todo mundo bebe um pouco”. Metade da população não bebe; dos bebedores, a metade bebe com um padrão perigoso e somente a outra metade bebe com um padrão relativamente seguro. Essa informação é importante e deveria ser amplamente divulgada e discutida, pois mostra que o consumo de bebidas alcoólicas não é um fenômeno em que a maioria bebe pouco. Na realidade, metade dos bebedores consome álcool com alto risco para sua saúde.

Os tipos de bebida consumidos acabam confirmando os padrões descritos acima. A cerveja é a bebida nacional. Ela é inequívoca preferencialmente por ambos os sexos e em todas as idades, regiões e classes sociais. Já os destilados são consumidos predominantemente nas Regiões Norte (18%) e Nordeste (20%), assim como pelos homens (17%). Esse consumo é compatível com os dados anteriores, que mostram o predomínio de maiores quantidades nessas regiões e pelos homens. No geral, pessoas que tendem a consumir maiores quantidades buscam o consumo de bebidas com graduação alcoólica mais elevada. Já as mulheres consomem 34% de vinho, compatível com um padrão mais moderado.

#### **O beber em “binge”**

Grande parte dos que bebem já se excederam uma ou várias vezes, criando situações de alto risco. Os dados, especialmente os que se referem ao consumo em “binge”, sugerem que o contingente de bebedores “moderados” é, na verdade, uma minoria quando comparado ao dos abstinentes e ao dos bebedores com maior risco de problemas, incluindo os que fazem uso nocivo e os dependentes de álcool. Chamou a atenção o fato de que os que beberam na forma de “binge” foram mais freqüentes do que aqueles que não consumiram álcool nessa forma (28% beberam na forma de “binge” no último ano e

24% não). Entre os homens, a maioria consome na forma de “binge” (40%) e somente a metade do consumo (26%) não ocorre nessa forma. A frequência pela qual esse fenômeno ocorre é comum: mais de 50% dos que bebem em “binge” o fazem pelo menos 1 vez por semana. A cerveja é responsável por 70% do beber em “binge”.

Do ponto de vista da saúde pública, é importante notar que esse tipo de beber ocorre com mais frequência entre os jovens. Cerca de 40% da faixa etária de 18 a 34 anos bebeu na forma de “binge” e somente 22% não consumiu dessa forma. Vários estudos internacionais, já mencionados anteriormente, demonstraram que esse tipo de consumo está altamente relacionado a problemas. Aqui os dados mostram que esse tipo de consumo é frequente, tornando necessário desenvolver políticas que visem a sua redução.

### O beber do adolescente

Dos grupos populacionais, os adolescentes são os que apresentam os maiores riscos em relação ao beber. No mundo todo existe uma preocupação especial com esse grupo e a monitoração das taxas de padrão de beber é uma das medidas mais importantes a serem desenvolvidas. Não existe um padrão de beber de baixo risco entre os adolescentes, pois as evidências mostram que nessa faixa da população mesmo o baixo consumo está relacionado com alto risco de acidentes. No presente estudo encontrou-se uma alta frequência de adolescentes (9%) que bebem mais do que 1 vez por semana (12% meninos e 6% meninas). Em relação à dose usual, quase 50% dos meninos bebeu mais do que 3 doses por situação habitual e cerca de um terço deles consumiu 5 doses ou mais.

Em relação ao beber em “binge”, os adolescentes apresentaram altas taxas, com 21% dos meninos e 12% das meninas. Embora, como mencionado anteriormente, os adolescentes também apresentem alta taxa de abstinência, ocorre uma situação na qual os que bebem têm a tendência de beber de uma forma problemática. São raros os que conseguem beber pouco e com baixa frequência.

A monitoração nos próximos anos desse padrão de beber nessa faixa etária é uma das principais recomendações deste

estudo. Os adolescentes são os que mais mudam o padrão de consumo em curtos espaços de tempo e a monitoração é fundamental. Deve-se realizar estudos qualitativos para entender melhor os fatores que influenciam a experimentação inicial e o começo do uso regular do álcool.

### Quando se começa a beber regularmente

Vários estudos já tentaram responder se a população de jovens brasileiros está começando a beber mais cedo. Esta é uma pergunta aparentemente simples, mas difícil de responder com os dados que até hoje eram disponíveis. O presente estudo fornece informações consistentes por avaliar a população geral brasileira numa amostra probabilística. Quando se comparam jovens de 18 a 25 anos com os adolescentes, as diferenças são significativas quanto à idade de experimentação e do uso regular. No início do consumo, os adolescentes começaram aos 13,9 anos de idade e os adultos jovens aos 15,3 anos. O uso regular pelos adolescentes começou aos 14,8 anos e pelos adultos jovens aos 17,3 anos. Esses números foram obtidos depois de desconsiderar jovens adultos que haviam iniciado o consumo após os 18 anos, ou seja, já controlando para uma redução nas idades médias dos jovens adultos. Portanto, a tendência ao uso em idade mais precoce parece ser confirmada pelo estudo. Esse dado é importante e estudos futuros poderão mostrar se vai ser possível reverter essa tendência e se as eventuais políticas públicas em relação ao álcool alcançarão essa parte da população, que é a mais vulnerável aos problemas com o álcool. Vale a pena ressaltar também que não houve diferenças entre os sexos quanto à idade de início e ao padrão de consumo entre os adolescentes, mostrando que existe um fenômeno vigoroso ocorrendo nessa faixa etária. Pela vulnerabilidade dessa população, é fundamental monitorar de perto esse fenômeno.

### Os tipos de problemas relacionados ao beber

Este estudo trouxe informações importantes sobre os problemas relacionados com o beber. Mostrou que cerca da metade dos que bebem apresentam problemas (abstêmios – 48%, bebem sem problemas – 29%, bebem com problemas – 23%). Os homens apresentaram mais problemas com o

álcool, com 37% deles relatando pelo menos um. Os bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos. Um número maior de moradores do Centro-Oeste informou ter tido pelo menos um problema (57%), ao passo que no Sul foram 35%. Os problemas físicos aparecem como os mais citados por todos os segmentos. Do total de entrevistados, 38% disse ter problemas físicos decorrentes do álcool. Os problemas familiares vêm em segundo lugar, citados por 18% dos entrevistados. Problemas com violência foram mencionados por 23% da população mais jovem, de 18 a 24 anos.

O que esses dados mostram é que o consumo de álcool é muito mais associado com problemas do que se poderia pensar. Como, aparentemente, metade dos bebedores consome álcool num padrão de alto risco, a consequência é que os problemas acabam aparecendo e são estreitamente relacionados com o padrão de consumo, mais do que com qualquer característica pessoal do bebedor.

Os problemas físicos, por serem uma decorrência imediata do beber, aparecem mais frequentemente. Estudos qualitativos poderão informar como os problemas se desenvolvem e como evitá-los.

### Uso nocivo e dependência

São dois os tipos especiais de problema: o consumo de álcool na forma de uso nocivo e a dependência. Existem critérios objetivos para esses dois tipos de padrão, pois eles são mais associados a problemas do que os demais. Do total da população com 18 anos ou mais, 3% disse ter problemas de uso nocivo\* e 9% de dependência\*\*. Essa prevalência é compatível com estudos brasileiros anteriores, que utilizaram metodologias diferentes. Isso torna o dado de que 12% da população brasileira tem algum problema com o álcool um bom índice em termos de saúde pública para que se possa dimensionar o custo social do álcool. Tanto o uso nocivo quanto a dependência predominam entre os homens, sendo em média quatro vezes mais comum. Portanto, ainda não se notou na população geral brasileira um fenômeno que já ocorre nos países desenvolvidos: de uma maior aproximação entre o número de mulheres e o

com o álcool.

Uma das implicações dessa prevalência de 12% é que parte substancial dessas pessoas necessita de alguma forma de tratamento. Elas apresentam um diagnóstico médico de uso nocivo ou dependência e, portanto, já padecem de uma condição mórbida, que requer ação do sistema de saúde.

\**Uso nocivo é um padrão de consumo de álcool considerado prejudicial do ponto de vista físico, psicológico ou social e que não preenche os critérios de dependência.*

\*\**Dependência é um padrão de consumo de álcool onde além do consumo excessivo existem adaptações neurofisiológicas ao álcool significativas. Apresenta várias manifestações como sintomas de abstinência do álcool e necessidade de beber apesar das consequências negativas.*

### Beber e dirigir

Outro ponto importante e novo apontado por este levantamento é que, da população que consome álcool e que dirige, uma grande parte já misturou álcool com direção. Dos adultos que dirigem e que consumiram alguma bebida alcoólica no último ano, quase um quarto dos homens relata ter bebido pelo menos em 1 vez em que dirigiu. Cerca de 11% dos homens referem que mais da metade das vezes em que dirigiram acabaram bebendo. Cerca de dois terços dessa população (indivíduos adultos que dirigem alcoolizados) já beberam depois de consumir 3 doses de álcool ao menos 2 ou 3 vezes no último ano. Ou seja, daqueles que declararam ter dirigido sob o efeito do álcool, a maioria bebeu mais do que o limite legal do Brasil nessas ocasiões. Mesmo os que não bebem e dirigem acabam se expondo aos motoristas intoxicados, pois 34% afirmaram já ter pego carona em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais.

Portanto, não é que as pessoas bebem em pequenas quantidades antes de dirigir; acontece um fenômeno significativo, em que o consumo de alto risco está associado a um comportamento de dirigir que aumenta ainda mais esse risco. O que causou surpresa foi que, embora esse seja um comportamento comum, a maioria da população é favorável à aplicação de penalidades para os que são pegos dirigindo depois de beber 3 doses ou mais – 93% acha que os motoristas alcoolizados têm que pagar multas, 81% disse que eles deveriam ter a carteira de habilitação suspensa e 63% apóia a condenação à prisão nesses casos. Em relação a esse problema específico do beber, há uma grande margem

graves conseqüências sociais e a população apóia uma série de intervenções que têm evidências de diminuir esse comportamento.

#### **Apoio às políticas públicas**

Finalmente, o estudo mostra que o brasileiro geralmente apóia as políticas públicas do álcool, tanto aquelas voltadas para o aumento do tratamento e da prevenção/educação como aquelas mais restritivas.

A imensa maioria da população geral adulta apóia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%). Quanto aos programas de tratamento, 96% acha que deveriam ser gratuitos e obrigatórios em postos de saúde, ambulatórios da rede pública e Hospitais Gerais. Mais da metade da população (56%) defende o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas. Já o aumento da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas foi defendido por 55% da população pesquisada. Para 89% dos entrevistados, os estabelecimentos não deveriam servir bebidas alcoólicas para clientes que já estivessem bêbados. As padarias, confeitarias e mercearias, na opinião de 74%, deveriam ser proibidas de vender bebidas alcoólicas. Quanto à restrição do horário de venda de bebidas alcoólicas, 76% defende essa medida. A grande maioria dos respondentes apoiou medidas que, de alguma forma, fazem restrições às propagandas.

O que estes dados mostram é que a população brasileira está pronta para uma série de ações públicas com o objetivo de regular o mercado do álcool. Existe a percepção de que maiores controles sociais são necessários para estabelecer regras de comercialização e utilização social do álcool.