

Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao beber pesado no Brasil: análises transversais da Pesquisa Nacional de Saúde

Prevalence and sociodemographic factors associated with heavy drinking in Brazil: cross-sectional analyses of the National Health Survey

Lucas Sisinno Ribeiro¹ , Giseli Nogueira Damacena^{II} , Célia Landmann Szwarcwald^{II} 

RESUMO: *Objetivo:* Este estudo teve o objetivo de caracterizar o hábito de beber pesado na população brasileira, utilizando os dados das duas edições da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Métodos:* O tamanho das amostras em 2013 e 2019 foi de 60.202 e 88.943 indivíduos de 18 anos ou mais, respectivamente. Foram estimadas as prevalências do hábito de beber pesado (definido por 8 ou mais doses por semana para as mulheres e 15 ou mais doses para os homens) e os intervalos de confiança por sexo, faixa etária, grau de escolaridade, cor da pele/raça, estado civil e situação de residência (urbana/rural). Foram usados modelos de regressão de Poisson para comparar as prevalências. *Resultados:* 6,1% dos brasileiros tinham o hábito de beber pesado em 2013 e 7,3% em 2019. Nas duas edições da Pesquisa Nacional de Saúde, observou-se um gradiente de diminuição do beber pesado durante a vida, com as maiores prevalências entre os adultos jovens, entre os homens, com baixo nível de escolaridade, entre os solteiros e residentes da área urbana. *Conclusões:* As altas prevalências encontradas expõem a necessidade de considerar o hábito de beber pesado como um fator de risco à saúde da população brasileira e a urgência em adotar estratégias para a sua diminuição.

Palavras-chave: Consumo de bebidas alcoólicas. Estilo de vida. Inquéritos de saúde. Brasil.

^IPrograma de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II}Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Lucas Sisinno Ribeiro. Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil, 4.036, Prédio da Expansão do Campus, Manguinhos, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lucas.ribeiro.doc@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

ABSTRACT: *Objective:* This article aims to characterize the heavy drinking behavior in the Brazilian population, using data from the two editions of the “National Health Survey” (PNS), 2013 and 2019. *Methods:* The sample sizes in 2013 and 2019 were 60,202 and 88,943 individuals aged 18 years or older, respectively. The prevalence of the habit of heavy drinking (defined as 8 or more doses per week for women, and 15 or more doses for men) was estimated, and the confidence intervals were defined by sex, age group, schooling, skin color/race, marital status and household status (urban/rural). Poisson regression models were used to compare prevalence rates. *Results:* 6.1% of Brazilians were heavy drinkers in 2013, and 7.3% in 2019. In the two editions of the PNS there was a gradient of reduction in heavy drinking throughout life, being the highest prevalence among young adults, men, with low schooling, single and living in the urban area. *Conclusions:* The high prevalence rates expose the need to consider the habit of heavy drinking as a risk factor for the health of the Brazilian population, and the urgency to adopt strategies to reduce it.

Keywords: Alcohol drinking. Lifestyle. Health surveys. Brazil.

INTRODUÇÃO

O álcool pode ser considerado uma substância que propicia a integração entre os indivíduos por possuir características facilitadoras das interações sociais. Embora em diversas culturas o consumo de bebidas alcoólicas esteja relacionado a festividades e celebrações¹, na perspectiva da saúde coletiva, o consumo abusivo está associado à ocorrência de inúmeras doenças².

O uso nocivo de álcool, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um tipo de consumo que gera consequências prejudiciais para a saúde do indivíduo². Um dos padrões de uso nocivo é o beber pesado (*heavy drinking*), que é caracterizado pelo *consumo abusivo e frequente* de bebidas alcoólicas.

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode trazer diversos malefícios no que diz respeito às causas externas, como os acidentes de trânsito, que representam uma grande parcela dessa problemática, e o envolvimento em ações violentas, como o agressor ou a vítima. Segundo estudos, a utilização de bebidas alcoólicas antes de conduzir veículos automotores e o beber pesado são fatores de risco importantes para esses agravos^{3,4}.

Pela ótica da saúde coletiva, além dos acidentes e violências, o consumo nocivo de bebidas alcoólicas tem se tornado um grave problema, especialmente, por ser um fator de risco para alguns agravos de saúde e para doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, ansiedade e depressão, entre outros⁵. De acordo com estudos anteriores, há evidências de um risco aumentado de ocorrência de incapacidades prematuras, transtornos e de mortalidade por cirrose e câncer hepático relacionado ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas^{6,7}.

Um estudo sobre álcool e cirrose no Brasil, baseado em informações do Global Burden of Disease (GBD), revelou que, ao considerar as dez primeiras causas de “anos de vida ajustados por incapacidade” (DALY), entre os homens, o álcool ocupou a segunda posição na faixa de 15–29 anos, a terceira posição na faixa de 30–44 anos e a sexta posição na faixa etária de

45–59 anos. Já entre as mulheres, o uso de álcool não esteve presente entre as dez primeiras causas de DALY, em nenhuma faixa etária⁸. Da mesma forma, trabalho mais recente mostrou que o uso de álcool foi o segundo fator de risco que mais impactou os DALY entre os homens, enquanto, entre as mulheres, esse fator de risco foi menos relevante, ocupando o décimo terceiro lugar⁹.

Questões relacionadas a gastos hospitalares também evidenciam que o custo dos cuidados à saúde com problemas associados ao consumo de álcool é muito maior do que a capacidade do Estado em arrecadar com a distribuição e a venda do produto¹⁰.

Por ser considerado uma fonte indispensável de dados para a saúde pública, os inquéritos populacionais vêm sendo utilizados cada vez mais para o conhecimento do consumo de álcool no Brasil e têm sido considerados ferramentas essenciais para a obtenção de informações sobre os estilos de vida e a situação de saúde da população brasileira¹¹.

O presente artigo tem o objetivo de investigar as características sociodemográficas dos indivíduos que têm o hábito de beber pesado na população brasileira, por meio das duas edições da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizadas em 2013 e 2019. Trata-se de artigo original que traz pela primeira vez a possibilidade de comparar as variações do hábito de beber pesado segundo grupos populacionais entre os anos de 2013 e 2019.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal que utilizou como fontes de informações os dados das duas edições da PNS realizadas em 2013 e 2019. Foram selecionados indivíduos de 18 anos ou mais, moradores de domicílios particulares permanentes no Brasil e que consentiram em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A PNS é um inquérito de âmbito nacional e base domiciliar realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 2013 e 2019. A PNS teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em julho de 2013 sob o número nº 328.159 para a edição de 2013 e em agosto de 2019 sob o número nº 3.529.376 para a edição de 2019.

A PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE e utiliza uma subamostra da Amostra Mestre do IBGE¹². A população pesquisada corresponde aos moradores de domicílios particulares permanentes do Brasil. A amostra foi selecionada por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). Em cada estágio, utilizou-se amostragem aleatória simples para selecionar as unidades amostrais. Em 2013, realizaram-se 60.202 entrevistas com o morador selecionado de 18 anos ou mais de idade e, em 2019, 88.943. Os fatores de expansão correspondem ao inverso do produto das probabilidades de seleção em cada estágio e foram calibrados levando em consideração as projeções populacionais para o Brasil e as unidades da Federação¹³.

No presente estudo, utilizaram-se dados referentes ao morador selecionado no domicílio, com 18 anos ou mais para fins de comparação do hábito de beber pesado em 2013 e 2019. Para caracterizar o desfecho beber pesado na população brasileira, empregou-se o

indicador de *heavy drinking*, proposto pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Center for Disease Control and Prevention — CDC)¹⁴, definido como o consumo de 8 ou mais doses de bebida alcoólica por semana para as mulheres e 15 ou mais doses para os homens. Para tal, consideraram-se duas questões presentes nas duas edições da PNS: “Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?” e “Em geral, no dia que o(a) sr.(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr.(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)”. Os resultados das duas questões foram multiplicados, e, para caracterizar o beber pesado, consideraram-se resultados maiores ou iguais a 8 doses por semana para as mulheres e maiores ou iguais a 15 doses por semana para os homens.

O indicador beber pesado foi analisado segundo as características sociodemográficas: sexo (masculino; feminino), faixa etária (18–29; 30–44; 45–59; 60 e mais), grau de escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto/superior completo ou mais), cor da pele/raça (branca; parda; preta), estado civil (solteiro(a); separado(a)/divorciado(a); viúvo(a); casado(a)), situação de localização geográfica do domicílio de residência do indivíduo (urbana; rural). Para cada uma das categorias das variáveis sociodemográficas, estimou-se a prevalência do comportamento de beber pesado e os respectivos intervalos de 95% de confiança. Calcularam-se modelos de regressão de Poisson para comparar as prevalências. Posteriormente, calcularam-se modelos de regressão multivariada de Poisson considerando todas as variáveis sociodemográficas com o desfecho beber pesado para 2013 e 2019. Para comparar as prevalências entre os anos de 2013 e 2019, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes ao nível de significância de 5%.

Pelo pequeno tamanho de amostra das pessoas que têm o hábito de beber pesado nas faixas de idade mais velhas, apenas para as duas faixas etárias, 18 a 29 anos e 30 a 44 anos, o desfecho foi analisado por grau de escolaridade segundo sexo, utilizando os dados de ambas as edições da PNS. Para cada estratificação, estimou-se a prevalência do comportamento de beber pesado e os respectivos intervalos de 95% de confiança. Calcularam-se modelos de regressão de Poisson para comparar as prevalências. Para a comparação das prevalências entre os anos de 2013 e 2019, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes ao nível de significância de 5%. As estimativas foram obtidas levando-se em consideração o desenho amostral das duas pesquisas, incluindo os fatores de expansão e os efeitos de conglomeração¹⁵. Os modelos de regressão de Poisson para comparar as prevalências foram calculados no Stata¹⁶, versão 14.0, módulo *survey*, levando em consideração o efeito do plano amostral.

RESULTADOS

Analisaram-se 60.202 indivíduos entrevistados na PNS 2013 e 88.943 indivíduos na PNS 2019. No total, em 2013, 6,1% dos brasileiros tinham o hábito de beber pesado e, em 2019, esse percentual foi de 7,3%. A prevalência do beber pesado foi maior entre os homens (8,9%;

IC95% 8,3 – 9,5%) em 2013 e em 2019 (9,7%; IC95% 9,1 – 10,3%), do que entre as mulheres (3,6%; IC95% 3,3 – 4,0%) em 2013 (5,2%; IC95% 4,9 – 5,6%) e em 2019. Somente entre as mulheres o aumento na prevalência de beber pesado foi estatisticamente significativo (Tabela 1).

Observando o consumo segundo as faixas etárias, há um gradiente de diminuição do beber pesado com o aumento da idade: em 2013, a prevalência decresce de 8,1% entre os adultos jovens de 18 a 29 anos para 2,2% entre os idosos (60 anos e mais), e, em 2019, os percentuais também mantiveram a mesma tendência de diminuição, decrescendo de 10,1 para 3%, nas mesmas faixas etárias. Na comparação das duas edições da PNS, observa-se um aumento estatisticamente significativo do beber pesado entre os indivíduos de 18 a 29 anos e 30 a 44 de idade (Tabela 1).

No que se refere à escolaridade, em 2013 e 2019, as maiores prevalências do beber pesado foram encontradas entre os indivíduos que possuem ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto. As prevalências que mostraram aumento significativo, entre 2013 e 2019, foram observadas tanto para pessoas com fundamental completo ou ensino médio incompleto quanto para as que relataram ter ensino médio completo, superior incompleto ou superior completo ou mais (Tabela 1).

No que tange à questão da cor de pele/raça, as prevalências do beber pesado foram mais elevadas nos subgrupos de pessoas de cor de pele preta, em comparação com a branca e

Tabela 1. Comparação das prevalências e razões de prevalências de beber pesado segundo sexo, faixa etária e grau de escolaridade nos anos de 2013 e 2019. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

Características sociodemográficas		2013				2019				t [#]
		n	%	IC95%	RP	n	%	IC95%	RP	
Total		3.667	6,1	5,8 – 6,4	-	6.479	7,3	6,9 – 7,6	-	< 0,001
Sexo	Masculino	2.514	8,9	8,3 – 9,5	2,5*	4.022	9,7	9,1 – 10,3	1,8*	0,125
	Feminino	1.153	3,6	3,3 – 4,0	-	2.457	5,2	4,9 – 5,6	-	< 0,001
Faixa etária (anos)	18 a 29	1.277	8,1	7,4 – 8,9	3,7*	1.980	10,1	9,2 – 11,0	3,3*	< 0,001
	30 a 44	1.297	7,0	6,5 – 7,6	3,2*	2.365	8,8	8,2 – 9,5	2,9*	< 0,001
	45 a 59	855	5,6	5,0 – 6,3	2,5*	1.551	6,7	5,8 – 7,6	2,2*	0,062
	60 e mais	238	2,2	1,7 – 2,8	-	583	3,0	2,7 – 3,4	-	0,011
Grau de escolaridade	Sem instrução/fundamental incompleto	1.374	5,9	5,3 – 6,4	1,0	1.828	5,9	5,4 – 6,5	0,8*	0,889
	Fundamental completo/médio incompleto	680	7,3	6,4 – 8,3	1,2*	1.201	9,3	8,4 – 1,3	1,2*	0,003
	Médio completo/superior incompleto/superior completo ou mais	1.613	5,9	5,4 – 6,4	-	3.450	7,6	7,2 – 8,1	-	< 0,001

*t: Teste de amostras independentes (valor de p); *p < 0,05 estimado pela regressão de Poisson; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

a parda, tanto em 2013 quanto em 2019. Entre os indivíduos que se declararam brancos ou pardos, o aumento no período 2013–2019 foi estatisticamente significativo. Quanto ao estado civil, as prevalências de beber pesado foram significativamente maiores entre os indivíduos solteiros nos dois anos estudados e apenas entre eles o aumento da prevalência do beber pesado foi estatisticamente significativo entre 2013 e 2019. A respeito da situação rural/urbana do domicílio de residência, nas duas edições da PNS as maiores prevalências foram encontradas entre os indivíduos que moram em áreas urbanas. Adicionalmente, houve aumento significativo de 6,4% em 2013 para 7,7% em 2019 nas prevalências de beber pesado (Tabela 2).

Na Tabela 3, são apresentados os resultados dos modelos multivariados de regressão de Poisson considerando como variável resposta o beber pesado. Tanto em 2013 como em 2019, foram encontradas maiores prevalências de beber pesado entre os homens, na faixa de idade de 30 a 44 anos de idade, entre os solteiros e entre residentes da área urbana. Em relação ao grau de escolaridade, em 2013 as maiores prevalências foram entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, já em 2019 foram os indivíduos com fundamental completo ou ensino médio incompleto, com razão de prevalência de 1,2 quando comparados aos indivíduos com ensino médio completo, ensino superior incompleto ou superior completo ou mais. No que concerne à cor da pele/raça, em 2013 a menor prevalência foi observada para indivíduos que declararam cor da pele branca (RP = 0,6; $p < 0,001$). Em 2019, a razão de prevalência entre os indivíduos brancos e os indivíduos com cor da pele preta foi de 0,9 ($p = 0,018$) (Tabela 3).

Ao examinar os indivíduos mais jovens (de 18 a 29 anos de idade), os homens com fundamental completo ou ensino médio incompleto foram aqueles que se destacaram com

Tabela 2. Comparação das prevalências e razões de prevalências de beber pesado segundo cor da pele/raça, estado civil e situação de localização de residência nos anos de 2013 e 2019. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

Características sociodemográficas		2013				2019				t [#]
		n	%	IC95%	RP	n	%	IC95%	RP	
Cor da pele/ raça	Branca	1.392	4,9	4,5 – 5,3	0,5*	2.543	6,6	6,2 – 7,1	0,8*	< 0,001
	Parda	1.734	6,9	6,4 – 7,4	0,8*	2.946	7,6	7,1 – 8,1	0,9*	0,038
	Preta	493	9,0	7,8 – 10,2	-	900	8,8	7,9 – 9,8	-	0,854
Estado civil	Solteiro(a)	2.228	8,7	8,2 – 9,3	2,1*	3.910	10,4	9,9 – 11,0	2,1*	0,070
	Separado(a)/ Divorciado(a)	264	6,8	5,6 – 8,3	1,7*	465	7,4	6,4 – 8,5	1,5*	0,546
	Viúvo(a)	74	1,8	1,2 – 2,8	0,4*	136	2,2	1,7 – 2,9	0,4*	0,429
	Casado(a)	1.101	4,1	3,7 – 4,5	-	1.968	5,0	4,5 – 5,6	-	0,009
Situação [§]	Urbana	3.302	6,4	6,0 – 6,7	1,5*	5.872	7,7	7,3 – 8,1	1,6*	< 0,001
	Rural	365	4,4	3,8 – 5,1	-	607	4,9	4,4 – 5,5	-	0,173

[#]t: Teste de amostras independentes (valor de p); [§]Situação de localização geográfica do domicílio de residência do indivíduo; * $p < 0,05$ estimado pela regressão de Poisson; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

maior aumento das prevalências de 2013 (9,3% IC95% 7,1 – 12,1%) para 2019 (15% IC95% 12 – 18,5%). As mulheres com fundamental completo ou ensino médio incompleto também apresentaram tendência de crescimento nas prevalências de 2013 (6,6% IC95% 4,7 – 9,1%) para 2019 (10,4% IC95% 7,9 – 13,7%) (Tabela 4).

No que se refere aos indivíduos da faixa de idade de 30 a 44 anos, entre os homens não houve aumento estatisticamente significativo no beber pesado para nenhuma categoria de grau de escolaridade. Já entre as mulheres, aumentos significativos nas prevalências do hábito de beber pesado do ano de 2013 para 2019 foram encontradas em todas as categorias de escolaridade, com a razão de prevalência mais significativa ocorrendo entre as que tinham ensino médio completo, ensino superior incompleto ou superior completo ou mais (Tabela 5).

Tabela 3. Razões de prevalência estimadas pela regressão de Poisson multivariada do beber pesado segundo sexo, faixa etária, grau de escolaridade, cor da pele/raça e estado civil nos anos 2013 e 2019. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

Características sociodemográficas		2013			2019		
		RP	IC95%	p*	RP	IC95%	p*
Sexo	Masculino	2,4	2,1 – 2,6	< 0,001	1,8	1,7 – 2,0	< 0,001
	Feminino	1,0	-	-	1,0	-	-
Faixa Etária (anos)	18 a 29	2,5	1,9 – 3,3	< 0,001	2,1	1,8 – 2,5	< 0,001
	30 a 44	2,6	2,0 – 3,3	< 0,001	2,3	1,9 – 2,7	< 0,001
	45 a 59	2,4	1,8 – 3,0	< 0,001	1,9	1,6 – 2,3	< 0,001
	60 e mais	1,0	-	-	1,0	-	-
Grau de escola-ridade	Sem instrução/fundamental incompleto	1,2	1,0 – 1,4	0,008	1,0	0,9 – 1,2	0,497
	Fundamental completo/médio incompleto	1,1	1,0 – 1,3	0,105	1,2	1,1 – 1,4	0,005
	Médio completo/superior incompleto/superior completo ou mais	1,0	-	-	1,0	-	-
Cor da pele/raça	Branca	0,6	0,5 – 0,7	< 0,001	0,9	0,8 – 1,0	0,018
	Parda	0,8	0,6 – 0,9	< 0,001	0,9	0,8 – 1,0	0,100
	Preta	1,0	-	-	1,0	-	-
Estado civil	Solteiro(a)	1,8	1,6 – 2,0	< 0,001	1,8	1,6 – 2,1	< 0,001
	Separado/divorciado(a)	1,8	1,4 – 2,2	< 0,001	1,6	1,3 – 2,0	< 0,001
	Viúvo(a)	0,8	0,5 – 1,2	0,283	0,8	0,6 – 1,1	0,163
	Casado(a)	1,0	-	-	1,0	-	-
Situação [§]	Urbana	1,6	1,4 – 1,9	< 0,001	1,7	1,5 – 1,9	< 0,001
	Rural	1,0	-	-	1,0	-	-

*p < 0,05 estimado pela regressão de Poisson multivariada levando em consideração todas as variáveis; [§]Situação de localização geográfica do domicílio de residência do indivíduo; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4. Comparação das prevalências e razões de prevalência de beber pesado segundo grau de escolaridade por sexo para indivíduos de 18 a 29 anos de idade nos anos de 2013 e 2019. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

S	G [#]	2013				2019				t [§]
		n	%	IC95%	RP	n	%	IC95%	RP	
M	1	254	16,3	13,0 – 20,3	1,9*	215	14,4	11,0 – 18,6	1,5*	0,463
	2	183	9,3	7,1 – 12,1	1,1	352	15,0	12,0 – 18,5	1,6*	0,006
	3	361	8,4	7,1 – 10,0	-	571	9,7	8,0 – 11,6	-	0,279
	T	798	10,2	9,1 – 11,5	-	1.138	11,7	10,3 – 13,2	-	0,135
F	1	96	8,0	5,5 – 11,5	1,5	94	9,0	6,7 – 11,8	1,1	0,619
	2	112	6,6	4,7 – 9,1	1,2	193	10,4	7,9 – 13,7	1,3	0,039
	3	271	5,4	4,4 – 6,6	-	556	7,9	6,8 – 9,2	-	0,003
	T	479	6,1	5,1 – 7,1	-	843	8,5	7,5 – 9,6	-	0,001
T	1	350	12,7	10,4 – 15,4	1,9*	309	12,1	9,9 – 14,9	1,4*	0,759
	2	295	8,0	6,6 – 9,8	1,2	545	13,0	10,9 – 15,3	1,5*	< 0,001
	3	632	6,8	6,0 – 7,7	-	1.127	8,7	7,7 – 9,8	-	0,005
	T	1.277	8,1	7,4 – 8,9	-	1.981	10,1	9,2 – 11,0	-	0,001

M: masculino; F: feminino; T: total; [#]Grau de escolaridade (1: sem instrução/fundamental incompleto; 2: fundamental completo/médio incompleto; 3: médio completo/superior incompleto/superior completo ou mais; T=total); [§]t: Teste de amostras independentes (valor de p); *p < 0,05 estimado pela regressão de Poisson; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%

Tabela 5. Comparação das prevalências e razões de prevalências de beber pesado segundo grau de escolaridade por sexo para indivíduos de 30 a 44 anos de idade nos anos de 2013 e 2019. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

S	G [#]	2013				2019				t [§]
		n	%	IC95%	RP	n	%	IC95%	RP	
M	1	361	12,4	10,5 – 14,5	1,5*	410	12,5	10,7 – 14,5	1,2	0,954
	2	146	11,7	9,2 – 14,6	1,4*	259	13,2	10,9 – 16,0	1,3*	0,409
	3	379	8,5	7,3 – 9,9	-	770	10,4	9,1 – 11,8	-	0,058
	T	886	10,3	9,3 – 11,4	-	1.439	11,3	10,4 – 12,4	-	0,149
F	1	122	4,4	3,5 – 5,4	1,2	223	7,3	5,9 – 9,1	1,2	0,002
	2	78	5,6	3,9 – 7,8	1,5*	155	8,6	6,7 – 11,1	1,5*	0,042
	3	211	3,7	3,1 – 4,5	-	547	5,9	5,2 – 6,7	-	< 0,001
	T	411	4,2	3,7 – 4,8	-	925	6,6	5,9 – 7,3	-	< 0,001
T	1	483	8,5	7,4 – 9,7	1,5*	633	10,0	8,8 – 11,3	1,3*	0,081
	2	224	8,4	6,9 – 10,2	1,5*	414	11,0	9,4 – 12,8	1,4*	0,034
	3	590	5,8	5,2 – 6,6	-	1.317	7,9	7,2 – 8,7	-	< 0,001
	T	1.297	7,0	6,5 – 7,6	-	2.364	8,8	8,2 – 9,5	-	< 0,001

M: masculino; F: feminino; T: total; [#]Grau de escolaridade (1: sem instrução/fundamental incompleto; 2: fundamental completo/médio incompleto; 3: médio completo/superior incompleto/superior completo ou mais; T=total); [§]t: Teste de amostras independentes (valor de p); *p < 0,05 estimado pela regressão de Poisson; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

No presente artigo, foi perceptível um aumento no comportamento de beber pesado em toda população e, principalmente, nas faixas de idade mais jovens. A PNS revelou maiores prevalências do beber pesado entre os solteiros, com baixa escolaridade, de cor de pele preta e residentes de áreas urbanas. Neste estudo, destacaram-se as altas prevalências de beber pesado entre os indivíduos nas faixas de idade mais jovens (18 a 29; 30 a 44 anos) e de baixa escolaridade. É importante notar o crescimento significativo do beber pesado entre as mulheres, sobretudo na faixa de 30 a 44 anos.

Ainda que a maioria dos estudos no contexto brasileiro utilize o indicador de *binge drinking* para representar o consumo abusivo episódico de álcool¹⁷, os dados da PNS apontam que o consumo abusivo e frequente, o beber pesado (*heavy drinking*), ocorre em proporção considerável, principalmente em grupos populacionais específicos. O uso crônico e pesado de álcool está associado a vários tipos de problemas de saúde, incluindo a mortalidade prematura¹⁸. Mundialmente, a cirrose hepática pelo uso crônico de álcool é responsável por 0,9% do total de mortes e 47,9% das mortes relacionadas à cirrose¹⁹.

O estudo de Portugal et al.⁸ mostrou que a carga do álcool impacta mais as faixas etárias jovens, enquanto o problema da cirrose se manifesta mais tardiamente na vida (na faixa dos 45-59 anos), indicando que o uso precoce de álcool é um dos fatores preditores mais relevantes de problemas de saúde posteriores^{8,20,21}. De acordo com um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o uso de álcool nas Américas, existem evidências suficientes para compreender que os danos causados pelo consumo pesado de álcool crescerão significativamente se nada for feito para eliminar o hábito de beber pesado entre as faixas etárias mais jovens, atualmente²². Nesse contexto, os achados deste estudo indicam a necessidade de enfatizar as políticas de redução do consumo precoce de álcool dos adultos jovens brasileiros.

Os resultados aqui encontrados mostraram a predominância do sexo masculino no comportamento de beber pesado, corroborando padrões já encontrados na literatura²³. Estudo de revisão discute que as diferenças no hábito de beber pesado por sexo podem ser motivadas por fatores culturais, que estão relacionados com o papel social do homem e da mulher na sociedade, o que poderia justificar um maior consumo, em geral, pelo sexo masculino²⁴. Contudo existem indícios que esse padrão esteja se modificando no que diz respeito ao aumento no uso frequente e pesado de álcool por mulheres²⁵.

Na comparação dos dados da PNS 2013 com 2019, fica evidente o aumento no hábito de beber pesado na população brasileira, de maneira geral, em concordância com estudo realizado na Noruega, que acompanhou as mudanças nos padrões de consumo de álcool ao longo de vinte anos²⁶. No presente artigo, mostrou-se que o crescimento do beber pesado foi fortemente influenciado pelas mudanças no comportamento do beber pesado entre as mulheres. É importante chamar a atenção sobre o aumento da prevalência do hábito de beber pesado crônico entre as mulheres, uma vez que as diferenças por sexo são marcadas pela maior gravidade nos déficits funcionais²⁵. A menor quantidade de água no organismo

e o menor número de enzimas responsáveis pela metabolização do etanol no organismo feminino são fatores fisiológicos que devem ser considerados quando analisamos o aumento de consumo de bebida alcoólica pelas mulheres e abordamos as estratégias de redução²⁷.

Os dados da PNS evidenciam que os solteiros e divorciados têm maior prevalência do hábito de beber pesado do que os indivíduos que vivem com companheiros(as). O álcool, sendo uma droga lícita relacionada ao relaxamento e à sociabilidade, é mais consumido entre as pessoas que não são casadas, corroborando os resultados de Spindola e colaboradores²⁸. O abuso frequente que ocorre em festas, bares e casas noturnas (incluindo eventos denominados como “baladas” pelos jovens) é de grande preocupação, principalmente no que diz respeito às consequências nocivas para a saúde dessas pessoas^{29,30}.

Os achados apresentam evidências claras do beber pesado entre os adultos jovens com baixo nível de escolaridade, para o qual a prevalência alcançou 16,1%, no ano de 2013, e 14,4%, em 2019. Esses resultados corroboram um estudo realizado no Equador que mostrou que quanto menor a condição socioeconômica do indivíduo há uma maior probabilidade deste se tornar um consumidor abusivo e frequente de álcool³¹. Em outro estudo realizado no Japão em 2019, apontou-se que a educação e a renda foram associadas de forma diferenciada aos padrões de consumo de álcool. Entre homens que viviam em moradias comunitárias, revelou-se que aqueles com baixa escolaridade tinham riscos maiores de beber pesado³².

No que diz respeito às prevalências elevadas do beber pesado observadas no recorte por raça/cor preta, é necessário discutir a exclusão social que permeia esse grupo. Como sugerido previamente, a adoção de comportamentos não saudáveis pode ser influenciada pela questão da discriminação racial³³. Outra hipótese explicativa está na herança colonial associada historicamente ao negro na produção da cana-de-açúcar, que pode contribuir para o hábito do beber pesado nesse grupo populacional³⁴.

Um relatório atualizado da Carga Global de Doenças (GBD) sobre fatores de risco apontou que o uso de álcool era o fator que mais influenciava os anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (DALY), em 1990, e permanecia na primeira posição em 2019, nas faixas de idade de 25 a 49 anos³⁵. No Brasil, o consumo de álcool manteve a sexta posição no *ranking* de fatores de risco que contribuem para o número total de DALYs, considerando todas as faixas de idade, com um aumento de 3,6% no período de 2009 a 2019³⁶. Outro relatório do GBD mostrou a necessidade de se aprofundar a questão da regulação e das tributações da substância para que os transtornos relacionados ao consumo de álcool diminuam para níveis menos prejudiciais³⁷. Ademais, estudo sobre avaliações comparativas de risco mostrou que a maior parte das doenças mantinha relações monotônicas com o volume de álcool consumido, ou seja, quanto maior a quantidade de álcool ingerida, maior o risco de doença ou morte³⁸.

Segundo a OMS, por não existir um nível seguro para o consumo do álcool, o ideal é evitar o consumo, de maneira geral, da substância visando diminuir os efeitos negativos do álcool na sociedade³⁹. Os programas de prevenção e incentivo à moderação devem ser direcionados principalmente para esses grupos específicos, como no caso dos adultos jovens, que até os 25 anos estão em processo de desenvolvimento cerebral, e principalmente entre as mulheres jovens, levando em consideração diversos aspectos que as tornam mais

vulneráveis aos danos relacionados ao beber pesado^{25,40}. O consumo de álcool em demasia, além de estar relacionado a diversos agravos de saúde, não prejudica apenas a pessoa que consome, sendo necessária a redução geral do consumo *per capita* em toda população para prevenção desses danos⁴¹.

Os resultados deste estudo mostram a necessidade de considerar o hábito de beber pesado como um fator de risco à saúde da população brasileira e a urgência em adotar estratégias para a sua diminuição⁴², reforçando a necessidade de melhoras na política de rotulagem e limitação da produção, comercialização e distribuição⁴³. O aumento do beber pesado, principalmente nos grupos populacionais de adultos jovens e entre aqueles com baixa escolaridade, indicam que é imprescindível estimular medidas educacionais visando prevenir o uso frequente e abusivo do álcool na juventude para evitar a dependência crônica durante a vida, que pode impactar diretamente os anos de vida perdidos por incapacidade (DALY) e a mortalidade prematura.

Entre as limitações deste estudo, cita-se que, apesar da utilização de uma amostra grande em ambas as edições da PNS, não foi possível realizar a análise do beber pesado em alguns recortes populacionais, formados por cruzamentos de variáveis de interesse, por exemplo, idosos por grau de escolaridade. Além disso, o tipo da bebida alcoólica também não foi especificado na PNS. Pela natureza transversal deste estudo, deve-se considerar que a temporalidade e a causalidade podem ficar comprometidas⁴⁴. Por fim, adotou-se, neste trabalho, o critério do CDC para definir o comportamento de beber pesado. Outras escalas de consumo de álcool^{45,46} que incluem perguntas sobre a frequência e o número de doses ingeridas por semana em seu questionário podem ser usadas para construir o mesmo indicador aqui utilizado. Contudo a maneira de perguntar pode afetar os resultados⁴⁷.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Szwarcwald CL, Morais Neto OL, et al. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo dois inquéritos nacionais de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 214-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060019>
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Gazal-Carvalho C, Monteiro RA, Morais Neto OL, et al. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciê Saúde Colet* 2009; 14(5): 1789-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500020>
4. Damacena GN, Malta DC, Boccolini CS, Souza-Júnior PRB, Almeida WS, Ribeiro LS, et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. *Ciê Saúde Colet* 2016; 21(12): 3777-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015>
5. Malta DC, Morais-Neto OL, Silva-Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* 2011; 20(4): 425-38. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>
6. Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(Supl. 1): 61-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050006>
7. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013; 108(9): 1562-78. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12231>

8. Portugal FB, Campos MR, Carvalho JR, Flor LS, Schramm JMA, Costa MFS, et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. *Ciêns Saúde Colet* 2015; 20(2): 491-501. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.01142014>
9. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(Supl. 1): 217-32. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>
10. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha; 2009.
11. Castilho E, Goldbaum M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais [editorial]. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 1): 1s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.201705100supl1ed>
12. Souza-Jr PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL, et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 207-16. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fact Sheets - Preventing Excessive Alcohol Use 2019 [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [acessado em 4 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/prevention.htm>
15. Lee S, Davis WW, Nguyen HA, McNeel TS, Brick JM, Flores-Cervantes I, et al. Examining trends and averages using combined cross-sectional survey data from multiple years. CHIS Methodology Paper [Internet]. 2007 [acessado em 14 dez. 2020]. Disponível em: https://healthpolicy.ucla.edu/chis/faq/Documents/paper_trends_averages.pdf
16. Stata Statistical Software [computer program]. Version 14.0. College Station: StataCorp LP; 2015.
17. Souza e Souza LP, Miranda AES, Hermsdorff HHM, Silva CSO, Barbosa DA, Bressan J, et al. Consumo pesado episódico de álcool e excesso de peso em adultos brasileiros - Projeto CUME. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(Supl. 1): e20190316. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0316>
18. Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Chan G, Del Boca F, Chartier K. Subtypes of Alcohol Dependence and 36-Year Mortality. *Alcohol Clin Exp Res* 2020; 44(8): 1658-65. <https://doi.org/10.1111/acer.14398>
19. Caputo F, Testino G. Orthotopic liver transplantation for patients with end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: a concise review. *Minerva Chir*. 2021. <https://doi.org/10.23736/S0026-4733.20.08685-X>
20. Best LM, Wardell JD, Tyndale RF, McPhee MD, Le Foll B, Kish SJ, et al. Association of the Fatty Acid Amide Hydrolase C385A Polymorphism With Alcohol Use Severity and Coping Motives in Heavy-Drinking Youth. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021; 45(3): 507-17. <https://doi.org/10.1111/acer.14552>
21. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 647-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000044>
22. OPAS. Regional status report on alcohol and health in the Americas [Internet]. OPAS; 2015 [acessado em 5 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Alcohol-Report-Health-Americas-2015.pdf>
23. Sandoval GA, Monteiro MG, De Pinho Campos K, Shield K, Marinho F. Sociodemographics, lifestyle factors and health status indicators associated with alcohol consumption and related behaviours: a Brazilian population-based analysis. *Public Health* 2020; 178: 49-61. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.011>
24. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156: 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
25. Fama R, Le Berre AP, Sullivan EV. Alcohol's Unique Effects on Cognition in Women: A 2020 (Re)view to Envision Future Research and Treatment. *Alcohol Res* 2020; 40(2): 3. <https://doi.org/10.35946/arc.v40.2.03>
26. Bratberg GH, Wilsnack SC, Wilsnack R, Håvås Haugland S, Krokstad S, Sund ER, et al. Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984-2008), The HUNT Study, Norway. *BioMed Central* 2016; 16: 723. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3384-3>
27. National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA). Alcohol Alert no. 72 - Alcohol metabolism: an update [Internet]. NIAAA; 2007 [acessado em 14 fev. 2020]. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa72/aa72.htm>
28. Spindola T, Araújo ASB, Brochado EJ, Marinho DFS, Martins ERC, Pereira TS. Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual. *Enferm Glob* 2020; 19(58): 109-40. <http://dx.doi.org/eglobal.382061>
29. Sanchez ZM, Ribeiro KJ, Wagner GA. Binge Drinking Associations with Patrons' Risk Behaviors and Alcohol Effects after Leaving a Nightclub: Sex Differences in the "Balada com Ciência" Portal Survey Study in Brazil. *PLoS One* 2015; 10(8): e0133646. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133646>

30. Carlini C, Andreoni S, Martins SS, Benjamin M, Sanudo A, Sanchez ZM. Environmental characteristics associated with alcohol intoxication among patrons in Brazilian nightclubs. *Drug Alcohol Rev* 2014; 33(4): 358-66. <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12155>
31. Meneses K, Cisneros MV, Braganza ME. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Rev Cienc Salud* 2019; 17(2): 293-308. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938>
32. Murakami K, Hashimoto H. Associations of education and income with heavy drinking and problem drinking among men: evidence from a population-based study in Japan. *BioMed Central* 2019; 19: 420. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6790-5>
33. Borrell LN, Kiefe CI, Diez-Roux AV, Williams DR, Gordon-Larsen P. Racial discrimination, racial/ethnic segregation, and health behaviors in the CARDIA study. *Ethn Health* 2013; 18(3): 227-43. <https://doi.org/10.1080/13557858.2012.713092>
34. Simas LA. Álcool e escravos. *Estud Afro-asiát* 2003; 25(3): 607-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-546X2003000300009>
35. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1223-49. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
36. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Estimates from the Global Burden of Disease (GBD) – Brazil [Internet]. Seattle: University of Washington; 2020 [acessado em 30 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil>
37. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1204-22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
38. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016; 11(1): 37. <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0081-2>
39. World Health Organization. Q&A – How can I drink alcohol safely? [Internet]. World Health Organization; 2021 [acessado em 7 de abr. 2021]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics/q-and-a-how-can-i-drink-alcohol-safely>
40. Cipriani G, Nuti A, Carlesi C, Lucetti C, Di Fiorino M, Danti S. Categorising a problem: alcohol and dementia. *Acta Neurol Belg* 2021; 121(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s13760-020-01515-y>
41. Monteiro MG. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(1): 171-4. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100017>
42. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Nova York: Oxford University Press; 2003.
43. Trangenstein PJ, Morojele NK, Lombard C, Jernigan DH, Parry CDH. Heavy drinking and contextual risk factors among adults in South Africa: findings from the International Alcohol Control study Subst Abuse Treat Prev Policy 2018; 13(1): 43. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0182-1>
44. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology beyond the basics. Maryland: Gaithersburg; 2000.
45. Babor TF, Higgings-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.
46. Williams N. The CAGE questionnaire. *Occup Med (Lond)* 2014; 64(6): 473-4. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu058>
47. Sahker E, Arndt S. Alcohol use screening and intervention by American primary care providers. *Int J Drug Policy* 2017; 41: 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.013>

Recebido em: 24/02/2021

Revisado em: 08/05/2021

Aceito em: 10/05/2021

Contribuição dos autores: L. S. Ribeiro participou do planejamento do estudo, interpretação dos dados e elaborou a escrita do manuscrito. G. N. Damacena participou da concepção e do planejamento do estudo, da análise estatística, interpretação dos dados e contribuiu com a revisão crítica do manuscrito. C. L. Szwarcwald participou da concepção e do planejamento do estudo, da análise estatística, interpretação dos dados e contribuiu com a revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

