



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

RAFAEL FORTUNATO LISBOA ROSA

CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL EM JOVENS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS:
uma análise dos dados do VIGITEL-2020

Rio de Janeiro

2021

RAFAEL FORTUNATO LISBOA ROSA

CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL EM JOVENS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS:
uma análise dos dados do VIGITEL-2020

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadoras: Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Abelha

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Monteiro Dias

Rio de Janeiro

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

RAFAEL FORTUNATO LISBOA ROSA

**CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL EM JOVENS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS:
uma análise dos dados do VIGITEL-2020**

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 09 de julho de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Abelha (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Fernanda MonteiroDias (Coorientadora)

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Amanda de Moura Souza

IESC/UFRJ

Dedico este trabalho à Dolores Beatriz
e todos que estiveram comigo

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a gatinha por todas as vezes que a empurrei do meu colo. E a cada amigo e professor que me ajudaram nessa caminhada tão difícil. Mas nós conseguimos!

RESUMO

ROSA, Rafael Fortunato Lisboa. **Consumo excessivo de álcool em jovens nas capitais brasileiras**: uma análise dos dados do VIGITEL-2020. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: O uso de álcool por jovens tem crescido no Brasil e no mundo, sendo um tema de extrema relevância para a Saúde Coletiva. O uso nocivo de tais substâncias acarreta implicações em diversas esferas da vida do usuário, como interferência nas relações sociais, e no desempenho acadêmico e profissional. **Objetivo:** Descrever a prevalência do abuso de álcool em jovens de 18 a 24 anos residentes nas 26 capitais brasileiras e distrito federal no ano de 2020. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional que utilizou dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). O Vigitel é um inquérito realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em indivíduos adultos (com 18 anos ou mais) que possuem linha telefone fixa. No presente estudo foram avaliados os dados de 2.077 jovens com idade entre 18 a 24 anos que participaram do Vigitel no ano de 2020. A prevalência de abuso de álcool foi estimada segundo sexo, cor da pele, sexo, idade estado de saúde raça/cor da pele, anos de escolaridade e autoavaliação do estado de saúde. Todas as análises foram realizadas considerando o peso amostral utilizando software estatísticas SAS 9.4. **Resultados:** A maior parte da amostra era do sexo masculino (53,3%), com escolaridade de 9 a 11 anos de estudo (59,4%). Aproximadamente 30% dos jovens avaliaram seu estado de saúde como muito ruim/ruim ou regular. A prevalência de abuso de álcool em brancos foi de prevalência de 27,5%, e em jovens negros (pretos e pardos) a prevalência foi de quase 50%. Outro dado que chama atenção é a prevalência de abuso de álcool de 30,6% na população indígena. **Conclusão:** É necessário olhar para essa população jovem para que se diminuam as frequências de uso abusivo de álcool e prevenir doenças futuras, não se esquecendo dos subgrupos de maior risco como pretos, pardos e indígenas.

Palavras-chave: *Binge drinking*. Consumo excessivo de álcool. Vigitel. Brasil.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Uso Nocivo e Quadro de Dependência de substância	15
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população de estudo	23
Tabela 2 - Prevalência de abuso de álcool em jovens de 18 a 24 anos segundo variáveis sociodemográficas e autoavaliação do estado de saúde	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência de abuso de álcool em jovens do sexo masculino de 18 a 24 anos nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal	24
Gráfico 2 - Prevalência de abuso de álcool jovens de 18 a 24 anos do sexo feminino nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPE	Beber Pesado Episódico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISA	Centro de Informações Saúde e Álcool
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DSM-I	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização PanAmericana da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas
TUA	Transtornos por uso de álcool
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 HISTÓRIA DO ÁLCOOL NO MUNDO.....	11
1.2 EPIDEMIOLOGIA DO ÁLCOOL NO BRASIL E NO MUNDO.....	13
1.3 CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	16
1.4 BEBER PESADO EPISÓDICO	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 MÉTODOS.....	19
3.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	19
3.2 COLETAS DOS DADOS	20
3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	20
3.3.1 Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos.....	20
3.3.2 Abuso de álcool.....	21
3.3.3 Autoavaliação do estado de saúde.....	21
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool por jovens tem crescido no Brasil e no mundo, sendo um tema de extrema relevância para a Saúde Coletiva. O uso nocivo de tal substância acarreta implicações em diversas esferas da vida do usuário, como interferência nas relações sociais, e no desempenho acadêmico e profissional. No Brasil, 78,6% da população já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida e 40,3% se declarou consumidora no último ano, porcentagem inferior à das Américas e do Mundo (OMS, 2018).

Segundo Dázio, Zago e Fava (2016), a Universidade por ser um meio onde os jovens buscam alcançar seu crescimento pessoal e, vista socialmente e culturalmente como um espaço de descobertas, pode ser o primeiro contato desses jovens com a experimentação de drogas lícitas e ilícitas.

O presente trabalho tem como proposta descrever a prevalência do abuso de álcool em jovens de 18 a 24 anos residentes nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal no ano de 2020. Dessa forma, será possível descrever a magnitude do problema, bem como pensar sobre políticas públicas relacionadas a prevenção do consumo excessivo de álcool.

1.1 HISTÓRIA DO ÁLCOOL NO MUNDO

O álcool está presente na sociedade desde os seus primórdios. Os primeiros ancestrais do homem, inicialmente eram herbívoros, se alimentavam com plantas psicoativas que faziam parte da sua dieta. A utilização dessas plantas impulsionou o homem a suportar as atribulações. Os frutos dos quais se alimentavam possuía baixo teor alcoólico e este servia como estimulante para os seres vivos, associados a relação de valor nutricional e o prazer do consumo (ARAÚJO;GONÇALVES, 2006).

Com a criação da agricultura e da cerâmica, estando também fortemente ligada a religião, o álcool foi se popularizando entre os povos, pois muitos utilizavam bebidas alcoólicas em rituais e cerimônias para seus deuses ou Deus, como os celtas, gregos, romanos, egípcios e babilônios já registravam de certa forma essa produção e utilização. No Egito antigo, segundo documentos registrados em papiros, eles criaram a cerveja e o vinho, e usavam as bebidas fermentadas para erradicar as pragas das plantações, além de terem finalidades médicas ou profanas).

Com a chegada da Revolução Industrial no século XVIII ocorre comportamental dos indivíduos e mudanças demográficas em toda a Europa. É neste período que o álcool começa

ter um grande papel na vida em sociedade. A partir do século XIX as substâncias passam a ser utilizadas de modo recreativo, para o lazer. Inicialmente, as substâncias que atualmente são usadas como medicamentos, eram utilizadas como recreativos. O consumo exagerado se distanciou do discurso de controle médico, assim estando voltado para uma perspectiva de prazer e recreação. Nessas novas circunstâncias das substâncias, de instrumento de ritual a produto de consumo, começa a se ter noção de que o uso excessivo de bebida era uma doença ou desordem, acarretando novos padrões de utilização, tendo o surgimento de complicações e danos psicológicos, físicos e sociais. Desta forma, foi necessário que o Estado criasse mecanismos de controle.

Ainda no século XVIII o conceito de alcoolismo foi definido pelo psiquiatra Thomas Trotter e outro autor relevante Magnus Huss que definiu o alcoolismo crônico como o estado de intoxicação pelo álcool apresentando sintomas físicos e psíquicos. Com a Revolução Industrial, maior cenário predominante na Inglaterra do século XX, com as péssimas condições de trabalhos e grande desmotivação dos operários, estes começam a utilizar do álcool e outras substâncias para fugir do cenário que escapava, pela alta sensação de prazer e por também erradicar a sensação de fome. Entretanto, não só operários adultos utilizavam desses meios, mas como crianças e jovens que trabalhavam nas mesmas condições de trabalho desumano. Desta forma, tendo-se grande problema de saúde, pois este meio de utilização abusiva do álcool começa a interferir nas relações sociais e físicas dos indivíduos (ARAÚJO; GONÇALVES, 2016).

Na segunda metade do século XX, o sistema de classificação, pela necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, passa por mudanças e começa a considerar os problemas com o álcool e outras drogas que não envolviam adicção ou dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). O conceito de alcoolismo passou a ser considerado quando o usuário apresentasse sintomas como tolerância, perda do controle e abstinência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Segundo Martinhago e Capone (2019), na segunda metade do século XX surgiu a necessidade de organizar os sistemas de diagnósticos de forma que houvesse uma padronização terminológica do que seria a patologia e a normalidade. No ano de 1952 com a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) o alcoolismo passou a ser tratado como doença. Atualmente, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID), em sua décima versão publicada em 2003, o alcoolismo se encontra no Capítulo V (Transtornos Mentais e Comportamentais) e seus agravos decorrentes podem representados nas categorias referentes F10 a F19.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DO ÁLCOOL NO BRASIL E NO MUNDO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2015), estima que 22% da população latino-americana ingere cerca de 5 ou 6 doses de álcool em uma única ocasião no período de trinta dias, enquanto a média mundial é de 16%. De acordo com dados coletados pela OPAS em um relatório divulgado em julho de 2015, o Brasil está em 3º lugar no índice de mortalidade atribuível ao álcool entre homens (74 por 100 mil habitantes) e em 11º lugar entre mulheres (12 por 100 mil habitantes), caracterizando essa realidade como um problema sério.

Outro dado igualmente alarmante coletado pela OPAS, a cada 100 mil mortes, 12,2 poderiam ser evitadas se não houvesse consumo de álcool. Por ano, o álcool aparece na causa de morte de 80 mil pessoas nas Américas. O Brasil tem a quinta maior taxa. Estima-se que o Brasil gaste, anualmente, 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) com tratamento e assistência social relacionados ao seu uso.

Por conta dos atravessamentos sociais e diversos desdobramentos relativos à saúde, o uso excessivo de álcool contribui para o aparecimento de cerca de mais de 200 doenças, incluindo lesões, alguns tipos de câncer, infecções - como HIV - e transtornos mentais (OPAS, 2015). De acordo com o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) “em 2010, as três principais causas de adoecimento relacionadas ao álcool foram cirrose hepática, transtornos por uso de álcool (TUA) e violência interpessoal” (STATUS..., [2020?], on-line).

Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas, que estabelece diretrizes para o cuidado dos usuários. No presente documento consta a Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a) que define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo ‘Centros de Atenção Psicossocial – CAPS’, incluídos aqui os CAPSad voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas.

A política atual define estratégias específicas para o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, assim preconizando a reabilitação e reinserção social, o que levou o Ministério da Saúde a criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, via Portaria GM nº 816 de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002b), que leva em consideração a complexidade dos diferentes níveis de organização localizados nos estados e no Distrito Federal, e as variações de incidências relacionadas a transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, o ministério então cria 250 CAPSad. Considerando o fortalecimento da rede de atenção primária centrada na atenção comunitária, a política também reafirma a

necessidade da atenção integral aos usuários, a redução de danos, a prevenção, promoção e proteção da saúde dos consumidores de álcool e outras drogas e a intersetorialidade das ações.

O Guia de Referência Rápida da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, caracteriza o uso como recreativo/ocasional, habitual, nocivo ou dependência. O uso recreativo/ ocasional refere-se à experimentação, ao uso lúdico, sem provocar prejuízos ao cotidiano da vida da pessoa, com a droga representando um objeto de prazer. O uso habitual associa a droga a um lugar especial na vida do sujeito, podendo ser consumida diariamente. Ela pode tanto fazer parte da sua vida, não oferecendo prejuízos, como também demonstrar que algo não vai bem, podendo o usuário não investir mais em seus interesses, havendo perdas afetivas e materiais (RIO DE JANEIRO, 2016).

O consumo nocivo é definido como aquele capaz de gerar algum problema social e/ou de saúde ao indivíduo e/ou a terceiros (LARANJEIRA *et al.*, 2007). O padrão nocivo não está relacionado com a quantidade ingerida, sendo possível consumir substâncias sem que isso traga prejuízo à saúde ou a qualidade de vida. Então é necessário que as equipes sempre investiguem o padrão de consumo dos usuários, pois assim é possível perceber a gravidade e observar rituais de uso, sendo importante evitar perguntas genéricas com respostas de sim ou não, e estabelecer estratégias de mudanças.

No entanto, a linha divisória entre um consumo de baixo risco e o uso nocivo com graves consequências 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 (LARANJEIRA *et al.*, 2007). De acordo com a CID 10, a distinção entre uso nocivo e um quadro de dependência em relação a uma substância é feita de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Uso Nocivo e Quadro de Dependência de substância

CLASSIFICAÇÃO		
	Uso Nocivo de Substâncias	Quadro de Dependência
Critérios	O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos.	<p>O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes itens são experienciados ou manifestados durante o último ano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância; 2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo; 3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; 4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; 5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos; 6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Segundo o Centro de Informações Saúde e Álcool (CISA,2020) fatores individuais como sexo, massa corporal, altura, herança genética e fatores ambientais tais como desenvolvimento econômico, disponibilidade de bebidas abrangência de implementação de políticas públicas, influenciam no abuso e danos relacionados ao consumo do álcool.

De acordo com o relatório global sobre álcool e saúde da OMS, realizado em 2018, o consumo mundial per capita foi de 6,4L de álcool puro. Ainda segundo o mesmo relatório, no Brasil há 40,3% de bebedores atuais, 38,3% de ex-bebedores e 21,4% são abstinente ao longo da vida, ou seja, não tiveram contato com álcool. Comparado com dados das Américas e do globo temos que nas Américas há 54,1% de bebedores atuais e no mundo 43,0%; 29,0% e 12,5% de ex-bebedores e 16,9% e 44,5% de abstinente durante a vida. Quando comparamos os números do Brasil com as Américas e o Mundo, observa-se que o Brasil se aproxima do consumo global. E é o de maior número de ex-bebedores.

A distribuição do consumo de álcool registrado por tipo de bebida, sendo no Brasil 61,8% por cerveja enquanto nas américas e no mundo são de 53,9% e 34,3% respectivamente. O consumo de destilados no mundo lidera com 44,8% enquanto na América e no Brasil são de 31,7%.

1.3 CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Ingressar na universidade é um marco de uma grande passagem na vida para muitos jovens e é também uma mudança, uma vez que o espaço da universidade pode ser culturalmente encarado como um lugar onde se tem mais liberdade e novas opiniões são formadas. Os jovens veem na universidade a chance de crescimento pessoal e acabam entrando em contato com álcool e outras drogas (DÁZIO; ZAGO; FAVA, 2016).

Segundo panorama feito pela CISA (ANDRADE, 2020) jovens (de 20 a 24 anos), observa-se nos jovens de 20 a 24 anos uma prevalência de consumo semelhante ou, por vezes, mais frequente do que na população em geral. Isso também se estende ao BPE (beber pesado episódico) nessa idade, mais prevalente e frequente quando comparado à população em geral. Com exceção da região do Mediterrâneo Oriental, todos os índices de prevalência de BPE entre os bebedores são altos na adolescência e na idade adulta — em torno de 45% a 55%. (OMS, 2018). Essa idade coincide, em geral, com o período em que se frequenta a universidade. Pesquisas apontam que o uso de álcool é maior entre universitários do que em grupos de não universitários da mesma idade (JOHNSTON *et al.*, 2012).

Alguns pontos são apontados pelo Panorama de álcool e saúde (ANDRADE, 2020) como motivações que levam os jovens a beber:

- Comportamento de assumir riscos e testar limites (típico dos adolescentes), que pode incluir o consumo de álcool.
- Pressão social e aceitação pelo grupo de amigos, que influencia expectativas sobre os efeitos do álcool. O exemplo dos pais e familiares também influencia.
- Percepção equivocada de que é normal e aceitável beber com frequência e em quantidades exageradas.

1.4 BEBER PESADO EPISÓDICO

O *Binge drinking* ou BPE (Beber Pesado Episódico) é considerado um padrão de uso que equivalente a 60 gramas ou mais (cerca de 5 doses ou mais) de álcool puro em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, associado a diversos problemas agudos, como acidentes e violência (OMS, 2018). Dados do SENAD (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010) apontam que quase 90% dos universitários já beberam ao menos uma vez na vida, sendo que 54% experimentaram antes dos 16 anos e 25% relataram BPE. De acordo com o levantamento do CISA (ANDRADE, 2020) sobre uso de álcool por universitários: 43,8% adquirem em festas, 17,8% com os amigos, 9,4% com alguém da família, 5,4% outro modo, 3,8% em casa sem permissão, 3,8% dando dinheiro a alguém que comprou e 1,6% com um vendedor de rua.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência do abuso de álcool em jovens de 18 a 24 anos residentes nas 26 capitais brasileiras e distrito federal no ano de 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a prevalência do abuso de álcool segundo sexo e nas 26 capitais brasileiras e distrito federal no ano de 2020;
2. Descrever a prevalência do abuso de álcool segundo variáveis sociodemográficas e autoavaliação do estado de saúde no ano de 2020.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que utilizou dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O Vigitel é um inquérito realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em indivíduos adultos (com 18 anos ou mais) que possuem linha telefônica fixa. O inquérito foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2019).

O processo de amostragem dos participantes Vigitel é feito em dois estágios. A primeira etapa da amostragem consiste no sorteio de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade. Esse sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas. Já a segunda etapa consiste no sorteio de um dos adultos (≥ 18 anos de idade) residente no domicílio sorteado. Essa etapa é executada após a identificação, entre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema. Não são elegíveis para o sistema as linhas que: correspondem a empresas; não mais existem ou se encontram fora de serviço; além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.

O peso atribuído inicialmente a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel em cada uma das 26 capitais e no Distrito Federal leva em conta dois fatores: o primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado. Esse fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra; e o segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado. Este corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra.

No presente estudo foram avaliados os dados de 2.077 jovens com idade entre 18 a 24 anos que participaram do Vigitel no ano de 2020.

3.2 COLETAS DOS DADOS

A coleta de dados é realizada por meio de um questionário telefônico por uma empresa especializada com uma equipe de 32 entrevistadores, 2 monitores, 2 supervisores e 1 coordenador geral – que receberam treinamento prévio e foi supervisionada, por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde (Nupens/USP), do Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Ambiente Alimentar e Saúde (Geppaas/UFMG) e por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). A coleta de dados foi realizada no período entre janeiro e dezembro de 2020.

3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.3.1 Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos

IDADE

A idade foi investigada utilizando a seguinte pergunta: “*Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 15 ”)*”. No presente estudo foi utilizada a faixa de idade de 18 a 24 anos.

SEXO

Para sexo biológico é feita a pergunta: Masculino ou feminino?

ESCOLARIDADE

A escolaridade foi avaliada a partir da seguinte pergunta: Até que grau e qual a última série (ano) o sr (a) completou? Para o presente estudo a escolaridade foi classificada em três categorias segundo anos de estudo: de zero a 8 anos, de 9 a 11 anos, ou 11 anos ou mais.

COR DA PELE

A cor da pele foi avaliada segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da seguinte questão: *A sua cor ou raça é: Branca; Preta ;Amarela ; Parda ou Indígena?*

3.3.2 Abuso de álcool

O consumo abusivo de álcool foi caracterizado pela ingestão de 5 ou mais doses de bebida alcoólica(homens) ou quatro ou mais doses de bebida alcoólica (mulheres) em uma única ocasião pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Esta informação foi obtida a partir de duas perguntas específicas para cada sexo: “*Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?*” para homens ou “*Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?*” para mulheres, considerando uma dose de bebida alcoólica uma lata de cerveja, uma taça de vinho, ou uma dose de cachaça, uísque ou outra bebida destilada. As opções de respostas disponíveis foram *Sim* ou *Não*.

3.3.3 Autoavaliação do estado de saúde

A autoavaliação do estado de saúde é feita a partir da seguinte pergunta: “*O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?*”. No presente estudo esta variável foi classificada em 3 categorias : *muito bom/bom; regular; ruim/muito ruim*.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As frequências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, raça/cor da pele)e autoavaliação do estado de saúde foram estimadas para toda a amostra.

A prevalência de abuso de álcool foi estimada segundo sexo, raça/cor da pele, anos de escolaridade e autoavaliação do estado de saúde. Todas as análises foram realizadas considerando o peso amostral utilizando software estatísticas SAS9.4.

4 RESULTADOS

A maior parte da amostra era do sexo masculino (53,3%), com escolaridade de 9 a 11 anos de estudo (59,4%). Aproximadamente 30% dos jovens avaliaram seu estado de saúde como muito ruim/ruim ou regular (Tabela 1).

No Brasil, a prevalência de abuso de álcool em jovens de 18 a 24 foi de aproximadamente 25 %. A prevalência do abuso de álcool foi maior em homens (25,6%), porém chama atenção que este valor foi bem próximo ao encontrado em mulheres (24,1%) (Tabela 2). Para o sexo masculino, as cinco capitais com maior prevalência de uso abusivo de álcool foram: Florianópolis (43,7%), Salvador (43,2%), Distrito Federal (39,0%), Palmas (37,5%) e Goiânia (34,8%). Um total de 12 capitais apresentam valores de prevalência de álcool acima da média nacional (Gráfico 1). Já para o sexo feminino, as 5 capitais com maior uso abusivo de álcool foram: Porto Alegre (53,14), Natal (46,85), Curitiba (43,34), Goiânia (37,02) e Campo Grande (31,34). Entre as mulheres 8 capitais ficaram acima da média nacional (Gráfico 2). Nota-se que Goiânia foi a única capital que ficou entre as 5 com maior prevalência de abuso de álcool tanto para homens quanto para mulheres.

A prevalência de abuso de álcool em brancos foi de 27,5%, e em jovens negros (pretos e pardos) a prevalência foi de quase 50%. Outro dado que chama atenção é a prevalência de abuso de álcool de 30,6% na população indígena. Além disso, a prevalência de abuso de álcool aumentou segundo os níveis de escolaridade. Em relação a autoavaliação do estado de saúde, maior frequência de abuso de álcool foi encontrada em jovens com estado de saúde regular e ruim ou seja, quanto maior a prevalência de abuso, pior é o estado de saúde (Tabela 2). Vale ressaltar, as diferenças apontadas não foram estatisticamente significantes.

Tabela 1 - Características da população de estudo

Variáveis	N	Frequência (%)	Intervalo de confiança 95%
Sexo			
Masculino	1022	53,3	49,5;57,1
Feminino	1053	46,7	42,9;50,5
Cor da Pele			
Branca	720	40,2	36,3;44,0
Preta	244	13,8	10,9;16,6
Amarela	13	0,8,	0,2;1,5
Parda	1046	44,1	40,3;47,8
Indígena	31	1,2	0,3;2,1
Escolaridade (anos)			
0 a 8 anos	91	8,2	5,6;10,8
9 a 11 anos	1125	59,4	55,7;63,1
12 anos e mais	859	32,4	29,0;35,8
Autoavaliação do estado de saúde			
Muito bom/bom	1502	72,7	69,3;76,1
Regular	495	23,1	19,9;26,3
Muito ruim/ruim	75	4,2	2,7;5,9
Abuso de álcool^a			
Sim	458	25,0	21,6;28,4
Não	1617	75,0	71,6;78,4

^aConsumo de 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens em pelo menos uma vez ao longo dos trinta dias que antecederam a pesquisa.

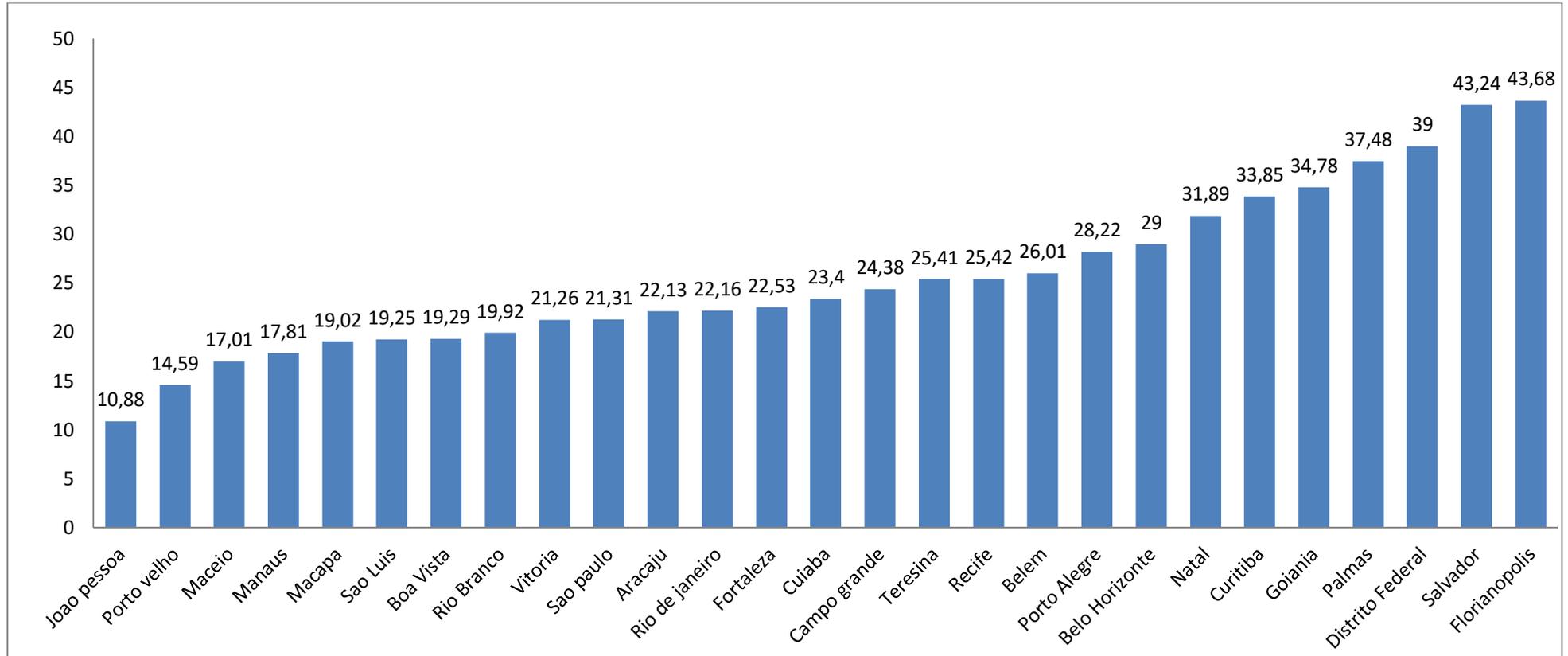
Fonte: Vigitel,(2020).

Tabela 2 - Prevalência de abuso de álcool em jovens de 18 a 24 anos segundo variáveis sociodemográficas e autoavaliação do estado de saúde

Variáveis	Abuso de álcool		
	N	Frequência (%)	Intervalo de confiança 95%
Sexo			
Masculino	265	25,6	21,1;30,5
Feminino	193	24,1	19,0;28,9
Cor da Pele			
Branca	167	27,0	20,8;33,1
Preta	72	27,5	17,8;37,2
Amarela	1	4,2	0;12,8
Parda	203	22,8	18,4;27,1
Indígena	11	30,6	3,5;57,8
Escolaridade (anos)			
0 a 8 anos	22	21,6	7,9;35,3
9 a 11 anos	237	24,5	19,9;29,1
12 anos e mais	199	26,7	21,4;31,8
Autoavaliação do estado de saúde			
Muito bom/bom	630	24,5	20,5;28,5
Regular	102	25,7	18,5;32,8
Muito ruim/ruim	24	26,2	11,5;40,8

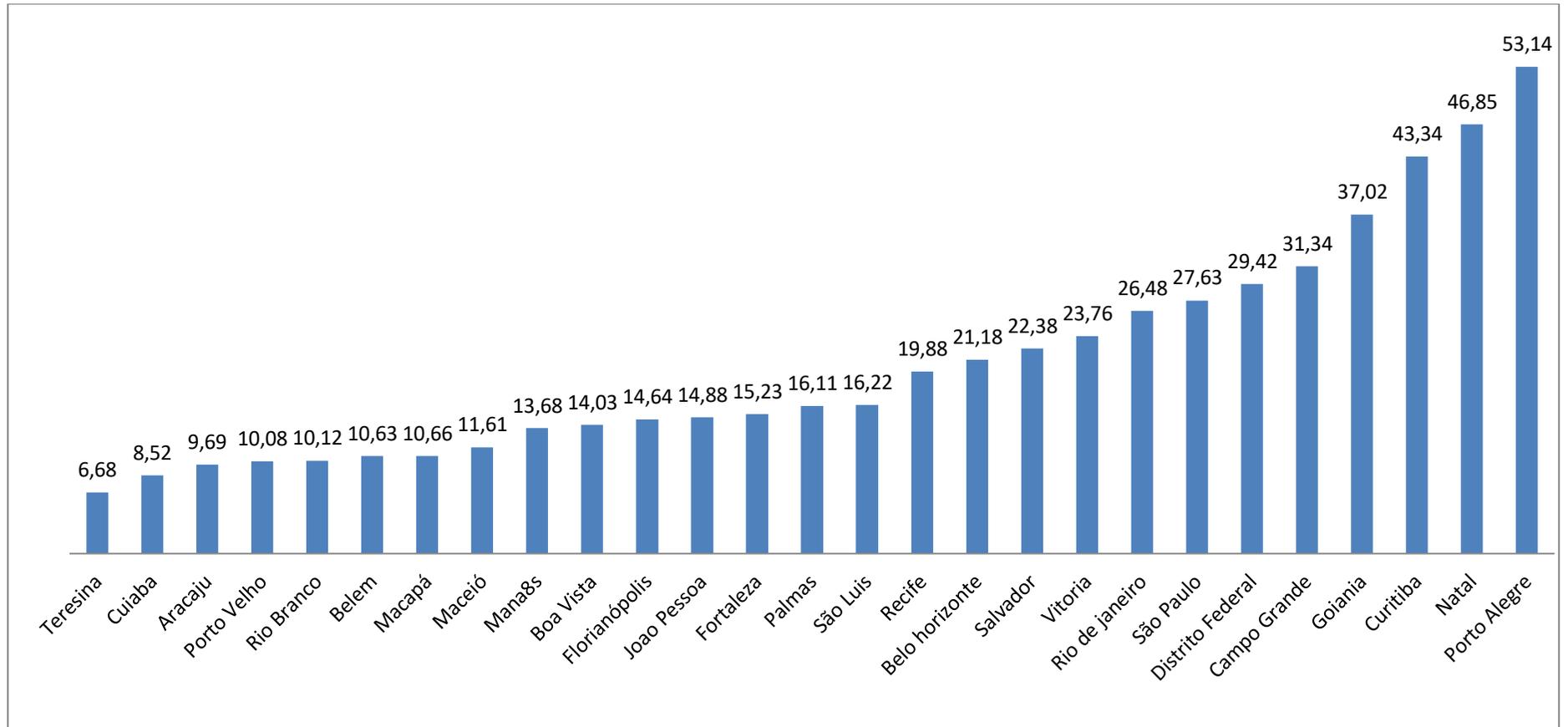
Fonte: Vigitel,(2020).

Gráfico 1 - Prevalência de abuso de álcool em jovens do sexo masculino de 18 a 24 anos nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal



Fonte: Vigitel,(2020).

Gráfico 2 - Prevalência de abuso de álcool jovens de 18 a 24 anos do sexo femininonas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal



Fonte: Vigitel,(2020).

5 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que os homens ainda lideram o consumo excessivo de álcool, embora com pouca diferença significativa para as mulheres. A literatura tem apontado que o consumo excessivo de álcool pela população femininavem aumentando enquanto o dos homens está estagnado. As mudanças nos papéis sociais de gênero e a sobrecarga gerada pela dupla jornada de trabalho das mulheres, somado a banalização do álcool como uma droga social (LARANJEIRA *et al.*, 2007), podem ser alguns dos fatores relacionados a este aumento. Segundo Silva *et al.*, (2019), além das mulheres estarem bebendo mais, também apresentam uma maior vulnerabilidade a violência, acidentes, gravidez não desejada e baixa tolerância ao álcool.

Segundo McKetta e Keys (2019), apesar da prevalência de mulheres praticando *binge drinking* ser menor que a de homens, elas demonstraram maior tendência de aumento nesse consumo nos anos de 2006 a 2018, corroborando com os achados na população jovem que também teve sua prevalência aumentada.

Destaca-se também a população preta e parda que no presente estudo somou quase 50% dos bebedores de BPE, além de serem mais suscetíveis a doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que podem ser aceleradas ou complicadas no futuro pelo consumo excessivo do álcool. Uma coorte de base populacional feita pela Universidade do Rio Grande do Sul demonstrou que indivíduos não-brancos tem mais chances de desenvolver hipertensão em decorrência do abuso de álcool somado aos fatores biológicos (COSTA *et al.*, 2004). A população preta e parda em regiões mais pobres tende a ter a escolaridade mais baixa e a consumir mais bebidas alcoólicas. Outro dado que chama a atenção na pesquisa é uma maior prevalência de consumo abusivo de álcool na população indígena. Faltam estudos que dimensionem o consumo de bebidas alcoólicas na população indígena, ocasionando, assim, limitações no desenvolvimento de ações preventivas e de propostas de trabalho adequadas à população indígena.

O maior consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres está relacionado a maior grau de escolaridade e melhores condições econômicas. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade. De acordo com Laranjeira *et al.*, (2007), o BPE é mais comum em classes de renda média e entre regiões brasileiras mais e menos desenvolvidas, tornando necessária o estudo sobre a influência de fatores sociodemográficos e culturais.

De acordo com I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de consumo de álcool na população brasileira (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010), em 2007 as regiões Norte e Sul foram as que apresentaram maior prevalência de ingestão de álcool. Resultado semelhante foi observado no presente estudo. As capitais das regiões que mais demonstraram BPE foram as da Regiões Sul. Na Região Sul encontra-se grande parte da classe A e B que são as que mais consomem bebidas alcoólicas. As diferenças entre regiões denotam os problemas sociais, econômicos e de saúde presentes no Brasil.

Segundo Laranjeira *et al.*, (2007) os fatores motivacionais para o BPE podem ser sociais e psíquicos, e podem contribuir para esse agravamento situações como o desemprego, a falta de perspectiva – especialmente entre os mais jovens – e conflitos familiares e de relacionamento.

Não podemos desconsiderar também que sintomas como ansiedade e tristeza estão relacionadas ao “sentir-se bem” com a bebida, pois o álcool é considerado uma droga depressora do sistema nervoso central e muitos bebem para se sentirem aceitos socialmente ou eliminar tais sentimentos negativos. De acordo com Laranjeira *et al.*, (2007), estar em um estado de saúde ruim pode ser um fator que motive a pessoa a consumir mais álcool. Porque no imaginário popular o álcool é uma força motivadora a ficar bem, uma bebida festiva, então muitos encontram conforto na bebida.

Aqueles que definem seu estado de saúde regular/ruim/muito ruim tendem a consumir bebida alcoólica em excesso como mostra um Inquérito feito por Pavão, Werneck e Campos (2013) sobre “Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional”

Pesquisas apontam aumento e abuso no consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia e também é considerado um risco em relação a covid-19 (OPAS, 2020). Segundo dados da OPAS (2020) o BPE é mais prevalente nos mais jovens, porém durante a pandemia, no ano de 2020, a prevalência entre os jovens entre 18-29 anos foi menor que a dos adultos acima dos 39.

Algum avanço pode ser notado quando a PNAD reconhece a Redução de Danos/RD como uma estratégia de prevenção pragmática. Em relação ao álcool, a RD compreende que “todas as pessoas que bebem estão sujeitas a riscos decorrentes do uso do álcool, muitas dessas consequências negativas ocorrendo entre pessoas que não são dependentes, mas sob efeito da bebida podem se envolver em situações de alto risco como dirigir depois de beber” (JULIÃO, 2008, p. 36).

Segundo Damacena *et al.*, (2016) jovens de 18-29 anos tendem a se envolver mais em acidentes de trânsito, sendo assim essencial que esses jovens bebedores passem pela redução de danos para diminuir riscos de acidentes e complicações futuras vindas do álcool.

A política de Redução de Danos propõe ações junto aos usuários e também de transformação do contexto. Medidas de controle da promoção do uso entre os mais jovens, da propaganda das bebidas alcoólicas que associa o beber ao sucesso, são algumas das que foram postas em prática. Mas a possibilidade de agir na oferta de bebidas, definindo-se controles protetores dos usuários, depende do nível de cidadania, de garantia de direitos que uma população tenha alcançado. As dificuldades dessas ações decorrem da força política e econômica das indústrias produtoras do álcool, muitas vezes impedindo a aprovação de medidas que contribuiriam para reduzir danos. Em relação ao ambiente onde as pessoas bebem, a redução de danos em álcool recomenda alguns cuidados no sentido de usos seguros, reduzindo os riscos da embriaguez – numa ocasião social, procurar definir o quanto irá beber e beber devagar aumentando o tempo entre uma dose e outra; alternar o consumo de bebidas alcoólicas com água, refrigerantes, sucos; não beber de estômago vazio, não beber se vai dirigir ou evitar dirigir se beber; escolher no grupo de amigos quem não vai beber naquela noite, podendo dirigir sem risco. Os donos dos estabelecimentos onde se vendem bebidas alcoólicas podem promover o treinamento de seus funcionários no sentido de maior cuidado com a clientela em situação de embriaguez (STRONACH, 2004).

Dentre as limitações do estudo destacam-se a avaliação de somente um aspecto do consumo de álcool, a avaliação somente de pessoas com telefones fixos, dado o aumento de linhas de telefone celular, e a natureza transversal do estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Saúde Brasileiro deve se preparar para cuidar de mulheres e homens alcoólatras, já que as prevalências se aproximam. Além de investir na política de redução de danos que sofre represália pela população, pois no seu imaginário as drogas serão dadas aos usuários, além da dificuldade de receber apoio do governo. A redução de danos também deve servir como prevenção do uso de drogas para esses bebedores mais jovens e de agravos na saúde em relação ao álcool.

É necessário olhar pra essa população jovem para que se diminuam as frequências de uso e prevenir doenças futuras, não se esquecendo dos subgrupos de maior risco como pretos, pardos e indígenas. Os dados apontam também a necessidade de mais pesquisas sobre a relação de gênero e álcool, assim como no impacto da pandemia de COVID 19 no ato de beber pesado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G. (org.). **Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2020**. São Paulo: CISA, 2020.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.D.; OLIVEIRA, L. G. O. (org.). **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2010.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. *In*: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BEDENDO, A. *et al.* Binge drinking: a pattern associated with a risk of problems of alcohol use among university students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2925, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1891.2925>.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/doi-e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL 2019**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002b.

COSTA, J. S. D. *et al.* Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200019>.

DAMACENA, G. N. *et al.* Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3777-3786, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015>.

DÁZIO, E. M. R.; ZAGO, M. M. F.; FAVA, S. M. C. L. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 785-791, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600011>.

FACULDADE LATINOAMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FLACSO. **Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil**: estudo com base em fontes secundárias. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: FLACSO, 2012.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, supl. 1, maio 2004.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100007>.

JOHNSTON, L. D. *et al.* **Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings**, 2011. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, University of Michigan, 2012. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED529133>. Acesso em: 24 set. 2021.

JULIÃO, A.M. Redução de danos para o álcool. *In*: NIEL, M.; SILVEIRA, D.X. (org.). **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD/UNIFESP: Ministério da Saúde, 2008. p. 35-42.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga, 2007. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em: 24 set. 2021.

LAURENTI, R. *et al.* A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 9A, p. 3-10, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130111>.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 74-91, jan./abr. 2019.

MCKETTA, S.; KEYES, K. M. Heavy and binge alcohol drinking and parenting status in the United States from 2006 to 2018: an analysis of nationally representative cross-sectional surveys. **PLoS Medicine**, v. 16, n. 11, p. e1002954, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002954>

MENDONÇA, A. K. R. H.; JESUS, C. V. F.; LIMA, S. O. Fatores associados ao consumo alcoólico de risco entre universitários da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 207-215, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170096>.

ON HABITS of intoxication as causing a type of disease. **The Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology**, v. 13, n. 18, p. 128-129, Apr. 1860.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório global sobre álcool e saúde - 2018**. Genebra: OMS, [2018].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Pesquisa da OPAS em 33 países aponta que quase metade dos entrevistados no Brasil relatou alto consumo de álcool durante a pandemia. **OPAS**, 12 nov. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-11-2020-pesquisa-da-opas-em-33-paises-aponta-que-quase-metade-dos-entrevistados-no>. Acesso em: 24 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Regional status report on alcohol and health in the Americas**. Washington, DC: PAHO 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7670>. Acesso em: 14 fev. /2019.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>.

PELICIOLI, M. *et al.* Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 150-156, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000164>.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde - SMS. **Guia de referência rápida: álcool e outras drogas. Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro: SMS, 2016. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M.; DINIZ, G. T. O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 836-847, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912214>.

STATUS do consumo de álcool nas Américas. **Clínica Prisma**, [2020?]. Disponível em: <http://www.clinicaprisma.com.br/informativos/alcoolismo/status-do-consumo-de-alcool-nas-americas>. Acesso em: 20 maio 2021.

STEFFENS, A. A. **Incidência de hipertensão arterial pelo consumo de álcool: é modificável pela raça?** 2005. 62 f. Dissertação (Mestrado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-35.