

Ísis Eloah Machado

**FATORES ASSOCIADOS E TENDÊNCIAS DE USO E ABUSO DE ÁLCOOL ENTRE
MULHERES EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
UFMG/Escola de Enfermagem
2012

Ísis Eloah Machado

**FATORES ASSOCIADOS E TENDÊNCIAS DE USO E ABUSO DE ÁLCOOL ENTRE MULHERES EM
BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dra. Deborah Carvalho Malta

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte
UFMG/Escola de Enfermagem

2012

Machado, Ísis Eloah.
M149u Fatores associados e tendências de uso e abuso de álcool entre
mulheres em Belo Horizonte [manuscrito]. / Ísis Eloah Machado. – Belo
Horizonte: 2012.
91f. : il.

Orientadora: Deborah Carvalho Malta
Coorientador: Francisco Carlos Félix Lana
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para obtenção do título de mestre.

1. Consumo de Bebidas Alcoólicas. 2. Mulheres. 3. Vigilância
Epidemiológica. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Malta, Deborah Carvalho. II.
Lana, Francisco Carlos Félix. III. Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem. IV. Título

Este trabalho é vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

*Dedico este trabalho ao meu pequeno mestre, **Arthur**, que a cada dia me ensina a ser mãe e uma pessoa melhor.*

AGRADECIMENTOS

Tenho plena consciência que este trabalho, como tudo na vida, eu não construí sozinha. Várias pessoas foram importantes para que este objetivo fosse alcançado mesmo as que somente estiveram ao meu lado durante este tempo, sem saber o que eu fazia o dia todo na escola. Assim, a escrita dos agradecimentos é uma parte difícil da dissertação, pois corro o risco de cometer alguma injustiça ao deixar mencionar nomes de pessoas que também contribuíram para o trabalho.

Agradeço especialmente ao **Prof. Francisco Carlos Félix Lana**, meu coorientador, que acreditou no meu potencial e iniciou a me orientar desde antes da minha entrada no mestrado, quando me apresentou à Prof^a. Deborah, compartilhando um pouco da sua sabedoria e me presenteando com a agradável convivência.

À **Prof^a. Deborah Carvalho Malta**, pela riquíssima orientação, os ensinamentos, a paciência, e o empenho para que a distância não fosse um empecilho para que pudéssemos desenvolver um bom trabalho.

À **Mariana**, pelo auxílio com as análises e pela amizade.

Aos orientandos do Prof. Francisco, especialmente, **Ana Paula, Angélica, Fabiana, Fernanda e Amanda**, de quem estive mais próxima, pelas trocas de conhecimentos, apoio e amizade.

Aos colegas de turma **Pollyana, Ana Luísa, Luciana, Juliana e Lucas**, por tornarem as aulas, trabalhos e discussões mais prazerosas, e transformarem-se em verdadeiros amigos.

À **Turma do Café Filosófico, Camila, Negão, Marcelo, Bia, Biscoito, e demais participantes**, pelas riquíssimas discussões e momentos de descontração.

Aos professores da Pós-graduação por compartilharem seus conhecimentos.

Aos meus pais, **Maria Helena e Silvino**, meus grandes mestres, pelo exemplo e incentivo.

Às minhas irmãs, **Laka** e **Lili**, grandes amigas e companheiras, pelo apoio nos momentos de necessidade e alegria nos momentos de descontração.

Aos meus irmãos **Jacque** e **Date**, sobrinhos **Bela** e **Pauli** e **cunhados** pelo apoio e convivência.

Ao **Neto** pelo apoio gastronômico.

Aos **amigos**, que estiveram sempre dispostos a ajudar e me fizeram companhia pela internet nas madrugadas que passei trabalhando, principalmente à **Naiara**.

A todos os **familiares: vovó, tios e primos de todos os graus**, que torceram pela minha vitória.

RESUMO

MACHADO, I. E. **Fatores associados e tendências de uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte.** 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

As mulheres, tradicionalmente consideradas consumidoras leves do álcool, estão, nos últimos anos, alcançando padrões de consumo equivalentes aos dos homens. Devido ao elevado custo social do uso de álcool, o crescente fenômeno entre as mulheres merece grande atenção. O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores associados ao uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte, bem como as tendências temporais desses dois comportamentos na população entre os anos de 2006 e 2011. Trata-se de um estudo baseado nos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Considerou-se uso habitual, referência de ingestão de pelo menos uma dose de bebida alcoólica e abuso, ingestão de quatro ou mais doses em pelo menos uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista. As variáveis independentes avaliadas foram: aspectos sociodemográficos, incluindo faixa etária, cor da pele, escolaridade, estado civil e inserção no mercado de trabalho; e de saúde, tabagismo, sedentarismo, consumo recomendado de frutas legumes e verduras e excesso de peso. A regressão de Poisson foi utilizada para avaliar os possíveis fatores associados ao uso e abuso de álcool no ano de 2011. As tendências temporais foram avaliadas por meio de regressão linear simples. O uso habitual de álcool foi mais prevalente entre as mulheres mais jovens, bem como as de maior escolaridade, as que não viviam em união estável e as fumantes ($p < 0,05$), enquanto o abuso esteve associado à faixa etária mais jovem, alta escolaridade, classificação do estado de saúde como ruim e tabagismo ($p < 0,05$). Com relação às tendências temporais, entre 2006 e 2011, observou-se decréscimo nas prevalências de uso habitual e de abuso de álcool, sendo que, a proporção de mulheres que informaram fazer uso habitual de álcool, sofreu diminuição de 19,9%, e, com relação ao abuso, houve diminuição de 12,1%. No entanto, as tendências de diminuição não são estatisticamente significativas (Uso habitual: $p = 0,388$; e abuso de álcool: $p = 0,908$). Embora as tendências gerais tenham apresentado esses resultados, foi observado decréscimo nas prevalências de uso habitual de álcool na faixa de escolaridade entre 9 e 11 anos ($p = 0,048$) e entre as mulheres que apresentaram alimentação mais saudável ($p = 0,014$). Quanto ao abuso de álcool, ocorreu aumento nas prevalências em mulheres com escolaridade acima de 12 anos ($p = 0,019$). A proporção de mulheres que relataram dirigir após episódio de abuso de álcool variou entre 0,0% e 0,5%, sendo que em 2011, foi observada a menor proporção. Faz-se necessária a aplicação de políticas intersetoriais de prevenção do consumo abusivo de álcool entre as mulheres, principalmente entre as mais jovens, as com elevada escolaridade, as fumantes, as que apresentam bom estado de saúde e que não vivem em união estável, grupos identificados com maior probabilidade de apresentar este comportamento.

Palavras-chave: Consumo de bebidas alcoólicas. Mulheres. Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

MACHADO, I. E. **Associated factors and trends of alcohol use and abuse among women in Belo Horizonte**. 2012. 89f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Women that are traditionally considered light consumers of alcohol are, in recent years, achieving equivalent patterns of consumption than men. Due to the high social cost of alcohol use, the growing phenomenon among women deserves greater attention. The main objective of this study was to analyze the associated factors with current alcohol use and binge drinking among adult women living in Belo Horizonte, as well as temporal trends of both behaviors in the population between the years 2006 and 2011. This is a study based on data from the VIGITEL - Belo Horizonte (Telephone-based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases). Alcohol use was considered when women self-reported at least one dose intake in the last 30 days and alcohol abuse was considered when four or more drinks were taken on at least one occasion at the same period. The independent variables were: sociodemographic characteristics, including age, race, education, marital status, and participation in the labor market, health status, smoking, sedentary lifestyle, recommended fruit and vegetables intake and overweight. Poisson regression was used to evaluate the possible factors associated with alcohol use and abuse. The time series were analysed using the linear regression. Alcohol use was more prevalent among younger and single women, with higher educational level and smoking habit. Alcohol abuse was associated to age, schooling, health status and smoking habit. Between 2006 and 2011, there was a decrease in the prevalence of usual and abusive alcohol consumption, and the rate of women who reported regular alcohol use, suffered a decrease of 19.9%, and, with respect to abuse, there was a decrease of 12.1%. However, the decrease trends of alcohol use ($p=0.388$) and abuse ($p=0.908$) aren't statistically significant. Although the general trends have presented these results, were observed differences between groups. With respect to alcohol use, was observed decrease in prevalence in the range of schooling from 9 to 11 years ($p=0.048$) and those who had more healthy diet ($p=0.014$). Despite alcohol abuse, an increase in prevalence in women with education upper 12 years ($p=0.019$). The proportion of women who reported driving after an episode of alcohol abuse ranged between 0.0% and 0.5% during the six years studied, and in 2011, was observed the lower prevalence. Thus, it's necessary prevention policies of alcohol abuse among women, especially between younger, those with high education, those who do not live in a stable union, those who rated their health as better and smokers, the identified groups most likely to exhibit this behavior.

Key-words: Alcohol Drinking. Women. Epidemiological Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Fragmento de papiro.....	21
GRÁFICO 1 -	Tendência temporal de uso habitual e abuso de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte, 2006 a 2011.....	52
GRÁFICO 2 -	Variação temporal da prevalência de direção de veículos motorizados após abuso de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte, 2006-2011.....	59

LISTA DE TABELAS

1 - Taxas de resposta, tamanho amostral, e características sociodemográficas das amostras do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico no município de Belo Horizonte, 2006 a 2011.....	44
2 - Distribuição de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e relacionadas à saúde, 2011.....	45
3 - Frequência de uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde, 2011.....	47
4 - Razões de Prevalência brutas de uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde, 2011.....	49
5 - Modelos finais de regressão de Poisson para o uso habitual e abuso de álcool de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde, 2011.....	51
6 - Prevalências de uso habitual de álcool no conjunto de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo fatores sociodemográficos nos anos de 2006 a 2011.....	54
7 - Prevalências de abuso de álcool no conjunto de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo fatores sociodemográficos nos anos de 2006 a 2011.....	55
8 - Prevalências de uso habitual de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte segundo fatores relacionados à saúde nos anos de 2006 a 2011.....	57
9 - Prevalências de consumo abusivo de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte segundo fatores relacionados à saúde nos anos de 2006 a 2011.....	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASEL-MG	- Regional Mineira da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes
a.C	- Antes de Cristo
ADH	- Álcool Desidrogenase Gástrica
AIDS	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CGDANT	- Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
FLV	- Frutas, Legumes e Verduras
GL	- Gay-Lussac
HDL	- High-Density Lipoprotein
HIV	- Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de confiança
IMC	- Índice de Massa Corporal
NUPENS	- Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAHO	- Pan American Health Organization
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
POF	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
RP	- Razão de Prevalência
SVS/MS	- Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.2	Objetivos.....	19
1.2.1	Objetivo geral.....	19
1.2.2	Objetivos específicos.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Aspectos históricos e culturais do uso de álcool.....	20
2.2	Riscos à saúde relacionados ao abuso de álcool.....	22
2.3	Epidemiologia do uso e abuso de álcool.....	23
2.4	Efeito protetor do uso moderado do álcool.....	26
2.5	Consumo de álcool entre mulheres.....	27
2.6	Políticas de prevenção e controle do uso de álcool.....	29
3	MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1	Tipo de estudo.....	34
3.2	Local e período do estudo.....	34
3.3	Fonte dos dados.....	34
3.3.1	Processo de amostragem do VIGITEL.....	35
3.3.2	Ponderação do VIGITEL.....	36
3.4	População do estudo.....	38
3.5	Variáveis do estudo.....	38
3.5.1	Variáveis dependentes.....	38
3.5.2	Variáveis independentes.....	39
3.6	Análise estatística.....	41
3.7	Aspectos éticos.....	42
3.8	Financiamento.....	43
4	RESULTADOS	44
4.1	Características da amostra do estudo.....	44
4.2	Fatores associados ao uso habitual e abuso de álcool.....	44
4.3.	Tendências temporais.....	51
4.3.1	Tendências temporais de uso habitual e abuso de álcool.....	51
4.3.2	Tendência temporal de direção após consumo abusivo de álcool.....	59
5	DISCUSSÃO	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	72

ANEXOS.....	82
APÊNDICE.....	89

1 INTRODUÇÃO

O álcool é uma droga de efeito psicotrópico, no entanto, tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade, sendo a mais consumida no mundo (BRASIL, 2004). Nas últimas décadas, o consumo da droga vem aumentando globalmente, com maior parte desse incremento acontecendo em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2002). No Brasil, o quarto produtor mundial de destilados e de cervejas, este comportamento tem aumentado rapidamente, fato que pode ser associado a vários fatores, como propaganda, preços baixos e grande disponibilidade (OLIVEIRA NETO, 2006; WHO, 2010).

A disponibilidade de bebidas alcoólicas no país é ampla, uma vez que são vendidas inclusive por um grande número de estabelecimentos ilegais e por preços muito acessíveis (um dos mais baixos do mundo ocidental) (GALDURÓZ; CAETANO, 2004). Dados da indústria brasileira indicam que há um milhão de pontos de vendas no país, aproximadamente um ponto de venda para cada 170 habitantes (CAETANO; LARANJEIRA, 2006).

O baixo custo e fácil acesso a todas as classes sociais facilitam a disseminação do uso da droga, gerando grande preocupação nas comunidades acadêmica, terapêutica, familiar e governamental, uma vez que o custo social gerado pelo uso abusivo do álcool é elevado, devido à sua relação com a criminalidade, acidentes, violência, desemprego e outros (MORAES *et al.*, 2006).

O conceito de abuso de álcool tem sido utilizado nos últimos anos para descrever dois fenômenos distintos. Primeiramente, é usado para descrever um padrão de consumo que ocorre durante um período prolongado. Esse é o conceito "clássico", ligado às definições clínicas da doença do alcoolismo. Em segundo lugar, abuso de álcool é usado para descrever uma sessão única de consumo que conduza à intoxicação, geralmente definido como o consumo de cinco ou mais doses¹ de bebidas alcoólicas em uma ocasião para os homens ou quatro ou mais doses para as mulheres, sem considerar a frequência desse padrão de

¹ Uma dose de bebida alcoólica corresponde a 10 - 13 gramas de etanol, ou seja, uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada.

consumo (BERRIDGE *et al.*, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2008). Essa última definição, também denominado “*binge drinking*” ou uso pesado episódico do álcool, foi criada a partir de evidências científicas de que, acima dessas quantidades, o indivíduo tem maior risco de apresentar problemas relacionados ao álcool (SILVEIRA *et al.*, 2008) e corresponde ao conceito de abuso de álcool utilizado no atual estudo.

O uso pesado episódico do álcool respondeu por mais de metade das 75.000 mortes e por cerca de dois terços dos 2,3 milhões de anos potenciais de vida perdidos associados ao abuso de álcool nos Estados Unidos no ano de 2001 (BREWER; SWAHN, 2005). Esse comportamento, também, está associado com uma ampla variedade de graves problemas sanitários e sociais, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, baixa produtividade no ambiente de trabalho, violência doméstica, aumento nas admissões em serviços de emergência, infarto agudo do miocárdio, e acidentes de trânsito (FOSTER; MARRIOTT, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano de 2004, o uso do álcool, incluindo consumo excessivo, foi responsável por 4,5% da carga global de doenças, apenas um pouco menos do que a carga imposta individualmente pelo uso do tabaco e hipertensão (WHO, 2010). Calcula-se, ainda, que o uso do álcool cause, a cada ano, 2,5 milhões de mortes, e uma proporção considerável delas corresponde a pessoas jovens, ocupando o terceiro lugar entre os principais fatores de risco de morte prematura e incapacidades (WHO, 2010).

O uso e abuso de álcool envolvem também uma questão de gênero. Há diferenças conhecidas entre homens e mulheres, em relação à quantidade e ao modo como eles bebem, além das consequências sociais e de saúde acarretadas (REHM *et al.*, 2004). Devido a fatores biológicos, a mesma quantidade de álcool consumida por uma mulher e por um homem de mesmo peso produzirá concentração de álcool mais elevada no sangue da primeira. Ademais, as mulheres são mais propensas que homens a sofrer não só das repercussões diretas de seu próprio consumo, mas também de consequências danosas do comportamento relacionado ao consumo de álcool por seus parceiros, incluindo a violência doméstica, acidentes de trânsito e o impacto econômico (ROOM *et al.*, 2002).

Recentemente, foi reconhecido que o abuso de álcool em uma única ocasião se tornou popular entre os adolescentes e jovens adultos, e, nos últimos 10 anos, o consumo entre mulheres tem aumentado, recebendo, portanto, grande atenção da mídia (BERRIDGE *et al.*, 2009). No Brasil, a análise dos relatórios do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) dos anos de 2006 a 2010 aponta o aumento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres adultas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (BRASIL, 2007b, 2008b, 2009, 2010 e 2011). Entretanto, no ano de 2011 foi observada uma ligeira queda na frequência desse indicador, fazendo com que não mais pudesse ser demonstrada, estatisticamente, tendência ascendente (BRASIL, 2012). Segundo dados do mesmo inquérito, Belo Horizonte ocupa a 7ª posição em uso pesado episódico de álcool por mulheres adultas, apresentando uma prevalência superior à média nacional (BRASIL, 2012).

Mundialmente tem sido observado que as mulheres, tradicionalmente consideradas consumidoras leves da droga, estão, rapidamente, alcançando padrões de consumo equivalentes aos dos homens. Para compreender esse fenômeno, tem sido observada uma crescente atenção às influências do gênero nos padrões de uso de álcool e nos problemas decorrentes deste consumo, principalmente em países europeus. Esses estudos, geralmente de delineamento qualitativo, têm revelado que as mudanças na posição social das mulheres são a razão do aumento do uso e abuso do álcool por essa população (CARPENTER *et al.*, 2008; LYONS; WILLOTT, 2008; YOUNG *et al.*, 2005).

Assim, apesar do conhecimento sobre a recente tendência de aumento do uso e abuso de álcool entre as mulheres ainda não se conhece os padrões de consumo e suas relações com as características sociodemográficas e de saúde e, ainda, o comportamento dos riscos do hábito de beber, especialmente, dirigir no município de Belo Horizonte; condições fundamentais para subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde.

O estudo apresenta três perguntas norteadoras:

- a) Quais são as características sociodemográficas do grupo de mulheres que consomem álcool em Belo Horizonte?

Tal pergunta busca conhecer quem são essas mulheres, em termos de idade,

escolaridade, estado civil, cor da pele e inserção no mercado de trabalho. Estudos têm demonstrado que consumo de álcool por mulheres é mais prevalente entre as mais jovens, com menor escolaridade, classes sociais mais baixas, segundo o I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

- b) Quais são as características que se relacionam ao estado de saúde das mulheres que consomem álcool na cidade de Belo Horizonte?

Essa pergunta busca caracterizar as mulheres que consomem álcool na cidade de Belo Horizonte quanto aos hábitos alimentares, prática de atividades físicas, estado nutricional e estado de saúde autorreferido. A importância de analisar tais fatores reside em verificar a associação de fatores de risco para doenças crônicas e o consumo de álcool. Acredita-se que as mulheres que fazem abuso de álcool são mais negligentes quanto à sua saúde.

- c) Qual é a tendência do uso e abuso de álcool entre as mulheres no município de Belo Horizonte?

Com essa questão procura-se responder qual é o padrão de uso por parte das mulheres em uma série histórica de 2006 a 2011 em termos de frequência e quantidade e, ainda, como o comportamento de beber e dirigir se manifesta entre as mulheres. Parte-se do pressuposto que há uma tendência crescente do consumo de álcool em termos de frequência e quantidade, principalmente do padrão em *binge*, e que o fenômeno de dirigir após uso de álcool ocorre com tendência de decréscimo ou estagnação devido à lei de proibição de condução de veículos sob efeito de qualquer quantidade de álcool.

Delinear o perfil sociodemográfico e de saúde das mulheres que consomem álcool e conhecer a tendência do uso e abuso de álcool em termos de frequência e quantidade, isto é, explorar o padrão de consumo, pode trazer contribuições para a formulação de políticas e práticas dirigidas ao problema. Entretanto, observa-se que a maior parte das evidências científicas em padrões de consumo do álcool provém de pesquisas realizadas em países desenvolvidos e pouco se sabe sobre os países em desenvolvimento, onde a maioria da

população mundial reside (AQUINO, 2006). Além de poucos estudos em países em desenvolvimento, também é escassa a literatura disponível sobre gênero e abuso de álcool, sendo um tema emergente e pouco explorado (AQUINO, 2006). E, “essa falta de informação permite que políticas públicas que são frequentemente inadequadas à realidade brasileira sejam importadas e adotadas no país” (KERR-CORRÊA *et al.*, 2005).

Assim, a detecção dos grupos populacionais mais expostos ao consumo abusivo de álcool, bem como os fatores determinantes associados, permite planejar ações de saúde mais eficazes, visando à diminuição dos danos causados por esse comportamento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o uso e o abuso de álcool entre as mulheres no município de Belo Horizonte.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a relação entre características sociodemográficas e de saúde com o uso habitual e o abuso de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte;
- b) Avaliar a tendência do uso habitual e abuso de álcool entre as mulheres no município de Belo Horizonte;
- c) Avaliar a tendência do comportamento das mulheres de dirigir após beber.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos históricos e culturais do uso de álcool

A simbologia e os significados atribuídos às bebidas alcoólicas nas sociedades e no decorrer da história sempre estiveram vinculados às esferas da sensibilidade humana. Tanto pelo lado dos rituais religiosos, como pelo das sensações de bem estar e de prazer. Atrelado a costumes, crenças e hábitos individuais, o uso do álcool, já era popular antes mesmo da civilização cristã (SANTOS, 2006).

Assim, o consumo de álcool permeia toda a história da humanidade, sendo esse, um costume extremamente antigo e que tem persistido por milhares de anos. A noção de álcool como uma substância divina, ligada a festas e rituais, por exemplo, pode ser encontrada em inúmeros exemplos na mitologia, sendo talvez um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber ao longo do tempo (BRASIL, 2007c). As bebidas alcoólicas, também, costumavam ser usadas como remédio, uma prática contínua até o princípio do século XX, quando foi atravancada pelo advento da medicina moderna.

A grande aceitação social e mesmo religiosa, permite que, embora seja uma droga, frequentemente o álcool não seja considerado como tal. Todavia, os relatos dos primeiros problemas relacionados ao consumo de álcool datam do segundo milênio antes de Cristo (a.C.) (CECCANTI *et al.*, 2004). Como pode ser lido na tradução em inglês de um antigo fragmento de papiro, o abuso de álcool era um problema social envolvendo não só o usuário, mas também pessoas que estavam perto (FIG. 1).

No entanto, não foi devido à desestruturação social, a violência ou o desrespeito às normas sociais pelos consumidores abusivos que as religiões, como o cristianismo e o islamismo, desde o seu surgimento, restringiram e até proibiram o uso do álcool. Para os autores cristãos, acima de tudo, as bebidas alcólicas eram fontes de prazer, “pelos opostos da excitação e do esquecimento, pela ruptura que proporcionava com as atribuições cotidianas” (GUARINELLO, 2008).



FIGURA 1 - Fragmento de papiro

Fonte: CECCANTI *et al.*, 2004.

O álcool não é a única substância psicoativa que cumpre o papel de aliviar o controle social, mas, sem dúvida, é a mais difundida. O abuso do álcool é um mal social que tem raízes em séculos passados e acompanha o homem no desenrolar da vida cotidiana. As bebidas alcoólicas permeiam as vidas diárias dos indivíduos, quase suavemente, e estão presentes em todos os momentos importantes para a suas vidas (CECCANTI *et al.*, 2004). Assim, seu uso é cercado de regras e tradições culturais que permitem seu consumo devido à suas funções sociais e cerimoniais, da mesma forma que repudiam a embriaguez, fazendo com que os benefícios sociais e individuais de seu consumo não sejam abafados pelos prejuízos potenciais (DIAS, 2008).

No entanto, a medida do uso do álcool, assim como das demais substâncias psicoativas, é de corol individual, não sendo as regras sociais e nem mesmo a legislação vigente capaz de conter totalmente esse que tem sido e um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade, com graves implicações sociais.

2.2 Riscos à saúde relacionados ao abuso de álcool

Qualquer que seja o valor social e pessoal do uso de bebidas alcoólicas, o consumo de álcool leva consigo certo potencial de prejuízo social e clínico, tanto para quem bebe como para os outros. Alguns prejuízos são imediatos, principalmente as lesões e outros danos associados à intoxicação ou à elevada concentração de álcool no sangue. Outros se apresentam a longo prazo como o dano cumulativo que sofre a vida familiar ou profissional ou a posição social, ou os danos crônicos à saúde (WHO, 2007).

O uso nocivo do álcool é um dos quatro principais fatores de risco a doenças não transmissíveis que são susceptíveis de modificação e prevenção. Também surgem indícios de que o uso contribui para o aumento da carga de morbidade relacionada a doenças transmissíveis como, por exemplo, a tuberculose e a infecção pelo *Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome* (HIV/AIDS) (OMS, 2010).

A intoxicação aguda é uma das consequências previsíveis da ingestão de quantidades importantes de bebidas alcoólicas em um período limitado (WHO, 2007). As alterações no comportamento, nas funções cognitivas e nas funções motoras dependem de vários fatores, tais como a dose ingerida, a velocidade de absorção, o peso corporal e a genética do indivíduo, assim como, o aumento da tolerância aos efeitos do álcool que ocorre com o beber sistemático. Existe relação entre os níveis sanguíneos de etanol e os efeitos clínicos. Porém, nos indivíduos que fazem uso crônico de etanol, esses sinais de intoxicação aparecem apenas com alcoolemias maiores (SOIBELMAN, 2004).

O consumo de álcool pode resultar em alterações emocionais e no humor, e a intoxicação pode induzir a uma gama de efeitos psicológicos e psicomotores a curto prazo. O uso e abuso de bebidas alcoólicas podem resultar em aumento do comportamento agressivo, aumento do desejo de correr riscos e diminuição da capacidade de resposta às expectativas sociais. Portanto, para alguns indivíduos, em determinadas situações, os efeitos do consumo de álcool, em particular à intoxicação, pode levar a danos pessoais, incluindo acidentes, agressão, violência e comportamento sexual de risco (FOSTER & MARRIOTT, 2006; WHO, 2010).

Vários tipos de violência como homicídios, suicídios, agressões e abuso sexual, estão associados ao consumo de álcool, seja pelo perpetrador, pela vítima, ou por ambos (ABBEY *et al.*, 2004; BORGES *et al.*, 2008; MASCARENHAS *et al.*, 2009; RICHARDSON & BUDD, 2003).

O consumo excessivo de álcool também está ligado a outras questões de saúde pública, como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada, uma vez que o consumo de álcool aumenta a probabilidade de ocorrência de sexo desprotegido. Esse fato é justificado em razão de que, após o uso de quantidades significativas de álcool, o indivíduo apresenta maior dificuldade em fazer julgamentos e avaliar os riscos; e, ainda, a inibição e o senso de autocontrole são reduzidos (FOSTER & MARRIOTT, 2006).

Um exemplo particularmente importante dos danos causados pelo uso de álcool são os acidentes de transporte terrestre. Eles são os maiores responsáveis pelas mortes, ferimentos e sequelas permanentes relacionadas ao álcool, especialmente entre os grupos etários mais jovens (ANDERSON, 2008).

O uso de bebidas alcoólicas proporciona um comprometimento das habilidades relacionadas à condução de veículos, incluindo habilidades psicomotoras, processamento de informações e habilidade de dividir a atenção, diminuição da vigilância, aumento da sonolência, visão prejudicada e diminuição dos reflexos. O risco de um acidente, portanto, aumenta com o nível de álcool no sangue de uma maneira dose-dependente, sem nenhuma evidência de um efeito de limiar. E, ainda, motoristas que são bebedores pouco frequentes apresentam um risco especial de um acidente com qualquer nível de álcool no sangue (ANDERSON, 2008).

Nesse sentido, segundo a legislação brasileira (BRASIL, 2008a), deverá ser penalizado todo motorista que apresentar qualquer teor de álcool no sangue, a fim de reduzir os danos causados pelo uso indevido do álcool (ANDERSON, 2008 e BRASIL, 2007a).

2.3 Epidemiologia do uso e abuso de álcool

Calcula-se que o uso nocivo do álcool causa cada ano 2,5 milhões de mortes, e uma proporção considerável delas corresponde a pessoas jovens. O consumo de bebidas

alcoólicas ocupa o terceiro lugar entre os principais fatores de risco de morte prematura e incapacidades. Quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuídas ao álcool, mais do que as mortes causadas por HIV/AIDS, violência ou tuberculose (OMS, 2010).

A OMS estima em aproximadamente dois bilhões o número de consumidores de bebidas alcoólicas no mundo. O Brasil ocupa a 80ª posição quando comparado a outros 185 países em termos de consumo anual de litros de álcool puro por habitante com idade superior a 15 anos. O mesmo estudo ainda indica que o país ocupa a 25ª posição em termos do crescimento do consumo de bebidas alcoólicas. Entre as décadas de 70 e 90, o consumo de álcool cresceu mais de 70% (WHO, 2004).

O álcool, também, causa mais anos perdidos de vida por mortes ou prejuízos de diversas naturezas, do que o tabaco e drogas ilícitas (WHO, 2004), gerando custos significativos para a maioria das sociedades, principalmente em países em desenvolvimento (ROOM *et al.*, 2002).

Um estudo multicêntrico realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 10 países revelou que, globalmente, os homens pesquisados apresentaram prevalências de beber pesado episódico entre duas e cinco vezes mais do que as mulheres, exceto para o Brasil, onde a prevalência para as mulheres é cerca de dois terços a dos homens. O Brasil apresentou a mais elevada prevalência de consumo excessivo de álcool em geral e para ambos os sexos, mais da metade da população (57,40%), sendo que mais de dois terços (65,52%) dos homens e quase metade das mulheres (46,32%) relataram pelo menos um episódio de embriaguez nos 12 meses anteriores à entrevista. O Brasil é seguido de perto pelo Canadá, relatando uma prevalência geral de 48,26%, sendo 63,45% entre os homens e 36,7% entre as mulheres (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO, 2007).

No Brasil, o 2º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado no ano de 2005, nas 108 maiores cidades do país (CARLINI, 2006), aponta o álcool como a substância psicoativa mais consumida pela população. Estima-se que 74,6% da população com idade entre 12 e 65 anos já consumiu bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida.

Comparando-se esse 2º Levantamento Domiciliar e o 1º realizado no ano de 2001 (CARLINI *et al.*, 2002) observa-se um aumento da quantidade de dependentes do álcool, passando de 11,2% da população para 12,3%. Esses levantamentos também apontam para o problema do consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais jovens (DUARTE & STEMPLIUK, 2010).

Em 2007, o 1º Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2007), realizado com uma amostra representativa dos municípios, inclusive áreas rurais, revelou que 52% da população acima de 18 anos consome alguma quantidade de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano. Do conjunto de homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% de uma a quatro vezes por semana. Quanto à intensidade do consumo de bebidas alcoólicas, esse mesmo estudo aponta que 24% da população bebe frequentemente (pelo menos uma vez por semana) e de forma pesada (cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para os homens e quatro ou mais doses para as mulheres) sendo que 40% dos homens e 18% das mulheres relataram fazer uso pesado episódico do álcool pelo menos uma vez no último ano (DUARTE & STEMPLIUK, 2010).

O Ministério da Saúde, por meio do VIGITEL, também monitora o consumo de álcool por parte da população das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Dados dos anos de 2006 a 2010 apontam que, embora a prevalência de uso e abuso de álcool seja superior entre os homens em todos os anos, ocorre um aumento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres adultas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. O percentual de mulheres que declararam ter excedido o consumo de quatro doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião passou de 8,2% para 10,6% ($p < 0,001$) entre os anos de 2006 a 2010 (BRASIL, 2011). Entretanto, no ano de 2011 foi observada uma ligeira queda na frequência desse indicador, fazendo com que não mais pudesse ser demonstrada, estatisticamente, tendência ascendente (BRASIL, 2012). Segundo dados do mesmo inquérito, no ano de 2011, Belo Horizonte ocupou a 7ª posição em uso pesado episódico de álcool por mulheres adultas, apresentando uma prevalência de 11,6% (Intervalo de confiança-IC 95%: 8,9-14,2) (BRASIL, 2012).

Silveira *et al.* (2008), em extensa revisão de estudos epidemiológicos sobre uso pesado e uso pesado episódico de álcool, encontrou que, no Brasil, o beber pesado em adultos é maior

em homens e está associado ao início do uso antes dos 15 anos, baixa renda e baixo nível educacional, indivíduos não brancos e tabagistas pesados. Outro achado importante foi que, apesar da diferença de critérios adotados entre os estudos e a dificuldade de comparação entre eles, notou-se um consenso sobre os prejuízos e consequências negativas trazidos pelo uso pesado do álcool. Os bebedores pesados de álcool apresentaram elevado risco individual para vários problemas, como hipertensão arterial, dispepsia, dano hepático, morte súbita por taquiarritmias, envolvimento em acidentes, e distúrbio familiar, como também, tornam-se mais vulneráveis a assaltos, abuso sexual, atividade sexual não planejada e violências em geral.

Todos esses dados sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle e prevenção do abuso de álcool e de tratamento aos dependentes da substância, a fim de reduzir os danos individuais e sociais e os custos ao sistema de saúde.

2.4 Efeito protetor do uso moderado do álcool

Embora o consumo abusivo de álcool acarrete efeitos danosos ao organismo, nos últimos anos tem sido levantado o eventual efeito cardioprotetor do uso leve. A detecção do “paradoxo francês”, em que a população da França, mesmo com uma dieta rica em gorduras saturadas, apresenta baixas taxas de mortalidade por doenças coronarianas, apontou que poderia ser o vinho, consumido juntamente com as refeições, um fator protetor para esses agravos (ROMERO, 2007).

Em recente metanálise, que reuniu estudos de coorte que avaliaram o efeito do uso de álcool na incidência e mortalidade por doenças cardiovasculares, Ronksley *et al.* (2011) observaram que o uso de 2,5 a 14,9 gramas de álcool por dia (cerca de uma dose ou menos) leva a redução no risco do desenvolvimento dos desfechos avaliados em comparação com a abstinência de álcool. Os mecanismos fisiológicos para esse paradoxo seria que o uso moderado de álcool está relacionado ao aumento dos níveis plasmáticos do *high-density lipoprotein* (HDL) colesterol, efeitos antiplaquetários, anticoagulatórios e anti-inflamatórios e aumento da sensibilidade à insulina, melhorando o controle glicêmico (OPIE; LECOUR, 2007). Ressalta-se que a maioria dos estudos atribui ao vinho tinto esse fator cardioprotetor,

devido ao elevado conteúdo de substâncias antioxidantes, em particular, o resveratrol (OPIE; LECOUR, 2007; ROMERO, 2007).

No entanto, estudos levando em consideração distintas populações e fatores confundidores mostram que, embora o consumo leve esteja associado com menor incidência de infarto do miocárdio e mortalidade, o risco aumenta substancialmente com o uso pesado de álcool, configurando uma relação em forma de “J” (RONKSLEY *et al.*, 2011; OPIE & LECOUR, 2007; ROMERO, 2007). Ademais, a maioria dos benefícios do uso leve do álcool parecem aplicar-se apenas para pessoas que têm um padrão de consumo regular, sem episódios de consumo pesado (ROOM *et al.*, 2005).

Além do efeito cardioprotetor, o uso álcool também pode oferecer proteção ao desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 (REHM *et al.*, 2004). Embora o consumo abusivo de álcool tenha sido associado a níveis mais elevados de glicose sanguínea e com a baixa adesão ao controle do diabetes, o uso leve tem sido associado a um menor risco de desenvolver o agravo e com possíveis mudanças benéficas no metabolismo da insulina e glicose (KLATSKY, 2007). Uma metanálise de 15 estudos de prospectivos mostrou uma curva em forma de “U” para o risco de diabetes tipo 2 e álcool, sendo que o consumo de uma a duas doses de bebida alcoólica por dia levou a uma redução de aproximadamente 30% no risco comparação com os abstêmios (KOPPES, *et al.*, 2005).

O mecanismo de atuação do álcool na diminuição do risco de diabetes tipo 2 é análogo ao da relação com as doenças cardiovasculares: aumento da concentração de HDL colesterol, efeito anti-inflamatório, aumento da sensibilidade à insulina e redução nos níveis de triglicérides no plasma (KOPPES, *et al.*, 2005).

No entanto, mesmo levando em conta o impacto positivo do uso de pequenas quantidades de álcool em algumas doenças, os riscos associados ao consumo de álcool superam os benefícios (ROMERO, 2007; OMS, 2010), não devendo ser incentivado o seu consumo.

2.5 Consumo de álcool entre mulheres

Os problemas relacionados ao álcool entre as mulheres têm sido, frequentemente, negligenciados, sendo vistos como não merecedores de ajuda ou atenção, ou resultando em

punição ao invés de tratamento (KERR-CORRÊA *et al.*, 2005, 2008). No entanto, elas, que eram tradicionalmente consideradas consumidoras leves da droga, estão alcançando padrões de consumo equivalentes aos dos homens.

As mulheres apresentam peculiaridades em seus organismos que as fazem desenvolver concentrações sanguíneas de álcool mais elevadas quando comparadas aos homens, mesmo quando bebem a mesma quantidade e levando em conta diferenças de peso corporal. Essas características parecem resultar em maior efeito deletério do álcool. As mulheres tendem a ter menor peso corporal e percentual de água corporal total menor, o que significa que o álcool será mais concentrado no organismo feminino do que no masculino. Além disso, as mulheres possuem uma menor quantidade (cerca de 50% a menos) da enzima que metaboliza o álcool, a álcool desidrogenase gástrica (ADH), em seus estômagos, o que permite que mais álcool não metabolizado atinja a corrente sanguínea (SOIBELMAN *et al.*, 2004). Esse aumento da biodisponibilidade de álcool significa que as mulheres necessitam até 40% menos álcool que os homens para produzir a mesma concentração sanguínea da substância ou nível de intoxicação (YORK; WELTE, 1994).

Somado à maior disponibilidade de álcool no organismo feminino, o uso abusivo de álcool entre as mulheres está associado a inúmeros problemas de saúde a longo prazo, tais como, desenvolvimento da osteoporose (KANIS *et al.*, 2005; SAMPSON, 2002), câncer de mama (SINGLETARY; GAPSTUR, 2001), problemas reprodutivos (EMANUELLE *et al.*, 2002), doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (IKEHARA, 2008) e danos cerebrais induzidos pelo álcool (HOMMER, 2002). Com relação aos riscos da intoxicação aguda, as mulheres estão em maior risco de experiências de violência, como agressão sexual (CHERMACK, 2006).

As mulheres ainda apresentam uma progressão mais rápida para o vício ou dependência ao álcool do que os homens (PIAZZA *et al.*, 1989), e maior propensão a desenvolver cirrose hepática após um período de tempo mais curto e com menor quantidade de álcool, e como resultado, apresentam também maior probabilidade de morrer de cirrose (BECKER *et al.*, 1996).

Outra importante consideração a cerca do uso de álcool entre as mulheres são as

consequências potencialmente prejudiciais do uso durante a gravidez. Desde o início da década de 1970 vem sendo discutido na literatura científica os danos causados pela substância ao embrião (FOSTER; MARRIOTT, 2006).

Apesar de existir uma diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez, cada vez mais é observado um aumento do consumo pela população feminina e, em consequência disso, grande parcela de mulheres e fetos são expostos aos efeitos do álcool. O fato é preocupante, principalmente quando se sabe que o consumo de álcool durante a gestação envolve grande risco, devido à embriotoxicidade e teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas, transformando em um grave problema de saúde pública (MARTINEZ-FRIAS *et al.*, 2004).

Portanto, o crescente fenômeno do uso e abuso de álcool entre as mulheres merece grande atenção por parte da comunidade científica, a fim de suportar políticas eficazes para a contenção do crescimento do abuso de álcool entre essa população e minimizar os danos desse comportamento.

2.6 Políticas de prevenção e controle do uso de álcool

Conforme o exposto, o álcool é uma importante fonte de prejuízos à saúde e segurança públicas e, portanto, não deveria ser tratado como um produto qualquer, conforme se observa. Esse descontrole, a ampla oferta e os baixos preços têm facilitado o acesso e gerado consumo elevado, banalizando o seu uso e levando à tolerância em relação às transgressões legais (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Isso ocorre, pois, apesar de todos os problemas relacionados, o uso nocivo do álcool apresenta uma prioridade baixa nas políticas públicas, inclusive no âmbito da saúde pública. Sendo possível notar que muitos riscos para a saúde de menor impacto têm recebido maior prioridade (WHO, 2010).

Entretanto, mesmo que a colocação em prática seja lenta, desde a década de 1970, um progresso considerável foi feito na compreensão científica da relação entre as políticas do

álcool, seu consumo e os danos relacionados ao seu uso. Foram encontradas fortes evidências de que a instituição de políticas regulatórias de controle do acesso e disponibilidade do álcool são efetivas em reduzir o consumo e problemas relacionados. As políticas do álcool podem ser agrupadas em duas categorias: políticas alocatórias, que apoiam a educação, comunicação, treinamento e conscientização pública para a prevenção do abuso do álcool bem como fornecimento de tratamento aos dependentes; e as políticas regulatórias, que, de forma mais direta, regulam o mercado de álcool, proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas e limitam a quantidade de álcool permitida aos motoristas (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

No Brasil, as primeiras políticas relacionadas ao álcool foram criadas no ano de 1941, com o objetivo de regulamentar o mercado de bebidas alcoólicas por meio da proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, pela Lei das Contravenções Penais, artigo 63 (BRASIL, 1941). E, mais tarde, pelo artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a). As restrições à propaganda de bebidas alcoólicas foram instituídas pelo Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b); e, de modo mais específico, pela Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal (BRASIL, 1996).

Contudo, os dispositivos legais de regulamentação das propagandas não se aplicam a todas as bebidas alcoólicas, visto que o parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.294 define como bebida alcoólica apenas as que contêm teor alcoólico superior a 13º Gay-Lussac (GL)² (BRASIL, 1996). Dessa forma, a publicidade de cervejas, de bebidas *ice* e da maioria dos vinhos não está regulada pela referida lei, sendo tratados, do ponto de vista legal, da mesma maneira que qualquer outra bebida não alcoólica. As únicas regras que tratam essas bebidas de teor alcoólico mais baixo de modo diferenciado de outros produtos estão contidas nos anexos P e T do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária, que passou a vigorar a partir do ano de 1978, porém os anexos somente foram aprovados em setembro de 2003

² Graus Gay-Lussac indicam a quantidade em mililitros de álcool absoluto contida em 100 mililitros de mistura hidroalcoólica (PINSKY, 2009).

(MOREIRA JR., 2005).

Todavia, somente em 2002, em concordância com as recomendações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde assume o problema do álcool e passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. A partir desse ano, foi construída uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, que reconhecia o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e tinha como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2003, 2005).

No ano de 2006, o problema do álcool foi incluído na Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado à saúde, dispondo diretrizes e recomendações de estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao álcool, a política tem como meta a redução da morbimortalidade em decorrência do seu uso abusivo, bem como de outras drogas, com investimento em ações educativas para crianças e adolescentes; produção e distribuição de material educativo; promoção de campanhas com vistas a reduzir as consequências da “direção alcoolizada”; desenvolvimento de ações de redução de danos que envolvam a responsabilização da população; disponibilização de informações a respeito dos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas; e apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, protegendo segmentos vulneráveis (BRASIL, 2006b).

No ano de 2007, por meio do Decreto nº 6.117, que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool, foi instituída a Política Nacional Sobre o Álcool. Entre as medidas previstas na referida política estão ações específicas voltadas para povos indígenas e a população dos assentamentos de reforma agrária. Há também recomendações para ampliação da oferta de tratamento na rede do SUS, assim como para a revisão dos conteúdos sobre o uso de álcool e trânsito nos cursos de formação de condutores e para a renovação da carteira de habilitação. O decreto prevê, ainda, que seja incentivada a

regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007a).

Os resultados da aprovação e a aplicação da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida como “Lei Seca”, que modificou o limite de alcoolemia aceito para os motoristas de 0,6 grama de álcool por litro de sangue para zero, são exemplos de que, a partir de da legislação, é possível reduzir a ocorrência de eventos que podem ser evitados. A lei prevê que o motorista flagrado acima desse limite fica sujeito a penalidades como pagamento de multa, perda do direito de dirigir, e apreensão do veículo. Além disso, se flagrado com alcoolemia superior a 0,6 grama de álcool por litro de sangue, estará sujeito à prisão em flagrante (DUARTE; STEMPLIUK, 2010; BRASIL, 2008a).

Com o objetivo de avaliar os efeitos da “Lei Seca”, Malta *et al.* (2010) compararam os dados de mortalidade por acidentes de transporte terrestre nos estados e capitais brasileiras antes e depois da implantação da referida Lei. O estudo identificou uma redução significativa de 7,4% na taxa padronizada de mortalidade por esse tipo de causa na população brasileira, que passou de 18,7/100 mil habitantes para 17,3/100 mil habitantes. No estado de Minas Gerais foi observada redução de 5,8%, porém, não estatisticamente significativa e em Belo Horizonte a taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre passou de 17,4/100 mil habitantes para 14,3/100 mil habitantes, ou seja, uma variação de -9,0%, mas também não estatisticamente significativa.

No entanto, apesar de o Brasil ter se mostrado à frente com a implantação da “Lei seca”, falhas na sua redação e a falta de fiscalização, dificultaram a penalização de muitos motoristas infratores, permitindo que os acidentes e mortes no trânsito voltassem aumentar. Para contornar tais problemas, atualmente, estão em discussão alterações na Lei no sentido de torná-la mais rigorosa e incorporar o uso de outras formas de provar a embriaguez do motorista, como o uso de imagens e de testemunhas e não somente o teste do bafômetro e exame de sangue (BRESCIANI, 2012).

Portanto, muito ainda se tem a fazer para prevenir os danos causados à nossa sociedade e reduzir os custos gerados pelo uso nocivo do álcool ao governo. Nesse sentido, a OMS

sugere que para que sejam efetivas, as medidas devem considerar, dentre outras situações: ocasiões em que se bebe excessivamente; consumo geral da população e das mulheres em particular (inclusive durante a gravidez); consumo por menores de idade, jovens, índios e outras populações vulneráveis; e violência, 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 consumo do álcool (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007; WHO, 2005).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico, transversal e analítico, baseado em dados secundários.

3.2 Local e período de estudo

O estudo foi realizado com as amostras referentes ao município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, que participaram do Sistema de Monitoramento de Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde, o VIGITEL, no período de 2006 a 2011.

Planejada para ser a capital do estado, Belo Horizonte foi inaugurada em 1897, e, atualmente, segundo Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011), apresenta uma população total de cerca 2.375.151 habitantes, todos residentes em zona urbana, sendo 1.261.638 do sexo feminino (53,1%).

Conhecida pelo número de bares e restaurantes, a cidade foi declarada a Capital Mundial dos Botecos, conforme a Lei nº 9.714 (BELO HORIZONTE, 2009). De acordo com a Regional Mineira da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL-MG), são mais de 12 mil bares e restaurantes registrados na capital³. Este fato imprime um relevante aspecto cultural aos belo-horizontinos fazendo parte da sua tradição.

3.3 Fonte de dados

Em virtude da potencial relevância das doenças e agravos não transmissíveis na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, em face de que os fatores de risco para essas doenças são passíveis de prevenção, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o sistema VIGITEL. Essa implantação se fez por intermédio da Secretaria de

³ REGIONAL MINEIRA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BARES E RESTAURANTES/ABRASEL-MG. 17 jun 2012. Informação verbal.

Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) – Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT) - e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP. Esse sistema se baseia em entrevistas telefônicas, com questionário eletrônico, realizados em amostras probabilísticas da população adulta com telefone fixo, residente em cada uma das 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. A pesquisa é realizada anualmente, o que permite acompanhar a evolução dos hábitos e comportamentos da população brasileira.

As informações utilizadas são provenientes dos registros do VIGITEL, cedidas ao Centro Colaborador do Ministério da Saúde para Doenças e Agravos Não Transmissíveis em Belo Horizonte na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

3.3.1 Processo de amostragem do VIGITEL

Os procedimentos de amostragem empregados pelo VIGITEL visam a obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para estimativas específicas, segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (BRASIL, 2011).

A primeira etapa da amostragem do VIGITEL consiste no sorteio sistemático de, no mínimo, 5.000 linhas telefônicas por cidade. Esse sorteio, sistemático e estratificado de acordo com região ou prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da

dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas a ser sorteado para se chegar a 2.000 entrevistas (BRASIL, 2011).

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é realizada em paralelo à execução das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. 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 (BRASIL, 2011). Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado (BRASIL, 2011).

3.3.2 Ponderação do VIGITEL

A amostra de adultos entrevistada pelo sistema VIGITEL em cada cidade é obtida a partir do sorteio de linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade e, nesta medida, rigorosamente, só permite inferências populacionais para adultos que residem em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. A cobertura dessa rede, embora tenha crescido nos últimos anos, não é universal, podendo ser particularmente baixa nos estratos de menor nível socioeconômico (BRASIL, 2007b). Estimativas calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2008 e 2009, em uma amostra probabilística de mais de 55 mil domicílios de todas as regiões do país, indicam que 57,2% dos domicílios existentes no conjunto das 27 cidades estudadas pelo Vigitel são servidos por linhas telefônicas fixas (BRASIL, 2012).

Assim, são aplicados pesos de pós-estratificação aos indivíduos entrevistados pelo sistema para corrigir, ao menos parcialmente, vícios nas estimativas determinados pela não cobertura universal da rede telefônica. Uma vez que, quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem

da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito (BRASIL, 2012).

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL é o resultado da multiplicação de três fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o qual corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado, o qual corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra (BRASIL, 2012).

O terceiro fator de ponderação, empregado pelo sistema, denominado peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sociodemográfica da amostra de adultos estudada pelo VIGITEL em cada cidade à composição sociodemográfica da população adulta total da cidade. Para a obtenção desse fator, a amostra de indivíduos estudada pelo VIGITEL em cada cidade, já incorporando os dois fatores de ponderação mencionados anteriormente, foi distribuída em 36 categorias sociodemográficas resultantes da estratificação da amostra segundo sexo (masculino e feminino), faixas etárias (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e níveis de escolaridade (0-8, 9-11 e 12 ou mais anos de escolaridade). A seguir, procedeu-se à mesma distribuição para a amostra de adultos estudada em cada cidade pelo Censo Demográfico de 2000 – amostra correspondente a 10% do total de domicílios. O terceiro fator de ponderação veio a ser a razão observada, em cada uma das 36 categorias sociodemográficas, entre a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do Censo e a frequência relativa determinada para a amostra VIGITEL (BRASIL, 2012).

A razão entre a frequência relativa de indivíduos da amostra VIGITEL e da amostra censitária em cada categoria sociodemográfica permite a correção da sub ou super-representação de estratos sociodemográficos no sistema VIGITEL decorrente da cobertura diferencial desses estratos pela rede telefônica. Entretanto, esta correção apenas “aproxima” as estimativas geradas pelo sistema das estimativas que seriam observadas caso a cobertura da rede telefônica fosse universal ou não apresentasse diferenças entre estratos populacionais. Por outro lado, a aplicação desse terceiro fator de ponderação, que iguala a composição

sociodemográfica da amostra VIGITEL à composição da população total de cada cidade, também permite a correção da sub ou super-representação de categorias sociodemográficas decorrente de diferenças nas taxas de sucesso do sistema (entrevistas realizadas/linhas telefônicas sorteadas) observadas entre os vários estratos sociodemográficos (BRASIL, 2012).

Todas as estimativas que fazem parte do sistema VIGITEL incorporam o peso final de ponderação resultante da multiplicação dos três fatores de ponderação detalhados nos parágrafos anteriores. Portanto, as bases de dados cedidas pelo Ministério da Saúde apresentam o fator de ponderação que foi usado em todas as análises deste estudo para aproximar dos dados populacionais do IBGE.

3.4. População do estudo

A amostra do estudo foi composta por todas as mulheres residentes na cidade de Belo Horizonte que foram entrevistadas pelo VIGITEL no período do estudo. No ano de 2006, foram entrevistadas pelo sistema 1.234 mulheres na cidade; em 2007, 1.207; em 2008, 1.217; em 2009, 1.194, em 2010, 1.218, e, por fim, em 2011, 1.170 mulheres participaram das entrevistas, o que gerou uma amostra total de 7.240 entrevistas (BRASIL, 2007b, 2008b, 2009, 2010, 2011, 2012).

3.5 Variáveis do estudo

Com o intuito de atingir os objetivos da pesquisa elegeram-se as seguintes variáveis obtidas do VIGITEL, sendo que as perguntas e suas respectivas categorias de resposta encontram-se detalhadas no Apêndice1:

3.5.1 Variáveis dependentes

a) Uso habitual de álcool em mulheres: referência de consumo de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por mês nos últimos trinta dias, independente da dose. Para tanto, foi utilizada a seguinte pergunta: *“Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”*.

b) Abuso de álcool em mulheres: referência de consumo de quatro ou mais doses de álcool em uma única ocasião nos últimos trinta dias. Considerou-se, para identificar o abuso de álcool, a resposta sim à seguinte pergunta: “*Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?*”. Foi informado às entrevistadas que quatro doses de bebida alcoólica correspondem quatro latas de cerveja, quatro taças de vinho ou quatro doses de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Esse é o critério utilizado pelo Ministério da Saúde para definir o consumo abusivo de álcool, e foi adotado a partir de evidências científicas crescentes de que essas quantidades aumentam o risco de o indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool (SILVEIRA *et al.*, 2008).

Ressalta-se que, em virtude de aperfeiçoamentos no questionário do VIGITEL, houve uma mudança na forma de aferir o abuso de álcool. Entre os anos de 2006 e 2008, a pergunta referente ao abuso de álcool em uma ocasião no caso das mulheres era *mais de quatro doses de bebida alcoólica*, e, somente a partir de 2009 passou para *quatro ou mais doses*.

3.5.2 Variáveis independentes

a) Variáveis sociodemográficas

- **Idade** (categorizada em seis faixas etárias: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 ou 65 e mais anos).
- **Cor da pele:** foram considerados de cor de pele não branca as entrevistadas que declaram sua cor/raça como preta, amarela, parda ou indígena (categorizada em: branca e não branca).
- **Escolaridade:** para a construção desta variável, foi perguntado o último ano e grau de estudo formal que cursou, e posteriormente realizou-se o cálculo dos anos de escolaridade da pessoa (categorizada em três faixas: 0 a 8, 9 a 11 ou 12 e mais anos de estudo).
- **União estável:** a variável indica o estado civil, sendo que foram incluídas na categoria sim, as mulheres que declaram ser casadas ou ter união estável há mais de seis meses e, na categoria não, as que informaram ser solteiras, viúvas, ou separadas/divorciadas

(categorizada em: não ou sim).

- **Inserção no mercado de trabalho:** foram agrupadas na categoria sim as mulheres que declararam ter trabalhado nos últimos três meses (categorizada em dois grupos: não ou sim).

b) Variáveis relacionadas à saúde

- **Inatividade física:** foi considerada fisicamente inativa a mulher que não praticou qualquer atividade física no tempo livre (lazer) nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou curso/escola caminhando ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa (categorizada em dois grupos: não ou sim).
- **Consumo recomendado de Frutas, Legumes e Verduras (FLV):** foi utilizado como marcador de alimentação saudável o consumo de cinco ou mais porções de FLV por dia, conforme o recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006) (categorizada em dois grupos: não ou sim).
- **Estado de saúde ruim:** classificação autorreferida da saúde como ruim ou muito ruim (categorizada em: não ou sim).
- **Tabagismo:** foram consideradas tabagistas as mulheres declararam ser fumantes no momento da entrevista, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar (categorizada em: não ou sim).
- **Excesso de peso:** foi considerado excesso de peso o índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m² para indivíduos com idade entre 18 e 59 anos; e para os com idade igual ou superior a 60 anos, o IMC igual ou superior a 27kg/m² (WHO, 1995) (categorizada em: não ou sim).

c) Variável de avaliação de risco

- **Dirigir após beber:** referência de direção de veículo automotor após ocasião de consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas (categorizada em: não ou sim).

d) Variável de tempo

- **Ano:** ano de realização da entrevista (variando de 2006 a 2011)

3.6 Análises estatísticas

Para a caracterização da amostra, foram apresentadas tabelas de distribuição de frequências das variáveis estudadas. As estimativas de frequência foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Inicialmente, para avaliar a associação entre características sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, estado conjugal e inserção no mercado de trabalho) e relacionadas à saúde (prática de atividade física, qualidade da alimentação, estado de saúde, excesso de peso e tabagismo) e o uso e abuso de bebidas alcoólicas, foram realizadas análises bivariadas, utilizando teste de qui-quadrado de Pearson e cálculo da Razão de Prevalência (RP) com IC 95%.

As variáveis que se associaram ao uso e abuso de álcool em nível de significância estatística de 20% ($p < 0,20$), foram incluídas nos modelos de análise multivariada após realizada a verificação de colinearidade pelo teste de correlação de Pearson, sendo utilizado como critério $r > 0,6$. Utilizou-se o modelo de regressão de Poisson com estimador de variância robusta com entrada pelo método *step-wise forward*. A avaliação do ajuste do modelo foi realizada por meio do teste de Wald da razão de máxima pseudo-verossimilhança e o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$)

A avaliação da tendência temporal do uso habitual, abuso e direção de veículos automotores após abuso de álcool na população feminina geral foi realizada por meio da regressão linear simples. Para analisar as tendências de uso e abuso de bebidas alcoólicas por características sociodemográficas e variáveis relacionadas à saúde, também foi utilizado o mesmo teste.

Para a realização desses testes estatísticos, as prevalências dos indicadores foram consideradas variáveis dependentes e, como variável independente, o ano do monitoramento, expresso de forma contínua. Desse modo, foi criado um novo banco de

dados com as variáveis: ano; prevalência de uso habitual e de abuso de álcool na população feminina total e em cada uma das categorias das variáveis independentes (por exemplo, prevalência de abuso de álcool entre mulheres de 18 a 24 anos). O banco contemplou, ainda, a variável prevalência de dirigir após abuso de álcool.

O processamento do banco de dados e as análises descritivas foram realizados no módulo *Complex Samples* do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 17* (SPSS, 2008). Os modelos de regressão linear e de Poisson foram realizados no módulo *survey* do programa STATA, versão 9.1 (STATA CORP, 2005), que permite incorporar a ponderação dos dados do VIGITEL. O nível de significância estabelecido para todas as análises é de 5%.

3.7 Aspectos éticos

O projeto VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde sob o número de registro 13081/2008, sendo que, por se tratar de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados (ANEXO 1).

A pesquisa atende às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, não apresentando riscos para os envolvidos nem conflito de interesses. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO 2) e ao Comitê de Ética em Pesquisa, mediante submissão na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02308712.1.0000.0022 (ANEXO 3), sendo aprovado nas duas instâncias.

As seis bases de dados referentes aos anos de 2006 a 2011 para o município de Belo Horizonte foram cedidas SVS/MS após assinatura do Termo de Cessão (ANEXO 4). Cabe salientar que nas bases recebidas não há nenhuma informação que permita identificar os sujeitos, como nome ou número do telefone.

3.8 Financiamento

O projeto contou com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por meio do seu Centro Colaborador instalado na Escola de Enfermagem da UFMG.

4 RESULTADOS

4.1 Características da amostra do estudo

Segundo a Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio (PNAD) (IBGE, 2009), Belo Horizonte apresenta uma taxa de cobertura de telefonia fixa de 60,8%, uma das maiores entre as capitais brasileiras. Além da elevada cobertura, ainda é observada uma alta taxa de resposta ao sistema VIGITEL que tem se mantido constante ao longo dos anos pesquisados, o que privilegia a realização de inquéritos telefônicos na cidade.

O percentual de mulheres nas amostras apresenta uma ligeira queda ao longo do período, sendo que em média 60% da amostra pertence a esse grupo. A idade média das mulheres participantes da amostra apresentou aumento, enquanto a escolaridade média se manteve constante (TAB. 1). A amostra utilizada no estudo foi composta por 7.240 mulheres residentes na capital mineira à época das entrevistas.

TABELA 1

Taxas de resposta, tamanho amostral, e características sociodemográficas das amostras do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico no município de Belo Horizonte - VIGITEL, 2006 a 2011

ANO	TAXA DE RESPOSTA	TAMANHO DA AMOSTRA	% DE MULHERES ^a	IDADE MÉDIA EM ANOS (DP) ^{ab}	ESCOLARIDADE MÉDIA EM ANOS (DP) ^{ab}
2006	71,7	2.016	61,2	44,4 (17,4)	10,0 (4,5)
2007	74,7	2.010	60,0	44,5 (16,8)	10,7 (5,4)
2008	78,4	2.016	60,4	46,0 (16,8)	10,3 (5,0)
2009	83,3	2.011	59,4	46,5 (17,3)	10,4 (5,2)
2010	79,6	2.007	60,7	47,4 (17,5)	10,6 (5,2)
2011	69,9	2.006	58,3	48,6 (17,6)	10,3 (5,1)

Nota: DP – Desvio padrão. ^aDados não ponderados; ^bPopulação feminina;

Fonte: Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

4.2. Fatores associados ao uso habitual e abuso de álcool

Os resultados seguintes são estimativas ponderadas para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da capital mineira no Censo Demográfico de 2000. Para a análise de fatores associados ao consumo de álcool na população foi utilizada a amostra de 2011.

No ano de 2011, foram entrevistadas 1.170 mulheres, com idade média de 40,3 anos (IC 95%: 39,0-41,6). A faixa etária mais frequente foi a de 25 a 34 anos (23,5%) e a menos frequente foi a de 55 a 64 anos (9,6%) (TAB. 2).

TABELA 2

Distribuição de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e relacionadas à saúde, 2011

VARIÁVEIS	%	(IC 95%)
Faixa etária (anos)		
18 a 24	20,0	(16,0 - 24,6)
25 a 34	23,5	(19,7 - 27,8)
35 a 44	21,5	(18,3 - 25,0)
45 a 54	15,2	(13,0 - 17,8)
55 a 64	9,6	(7,9 - 11,5)
65 e mais	10,2	(8,7 - 11,9)
Cor da pele		
Não branca	63,3	(59,2 - 67,3)
Branca	36,7	(32,7 - 40,8)
Faixa de escolaridade (anos)		
0 a 8	51,1	(46,9 - 55,4)
9 a 11	31,2	(27,8 - 34,8)
12 e mais	17,7	(15,4 - 20,2)
União estável		
Não	54,4	(50,1 - 58,6)
Sim	45,6	(41,4 - 49,9)
Inserção no mercado de trabalho		
Não	43,9	(39,6 - 48,3)
Sim	56,1	(51,7 - 60,4)
Sedentarismo		
Não	86,8	(83,2 - 89,8)
Sim	13,2	(10,2 - 16,8)
Consumo recomendado de FLV		
Não	71,8	(68,2 - 75,2)
Sim	28,2	(24,8 - 31,8)
Avaliação da saúde como ruim		
Não	95,0	(92,4 - 96,8)
Sim	5,0	(3,2 - 7,6)
Tabagismo		

Não	88,3	(84,8 - 91,1)
Sim	11,7	(8,9 - 15,2)
Excesso de peso		
Não	60,2	(55,5 - 64,8)
Sim	39,8	(35,2 - 44,5)

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; FLV – Frutas, legumes e verduras.

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

Ainda com relação às características sociodemográficas, observou-se que a maioria da população estudada (63,3%) se declarou de cor não branca, aproximadamente, a metade das mulheres adultas do município estudou no máximo 8 anos e 17,7% estudaram por 12 anos ou mais. Em relação ao estado civil, 54,4% não viviam em união estável e 56,1% se apresentavam inseridas no mercado de trabalho. (TAB. 2).

A Tabela 2 também apresenta a caracterização da população com relação aos atributos relacionados à saúde. Observa-se que 13,2% das mulheres foram consideradas sedentárias e 71,8% não atingiam a recomendação diária de consumo de cinco porções de FLV. Apenas 5,0% classificaram sua saúde como ruim; 11,7% se revelaram fumantes e 39,8% apresentaram excesso de peso.

A Tabela 3 apresenta as análises bivariadas entre de uso habitual e as variáveis independentes do estudo, e entre o abuso de álcool e as mesmas variáveis. Para analisar a relação existente foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, sendo aplicado o fator de ponderação do VIGITEL.

As prevalências de uso habitual e de abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte no ano de 2011 foram 24,9% (IC 95%: 21,3-28,9), e 11,6% (IC 95%: 9,2-14,5) respectivamente. Nota-se que a faixa etária de maior consumo de bebidas alcoólicas foi a de 18 a 24 anos, em ambas as formas de uso estudadas, chegando a 32,0% em relação ao uso habitual, sendo observado um declínio após esta faixa, até alcançar 12,1% nas mulheres com idade superior ou igual a 65 anos (TAB. 3).

Com relação à escolaridade, as maiores frequências de uso habitual e abuso de álcool são observadas na faixa de 12 anos e mais (34,3% e 19,2% respectivamente), ocorrendo diminuição para a faixa de menor escolaridade (para 21,6% e 7,0% respectivamente) (TAB.

3). As mulheres em união estável apresentaram menor consumo de álcool, independente do padrão (19,2% em relação ao uso habitual e 8,1% em relação ao abuso), assim como as que classificaram seu estado de saúde como ruim (6,8% e 1,7%, respectivamente). Quanto ao tabagismo, as mulheres fumantes foram as que mais relataram uso habitual (40, 8%) e abuso de álcool (26,2%) (TAB. 3).

TABELA 3

Frequência de uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde no ano de 2011

VARIÁVEIS	USO HABITUAL DE ALCÓOL ^a			ABUSO DE ALCÓOL ^b		
	%	IC 95%	p ^c	%	IC 95%	p ^c
Faixa etária						
18 a 24	32,0	(21,5 - 44,6)	0,02*	18,4	(11,1 - 29,0)	0,03*
25 a 34	31,2	(22,3 - 41,6)		11,8	(6,8 - 19,9)	
35 a 44	20,6	(15,0 - 27,5)		9,9	(6,3 - 15,2)	
45 a 54	24,2	(18,6 - 30,7)		12,4	(8,5 - 17,8)	
55 a 64	19,1	(13,0 - 27,2)		8,1	(4,9 - 13,1)	
65 e mais	12,1	(8,1 - 17,5)		3,3	(1,6 - 6,6)	
Cor da pele						
Não branca	26,5	(21,6 - 32,0)	0,28	12,6	(9,2 - 16,9)	0,30
Branca	22,4	(17,6 - 28,1)		10,0	(7,2 - 13,6)	
Escolaridade (em anos)						
0 a 8	21,6	(15,9 - 28,6)	0,03*	7,0	(3,9 - 12,1)	<0,01*
9 a 11	24,9	(20,1 - 30,5)		14,8	(10,9 - 19,9)	
12 e mais	34,3	(28,3 - 40,9)		19,2	(14,4 - 25,2)	
União estável						
Não	29,5	(24,1 - 35,6)	0,01*	14,5	(10,8 - 19,3)	0,01*
Sim	19,2	(15,2 - 24,1)		8,1	(5,7 - 11,6)	
Inserção no mercado de trabalho						
Não	20,6	(15,1 - 27,4)	0,07	8,9	(5,5 - 14,0)	0,10
Sim	28,2	(23,7 - 33,3)		13,7	(10,6 - 17,5)	
Sedentarismo						
Não	25,5	(21,6 - 29,9)	0,36	11,4	(8,9 - 14,5)	0,78
Sim	20,5	(12,7 - 31,4)		12,6	(6,3 - 23,6)	
Consumo recomendado de FLV						
Não	26,5	(21,9 - 31,6)	0,54	12,2	(9,2 - 16,1)	0,56
Sim	20,7	(15,9 - 26,5)		10,0	(7,0 - 14,1)	
Avaliação do estado de saúde como ruim						
Não	25,8	(22,1 - 30,0)	0,02*	12,1	(9,6 - 15,2)	<0,01*
Sim	6,8	(2,2 - 19,3)		1,7	(0,5 - 5,8)	
Tabagismo						
Não	22,8	(19,0 - 27,0)	<0,01*	9,6	(7,3 - 12,6)	<0,01*
Sim	40,8	(28,5 - 54,3)		26,2	(16,7 - 38,6)	
Excesso de peso						
Não	24,4	(19,8 - 29,7)	0,94	13,3	(9,9 - 17,7)	0,45
Sim	24,1	(18,1 - 31,3)		11,1	(7,5 - 16,1)	
TOTAL	24,9	(21,3 - 28,9)		11,6	(9,2 - 14,5)	

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.^aConsumo de qualquer quantidade de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista; ^bConsumo de quatro ou mais doses de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; ^cValor p referente ao teste qui-quadrado de Pearson; *valores significativos p < 0,05.

Fonte: Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Ainda com relação à análise bivariada, a Tabela 4 apresenta Razões de Prevalência Brutas da relação entre as variáveis independentes do estudo e o uso habitual e abuso de álcool.

Com relação à idade, nota-se um aumento da Razão de Prevalência (RP) de consumo de álcool entre as faixas etárias mais jovens, sendo que na faixa etária entre 18 e 24 anos a RP foi 2,65 e 5,65 respectivamente para o uso habitual e abuso, em relação às com idade igual ou superior a 65 anos (TAB. 4).

No tocante à escolaridade, as mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade apresentaram RP igual a 1,59 para uso habitual em relação às que só estudaram entre 0 e 8 anos. Para o abuso de álcool a relação foi mais forte, sendo que as mulheres da categoria de maior escolaridade apresentaram prevalência 2,76 vezes maior em comparação às que estudaram até 8 anos (TAB. 4).

Ainda na Tabela 4, percebe-se que as mulheres em união estável apresentaram uma proteção em relação às demais, sendo que a RP de uso habitual foi de 0,65, e de abuso de álcool 0,56. Efeito semelhante foi encontrado entre as que classificaram seu estado de saúde como ruim, sendo que as RPs foram 0,26 e 0,56, respectivamente, para o uso habitual e para o abuso de álcool, o que mostra que as mulheres sem parceiro e as que não classificaram sua saúde como ruim beberam mais.

Com relação ao tabagismo, a Tabela 4 apresenta que as mulheres fumantes foram as que mais consumiram álcool. Para essas relações foi encontrada uma razão de prevalência de 1,79 e 2,72, respectivamente, para o uso habitual e abuso de álcool.

Nas tabelas 3 e 4, nota-se que faixa etária, escolaridade, estado civil, avaliação do estado de saúde, tabagismo e excesso de peso apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) tanto com o uso habitual como com o abuso de álcool.

TABELA 4

Razões de Prevalência brutas de uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde, 2011

VARIÁVEIS	USO HABITUAL DE ÁLCOOL ^a			ABUSO DE ÁLCOOL ^b		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Faixa etária						
65 e mais	1,00			1,00		
55 a 64	1,58	(0,93 - 2,04)	0,09*	2,48	(1,04 - 5,93)	0,04*
45 a 54	2,00	(1,26 - 3,18)	<0,01*	3,81	(1,70 - 8,53)	<0,01*
35 a 44	1,71	(1,04 - 2,79)	0,03*	3,03	(1,30 - 7,03)	0,01*
25 a 34	2,58	(1,57 - 4,25)	<0,01*	3,62	(1,48 - 8,90)	0,01*
18 a 24	2,65	(1,56 - 4,52)	<0,01*	5,65	(2,38 - 13,4)	<0,01*
Cor da pele						
Não branca	1,00			1,00		
Branca	0,85	(0,62 - 1,15)	0,29	0,79	(0,51 - 1,23)	0,30
Escolaridade (em anos)						
0 a 8	1,00			1,00		
9 a 11	1,16	(0,81 - 1,66)	0,43	2,13	(1,12 - 4,04)	0,02*
12 e mais	1,59	(1,13 - 2,26)	0,01*	2,76	(1,47 - 5,20)	<0,01*
União estável						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,65	(0,48 - 0,88)	0,01*	0,56	(0,53 - 0,89)	0,01*
Inserção no mercado de trabalho						
Não	1,00	-		1,00		
Sim	1,37	(0,97 - 1,93)	0,07	1,54	(0,90 - 2,61)	0,11
Sedentarismo						
Não	1,00					
Sim	0,80	(0,95 - 1,30)	0,37	1,11	(0,55 - 2,24)	0,78
Consumo recomendado de FLV						
Não	1,00			1,00		
Sim	1,10	(0,81 - 1,49)	0,54	0,87	(0,56 - 1,37)	0,56
Avaliação do estado de saúde como ruim						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,26	(0,09 - 0,80)	0,02*	0,14	(0,04 - 0,50)	<0,01*
Tabagismo						
Não	1,00			1,00		
Sim	1,79	(1,24 - 2,59)	<0,01*	2,72	(1,65 - 4,50)	<0,01*
Excesso de peso						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,99	(0,70 - 1,39)	0,94	0,20	(0,51 - 1,35)	0,45

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; RP – Razão de Prevalência; ^aConsumo de qualquer quantidade de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista; ^bConsumo de quatro ou mais doses de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; *Valores significativos p < 0,05.

Fonte: Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Com a intenção de determinar o efeito independente da associação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e o padrão de consumo de álcool foram realizadas modelos de análise multivariada. Para tanto, além das variáveis que mostraram associação

significativa na análise bivariada, a inserção no mercado de trabalho também foi candidata a entrar no modelo.

No modelo final de regressão de Poisson com variância robusta para uso habitual de álcool, foram incluídas as variáveis independentes, nesta ordem de entrada: faixa etária, tabagismo, união estável, escolaridade, classificação do estado de saúde como ruim e inserção no mercado de trabalho (TAB 5.)

O modelo final de análise multivariada mostrou que faixa etária, tabagismo, união estável e escolaridade se mantiveram estatisticamente associadas ao uso habitual de álcool na população estudada. Assim, nota-se que as mulheres mais jovens, as de elevada escolaridade, as solteiras, separadas ou viúvas e as tabagistas apresentaram maior probabilidade de realizar uso habitual de álcool. As variáveis classificação do estado de saúde como ruim e inserção no mercado de trabalho perderam significância, sendo mantidas fora do modelo final (TAB. 5).

Com relação ao abuso de álcool, foram incluídas as mesmas variáveis, na seguinte ordem de entrada: faixa etária, tabagismo, escolaridade, classificação do estado de saúde como ruim, união estável e inserção no mercado de trabalho. As variáveis união estável e inserção no mercado de trabalho perderam significância estatística, não sendo mantidas no modelo final (TAB. 5).

Observou-se que, assim como no uso habitual, as mulheres mais jovens apresentaram maiores RP, bem como as de maior nível de escolaridade e tabagistas. Já a classificação do estado de saúde, que não se manteve associada ao uso habitual, mostrou-se inversamente associada ao uso abusivo de álcool (TAB.5).

TABELA 5

Modelos finais de regressão de Poisson para o uso habitual e abuso de álcool entre mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo características sociodemográficas e de saúde, 2011

VARIÁVEIS	USO HABITUAL DE ÁLCOOL ^a			ABUSO DE ÁLCOOL ^b		
	RP	(IC 95%)	p	RP	(IC 95%)	p
Faixa etária						
65 e mais	1,00			1,00		
55 a 64	1,50	(0,87 - 2,58)	0,15	1,95	(0,82 - 4,66)	0,13
45 a 54	1,84	(1,14 - 2,98)	0,01*	2,43	(1,07 - 5,52)	0,03*
35 a 44	1,65	(0,99 - 2,76)	0,06	2,14	(0,93 - 4,93)	0,08
25 a 34	2,34	(1,34 - 4,08)	<0,01*	2,43	(0,94 - 6,27)	0,07
18 a 24	2,28	(1,24 - 4,21)	0,01*	3,93	(1,49 - 10,32)	0,01*
Escolaridade (em anos)						
0 a 8	1,00			1,00		
9 a 11	1,05	(0,69 - 1,59)	0,82	1,79	(0,88 - 3,67)	0,11
12 e mais	1,47	(1,01 - 2,15)	0,04*	2,58	(1,34 - 4,98)	0,01*
União estável						
Não	1,00			-	-	-
Sim	0,72	(0,52 - 0,99)	0,04*	-	-	-
Classificação do estado de saúde como ruim						
Não	-	-	-	1,00		
Sim	-	-	-	0,15	(0,03 - 0,68)	0,01*
Tabagismo						
Não	1,00			1,00		
Sim	1,81	(1,24 - 2,62)	<0,01*	3,18	(1,98 - 5,10)	<0,01*

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; RP – Razão de Prevalência; ^aConsumo de qualquer quantidade de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista; ^bConsumo de quatro ou mais doses de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; *Valores significativos p < 0,05.

Fonte: Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

4.3 Tendências temporais

4.3.1 Tendências temporais de uso habitual e abuso de álcool

A análise do Gráfico 1 permite dizer que as prevalências de uso habitual de álcool entre a população estudada variaram de 31,1% a 22,4%, e as de abuso variam entre 10,3% e 13,6%. Ressalta-se que no ano de 2007, para ambos os indicadores, foram observadas as menores prevalências.

Embora não tenha sido observada evidência de tendência linear ($p=0,388$), a prevalência de uso habitual de álcool apresentou queda de 20,1% de 2006 para 2011. Com relação ao abuso de álcool, também se mostrou estatisticamente estável ($p=0,908$), decrescendo 12,1% de 2006 para 2011. Ainda na figura, é possível observar a sobreposição dos intervalos de confiança, que contribui para não observação de tendência de declínio ou aumento das prevalências.

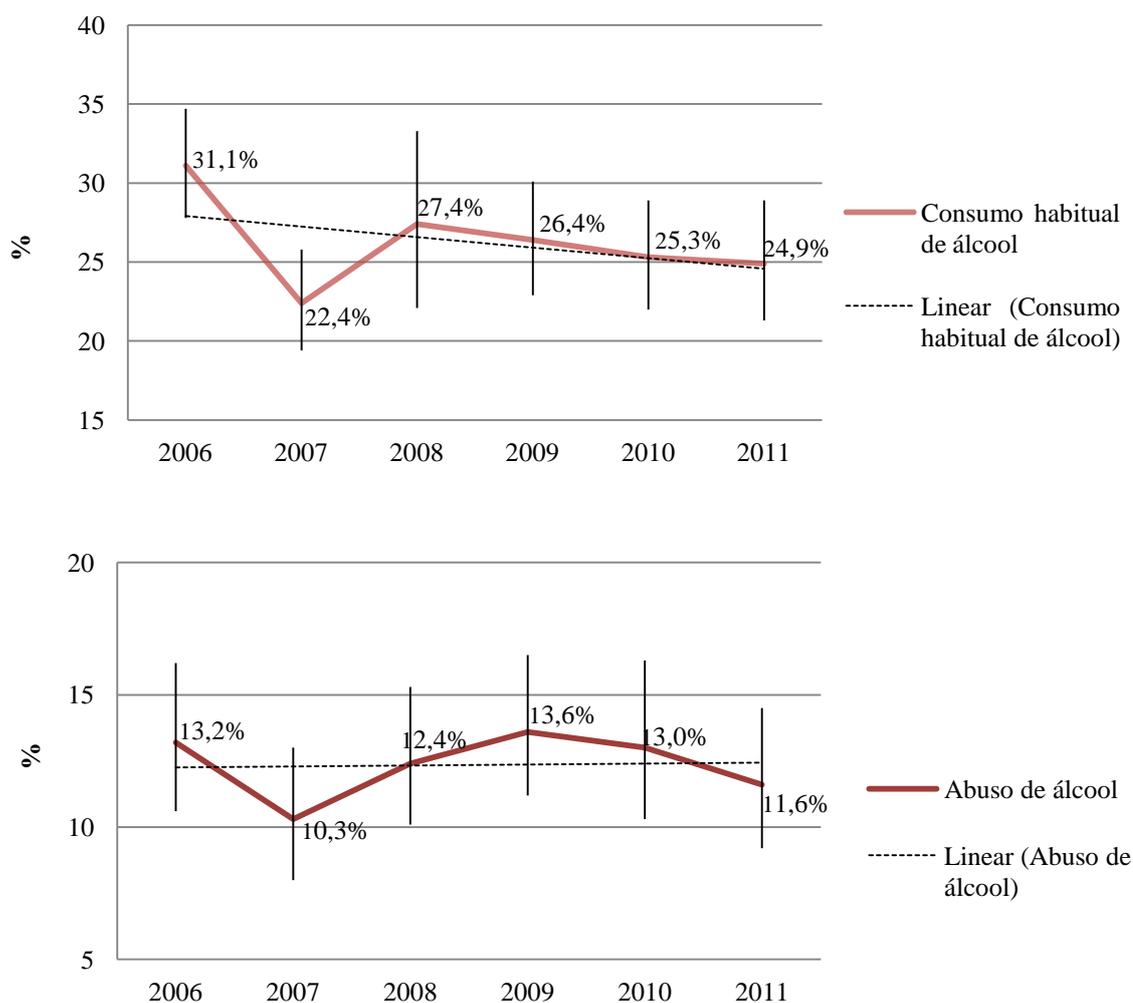


GRÁFICO 1 - Tendência temporal de uso habitual^a e abuso^b de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte, 2006 a 2011.

Nota: As linhas verticais indicam o Intervalo de Confiança de 95% das estimativas em cada ano; ^aConsumo de qualquer quantidade de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista; ^bConsumo de quatro ou mais doses de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista.

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

4.3.2 Tendências temporais de uso habitual e abuso de álcool

A variação temporal nas prevalências de uso habitual e abuso de álcool por faixa etária é apresentada nas tabelas 6 e 7, respectivamente. No período de 2006 a 2011, não houve diferença nas prevalências de uso habitual de álcool segundo o grupo etário. Percebeu-se ainda, que, embora os intervalos muitas vezes se sobreponham, as mulheres com idade acima de 55 anos apresentaram as menores prevalências de consumo habitual e de abuso de álcool em todo o período analisado. E, em oposição, as mulheres com idade inferior a 35 anos, apresentaram as maiores prevalências tanto de uso habitual como de abuso em geral.

Ainda nas tabelas 6 e 7, é possível observar que não houve diferença nas prevalências de uso habitual nem de abuso de álcool ao longo de período analisado segundo a cor da pele, união conjugal e o fato de estarem inseridas no mercado de trabalho. As mulheres que não se apresentam em união estável apresentaram maiores prevalências de uso habitual e abuso de bebidas alcoólicas, no entanto, em toda a série observada, houve sobreposição dos intervalos de confiança. Destaca-se, ainda, que entre as mulheres que estavam inseridas no mercado de trabalho a prevalência de consumo de álcool foi maior em todo o período, em relação às que não estavam trabalhando, sendo que apenas nos anos de 2007 e 2008 os intervalos de confiança então sobrepostos.

Com relação à escolaridade (TAB. 6 e 7), destaca-se que houve tendência de diminuição do uso habitual de álcool entre as mulheres que apresentaram escolaridade entre 9 e 11 anos ($p=0,048$). Em contraponto, para o abuso de álcool, observou-se tendência de aumento das prevalências entre as que tinham 12 anos e mais de escolaridade. Nota-se também, em todos os anos avaliados, que a prevalência de uso habitual de álcool foi maior entre as mulheres com 12 anos e mais de estudo, embora em nos anos de 2006, 2008, 2010 e 2011 haja sobreposição dos intervalos de confiança.

TABELA 6

Prevalências de uso habitual de álcool^a no conjunto de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo fatores sociodemográficos nos anos de 2006 a 2011

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		p ^b
	%	(IC95%)											
Faixa etária													
18 a 24	36,9	(27,2-47,8)	27,7	(19,1-38,2)	34,2	(15,7-59,2)	24,5	(17,3-33,6)	26,9	(17,5-39,0)	32,0	(21,5-44,6)	0,42
25 a 34	37,5	(30,2-45,4)	21,4	(14,7-30,1)	23,1	(16,1-32,0)	32,3	(23,2-42,9)	31,4	(23,9-40,0)	31,2	(22,3-41,6)	0,90
35 a 44	34,9	(28,4-41,9)	24,8	(19,2-31,4)	38,2	(31,4-45,6)	29,0	(22,4-36,5)	27,0	(20,8-34,3)	20,6	(15,0-27,5)	0,20
45 a 54	30,7	(24,2-38,0)	24,5	(19,1-30,9)	22,4	(17,0-29,0)	28,7	(22,6-35,8)	27,1	(20,9-34,4)	24,2	(18,6-30,7)	0,54
55 a 64	16,8	(10,8-25,2)	18,8	(13,2-26,0)	20,4	(14,4-28,0)	21,3	(15,3-29,0)	15,5	(11,0-21,4)	19,1	(13,0-27,2)	0,91
65 e mais	12,1	(8,0-18,0)	10,0	(5,7-17,0)	15,0	(10,3-21,5)	12,0	(7,4-18,9)	11,1	(7,5-16,0)	12,1	(8,1-17,5)	0,99
Cor da pele													
Não branca	29,8	(25,2-34,7)	19,2	(15,6-23,3)	29,1	(21,7-37,8)	25,8	(21,5-30,6)	24,6	(20,4-29,5)	26,5	(21,6-32,0)	0,93
Branca	33,3	(28,7-38,3)	27,4	(22,4-33,0)	24,1	(19,8-29,0)	27,4	(22,1-33,3)	26,5	(21,6-32,0)	22,4	(17,6-28,1)	0,07
Escolaridade													
0 a 8	27,1	(21,9-33,1)	16,3	(11,7-22,2)	25,4	(16,3-37,3)	21,4	(16,1-27,9)	22,3	(17,0-28,7)	21,6	(15,9-28,6)	0,71
9 a 11	31,5	(26,6-36,8)	26,3	(21,7-31,4)	27,3	(22,9-32,2)	25,7	(21,1-30,8)	22,4	(18,0-27,5)	24,9	(20,1-30,5)	0,04*
12 e mais	42,3	(36,4-48,4)	33,5	(28,3-39,1)	33,3	(27,7-39,5)	41,8	(35,5-48,4)	39,1	(33,3-45,1)	34,3	(28,3-40,9)	0,73
União estável													
Não	36,4	(31,4-41,6)	24,4	(19,7-29,7)	31,0	(22,6-40,8)	25,4	(20,6-30,9)	26,6	(22,2-31,5)	29,5	(24,1-35,6)	0,44
Sim	25,6	(21,3-30,5)	20,3	(16,7-24,3)	22,8	(18,7-27,4)	27,3	(22,7-32,5)	23,9	(19,0-29,6)	19,2	(15,2-24,1)	0,47
Inserção no mercado de trabalho													
Não	22,2	(18,2-26,9)	16,8	(12,5-22,3)	24,0	(14,2-37,7)	30,9	(25,9-36,2)	18,0	(13,7-23,4)	20,6	(15,1-27,4)	0,72
Sim	37,5	(32,7-42,5)	26,6	(22,6-31,1)	30,0	(25,7-34,7)	19,4	(15,7-23,8)	30,9	(26,3-35,8)	28,2	(23,7-33,3)	0,35
TOTAL	31,1	(27,8-34,7)	22,4	(19,4-25,8)	27,4	(22,1-33,3)	26,4	(22,9-30,1)	25,3	(22,0-28,9)	24,9	(21,3-28,9)	0,388

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%;^a Consumo de qualquer quantidade de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista; ^bTeste de tendência linear; * Valor significativo (p<0,05).

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

TABELA 7

Prevalências de abuso de álcool^a no conjunto de mulheres adultas no município de Belo Horizonte segundo fatores sociodemográficos nos anos de 2006 a 2011

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		p ^b
	%	(IC95%)											
Faixa etária													
18 a 24	22,7	(14,5-33,8)	15,6	(8,8-26,3)	9,6	(5,0-17,7)	16,7	(10,8-25,1)	17,5	(9,7-29,7)	18,4	(11,1-29,0)	0,84
25 a 34	15,9	(10,9-22,5)	11,5	(7,0-18,3)	14,6	(9,4-22,0)	13,4	(8,1-21,5)	17,9	(12,0-25,8)	11,8	(6,8-19,9)	0,93
35 a 44	15,0	(10,4-21,1)	10,2	(6,7-15,3)	21,2	(15,7-28,0)	16,3	(11,1-23,4)	12,8	(8,2-19,3)	9,9	(6,3-15,2)	0,58
45 a 54	9,2	(5,7-14,4)	9,2	(6,0-13,9)	8,0	(5,0-12,5)	17,7	(12,7-24,1)	11,7	(7,9-17,1)	12,4	(8,5-17,8)	0,30
55 a 64	3,1	(1,3-7,4)	7,1	(3,8-12,8)	10,5	(6,1-17,5)	7,2	(4,0-12,4)	4,1	(2,3-7,2)	8,1	(4,9-13,1)	0,64
65 e mais	-	-	1,5	(0,4-5,6)	3,0	(1,3-7,1)	2,4	(1,0-5,7)	3,6	(1,8-7,3)	3,3	(1,6-6,6)	0,12
Cor da pele													
Não branca	15,0	(11,3-19,5)	8,0	(5,8-10,8)	12,5	(9,4-16,3)	13,8	(10,5-18,0)	12,1	(8,7-16,4)	12,6	(9,2-16,9)	0,94
Branca	10,5	(7,7-14,3)	13,8	(9,5-19,4)	12,3	(9,1-16,5)	13,4	(10,3-17,3)	14,7	(10,6-20,0)	10,0	(7,2-13,6)	0,95
Escolaridade													
0 a 8	13,5	(9,4-19,0)	7,4	(4,1-12,8)	9,8	(6,5-14,5)	10,9	(7,3-15,9)	12,3	(7,9-18,5)	7,0	(3,9-12,1)	0,50
9 a 11	13,2	(9,9-17,4)	12,8	(9,6-16,7)	15,9	(12,3-20,4)	15,0	(11,4-19,6)	9,1	(6,4-12,8)	14,8	(10,9-19,9)	0,88
12 e mais	12,2	(8,7-16,8)	14,2	(10,8-18,5)	14,1	(10,2-19,1)	19,2	(14,6-24,7)	22,0	(17,4-27,4)	19,2	(14,4-25,2)	0,02*
União estável													
Não	16,3	(12,6-20,9)	12,1	(8,6-16,7)	15,2	(11,4-19,8)	16,3	(12,6-20,8)	13,0	(9,6-17,3)	14,5	(10,8-19,3)	0,76
Sim	9,8	(6,7-14,3)	8,2	(5,9-11,3)	9,0	(6,6-12,2)	10,8	(7,9-14,7)	13,3	(9,2-18,7)	8,1	(5,7-11,6)	0,65
Inserção no mercado de trabalho													
Não	6,0	(3,9-9,3)	6,6	(3,5-12,3)	7,1	(4,6-10,9)	11,1	(8,1-14,9)	6,5	(3,7-11,1)	8,9	(5,5-14,0)	0,32
Sim	18,2	(14,3-22,9)	13,0	(10,2-16,4)	16,6	(13,3-20,5)	15,3	(11,9-19,5)	17,9	(14,0-22,7)	13,7	(10,6-17,5)	0,68
TOTAL	13,2	(10,6-16,2)	10,3	(8,0-13,0)	12,4	(10,1-15,3)	13,6	(11,2-16,5)	13,0	(10,3-16,3)	11,6	(9,2-14,5)	0,91

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%;^a Consumo de quatro ou mais doses de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; ^b Teste de tendência linear;

* Valor significativo ($p < 0,05$).

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

As tabelas 8 e 9 apresentam a variação temporal das prevalências de uso habitual e de abuso de álcool na população feminina do município de Belo Horizonte segundo sedentarismo, consumo adequado de frutas, legumes e verduras, autoavaliação da saúde, tabagismo e estado nutricional. Conforme se observa, somente foi encontrada evidência de mudança na tendência temporal da prevalência de uso habitual entre as mulheres que consomem diariamente a quantidade recomendada pelo Guia Alimentar Brasileiro de frutas, legumes e verduras ($p=0,014$).

No entanto, nota-se que, as variáveis relacionadas à saúde podem influenciar o padrão de consumo de álcool. Assim, observa-se que mesmo com a sobreposição dos intervalos de confiança, nos anos de 2006, 2008, 2009 e 2011 a prevalência do uso de álcool foi menor entre as mulheres sedentárias ao contrário daquelas que são ativas em pelo menos um dos domínios: tempo livre, trabalho, deslocamento ou atividades domésticas. E a prevalência de abuso de álcool foi maior entre as sedentárias em todo o período estudado.

Com relação à alimentação, observa-se menor prevalência de uso habitual de álcool entre mulheres que consomem diariamente pelo menos cinco porções de frutas, legumes e verduras - marcador de alimentação saudável utilizado no estudo. Tal fenômeno não ocorre somente no ano de 2006, quando a prevalência entre as que não consomem a quantidade recomendada e as que atingem a recomendação é praticamente a mesma, respectivamente 31,1% (27,6-34,9) e 31,4% (23,2-40,9). Ressalta-se que os intervalos de confiança de todas as prevalências observadas se sobrepõem.

Destaca-se que, em todo o período avaliado, as prevalências de uso habitual e abuso de álcool foram maiores entre as tabagistas, do que entre as que não fumavam sem que houvesse sobreposição dos intervalos de confiança em nenhuma das observações (TAB. 8 e 9).

TABELA 8

Prevalências de uso habitual de álcool^a entre mulheres no município de Belo Horizonte segundo fatores relacionados à saúde nos anos de 2006 a 2011

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		p ^b
	%	IC95%											
Sedentarismo													
Não	31,6	(28,0-35,4)	22,1	(18,9-25,7)	27,9	(21,9-34,8)	26,3	(22,7-30,3)	24,8	(21,4-28,5)	25,5	(21,6-29,9)	0,44
Sim	27,6	(19,9-37,0)	25,3	(17,5-35,2)	24,6	(18,3-32,3)	26,4	(17,6-37,6)	29,5	(18,1-44,3)	20,5	(12,7-31,4)	0,47
Consumo recomendado de FLV													
Não	31,1	(27,6-34,9)	22,0	(18,6-25,7)	28,3	(21,7-36,0)	27,1	(22,9-31,9)	27,5	(23,4-32,1)	26,5	(21,9-31,6)	0,80
Sim	31,4	(23,2-40,9)	25,0	(18,6-32,6)	24,5	(19,1-30,8)	24,2	(19,4-29,8)	19,6	(14,9-25,3)	20,7	(15,9-26,5)	0,01*
Avaliação do estado de saúde como ruim													
Não	31,5	(28,0-35,2)	22,5	(19,4-25,9)	28,0	(22,5-34,2)	26,7	(23,2-30,5)	25,5	(22,1-29,2)	25,8	(22,1-30,0)	0,48
Sim	24,0	(13,9-38,0)	21,2	(10,5-38,1)	15,0	(7,0-29,3)	18,7	(7,8-38,7)	21,0	(8,7-42,4)	6,8	(2,2-19,3)	0,11
Tabagismo													
Não	26,8	(23,6-30,4)	19,1	(16,0-22,5)	20,6	(17,6-24,1)	23,5	(20,2-27,1)	18,8	(16,0-21,9)	22,8	(19,0-27,0)	0,54
Sim	64,1	(53,8-73,3)	51,0	(40,4-61,6)	61,7	(43,6-77,0)	46,9	(34,4-59,8)	62,8	(51,3-73,1)	40,8	(28,5-54,3)	0,28
Excesso de peso													
Não	34,4	(30,0-39,0)	26,0	(21,9-30,6)	30,0	(25,1-35,3)	27,4	(23,2-32,0)	27,9	(23,7-32,6)	24,4	(19,8-29,7)	0,11
Sim	28,9	(23,2-35,4)	19,4	(15,1-24,6)	29,0	(16,8-45,1)	24,7	(19,9-30,2)	24,8	(18,9-31,9)	24,1	(18,1-31,3)	0,74
TOTAL	31,1	(27,8-34,7)	22,4	(19,4-25,8)	27,4	(22,1-33,3)	26,4	(22,9-30,1)	25,3	(22,0-28,9)	24,9	(21,3-28,9)	0,39

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%;^a Consumo de qualquer quantidade de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; ^b Teste de tendência linear; * Valor significativo (p<0,05)

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

TABELA 9

Prevalências de consumo abusivo de álcool^a entre mulheres no município de Belo Horizonte segundo fatores relacionados à saúde nos anos de 2006 a 2011

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		p ^b
	%	IC95%											
Sedentarismo													
Não	13,7	(11,0-17,1)	10,4	(8,0-13,4)	11,8	(9,3-14,9)	13,6	(11,1-16,5)	12,9	(10,1-16,2)	11,4	(8,9-14,5)	0,84
Sim	8,5	(3,9-17,6)	8,7	(4,6-15,8)	15,9	(10,6-23,1)	14,2	(7,0-26,7)	14,2	(5,9-30,7)	12,6	(6,3-23,6)	0,19
Consumo recomendado de FLV													
Não	13,8	(11,0-17,1)	10,7	(8,1-13,9)	12,2	(9,6-15,4)	14,7	(11,6-18,5)	14,9	(11,4-19,2)	12,2	(9,2-16,1)	0,66
Sim	7,1	(3,8-12,8)	7,9	(4,9-12,4)	13,2	(8,7-19,5)	10,8	(7,7-14,8)	8,1	(5,7-11,4)	10,0	(7,0-14,1)	0,57
Avaliação do estado de saúde como ruim													
Não	13,1	(10,5-16,3)	9,9	(7,7-12,8)	12,8	(10,4-15,8)	13,9	(11,4-17,0)	13,1	(10,4-16,4)	12,1	(9,6-15,2)	0,69
Sim	14,2	(6,4-28,5)	18,8	(8,6-36,2)	4,4	(0,9-17,9)	6,7	(1,9-20,4)	10,7	(2,2-39,4)	1,7	(0,5-5,8)	0,12
Tabagismo													
Não	9,3	(7,2-12,1)	7,9	(5,8-10,6)	10,3	(8,0-13,1)	11,9	(9,5-14,9)	8,6	(6,7-11,1)	9,6	(7,3-12,6)	0,69
Sim	43,0	(32,0-54,8)	30,6	(21,1-42,2)	23,4	(13,9-36,6)	25,7	(17,0-36,8)	38,2	(26,6-51,3)	26,2	(16,7-38,6)	0,43
Excesso de peso													
Não	15,5	(11,9-20,0)	11,8	(8,6-16,0)	14,9	(11,5-19,0)	13,8	(10,7-17,7)	13,0	(10,2-16,6)	13,3	(9,9-17,7)	0,53
Sim	10,9	(7,3-16,1)	9,2	(6,3-13,1)	9,2	(6,0-13,9)	13,7	(10,1-18,3)	14,1	(9,0-21,5)	11,1	(7,5-16,1)	0,31
TOTAL	13,2	(10,6-16,2)	10,3	(8,0-13,0)	12,4	(10,1-15,3)	13,6	(11,2-16,5)	13,0	(10,3-16,3)	11,6	(9,2-14,5)	0,91

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%;^a Consumo de qualquer quantidade de álcool em uma ocasião nos 30 dias anteriores à entrevista; ^b Teste de tendência linear.
Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Com relação ao estado nutricional, observou-se que as prevalências de uso habitual e abusivo de álcool foram bem próximas e que em todos os anos os intervalos se sobrepuseram. No entanto, pode-se dizer que as mulheres com excesso de peso apresentam, ligeiramente, menor proporção de consumo habitual (TAB. 8 e 9).

Ainda nas tabelas 8 e 9, com relação à autoavaliação do estado de saúde, observa-se menores prevalências de uso habitual de álcool entre as mulheres que classificaram sua saúde como ruim em todo o período analisado. Já o abuso de álcool, foi mais prevalente entre as mulheres que consideram sua saúde ruim nos anos de 2006 e 2007, sendo que nos anos seguintes foi observado o mesmo padrão que para o uso habitual. Ressalta-se que os intervalos de confiança de todas as prevalências observadas se sobrepõem.

4.3.2 Tendência temporal de direção após consumo abusivo de álcool

A variação temporal nas prevalências de direção de veículos automotores após o consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião está representada no Gráfico 2.

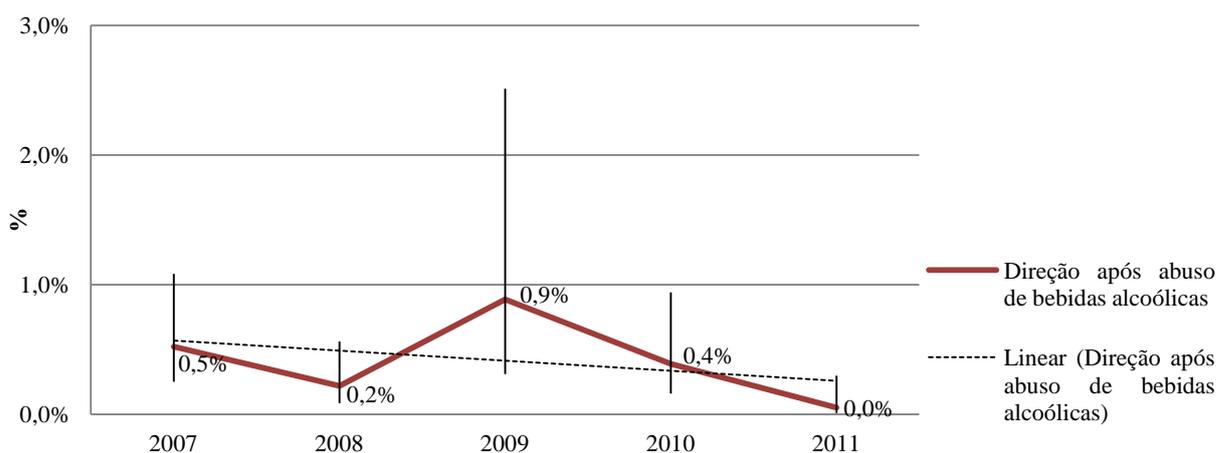


GRÁFICO 2 – Variação temporal da prevalência de direção de veículos motorizados após abuso de álcool entre mulheres no município de Belo Horizonte, 2006-2011

Nota: As linhas verticais indicam o Intervalo de Confiança de 95%.

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

O Gráfico 2 mostra que a proporção de mulheres que relataram dirigir após um episódio de abuso de álcool variou entre 0,0 e 0,9%, durante os seis anos estudados, sendo que no último ano da série, 2011, foi observada a menor proporção. Apesar do decréscimo nas proporções a partir de 2009, a análise da variação temporal pela regressão linear não evidenciou tendência de crescimento ou diminuição da prevalência ($p=0,522$).

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o hábito de fumar, as faixas etárias mais jovens e a alto nível de escolaridade (12 ou mais anos de estudo) permaneceram fortemente associados ao uso e abuso de álcool entre as mulheres residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para o uso do álcool, o estado civil também se mostrou fator importante, no qual as mulheres que relataram não viver em união estável apresentaram maior prevalência do uso de bebidas alcoólicas. Outro resultado encontrado foi a classificação do estado de saúde ruim, que se apresentou, ao contrário dos demais fatores estudados, como fator protetor para o abuso de álcool.

Em relação à análise de tendência, observou-se aumento nas prevalências de abuso de álcool entre mulheres de maior escolaridade. Já na faixa de escolaridade de 9 a 11 anos de estudo e entre mulheres que apresentaram alimentação mais saudável ocorreu redução nas prevalências de uso habitual de álcool ao longo dos últimos anos (2006 a 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis têm entre seus fatores de risco o uso nocivo do álcool. E esse ainda ocupa o terceiro lugar entre os principais fatores de risco de morte prematura e incapacidades. Dentre as doenças relacionadas ao álcool destacam-se as cardiovasculares, hepáticas, câncer, distúrbios neurológicos, depressão, além de maior exposição a acidentes e violências (OMS, 2010, MOURA; MALTA, 2011). Segundo a OMS (2010), inúmeras evidências apontam que o álcool também contribui para o aumento da carga de morbidade relacionada a doenças transmissíveis.

Entre mulheres, devido a peculiaridades do seu organismo, são ainda destacadas outras graves consequências do abuso do álcool, tais como: aumento da osteoporose (KANIS *et al.*, 2005; SAMPSON, 2002), câncer de mama (SINGLETARY; GAPSTUR, 2001), problemas reprodutivos (EMANUELLE *et al.*, 2002), doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (IKEHARA, 2008) e danos cerebrais induzidos pelo álcool (HOMMER, 2003). Com relação aos riscos da intoxicação aguda, as mulheres estão em maior risco de experiências de violência, como agressão sexual (CHERMACK *et al.*, 2006). Elas também apresentam uma progressão

mais rápida para o vício ou dependência ao álcool do que os homens (PIAZZA *et al.*, 1989), e propensão a desenvolver cirrose hepática após um período de tempo mais curto e com menor quantidade de álcool (BECKER *et al.*, 1996). Ademais, cabe ressaltar os problemas do consumo de álcool durante a gestação devido à embriotoxicidade e teratogenicidade fetal (JONES & SMITH, 1973; MARTINEZ-FRIAS *et al.*, 2004).

Além das questões biológicas, os fatores socioculturais desempenham um importante papel na determinação das diferenças no padrão de uso do álcool entre homens e mulheres (KERR-CORRÊA *et al.*, 2008). Questões culturais, convívio social, celebrações, participações frequentes em festas, eventos de massas, expõem mais o sexo masculino ao consumo de bebidas alcoólicas. Em adição, o comportamento de beber com maior frequência e de forma mais pesada esteve historicamente ligado às características de força, resistência, agressividade e poder: papéis do gênero masculino (NOLEN-HOEKSEMA, 2004). Por outro lado, as mulheres que bebem sofrem um estigma negativo por parte da sociedade (NOLEN-HOEKSEMA, 2004).

Atualmente, com as mudanças ocorridas na sociedade as mulheres estão redefinindo suas identidades de gênero em relação aos homens e o incremento no uso de álcool pode ser reflexo da mudança nas posições sociais (NOLEN-HOEKSEMA, 2004).

Após a segunda guerra mundial estabelece-se o novo padrão de atividade feminina. E, a partir da década de 1970, a mulher se introduz no mercado de trabalho de forma mais intensa, passando a exercer profissões (HOFFMANN; LEONE, 2004) e a realizar práticas, como o abuso do tabaco (MALTA *et al.*, 2008), que eram, até então, consideradas pertencentes ao universo masculino. O trabalho fora do ambiente doméstico se integra ao cotidiano feminino, trazendo o desafio de conciliar as atividades vinculadas a casa e ao trabalho o que trouxe consequências evidentes para as relações entre os gêneros (HOFFMANN; LEONE, 2004). Este movimento continua ocorrendo e fazendo progressos, trazendo benefícios e consequências.

Comportamentos historicamente considerados como exclusivos para homens, como sair para bares, estão atualmente sendo observados entre mulheres, especialmente as mais jovens. A entrada expressiva da mulher no mercado de trabalho, aumentando as oportunidades sobre o controle da natalidade e outros indicadores de igualdade de papel de gênero juntamente com a redução do estigma associado ao consumo de bebidas alcoólicas por parte mulheres, podem ser importantes fatores que contribuem para a diminuição das diferenças entre gêneros observadas (KEYES *et al.*, 2008; WOLLE *et al.*, 2011).

Entretanto, no presente estudo, não foi encontrada associação entre inserção no mercado de trabalho e consumo de álcool. O que pode indicar que não somente o fato de trabalharem, mas que o tipo de trabalho, a posição social e os rendimentos percebidos, dados não avaliados pelo VIGITEL, possam ter maior influência no padrão de consumo de álcool por parte das mulheres.

Ressalta-se que estudo realizado com mulheres trabalhadoras, encontrou que o nível social do cargo exercido, teve relação diretamente proporcional ao grau de escolaridade (GOMES; TANAKA, 2003), ou seja, cargos políticos, administrativos e de gerência, que estão ligados a maiores rendimentos, maior prestígio social e que, até pouco tempo, somente eram ocupados por homens, são desempenhados por mulheres com maior tempo de estudo.

Em adição, no presente estudo foi observada associação entre escolaridade elevada e o consumo de álcool, o que reforça a hipótese de que o tipo de trabalho exercido tenha influencia no uso da substância. No entanto, esta relação ainda necessita ser estudada.

Almeida-Filho *et al.* (2004,) em estudo realizado em Salvador no ano de 2001, encontrou que indivíduos de elevado poder aquisitivo apresentam mais episódios de abuso de álcool. Nesse caso, pode-se inferir que nos extratos de maior renda, há mais disponibilidade financeira para se gastar com bebidas ou que o seu uso esteja ligado ao status social, acesso facilitado e menores restrições sociais. Outra justificativa seria que em estratos de menor escolaridade, e, por sua vez, de menor renda, é observado um maior número de abstêmios devido a padrões culturais e de filiação a religiões que preconizam evitar o uso de bebida

alcoólica (BARROS *et al.*, 2007; IBGE, 2012).

Embora tenha se observado o aumento da entrada das mulheres para o grupo de consumidores de álcool, estudos têm mostrado que elas continuam a beber menos e apresentam menos transtornos relacionados ao uso de álcool do que o sexo masculino (SILVEIRA *et al.*, 2008; KERR-CORREA *et al.*, 2007; KEYES *et al.*, 2008), o que é confirmado nos dados do VIGITEL para o Brasil e para a cidade de Belo Horizonte, onde homens consomem cerca de três vezes mais álcool (BRASIL, 2012). No entanto, essa diferença tem diminuído nos últimos anos, sendo menor ainda e às vezes chegando a nem existir entre os jovens.

Apesar de não ter sido observada tendência de incremento das frequências de consumo de álcool no presente estudo, inclusive nas faixas etárias menores, faz-se necessário um olhar diferenciado sobre o uso do álcool entre mulheres, em especial, entre as mais jovens, observando as tendências futuras e mudanças de comportamento.

Nesse sentido, Keyes *et al.* (2008), em inquérito nacional realizado nos Estados Unidos, encontraram evidências do fechamento do hiato entre os gêneros no uso de álcool, especialmente nas coortes mais jovens. No Brasil, estudo entre escolares de 13 a 15 anos, já mostram o álcool sendo usado entre meninas e meninos em igual proporção em relação ao consumo regular, e com predomínio entre meninas no que se refere à experimentação de bebidas alcoólicas (MALTA, *et al.*, 2011). Enquanto o “1º Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira”, realizado em 2005-2006, não aponta diferenças entre os gêneros para a idade de início do uso do álcool (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

Outros estudos realizados com a população adulta também identificaram maior consumo abusivo de álcool entre as faixas etárias mais jovens (MOURA; MALTA, 2011, OMS, 2010, GALDURÓZ; CAETANO, 2004), corroborando o trabalho atual. Essa característica pode ser explicada tanto pelo efeito das coortes de nascimento, uma vez que a sociedade tem se mostrado mais permissiva ao consumo de álcool (KEYES *et al.*, 2008), como pelo estímulo social e cultural que atuam sobre esse grupo etário: participação em festas e eventos, e

campanhas publicitárias dirigidas a este público (RICHARDSON; BUDD, 2003).

Salienta-se que o álcool é veiculado na mídia como fator de socialização, meio de atingir estados emocionais desejados entre um grupo e de diminuir a timidez, além de ser representado como algo cotidiano, banal e atrativo, deixando a impressão de que beber é um comportamento universal (PINSKY, 2009). Embriagar-se é visto como uma situação natural e desejada em celebrações, e cenas de bebedeiras são consideradas divertidas e inofensivas (PINSKY, 2009). Percebe-se ainda, que as propagandas de bebidas alcoólicas que sempre retrataram as mulheres como objeto, ou seja, valorizavam apenas o corpo escultural como recompensa para os homens que fazem uso de álcool e agora, ainda que de forma tênue, retratam uma mulher ativa, que se diverte e bebe como eles.

As mudanças nos papéis femininos podem também explicar a identificação da união estável como fator de proteção para o uso habitual de álcool, sendo que outros estudos também encontraram tal associação (SILVEIRA *et al.*, 2008, 2007; COSTA *et al.*, 2004). Para o abuso de álcool, no entanto, a união estável não permaneceu significativamente associada no modelo final. Já estudo com dados do VIGITEL para a população brasileira, a união estável aparece como fator de proteção para o uso habitual e abuso de álcool em ambos os sexos (MOURA; MALTA, 2011). Essas diferenças encontradas sugerem que a relação entre uso de álcool e estado civil, bem como as demais características sociodemográficas ainda precisam ser melhor investigadas no Brasil.

Observou-se associação entre álcool e tabaco em mulheres, o que corrobora resultados semelhantes descritos por Silveira *et al.* (2008) em estudo de revisão. Estudos entre adolescentes brasileiros também apontaram essa associação (MALTA *et al.*, 2011; BARRETO *et al.*, 2010; STRAUCH *et al.*, 2009), mostrando que práticas de risco caminham juntas. Apesar desses resultados, é importante ressaltar que com o pesado investimento em políticas para prevenção e promoção da cessação do tabagismo foi possível observar uma tendência de decréscimo nas prevalências do tabagismo entre os anos de 1989 e 2003 (MONTEIRO *et al.*, 2007). Entretanto, em anos recentes, 2006 a 2011, o tabagismo tem

declinado em homens e se mantido estável entre mulheres (BRASIL, 2012), indicando uma mudança de comportamento na população feminina.

Entre as mulheres que classificaram seu estado de saúde como ruim foi encontrada menor prevalência de abuso de álcool, mesmo na análise multivariada. Tal resultado confronta com o observado na literatura, na qual foi encontrada maior proporção de abuso de álcool entre indivíduos portadores de doenças crônicas (COSTA *et al.* 2004, REHM *et al.* 2004). Outros estudos já demonstraram os benefícios à saúde do uso de álcool, entretanto, a proteção só é observada quando o consumo é realizado de forma leve ou moderada (REHM *et al.* 2004; KARLAMANGLA *et al.* 2009).

Ressalta-se que, embora a autoavaliação do estado de saúde seja uma importante *proxy* de mortalidade, apresentando elevada confiabilidade, ela não pode ser considerada uma medida estritamente objetiva para avaliação da saúde, uma vez que reflete não só exposição à doença, como também outros construtos como bem-estar, satisfação, controle sobre a vida, suficiência física e qualidade de vida (HOFELMANN; BLANK, 2007).

O fato do consumo de bebidas alcoólicas estar relacionado a situações de lazer e sensações de prazer pode contribuir para a observação da associação entre melhor estado de saúde e abuso de álcool, uma vez que o conceito de abuso de álcool utilizado no presente estudo não se refere ao beber problemático, ou seja, não foi avaliada a existência de problemas associados ao uso de álcool entre os indivíduos que abusaram da substância.

Outro interessante achado do estudo foi observação da tendência de decréscimo das prevalências de uso habitual de álcool entre as mulheres com escolaridade entre 9 e 11 anos e entre as que apresentaram alimentação mais saudável, não sendo encontrados outros estudos que observaram resultados semelhantes. Uma hipótese seria que as mulheres que realizam uma dieta de melhor qualidade, são mais predispostas à adoção de hábitos de vida saudáveis, e estejam reduzindo a ingestão de bebidas alcoólicas se preocupando com sua saúde. No entanto, estes dados devem ser analisados com cautela, uma vez que o resultado pode ser um efeito do tamanho da série temporal analisada, que pode ter sido curta para captar uma mudança tão profunda no comportamento.

Embora não tenha sido observada associação entre alimentação saudável ou sedentarismo e o uso ou abuso de álcool, ressalta-se que, segundo Barry & Piazza-Gardner (2012), pesquisas recentes apontam para o recente fenômeno denominado “*drunkorexia*” que caracteriza o comportamento de pessoas que realizam o abuso de álcool e têm uma elevada preocupação com o peso corporal, reduzindo o consumo calórico advindo de alimentos e praticando mais atividade física e de forma mais vigorosa. Esse comportamento foi identificado entre estudantes universitários e principalmente entre o sexo feminino (BARRY; PIAZZA-GARDNER, 2012).

Destaca-se que também não foi observada associação entre excesso de peso e uso habitual ou abuso de álcool na população estudada, embora se reconheça o elevado valor calórico das bebidas alcoólicas⁴. Tal fato sugere que, possivelmente, alimentação de baixo teor energético esteja associada ao abuso de álcool; no entanto, os dados do VIGITEL não permitem a verificação dessa hipótese. Assim, as relações entre alimentação, prática de atividades físicas e uso de álcool necessitam ser melhor investigadas.

A condução de veículos automotores sobre o efeito de álcool é apenas um dos riscos que podem ser causados pelo consumo inadequado. No entanto, é um exemplo particularmente importante e, apesar da grande atenção dada a este comportamento e a uma redução substancial observada em vários países, dirigir alcoolizado continua sendo a maior causa de mortes e lesões associadas ao álcool, sobretudo entre jovens (ANDERSON, 2008). No Brasil, a despesa anual para acidentes de trânsito nas estradas é estimada em R\$ 22 bilhões, o que equivale a 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) do país (ANDREUCETTI *et al.*, 2011).

Entre mulheres, estudos do VIGITEL, já mostram essa prática sendo menos presente, bem como a redução das prevalências (BRASIL, 2012; MOURA *et al.*, 2009). O 1º Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2007) também encontrou que as mulheres dirigem menos sob efeito de álcool, e pegam

⁴ Conforme a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2011), uma lata de cerveja de 355mL tem cerca de 140 Kcal.

menos carona com motoristas alcoolizados do que os homens.

Recebida com enorme aprovação popular, a lei seca mostrou-se necessária e importante, colocando o Brasil numa posição de vanguarda em relação à implementação de políticas públicas sobre o álcool, uma vez que vem provocando redução do comportamento de dirigir sob o efeito de álcool em nosso país (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Corroborando essa afirmação, Malta *et al.* (2010) comparou os dados de mortalidade por acidentes de transporte terrestre nos estados e capitais brasileiras antes (julho/2007 a junho/2008) e depois (julho/2008 a junho/2009) da implantação da “Lei Seca”. O estudo identificou uma redução significativa de 7,4% na taxa padronizada de mortalidade por esse tipo de causa na população brasileira, que passou de 18,7/100 mil habitantes para 17,3/100 mil habitantes, no primeiro ano de implantação da lei. No estado de Minas Gerais foi observada redução de 5,8%, porém não estatisticamente significativa e em Belo Horizonte a taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre passou de 17,4/100 mil habitantes para 14,3/100 mil habitantes, ou seja, uma variação de 9,0%, mas também não estatisticamente significativa.

No entanto, Moura *et al.* (2009) encontraram que houve decréscimo no desfecho monitorado nos meses imediatamente subsequentes à promulgação da lei. Porém, foi registrado novo aumento nos meses posteriores, embora não atingindo as prevalências prévias à lei. Esses estudos, somados aos dados de morbidade do SUS, sugerem que a Lei nº 11.705/08 foi efetiva na redução dos acidentes de trânsito por consumo de álcool, mas por período determinado (BACCHIERI; BARROS, 2011). Recente projeto de lei tramita no Senado Federal, propondo validação de novas provas como uso de vídeos, testemunhos, visando à penalização dos infratores (BRESCIANI, 2012).

Assim, apesar de o Brasil ter se mostrado à frente com a implantação da “Lei seca”, muito ainda se tem a fazer para prevenir os danos causados à sociedade e reduzir os custos gerados pelo uso nocivo do álcool à população.

Evidentemente não faltam métodos eficazes para conter os prejuízos ocasionados pelo abuso do álcool, nem informação sobre o modo de implementá-los. Por diversos motivos, entretanto, no Brasil, assim como em diversos países, ainda pouco se tem feito para aplicar essas estratégias. Entre os motivos importantes, destaca-se que, diferentemente do tabaco, o consumo de álcool costuma ser uma experiência positiva, sem efeitos negativos visíveis, sanitários ou sociais; além do que, nos anos recentes, tem se observado grande difusão dos efeitos aparentemente favoráveis do consumo moderado de álcool para a saúde a longo prazo. O uso de álcool também está profundamente integrado nos costumes sociais e até religiosos de muitas sociedades e, ainda, salienta-se que a fabricação de álcool e as indústrias, no mínimo, contribuem significativamente com a geração de emprego e aumentam os rendimentos do governo (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007; WHO, 2010).

Limitações Metodológicas

Os resultados obtidos no presente estudo, bem como as séries temporais apresentadas pelo Sistema VIGITEL, devem ser vistos com cautela. Assim, salienta-se que é possível que mesmo não sendo verificada significância estatística para grande parte das tendências avaliadas, ocorreram flutuações, que precisam ser melhor compreendidas. Devido ao curto período de tempo analisado pelo Sistema (período máximo de seis anos), variações temporais que não tenham sido uniformes ou que tenham apresentado pequena magnitude tendem a não ser detectadas pelos critérios utilizados. Assim, a identificação mais acurada das tendências de evolução dos vários indicadores disponibilizados pelo VIGITEL dependerá da continuidade do sistema e da ampliação das séries históricas (BRASIL, 2012).

Em virtude de aperfeiçoamentos no questionário do VIGITEL, houve mudanças na forma de aferir o abuso de álcool. A partir do ano de 2009, a pergunta referente ao abuso de álcool em uma ocasião, foi alterada, passando de mais de quatro doses de bebida alcoólica, no caso das mulheres, para a quatro ou mais doses. Porém, essas mudanças parecem não terem causado impacto na análise das tendências, pois não houve descontinuidade nas variações das prevalências avaliadas.

Cabe considerar a possibilidade de subestimação das frequências de consumo abusivo de álcool, que ainda é socialmente discriminado (MOURA; MALTA, 2011), principalmente na população feminina, alvo do estudo, bem como das frequências de direção de veículos após o consumo, legalmente proibido no Brasil, mesmo com a garantia de confidencialidade e anonimato do respondente. Sendo, assim, de grande importância a realização de estudos que avaliem a validade do questionário utilizado pelo sistema VIGITEL, como os que já foram realizados (FERREIRA *et al.*, 2011; MENDES *et al.* 2011; NEVES *et al.* 2010)

Entre os trabalhos brasileiros de base populacional que analisam fatores associados ao consumo de álcool encontrados, foram observadas diversas formas de classificar o beber de forma abusiva. Muitos trabalhos utilizam o beber problemático ou outros pontos de corte para o uso pesado episódico, o que limitou a comparabilidade com este estudo.

Ressalta-se, ainda, que, em virtude do delineamento transversal dos inquéritos estudados, as associações observadas podem não indicar causalidade, uma vez que os determinantes e desfecho foram medidos em um único momento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que as mulheres que mais consomem álcool são as mais jovens, de elevada escolaridade (inclusive com tendência de crescimento), as com melhor estado de saúde, as fumantes e as que não vivem em união estável.

O aumento do consumo de bebidas alcoólicas, que vem sendo observado entre as mulheres ocidentais, aponta para um grave problema futuro, uma vez que o organismo feminino é mais sensível aos efeitos do álcool e que seu uso está relacionado a prejuízos à saúde e à sociedade, bem como a potencial progressão para o uso de outras drogas. Portanto, torna-se eminente a reflexão acerca da necessidade de políticas de prevenção do consumo abusivo do álcool e de redução dos danos a ele relacionados.

A diminuição do abuso do álcool pode contribuir para a redução dos alarmantes índices de acidentes e violências, bem como das doenças crônicas que tem o álcool como fator de risco, o que diminuirá os gastos do sistema de saúde e os custos sociais. Para tanto, a compreensão do problema é de fundamental importância, sendo o presente estudo, o sistema VIGITEL, e os outros levantamentos realizados no país, ferramentas essenciais para detecção dos níveis e padrões de consumo, observando possíveis tendências nos diversos grupos sociais. Ressalta-se, ainda, que esses estudos são importantes na avaliação das estratégias aplicadas. Outro ponto chave é o apoio da população. Todos estes elementos são imprescindíveis no planejamento, direcionamento e implementação de políticas públicas sobre o consumo do álcool.

REFERÊNCIAS

- ABBEY, A. *et al.* Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? **Aggression and Violent Behavior**, Fort Lauderdale, v. 9, n. 3, p. 271-303, jun. 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 45-54, fev. 2004.
- ANDERSON, P. **Reducing Drinking and Driving in Europe**. London: Institute of Alcohol Studies, 2008. 96 p.
- ANDREUCCETTI, G. *et al.* Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001–10) conducted in Brazil. You have free access to this content. **Addiction**, Leeds, v. 106, n. 12, p. 2124–2131, dec. 2011.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n. especial, p. 121-32, ago. 2006.
- BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.
- BARRETO, S. M. *et al.* Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3027-3034, out. 2010.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, aug. 2007 .
- BARRY, A. E.; PIAZZA-GARDNER, A. K. Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. **Journal of American College Health**, Washington, vol. 60, n. 3, p. 236-243, mar. 2012.
- BECKER, U. *et al.* Prediction of Risk of Liver Disease by Alcohol Intake, Sex, and Age: A Prospective Population Study. **Hepatology**, Baltimore, vol. 23, n. 5, pp. 1025-29, may 1996.
- BELO HORIZONTE. Lei nº 9.714 de 24 de junho de 2009. Município de Belo Horizonte Capital Mundial dos Botecos e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Belo Horizonte, 25 jun. 2009.
- BERRIDGE, V.; HERRING, R.; THOM, B. Binge Drinking: A Confused Concept and its Contemporary History. **Social History of Medicine**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 597–607, oct. 2009.
- BORGES, G. *et al.* Alcohol and violence in the emergency department: a regional report from

the WHO collaborative study on alcohol and injuries. **Salud Pública de México**, Cuernavaca v. 50, suppl. 1, p. 6-11, 2008.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out 1941.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jun 1990, retificado no DOU de 27 set 1990a.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 set 1990b.

_____. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 30 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. 51 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 210 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 maio 2007a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e**

proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 90 p.

_____. **Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID)**, 2007c. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11288&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81lcool. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei . 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jun 2008a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 135 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 111 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 149 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 151 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 131 p.

BRESCIANI, E. Câmara aprova projeto que endurece Lei Seca e eleva multa para até R\$ 3,8 mil. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,camara-aprova-projeto-que-endurece-lei-seca-e-eleva-multa-para-ate-r-38-mil,859893,0.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BREWER, R. D.; SWAHN, M. H. Binge Drinking and Violence. **JAMA**, Chicago, v. 294, n. 5, p. 616-18, aug. 2005.

CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. **Addiction**, Leeds, v. 101, n. 2, p. 149-152, feb. 2006.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país (2001). São Paulo : Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID. Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, 2002. 480 p.

CARLINI, E. A. [supervisão]. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID. Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, 2006. 445 p.

CARPENTER, R. *et al.* After 'Unit 1421': an exploratory study into female students' attitudes and behaviours towards binge drinking at Leeds University. **Journal Public Health**, Oxford, v. 30, n. 1, p. 8-13, 2008.

CECCANTI, M.; ROMEO, M; FIORENTINO, D. Alcol e donna: aspetti clinici. **Annali dell Istituto Superiore di Sanita**, Roma, v. 40, n. 1, p. 5-10, 2004

CHERMACK, S. T.; BOOTH, B. M.; CURRAN, G. M. Gender differences in correlates of recent physical assault among untreated rural and urban at-risk drinkers: Role of depression. **Violence and Victims**, New York, v. 21, n. 1, p. 67-80, feb. 2006.

COSTA, J. S. *et al.* Heavy alcohol consumption and associated factors: A population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, abr. 2004.

DIAS, L. F. Usos e abusos de bebidas alcoólicas segundo os Povos Indígenas do Uaçá. In: Labate, B. C.; Goulart, S. L.; Fiore, M.; MacRae, E; Carneiro, H. (Org). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 199-218

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-48, out. 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; STEPLIUK, V. A. O projeto de pesquisa como elemento na construção da política nacional sobre o álcool. In: FLAVIO PECHANESKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; DE BONI, R.B. (org). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010. p. 16-19.

EMANUELE, M. A.; WEZEMAN, F.; EMANUELE, N. V. Alcohol's effects on female reproductive function. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v. 26, n. 4, p. 274-281, dec. 2002.

FERREIRA, A. D. *et al.* Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. Rev. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 16-30, set. 2011.

FOSTER, R. K.; MARRIOTT, H. E. Alcohol consumption in the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health. **Nutrition Bulletin**, London, v. 31, n. 4, p. 286–331, dec. 2006.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 3-6, maio 2004.

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 75-82, fev. 2003.

GUARINELLO, N. L. O Vinho: uma droga mediterrânea. In: Labate, B. C.; Goulart, S. L.; Fiore, M.; MacRae, E; Carneiro, H. (Org). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 189-198

HOFFMANN, R.; LEONE, E. T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Nova Economia**, Belo Horizonte, vol. 4, n. 2, p. 35-58, ago. 2004.

HOFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-787, out. 2007,

HOMMER, D. W. Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage **Alcohol Research & Health**, Rockville, v. 27, n. 2, p. 181-185, dec. 2002.

IKEHARA, S. *et al.* Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women. The Japan Collaborative Cohort Study. **Stroke**, Dallas, v. 39, p. 2936-2942, Nov. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2387&z=pnad&o=3&i=P>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 3 out 2011.

_____. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE 2012. Disponível em:

<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&o=1&i=P& e=l&c=3457>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

JONES, K.L. & SMITH, D.W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet**, London, v. 2, n. 7836, p. 999–1001, nov. 1973

KANIS, J. A. *et al.* Alcohol intake as a risk factor for fracture. **Osteoporosis International**, London, v. 16, n. 7, p. 737-742, jul. 2005.

KARLAMANGLA, A. S. *et al.* Light to Moderate Alcohol Consumption and Disability: Variable Benefits by Health Status. **American journal of epidemiology**, Baltimore, v. 169, n. 1, p. 96-104, jan. 2009.

KERR-CORRÊA, F. *et al.* Differences in drinking patterns between men and women in Brazil (Chapter 3). In: OBOT, I. S. e ROOM, R. (Eds). **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005. p. 49-68.

KERR-CORRÊA, F. *et al.* Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-242, sep. 2008.

KEYES, K. M.; GRANT, B. F.; HASIN, D. S. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. **Drug and alcohol dependence**, Limerick, v. 93, n. 1-2, p.21-9, jan. 2008.

KLATSKY, A. L. Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. **Pharmacological Research**, London, v. 55, n. 3, p. 237-247, mar. 2007.

KOPPES, L. L. J.; DEKKER J. M.; HENDRIKS, H. F.J.; BOUTER, L.M.; HEINE R. J. Moderate Alcohol Consumption Lowers the Risk of Type 2 Diabetes: A meta-analysis of prospective observational studies. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 28, n. 3, p. 719-725, mar. 2005.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76p.

LYONS, A. C.; WILLOTT, S. A. Alcohol Consumption, Gender Identities and Women's Changing Social Positions. **Sex Roles**; v. 59, p. 694–712, nov. 2008.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; SOUZA, M. F. M.; CURADO, M. P.; ALENCAR, A. P.; COIMBRA, R.; MORAIS-NETO, O. L. Tendência de mortalidade por câncer de mama no Brasil e em estados selecionados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 219-226, jun. 2008.

MALTA, D. C.; SOARES FILHO, A. M.; MONTENEGRO, M. M. S.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A.; LIMA, C. M.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G.; PENNA, G. O. Análise da

mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil, 2007-2009. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 317-328, 2010.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; DUARTE, E. A.; SARDINHA, L. M.; BARRETO, S. M.; MORAIS-NETO, O. L. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 136-146, set. 2011

MARTINEZ-FRIAS, M. L.; BERMEJO, E.; RODRIGUEZ-PINILLA, E.; FRIAS, J. L. Risk for congenital anomalies associated with different sporadic and daily doses of alcohol consumption during pregnancy: a case-control study. **Birth defects research - Part A - Clinical and molecular teratology**, Hoboken, v. 70, n. 4, p. 194-200, apr. 2004.

MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; CARVALHO, C. G.; MONTEIRO, R. A.; MORAIS NETO, O. L. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1789-1796, dez. 2009.

MENDES, L. L. et al. Validade e reprodutibilidade de marcadores do consumo de alimentos e bebidas de um inquérito telefônico realizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 80-89, set. 2011.

MONTEIRO, C. A.; CAVALCANTE, T. M.; MOURA, E. C.; CLARO, R. M.; SZWARCOWALD, C. L.; Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, vol. 85, n. 7, p. 501-568, jul. 2007.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAIS-NETO, O. L.; PENNA, G. O.; TEMPORÃO, J. G. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 891-894, out. 2009.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, vol.14, supl. 1, pp. 61-70, set. 2011

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 321-5, dez. 2006.

MOREIRA JR., S. Regulação da publicidade das bebidas alcoólicas. **Textos para discussão 20**. Brasília, Consultoria Legislativa do Senado Federal. Coordenação de Estudos, 2005. 36 p.

NEVES, Alice Cristina Medeiros das et al. Validação de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico em Belém, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2379-2388, dez. 2010.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. **Clinical psychology review**, Tarrytown, v. 24, n. 8, p. 981-1010, dec. 2004.

OLIVEIRA NETO, I. A. S. **A imagem de Belo Horizonte: Um estudo para sua Identificação através da Técnica de Configuração de Imagem de Produto – TCIP**. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade FUMEC, 2006. 135p.

OPIE, L. H. & LECOUR, S. The red wine hypothesis: from concepts to protective signalling molecules. **European Heart Journal**, London, v. 28, n. 14, p. 1683–1693, jul. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Estratégia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol**. Genebra: OMS, 2010. 40p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Alcohol, gender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report**. Washington: PAHO, 2007. 68 p.

PIAZZA, N.; VRBKA J.; YEAGER, R. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. **International Journal of Addictions**, Washington, v. 24, p. 19-28, jan. 1989.

PINSKY, I. (org). **Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens**. São Paulo: Edição da autora, 2009. 62 p.

REHM, J.; ROOM, R.; MONTEIRO, M.; GMEL, G.; GRAHAM, K.; REHN, N.; SEMPOS, C.; FRICK, U.; JERNIGAN, D. Alcohol Use. In: EZZATI, M.; LOPEZ, A.; RODGERS, A.; MURRAY C., eds. Comparative quantification of health risks. **Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors**. Volume 1. Geneva: WHO, 2004. p. 959-1101.

RICHARDSON, A.; BUDD, T. Alcohol, crime and disorder: a study of young adults. **Home Office Research Study - 263**, 2003. 98 p.

ROMERO, C. OH, el alcohol. **Revista uruguaya de cardiología**, Montevideo, v. 22, n. 3, p. 214-233, dic. 2007.

RONKSLEY, P. E.; BRIEN, S. E.; TURNER, B. J.; MUKAMAL, K. J.; GHALI, W. A. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ**, London, v. 22, p. d342-d671, feb. 2011.

ROOM, R.; JERNIGAN, D.; CARLINI-MARLATT, B.; GUREJE, O.; MÄKELÄ, K.; MARSHALL, M.; MEDINA-MORA, M.E.; MONTEIRO, M.; PARRY, C.; PARTANEN, J.; RILEY, L.; SAXENA, S. **Alcohol in developing societies: a public health approach**. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002. 263 p.

ROOM, R.; BABOR, T., REHM, J. Alcohol and public health. **Lancet**, London, vol. 365, n. 9458, p. 519-530, feb. 2005

SAMPSON, H.W. Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. **Alcohol**

Research & Health, Rockville, v. 26, n. 4, p. 208-213, dec. 2002.

SANTOS, F. S. D. Bêbados e alcoólatras, medicina e cotidiano. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M.; MARQUES, R. C. [orgs.]. **Uma história brasileira das doenças**, vol. 2. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p. 64-91.

SINGLETARY, K. W.; GAPSTUR, S. M. Alcohol and Breast Cancer: Review of Epidemiologic and Experimental Evidence and Potential Mechanisms. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 17, p. 2143-2151, nov. 2001.

SILVEIRA, C. M.; WANG, Y. P., ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. Heavy episodic drinking in the Sao Paulo epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: gender and sociodemographic correlates. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, Piscataway, vol. 68, n. 1, p. 18, jan. 2007.

SILVEIRA, C. M.; SILVEIRA, C. C.; SILVA, J. G.; SILVEIRA, L. M.; ANDRADE, A. G. A.; LAURA HELENA SILVEIRA L. H.; ANDRADE, G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 31-38, 2008.

SOIBELMAN, M.; LUZ JUNIOR, E.; VON DIEMEN, L. Problemas relacionados ao abuso de álcool. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 539-550.

SPSS INC. **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**. Release 17.0.0. Chicago (IL): SPSS Inc., 23 aug. 2008.

STATA CORP. **Stata Statistical Software**: Release 9. College Station (TX): StataCorp LP, 2005.

STRAUCH, E. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, ago. 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS/UNICAMP. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação/NEPA. **Tabela brasileira de composição de alimentos**. 4. ed. rev. e ampl. Campinas, 2011. 161 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry** [Report of a WHO Expert Committee]. Geneva: World Health Organization; 1995. 36p.

_____. **The World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002. 239p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/download/en/>>. Acesso em: 9 jun 2011.

_____. **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. 88 p.

_____. **Public health problems caused by harmful use of alcohol**. Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization, 2005. p. 1-4

_____. **WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption**: second report. IV. Series. Geneva: World Health Organization, 2007. 57p.

_____. **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: World Health Organization, 2010. 57p.

WOLLE, C. C.; SANCHES, M.; ZILBERMAN, M. L.; CAETANO, R.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; & PINSKY, I. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol.33, n.4, p. 367-373, sep. 2011.

YORK, J. L.; WELTE, J. W. Gender comparisons of alcohol consumption in alcoholic and nonalcoholic populations. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick v.55, p.743-750, nov. 1994.

YOUNG, A. M.; MORALES, M.; MCCABE, S. E.; BOYD, C. J.; DARCY, H. Drinking like a guy: frequent binge drinking among undergraduate women. **Substance Use and Misuse**, New York, v. 40, n. 2, p. 241-67, feb. 2005.

ANEXO 1

Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para a implantação do sistema VIGITEL

SIPAR - Ministério da Saúde
Registro Número:
25000.976527/2008-00
19105108



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Ed. Anexo, Ala "B" –
4º andar – sala 436B – CEP 70058-900- Brasília / DF
Tel. : (61) 3315-2951 / Fax : (61) 3226-6453
conep@saude.gov.br – <http://conselho.saude.gov.br>

OFÍCIO Nº 973 CONEP/CNS/MS

Brasília, 15 de maio de 2008.

À Senhora
Dra. Déborah Arvalho Malta
Coordenadora Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis- CGDANT/DASIS/SVS/MS
Edifício Sede, sala 142

Assunto: Cumprimento das recomendações do Parecer nº 749/2006.
Resposta ao memorando nº 35 CGDANT/DASIS/SVS/MS

Registro CONEP 13081: *"Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros".*

Senhora Coordenadora,

1. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP comunica que as Recomendações do Parecer Nº 749/2006, que estavam pendentes, foram atendidas, por meio da documentação recebida SIPAR nº 25000.122136/2006-02.

Atenciosamente ,

Gyséle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO 2

Parecer da Câmara Departamental



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Telefax.: 3409-9860 - Fax: 3409-9859 – E-mail: demi@enf.ufmg.br

Título do projeto de Pesquisa: Tendência de uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte, 2006-2010.

Interessados: Prof^a. Deborah Carvalho Malta; Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Ísis Eloah Machado (mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)

Relator: Luana Caroline dos Santos

HISTÓRICO:

Recebi no dia 13 de Fevereiro de 2012, da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG, o Projeto de Pesquisa intitulado "Tendência de uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte, 2006-2010", para análise e parecer.

MÉRITO:

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e incentivado pela sociedade, sendo a mais consumida no mundo. O seu uso excessivo respondeu por mais da metade das 75.000 mortes e por cerca de dois terços dos 2,3 milhões de anos potenciais de vida perdidos nos Estados Unidos no ano de 2001.

Nota-se que o uso e abuso de álcool (4 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos trinta dias) envolve também uma questão de gênero. As mulheres são mais propensas que os homens a sofrer as repercussões diretas, além das consequências danosas do comportamento relacionado ao consumo de álcool por seus parceiros, incluindo a violência doméstica, acidentes de trânsito e o impacto econômico.

No Brasil, a análise dos relatórios do VIGITEL (Vigilância de Fatores e Proteção pra

Aprovado em reunião da Câmara
Departamental do EMI 27/02/2012


Prof^a Clara de Jesus Marques Andrade
Chefe do Depto de Enfermagem Materno-
Infantil e Saúde Pública EEUFMG
Insc. UFMG: 11295X

1

Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/VIGITEL) dos anos de 2006 a 2010 apontam o aumento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres adultas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Segundo dados do mesmo inquérito, Belo Horizonte ocupa a 6ª posição em uso pesado episódico de álcool por mulheres adultas, prevalência de 13,0%, superior à média nacional (10,6%).

Neste contexto, analisar a tendência do uso e abuso de álcool entre as mulheres do município de Belo Horizonte pode trazer contribuições para a formulação de políticas e práticas dirigidas ao problema, justificando a realização do presente trabalho. Esse tem como objetivos: descrever a tendência do uso e abuso de álcool entre as mulheres de Belo Horizonte; analisar a relação do uso e do abuso de álcool e características sociodemográficas das mulheres do município; investigar a relação do uso e do abuso de álcool e estado de saúde, qualidade da alimentação e prática de atividades físicas das mulheres no município de Belo Horizonte, além de analisar a tendência do comportamento das mulheres de dirigir após beber.

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, de série temporal baseado em dados secundários. Serão contempladas as amostras referentes ao município de Belo Horizonte, que participaram do Sistema de Monitoramento de Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (Vigilância de Fatores Proteção pra Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/VIGITEL), no período de 2006 a 2010.

O estudo contemplará as mulheres residentes na cidade de Belo Horizonte que foram entrevistadas pelo VIGITEL no referido período (2006/2010), totalizando 6.070 entrevistas.

Serão avaliadas variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele/raça, escolaridade, estado conjugal, inserção no mercado de trabalho), o estado de saúde (prática de atividade física, qualidade da alimentação, estado de saúde auto-referido, tabagismo, gravidez), além da avaliação do ato de dirigir após beber.

Os dados serão processados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* – SPSS (versão 17) após as devidas ponderações (correções pelo número de linhas telefônicas, número de adultos no domicílio; e composição sociodemográfica).

Será realizada regressão linear simples para avaliar a tendência temporal do uso e abuso de álcool com as variáveis dependentes (prevalência de uso de álcool e prevalência de abuso de álcool) por ano, além de analisar o comportamento de beber e dirigir. Por fim, efetuar-se-á análise de regressão sequencial de Poisson para estimar a influência das características sociodemográficas e das variáveis relacionadas ao estado de saúde sobre as tendências de uso e abuso de álcool. O nível de significância estabelecido para todas as análises será de 5%.

Ressalta-se que o projeto encontra-se bem fundamentado e atende às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto VIGITEL, fonte dos dados do presente estudo, foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO:

Diante do exposto, sou favorável à aprovação deste Projeto de Pesquisa pela Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 23 de Fevereiro de 2012



Prof. Dra. Luana Caroline dos Santos
Relatora

ANEXO 3**Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

SARAH**PROJETO DE PESQUISA**

Título: Tendência de uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte, 2006-2011**Área Temática:****Pesquisador:** Deborah Carvalho Malta**Versão:** 1**Instituição:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
(ESCOLA DE ENFERMAGEM) **CAAE:** 02308712.1.0000.0022**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 49819**Data da Relatoria:** 06/06/2012**Apresentação do Projeto:**

O projeto foi descrito adequadamente, com definições claras sobre os sujeitos da pesquisa, fonte de dados, metodologia, estatística e tamanho amostral, cronograma e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Definir os padrões de uso e abuso de álcool por mulheres adultas na cidade de Belo Horizonte entre 2006 e 2011

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco aos sujeitos envolvidos, desde que seja assegurada a confidencialidade de suas identidades na base de dados VIGITEL/MS. As informações colhidas e sua análise podem servir de base para formulação de políticas e programas de saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho se justifica uma vez que há necessidade de se conhecer tais informações de modo a definir medidas de controle e prevenção do abuso de drogas lícitas, cujo impacto na saúde pública é muito importante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos atendem a resolução 196/96.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Protocolo de pesquisa Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

BRASILIA, 04 de Julho de 2012

Assinado por:
Katia Torres Batista

ANEXO 4**Termo de Responsabilidade**

TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO – VIGITEL, GERENCIADOS PELA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS).

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsável pela guarda e uso da base de dados do VIGITEL – (Belo Horizonte 2006-2011), assumo a seguinte responsabilidade:

1. Utilizar as bases de dados única e exclusivamente para análise de dados referente aos projetos: "Tendência do uso e abuso de bebidas alcoólicas entre mulheres em Belo Horizonte, 2006-2011" e "Confiabilidade dos indicadores de uso e abuso de álcool obtidos por inquérito telefônico", conforme acordado com a SVS;
2. Informar interesse e solicitar autorização a SVS para realizar outras análises para a produção de outros trabalhos científicos, desde que não conflitem com interesses de outros;
3. Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações que permitam a identificação do indivíduo e que afetem a confidencialidade deste estudo;
4. Não disponibilizar, emprestar ou permitir o acesso a esta base de dados a outras pessoas ou instituições;
5. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta base de dados;
6. Indicar a outros interessados em ter acesso a esta base de dados, que a solicitem diretamente a SVS.
7. Indicar a fonte dos dados conforme modelo: VIGITEL/SVS/MS;
8. Desta forma, assumo total responsabilidade pelas conseqüências legais pela utilização indevida desta(s) bases de dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

Nome: Isis Eloah Machado

RG: MG 15.520.250 CPF: 088.082.506-52

Instituição: Escola de Enfermagem da UFMG

Assinatura: Isis Eloah Machado

Local (cidade / estado): Belo Horizonte / Minas Gerais

Data: 27/09/2012

APÊNDICE

Perguntas realizadas para avaliação das características demográficas, eventos relacionados à saúde, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, hábito de fumar e consumo de bebidas alcoólicas do sistema VIGITEL no ano de 2011 utilizadas para as análises do estudo

PERGUNTA REALIZADA	OPÇÕES DE RESPOSTA
CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS	
Qual sua idade?	____ anos
Sexo:	masculino / feminino
Qual seu estado conjugal atual?	Solteiro / casado legalmente / tem união estável há mais de seis meses / viúvo / separado ou divorciado
A sua cor ou raça é	branca / preta / amarela / parda / indígena
Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?	Nunca / curso primário / admissão, curso ginásial ou ginásio / 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau / 2º grau ou colégio ou técnico ou supletivo de 2º grau / 3º grau ou curso superior / pós-graduação
Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?	sim / não
EVENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	
O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:	muito bom / bom / regular / ruim / muito ruim
HÁBITOS ALIMENTARES	
Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / quase nunca / nunca
Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer crua?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / quase nunca / nunca
Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:	no almoço (1 vez no dia) / no jantar / no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / quase nunca / nunca
Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:	no almoço (1 vez no dia) / no jantar / no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / quase nunca / nunca
Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?	1 / 2 / 3 ou mais
Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / quase nunca / nunca
Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?	1 vez no dia / 2 vezes no dia / 3 ou mais vezes no dia

PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS	
Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?	sim / não
Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?	caminhada / corrida / musculação / ginástica aeróbica / hidroginástica / ginástica em geral / natação / artes marciais e luta (jiu-jítsu, caratê, judô) / bicicleta / futebol / basquetebol / voleibol / tênis / outros
O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?	sim / não
Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias
No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	menos que 10 minutos / entre 10 e 19 minutos / entre 20 e 29 minutos / entre 30 e 39 minutos / entre 40 e 49 minutos / entre 50 e 59 minutos / 60 minutos ou mais
No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?	sim / não
No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?	sim / não
Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	sim / não
Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?	menos que 10 minutos / entre 10 e 19 minutos / entre 20 e 29 minutos / entre 30 e 39 minutos / entre 40 e 49 minutos / entre 50 e 59 minutos / 60 minutos ou mais
Atualmente, o(a) Sr(a) esta frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?	sim / não
Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	sim / não
Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?	entre 20 e 29 minutos / entre 30 e 39 minutos / entre 40 e 49 minutos / entre 50 e 59 minutos / 60 minutos ou mais
Quem costuma fazer a faxina da sua casa?	eu sozinho / eu com outra pessoa / outra pessoa
A parte mais pesada da faxina fica com:	sim / não
Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?	menos de 1 hora / entre 1 e 2 horas / entre 2 e 3 horas / entre 3 e 4 horas / entre 4 e 5 horas / entre 5 e 6 horas / mais de 6 horas / Não assiste televisão
HÁBITO DE FUMAR	
Atualmente, o(a) sr(a) fuma?	sim, diariamente / sim, mas não diariamente / não
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	
O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?	sim / não
Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1 a 2 dias por semana / 3 a 4 dias por semana / 5 a 6 dias por semana / todos os dias / menos de 1 dia por semana / menos de 1 dia por mês
Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou	sim / não

mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (*só para mulheres*):

Em quantos dias do mês isto ocorreu?

em um único dia no mês / em 2 dias / em 3 dias / em 4 dias / em 5 dias / em 6 dias / em 7 ou mais dias

Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

sim / não

Independente da quantidade, o(a) sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica

sempre / algumas vezes / quase nunca / nunca