

A prática de *binge drinking* entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública

doi: 10.5123/S1679-49742017000100020

Binge drinking among young Brazilians and the promotion of alcoholic beverages: a Public Health concern

Zila M. Sanchez¹¹Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo-SP, Brasil

O uso nocivo do álcool é responsável por cerca de 3,3 milhões de mortes no mundo, a cada ano.¹ As comparações temporais das estimativas da carga global de doenças atribuíveis a diferentes fatores de risco sugerem que as mortes e os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Disability-Adjusted Life Years [DALYs]) atribuídos ao álcool têm aumentado nas últimas décadas, em nível mundial. Essas alterações levaram a um incremento na posição do álcool no *ranking* das principais causas de morte e de incapacidade no mundo, passando do oitavo lugar, em 1990, para o quinto lugar, em 2010. Os dados disponíveis sugerem que o uso nocivo do álcool é o principal fator de risco para morte e incapacidade de pessoas entre 15 e 49 anos de idade, em diversos países.²

Destaca-se o fato de a severidade das consequências do uso de álcool depender da frequência e das quantidades consumidas.³ Um padrão de consumo de risco que tem despertado interesse internacional e, apenas recentemente, começou a ser investigado no Brasil, é o denominado *binge drinking* (BD),⁴ ou 'beber pesado episódico'.⁵ Este padrão costuma se caracterizar pelo consumo de no mínimo quatro doses de álcool em uma única ocasião, para mulheres, e cinco doses para homens, o que leva a uma concentração de etanol no sangue de 0,08% ou superior.⁶ No entanto, a definição de BD é controversa, permeada por conflitos de conceituação influenciados pela cultura de uso e aspectos farmacocinéticos do álcool.^{7,8}

Tais episódios de uso abusivo agudo de álcool não apenas influenciam a mortalidade geral, também contribuem para agravos à saúde, particularmente aqueles decorrentes de acidentes⁹ e agressões,¹⁰ colocando em

risco o intoxicado e a coletividade. Entre a população geral, o BD está associado a maiores ocorrências de abuso sexual, tentativas de suicídio, sexo desprotegido, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, overdose alcoólica, quedas, gastrite e pancreatite.¹¹

Trata-se de uma questão todavia pouco estudada na população brasileira,¹² apesar de sua relevância no campo da Saúde Pública. O primeiro levantamento nacional dos padrões de uso de álcool no Brasil, realizado em 2005-2006, identificou uma prevalência de BD no ano anterior à pesquisa de 28% em adultos, 40% nas faixas etárias de 18 a 24 anos¹³ e 53% entre os adolescentes do sexo masculino.¹⁴ Estudo realizado em 2010, com estudantes do Ensino Médio das 27 capitais do país, revelou uma prevalência de 32% de prática de BD naquele ano, maior entre os adolescentes mais ricos e nas regiões Norte e Nordeste.¹⁵

Apesar de o álcool ser uma droga lícita, sua venda e fornecimento a menores de 18 anos são proibidos por lei no Brasil (Lei federal nº 13.106, de 17 de março de 2015).¹⁶ Essa proibição não extinguiu a prática, tampouco o consumo do álcool entre adolescentes; porém, há evidências de que o aprimoramento das leis contribuiu para a redução do consumo de bebida alcoólica entre adolescentes brasileiros a partir do final da década de 1980.¹⁷

Bares e "baladas" são o principal local de escolha para a prática de BD pela população geral¹⁸ e por estudantes.¹⁹ Mundo afora, esses estabelecimentos são conhecidos como locais de consumo intenso de álcool, e de outras drogas.²⁰ Contudo, pouca atenção tem sido dada a esses ambientes enquanto locais de risco e exposição extrema à prática de BD e de outros comportamentos associados.

Endereço para correspondência:

Zila van der Meer Sanchez – Rua Botucatu, nº 740, Vila Clementino, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 04023-062
E-mail: zila.sanchez@unifesp.br

O beber em *binge* também é o comportamento de risco mais prevalente em baladas na cidade de São Paulo-SP. Estudo realizado no ano de 2013,²¹ entre jovens dessa cidade acessados em baladas dos mais diferentes perfis, evidenciou que cerca de 30% dos entrevistados saiu dos estabelecimentos com dosagem alcoólica no sangue equivalente à prática do BD. Nas baladas, essa prática aumentou em 9 vezes, para homens, e 5 vezes, para mulheres, a chance de sofrer apagão, ou seja, não saber o que lhes ocorreu após a saída do estabelecimento, quando comparados a “baladeiros” que beberam mas não praticaram BD. O mesmo estudo evidenciou que as baladas *open bar* favoreceram a prática de BD em ambos os sexos. O fato de os estabelecimentos que adotam o sistema de *open bar* cobrarem uma quantia fixa (em geral, baixa) e permitirem que se beba em quantidade ilimitada, por toda a noite, faz com que seus frequentadores se sintam compelidos a beber o máximo que podem, fazendo jus a seu gasto comprometido.²²

A estratégia de donos e gerentes de bares e baladas é focar no estímulo ao consumo excessivo de álcool de maneira a atrair mais clientes, que, na maior parte das vezes, acabam escolhendo o estabelecimento, para o qual se dirigirão durante a noite, de acordo com as melhores ofertas de consumo de álcool.²³ São exemplos desse apelo as promoções de venda de álcool que passam pela prática do *open bar*, consumação mínima (taxa fixa, paga na entrada do estabelecimento, que pode ser convertida em bebida alcoólica; caso o valor não seja consumido, ele não é devolvido ao cliente), promoções como ‘pague 1 e leve 2’ e combos – venda combinada – de destilados (em geral, vodca) e energéticos, em que a compra da combinação de produtos acaba sendo vantajosa financeiramente, frente à venda de cada produto isolado. Cabe informar que a cobrança de consumação mínima, apesar de amplamente difundida em casas noturnas, é uma forma de venda proibida pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990),²⁴ caracterizada pela lei como uma prática de venda abusiva porque o cliente paga o valor mínimo cobrado mesmo que não consuma o equivalente em bebida; ou seja, paga por algo que não recebe. Nesse sentido, é fundamental que haja fiscalização para cumprimento da lei. A venda combinada de destilados e energéticos, outro exemplo de abuso, deve ser rigorosamente reprimida, além do que os energéticos mascaram os efeitos depressores da bebida e aumentam o apetite pelo álcool, estimulando

o consumo de doses muito maiores do que as toleradas pelo organismo. O consumo combinado foi identificado como preditor da prática de BD.²⁵

O *open bar* é a forma de venda de bebida alcoólica mais associada a um consumo intenso de álcool no país²² e no exterior.²⁶ No Brasil, a venda de álcool em *open bar* é permitida e amplamente difundida. No passado, houve a tramitação de um projeto de lei com o objetivo de proibi-la (PL nº 3414/2008), entretanto arquivado. É crucial que a sociedade passe a debater a adequabilidade desse tipo de diversão, responsável por muitas intoxicações alcoólicas, casos de estado de coma – grau máximo de alteração da consciência provocado pelo excessivo consumo – e inclusive morte.

Estudos internacionais evidenciam que o excesso de ingestão de bebidas alcoólicas nas casas noturnas e bares está associado a mais episódios de agressão física,²⁷ comportamento sexual de risco,²⁸ violência sexual,²⁹ acidentes de trânsito nos arredores³⁰ e atos violentos nas ruas, sem mencionar as diversas ocorrências de violência dentro de estabelecimentos de lazer noturno, afetando os jovens frequentadores e a comunidade.³¹⁻³²

A violência nesses estabelecimentos se manifesta nos moldes de uma relação complexa entre características pessoais dos frequentadores, padrões de consumo de álcool e outras drogas, fatores ambientais, conduta dos funcionários e tipo de local,³³ e só pode ser efetivamente reduzida com a aplicação de medidas que visem diminuir a quantidade de doses de bebida alcoólica consumidas.³⁴ Estudo realizado no ano de 2007, em contextos recreativos noturnos na Espanha, verificou que 45% de seus frequentadores haviam se embriagado mais de 2 vezes no último mês, e 23% tinham se envolvido em brigas no último ano, dentro desses estabelecimentos.²⁷

Diante das evidências, faz-se necessária intervenção imediata para que os danos individuais e sociais decorrentes da prática de BD sejam reduzidos. Sabe-se que a melhor forma de prevenir os danos associados ao abuso de álcool em uma comunidade é a implantação de políticas públicas em diversas dimensões, sendo a taxação sobre a venda de álcool e o controle de vendas as que têm demonstrado maior sucesso, segundo estudos internacionais, seguidas de políticas de restrição severa na propaganda de bebidas alcoólicas.³⁵ No caso dos frequentadores de bares e baladas, políticas na forma de leis que proibam a venda de bebida alcoólica para pessoas já embriagadas seriam importantes do ponto de vista da proteção imediata, individual e coletiva.³⁶

Em diversos países, uma das legislações mais efetivas na prevenção dos danos causados pela intoxicação alcoólica é o controle da densidade de locais licenciados para a venda de bebidas alcoólicas, impondo-se um limite ao número de estabelecimentos que vendam álcool em cada região administrativa da cidade.³⁷ No Brasil, um primeiro passo a ser dado seria o de estabelecer a necessidade de licença diferenciada aos estabelecimentos, para venda de álcool. É mister que tanto o controle na expedição das licenças de venda como a taxação aumentada sobre os produtos alcoólicos sejam fiscalizados de maneira adequada, para não estimular a venda ilegal por ambulantes que se aglomeram em frente a bares e baladas, oferecendo bebidas de procedência

duvidosa e a preços muitas vezes irrisórios. O controle de licenças para venda, portanto, é o passo anterior a todas as demais políticas públicas reconhecidamente efetivas, voltadas à redução dos danos associados ao abuso de álcool.

As mudanças necessárias não são de fácil consecução e podem não contar com suficiente apoio social, pois confrontam a cultura do beber ao extremo, amplamente difundida no país. Portanto, o êxito das medidas que visam regular o comércio do álcool depende, primeiramente, da escolha de políticas baseadas em evidências, além do amplo apoio público e político para que a implantação de uma legislação preventiva do consumo abusivo de álcool seja bem-sucedida no Brasil.

Referências

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec;380(9859):2224-60.
3. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Review*. 2005 Nov;24(6):537-47.
4. Wechsler H, Nelson TF. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol Addict Behav*. 2001 Dec;15(4):287-91.
5. Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of heavy episodic drinkers in Europe. *Soc Sci Med*. 2004 Sep;59(5):113-27.
6. U. S. Department of Health and Human Services. National Institute Alcohol Abuse Alcoholism. NIAAA Council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter. 2004;3:3.
7. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychol Bull*. 2009 Jan;135(1):142-56.
8. Lange JE, Voas RB. Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychol Addict Behav*. 2001 Dec;15(4):310-6.
9. Zhao G, Wu C, Houston RJ, Creager W. The effects of binge drinking and socio-economic status on sober driving behavior. *Traffic Inj Prev*. 2010 Aug;11(4):342-52.
10. Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. *JAMA*. 2005 Aug;294(5):616-8.
11. Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, *et al.* Binge drinking among US adults. *JAMA*. 2003 Jan;289(1):70-5.
12. Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LM, Andrade AG, Andrade LHSG. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008 ;35 supl 1:31-8.
13. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 set;32(3):231-41.
14. Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Sep;32(3):242-49.
15. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: a gradient of association with socioeconomic status in five geo-economic regions. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jan;127(1-3):87-93.
16. Brasil. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei das Contravenções Penais. *Diário*

- Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2015 mar 18;Seção 1:1.
17. Sanchez ZM, Prado MCO, Sanudo A, Carlini EA, Nappo AS, Martins SS. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Rev Saude Publica*. 2015;49:70.
 18. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
 19. Sanchez ZM, Martins SS, Opaleye ES, Moura YG, Locatelli DP, Noto AR. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. *BMC Public Health* 2011 Mar;11:201.
 20. Calafat A, Blay NT, Hughes K, Bellis M, Juan M, Duch M, Kokkevi A. Nightlife young risk behaviours in Mediterranean versus other European cities: are stereotypes true? *Eur J Public Health* 2011 Jun;21(3):311-5.
 21. Sanchez ZM, Ribeiro KJ, Wagner GA. Binge drinking associations with patrons' risk behaviors and alcohol effects after leaving a nightclub: sex differences in the "balada com ciência" portal survey study in Brazil. *PLoS One*. 2015 Aug;10(8):e0133646.
 22. Carlini C, Andreoni S, Martins SS, Benjamin M, Sanudo A, Sanchez ZM. Environmental characteristics associated with alcohol intoxication among patrons in Brazilian nightclubs. *Drug Alcohol Rev*. 2014 Jul;33(4):358-66.
 23. Carlini CMA. Fatores ambientais associados ao uso de álcool e outras drogas, violência e sexo inseguro nas baladas de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2016.
 24. Brasil. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 1990 set 12;Seção 1:1.
 25. Marczynski CA, Fillmore MT, Stamates AL, Maloney SE. Desire to drink alcohol is enhanced with high caffeine energy drink mixers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Sep;40(9):1982-90.
 26. Thombs DL, O'Mara R, Dodd VJ, Hou W, Merves ML, Weiler RM, *et al*. A field study of bar-sponsored drink specials and their association with patrons intoxication. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009 Mar;70(2):206-14.
 27. Blay N, Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A, Ros M, *et al*. Violence in nightlife environments and its relationship with the consumption of alcohol and drugs among young Spaniards. *Psicothema*. 2010 Aug;22(3):396-402.
 28. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramón A, Rodriguez JA, *et al*. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*. 2008 May;8:155.
 29. Kelley-Baker T, Mumford EA, Vishnuvajjala R, Voas RB, Romano E, Johnson M. A night in Tijuana: female victimization in a high-risk environment. *J Alcohol Drug Educ*. 2008;52(3):46-71.
 30. Livingston M, Chikritzhs T, Room R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug Alcohol Rev*. 2007 Sep;26(5):557-66.
 31. Hughes K, Anderson Z, Morleo M, Bellis MA. Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*. 2008 Jan;103(1):60-5.
 32. Downing J, Hughes K, Bellis MA, Calafat A, Juan M, Blay N. Factors associated with risky sexual behaviour: a comparison of British, Spanish and German holidaymakers to the Balearics. *Eur J Public Health*. 2011;21(3):275-81.
 33. Graham K, West P, Wells S. Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. *Addiction*. 2000 Jun;95(6):847-63.
 34. Hughes K, Furness L, Jones L, Bellis MA. Reducing harm in drinking environments: evidence and practice in Europe. Liverpool: Centre for Public Health; 2010.
 35. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, *et al*. Alcohol: no ordinary commodity. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
 36. Scherer M, Fell JC, Thomas S, Voas RB. Effects of dram shop, responsible beverage service training, and state alcohol control laws on underage drinking driver fatal crash ratios. *Traffic Inj Prev*. 2015;16(Suppl 2):S59-65.
 37. Connor JL, Kypri K, Bell ML, Cousins K. Alcohol outlet density, levels of drinking and alcohol-related harm in New Zealand: a national study. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Oct;65(10):841-6.