



Relatório da Aliança Global de Políticas de Álcool - GAPA

17 de fevereiro de 2011

## **Combater o uso nocivo do álcool é essencial para a realização dos objetivos da Resolução das Nações Unidas sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs)**

Charles Parry<sup>1</sup> e Jürgen Rehm<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Pesquisa de Abuso de Álcool e Drogas, Conselho de Pesquisa Médica, África do Sul

<sup>2</sup>Centro de Dependência e Saúde Mental, Canadá

### **Por que um Relatório da Aliança Global de Políticas de Álcool (GAPA) sobre DCNTs?**

Em maio de 2010 a Assembleia Geral das Nações Unidas (AG) aprovou a Resolução 64/265 que solicitava a convocação de uma reunião plenária de alto nível da Assembleia geral em setembro de 2011, em Nova Iorque, sobre prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis. <sup>1</sup> Esta resolução e os documentos pertinentes enfatizaram a necessidade de se reconhecer o papel primordial e a responsabilidade dos governos para responder aos desafios trazidos pelas DCNTs, mas também a responsabilidade da comunidade internacional em auxílio aos países membros, especialmente nos países em desenvolvimento, para criação de respostas eficazes. <sup>2</sup> Dentre as diversas DCNTs, as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes foram escolhidas para receber atenção especial. <sup>2</sup>

Esta resolução reflete o crescente reconhecimento das DCNTs como a maior ameaça ao crescimento dos países em desenvolvimento. Além do mais, a resolução é vista como uma reestruturação da discussão global sobre as DCNTs para destacar os propulsores ambientais e sociais mais amplos das DCNTs e não as escolhas nocivas dos indivíduos. <sup>3</sup> Isto traz a esperança de juntar o comprometimento multissetorial e ações facilitadoras em escala nunca vista para enfrentar as DCNTs.

### **Qual a finalidade do Relatório?**

1. Propor a questão sobre a necessidade do combate ao uso nocivo do álcool para dar prosseguimento à agenda de modo a produzir impacto significativo sobre as DCNTs, ressaltando a forte ligação entre o álcool e as DCNTs de interesse e também para indicar a disponibilidade de intervenções já documentadas como tendo produzido efeitos na redução do impacto do álcool na saúde pública.
2. Para ressaltar a relevância da exigência da Assembleia Mundial de Saúde em 2010 para que os países implementem respostas eficazes para o combate ao uso nocivo do álcool e para incentivar um maior apoio à OMS de modo a permitir que ela cumpra sua função em termos de *Estratégia Global para Redução do Uso Nocivo do Álcool* <sup>4</sup> e das resoluções da OMS associadas.
3. Para contribuir de modo específico com o relatório que está sendo preparado pela Secretaria Geral das Nações Unidas (em colaboração com os Países Membros da OMS) até maio de 2011, que servirá como base de dados para a fase preparatória da reunião plenária de alto nível de setembro de 2011 e ainda contribuir na audiência informal interativa com as ONGs, organizações da sociedade civil, o setor privado e a academia que será realizada até junho de 2011 e que também objetiva a obtenção de base de dados para a reunião de setembro.

### **Qual a ligação entre o uso de álcool e as DCNTs?**

O álcool foi identificado como o principal fator de risco de morte e incapacidade no mundo, responsável por 3,8% das mortes e 4,6% da perda de esperança de vida corrigida pela incapacidade (EVCI) em 2004. <sup>5,6</sup> O álcool foi considerado o 8º maior fator de risco de morte em 2004 (o 5º nos países de média renda e o 9º em países de alta renda). Em termos de perda de EVCI no ano de 2004, o álcool é o 3º maior (1º nos países de média renda, 8º maior em países de baixa renda e 2º maior nos países de alta renda). O papel do álcool (e especialmente do abuso do álcool e dos distúrbios associados ao consumo de álcool) nas DCNTs vem ganhando cada vez mais reconhecimento. Por exemplo, em uma recente convenção de ONGs sobre a Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), realizada em Melbourne, durante uma discussão sobre DCNTs, juntamente com o tabaco, alimentação e falta de atividade física, o álcool foi apontado como um dos quatro principais fatores de risco em comum. <sup>7</sup> Em termos de DCNTs, o álcool foi particularmente relacionado a ocorrência de câncer, doenças cardiovasculares (DCV) e doenças hepáticas. O álcool também foi claramente relacionado a distúrbios mentais e em alguns sistemas a saúde mental é compreendida como parte das DCNTs. Entretanto, para fins deste Relatório não comentaremos sobre esta conexão. <sup>5</sup>

### Câncer

- Nove dos principais riscos ambientais e comportamentais (alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e vegetais, inatividade física, consumo de tabaco, consumo de álcool e sexo não seguro, poluição do ar em áreas internas e poluição urbana e falta de segurança na aplicação de injeções em atendimentos médicos) foram estimados como sendo conjuntamente responsáveis por 35% das mortes por câncer. <sup>6</sup>
- Em 2007 a Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer declarou que há provas suficientes de que existe um nexo causal entre o álcool e o câncer da cavidade oral, de faringe, de laringe, de esôfago, de fígado, de cólon, de reto e de mamas feminino. <sup>8</sup> Todos estes cânceres apresentaram evidências de uma relação dose-resposta, ou seja, o risco de câncer é gradualmente aumentado quanto maior o volume de álcool ingerido. <sup>9</sup>
- A intensidade desta relação varia para diferentes tipos de câncer. Por exemplo, com relação ao câncer de mama feminino, cada 10 g adicionais de álcool puro por dia (aproximadamente uma dose<sup>10</sup> padrão) está associado ao aumento de 7% no risco relativo (RR) para câncer de mama enquanto que o consumo regular de aproximadamente 50 g de álcool puro aumenta o risco relativo de câncer colorretal entre 10% e 20%, indicando que a associação é mais forte para o câncer de mama feminino. <sup>9</sup> A relação entre o consumo médio para câncer de laringe, faringe e esôfago, por outro lado seria consideravelmente maior do que a relação para os cânceres de mama e colorretal (aproximadamente 100% a 200% de aumento para um consumo médio de 50 g de álcool puro por dia). <sup>8</sup>
- Entre os mecanismos causais indicados para alguns cânceres está o efeito tóxico do acetaldeído, que é um metabólito do álcool. <sup>9</sup>

- De todas as mortes atribuíveis ao álcool em 2004, cerca de 20% foram provocadas por câncer, 19% entre homens e 25% entre mulheres. Ao considerarmos tanto o impacto da morte e da incapacidade, o câncer é estimado como responsável por aproximadamente 9% de toda a perda de EVCI atribuídas ao álcool, 8% entre homens e 14% entre mulheres.<sup>5</sup>

#### Doenças cardiovasculares (DCVs)

- Oito fatores de risco (*consumo de álcool*, consumo de tabaco, pressão alta, alto índice de massa corporal, colesterol alto, altos níveis de glicose no sangue, baixa ingestão de frutas e vegetais e inatividade física) são conjuntamente responsáveis por 61% da perda de anos de vida saudável causada pelas DCVs e 61% das mortes cardiovasculares. Estes mesmos fatores de risco combinados respondem por mais de três quartos das mortes causadas por doenças cardíacas isquêmicas e hipertensivas.<sup>6</sup>
- O abuso crônico do álcool tem sido associado a eventos cardíacos adversos incluindo doença cardíaca isquêmica (DCI), cardiomiopatia dilatada, disritmias cardíacas e derrames hemorrágicos.<sup>10</sup> Os efeitos nocivos do abuso eventual do álcool nas DCIs são consistentes com os mecanismos psicológicos de elevação de coagulação e do limiar reduzido para fibrilação ventricular, que ocorrem após um evento de abuso de álcool.<sup>9</sup>
- O álcool foi identificado como a causa de entre 30% a 60% dos casos de pacientes com novas incidências de fibrilação atrial, sendo que diversos mecanismos causais são apresentados para explicar esta associação, incluindo elevado tempo de condução intra-atrial, deficiência do tônus vagal, atividade hiperadrenérgica durante a ingestão e a abstinência de álcool e cardiotoxicidade alcoólica direta.<sup>8</sup> Estudos variam consideravelmente sobre a quantidade de álcool a ser consumida necessária para o advento de disritmias cardíacas, que varia entre cerca de 2 a 5 doses por dia.<sup>9</sup>
- De todas as mortes atribuíveis ao álcool no ano de 2004, cerca de 22% foram provenientes de DCVs, 23% entre homens e 18% entre mulheres. Estima-se que as DCVs correspondam a aproximadamente 9% de todas as perdas de EVCI atribuídas ao álcool, 10% entre homens e 8% entre mulheres.<sup>5</sup> Estas estimativas não levam em consideração qualquer efeito benéfico do álcool para as DCVs. Entretanto, estima-se que os efeitos nocivos do álcool em termos de DCVs superem os efeitos benéficos pela ordem de 2,4 (para as mortes) e 3,5 (para as EVCI), e estes benefícios normalmente ocorrem apenas com um consumo pequeno ou moderado (menos de 20 g por dia) e ainda assim apenas para determinados eventos cardiovasculares (ou seja, doença cardíaca isquêmica e derrames).<sup>5</sup>

#### Doenças Alcoólicas do Fígado (DAF)

- O álcool está associado a vários tipos de doença hepática, sendo fígado gorduroso, hepatite e cirrose alcoólica as mais comuns. A probabilidade de desenvolver DAF é uma relação entre a duração e a quantidade de álcool ingerido álcool.<sup>11</sup>
- Em homens que consomem 30 g de álcool puro por dia está associado um RR de 2,8 de morte causada por cirrose hepática (7,7 em mulheres). Com relação à morbidade, o RR para os homens e mulheres que ingeriram a mesma quantidade de álcool por dia é de 0,7 e 2,4. Para homens ingerindo 54 g de álcool por dia foi associado um risco relativo de 2,3 para desenvolvimento de cirrose hepática. Tanto para a morbidade quanto para a mortalidade, o RR aumenta junto com o volume consumido por dia.<sup>12</sup>
- Diversos mecanismos têm sido apresentados para explicar a forma como o álcool está associado à doença hepática, como a visão de que a decomposição do álcool no fígado leva à liberação de radicais livres e acetaldeído que individualmente danificam as células hepáticas.<sup>13,14</sup>
- De todas as mortes atribuíveis ao álcool no ano de 2004 cerca de 15% foram causadas por cirrose hepática, 15% entre homens e 17% entre mulheres. As DCVs são estimadas como sendo responsáveis por aproximadamente 10% de todas as perdas de EVCI atribuíveis ao álcool, 9% entre homens e 13% entre mulheres. O álcool parece ter um maior impacto na mortalidade provocada pela cirrose em comparação à morbidade provocada por cirrose pelo fato de que o abuso do álcool tem efeito prejudicial ao sistema imunológico.<sup>5</sup>

#### Outras doenças

Para pancreatite foi observado um parâmetro de cerca de 48 g de álcool puro por dia, estando novamente o aumento do volume consumido por dia associado ao aumento do risco.<sup>15</sup> Com relação ao diabetes a situação é mais complicada. Uma meta-análise recente confirmou que há uma relação em forma de U entre a quantidade média de álcool consumido por dia e o risco de diabetes do tipo 2.<sup>16</sup> Parece haver um efeito protetivo do consumo moderado de álcool, especialmente entre as mulheres. Será necessária a realização de mais pesquisas para que se possa fazer declarações mais embasadas sobre os efeitos negativos dos níveis mais altos de consumo de álcool e a incidência de diabetes e para que seja possível uma maior generalização dos achados para populações mundiais mais abrangentes.

#### **Qual a resposta necessária?**

- Como parte dos esforços nacionais para o combate às DCNTs os países precisam dar prioridade para a implementação das *Estratégias Globais para Redução do Uso Nocivo de Álcool* aprovada pela MAS, em Genebra, em maio de 2010.<sup>4</sup> Atenção especial deve ser dada à implementação das estratégias com base em evidências com potencial para reduzir a ocorrência de episódios de abuso de álcool e a prevalência de distúrbios relacionados ao uso do álcool que tenham impacto sobre as DCNTs. Estas estratégias provavelmente devem incluir a regulamentação da disponibilidade, do preço e da comercialização de álcool e o aprimoramento da capacidade dos serviços de saúde em apoiar as iniciativas para avaliação de riscos e em conduzir breves intervenções contra a ingestão perigosa e nociva no atendimento primário de saúde e em outros cenários.<sup>17,18,19</sup>
- Ainda que existam poucas evidências sobre a eficácia da educação em saúde de forma isolada, parece apropriado que os consumidores de álcool devam ser conscientizados sobre os riscos associados aos diferentes níveis de consumo alcoólico e as DCNTs. Os consumidores devem, por exemplo, ser informados que o abandono e a redução do consumo de álcool reduzem os riscos de câncer, ainda que de forma lenta ao longo do tempo.<sup>7</sup>
- Os países devem ser estimulados a coletar melhores informações sobre os níveis de exposição ao álcool, ou seja, os níveis de consumo per capita registrado entre adultos (mais de 15 anos) em litros de álcool puro e de abuso ocasional de álcool entre adultos (mais de 15 anos) e dos danos relacionados ao álcool associados às DCNTs (ou seja, taxa de morte por faixa etária para cirrose hepática para cada 100.000 pessoas).<sup>20</sup>
- Em nível mundial deve ser fornecido todo o apoio à OMS para que ela possa desempenhar sua função quanto à implementação de sua *Estratégia Global para Redução do Uso Nocivo do Álcool* e demais resoluções associadas, em especial com relação ao fornecimento de apoio técnico aos países de baixa e média renda para que desenvolvam e implementem políticas para redução do impacto dos problemas relacionados ao álcool; fiscalização da observância aos interesses da saúde pública em questões envolvendo o álcool em tratados comerciais no mundo, nos acordos em disputas comerciais e nas decisões das agências de desenvolvimento internacional; e garantia de que o mercado transnacional ou os principais eventos comerciais internacionais não atuem contra as políticas nacionais com relação à publicidade e promoção do álcool. Isto precisa ocorrer na forma de apoio político para a atuação e de recursos concretos para permitir que a OMS cumpra sua função.

- A oposição dos grupos de interesse como a indústria de produtos alcoólicos e os setores associados (ou seja, o setor de publicidade) que se beneficia da situação atual deve ser prevista e enfrentada.<sup>3,7</sup> O combate aos determinantes sociais das DCNTs requer a compreensão e o enfrentamento do papel da globalização no desenvolvimento destas doenças.<sup>21</sup>

### Conclusão

O combate às DCNTs nos países de todos os níveis de desenvolvimento é agora considerado crucial para assegurar o atingimento dos ODMs.<sup>21</sup> O caminho a ser seguido é o da ação coordenada e abrangente para combater às causas comuns das DCNTs mais prevalentes. O álcool é agora reconhecido como um dos quatro principais fatores de risco comum para as DCNTs. A GAPA deseja que esta realidade seja detalhada nos documentos que estão sendo preparados para a reunião de alto nível das Nações Unidas em setembro de 2011.

Não é apenas a associação causal entre o consumo de álcool e as DCNTs que deve ser reconhecida, devem ser incluídas também as respostas para enfrentar os estímulos ambientais e sociais dos problemas ligados ao consumo do álcool nos pacotes de intervenção que serão indicados na Declaração de Resultados que será produzida ao final da reunião de alto nível das Nações Unidas. Esta Declaração deverá conter obrigações vinculativas e claras, objetivos mensuráveis e acordos e programas de longo prazo. Deverá conter também um programa de ação claro para os governos, o sistema das Nações Unidas e a sociedade civil.

**A Aliança Global de Políticas de Álcool (GAPA) é uma rede de desenvolvimento de organizações não-governamentais e pessoas que trabalham nos órgãos de saúde pública que compartilham informações sobre questões envolvendo o álcool e atuam em defesa de política sobre o álcool baseada em evidências.**

12 Caxton Street, Londres, SW1H 0QS.

[gapa@ias.org.uk](mailto:gapa@ias.org.uk). [www.globalgapa.org](http://www.globalgapa.org).

### Referências

- 1 ONU. (2010a) *Prevenção e controle de doenças não-transmissíveis*. Nova Iorque: Autor.
- 2 ONU. (2010b). *Escopo, modalidades, formato e organização da reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre prevenção e controle de doenças não-transmissíveis [A/65/L.50]*. Nova Iorque: Autor.
- 3 Alleyne, G., Stuckler, D., & Alwan, A. (2010). A esperança e a promessa da Resolução das Nações Unidas sobre doenças não-transmissíveis. *Globalização & Saúde*, 6, 15.
- 4 OMS. (2010). *Estratégia Global para redução do uso nocivo de álcool*. Genebra: Autor.
- 5 Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Impacto Global de doenças e lesões e o custo econômico atribuído ao consumo de álcool e distúrbios relacionados ao consumo de álcool. *Lancet*, 373, 2223-2233.
- 6 OMS. (2009). *Riscos à Saúde Global: Mortalidade e impacto das doenças atribuíveis aos principais fatores de risco*. Genebra: Autor. Disponível em [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf) (acessado em 7 de fevereiro de 2011).
- 7 Room, R., & Rehm, J. (2011). O álcool e as doenças não-transmissíveis – câncer, doenças cardíacas e mais. *Dependência*, 106, 1-2.
- 8 Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., Ghissassi, F., Bouvard, V. Et al. (2007). Carcinogenicidade das bebidas alcoólicas. *Oncologia Lancet*, 8, 292-293.
- 9 Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L.G., Graham, K., Irving, H.M., Kehoe, T., Parry, C.D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A.V., Taylor, B. (2010). A relação entre as diferentes dimensões do consumo de álcool e impacto da doença – uma visão geral. *Dependência*, 105, 817-843.
- 10 Zakhari, S. (1997). O álcool e o sistema cardiovascular: mecanismos moleculares para ação benéfica e prejudicial. *Alcohol Health & Research World*, 21, 21-29.
- 11 Mann, R.E., Smart, R.G., & Govoni, R. (2003). A epidemia da doença hepática alcoólica. *Alcohol Research & Health*, 27(3), 209-219.
- 12 Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., & Roerecke, M. (2010). O álcool como fator de risco para cirrose hepática – análise sistemática e meta-análise sobre Álcool e Drogas, 29, 437-445.
- 13 Wu, D., & Cederbaum, A.I. (2003). Álcool, estresse oxidativo e dano por radicais livres. *Alcohol Research & Health*, 4, 277-284.
- 14 Tuma, D.J., & Casey, C.A. (2003). Subprodutos nocivos da metabolização alcoólica – enfoque nas adutos. *Alcohol Research & Health*, 27(4), 285-290.
- 15 Irvine, H.M., Samokhvalov, A.V., & Rehm, J. (2009). O álcool como fator de risco para pancreatite. Análise sistemática e meta-análise. *Jornal do Pâncreas*, 10, 387-392.
- 16 Baliunas, D., Taylor, B., Irving, H.M., Roerecke, M., Patra, J., Mphapatra, S., & Rehm, J. (2009). O álcool como fator de risco para o diabetes do tipo 2 – análise sistemática e meta-análise. *Tratamento do Diabetes*, 32, 2123-2132.
- 17 Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham K., et al. (2003). *Álcool: bem de consumo não usual*. Pesquisa e políticas pública. Nova Iorque: Oxford University Press.
- 18 Room, R., Carlini-Cotrim, B., Gureje, O., Jernigan, D., Mäkelä, K., Marshall, M., Medina-Mora, M.E., Monteiro, M., Parry, C.D.H., Partanen, J., Riley, L., & Saxena, S. (2002). *O álcool e o Mundo em Desenvolvimento: Uma Perspectiva de Saúde Pública*. Helsinki: Fundação Finlandesa de Estudos Sobre Álcool em colaboração com a OMS.
- 19 Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D.C. (2009). Eficácia e cost-effectiveness das políticas e programas para redução dos danos causados pelo álcool. *Lancet*, 373, 2234-2246.
- 20 Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS (2010). *Relatório sobre a reunião sobre os indicadores para monitoramento do uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, danos atribuíveis às substâncias e respostas da sociedade: Valência, Espanha, 19-21 de outubro de 2009*. Genebra: OMS.
- 21 Geneau, R., Stuckler, D., Stachenko, S., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S., Chockalingham, A., Mwatsama, M., Jamal, R., Alwan, A., Beaglehole, R. (2010). *Elevando a prioridade da prevenção de doenças crônicas*

<sup>i</sup> No Reino Unido 1 dose padrão é de 7,9 g de etanol, na Austrália é de 10 g, na África do Sul, 12 g e nos EUA, 14 g. A massa mais comum para uma dose padrão é de 12 g, provavelmente.