



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Perfil epidemiológico da morbidade hospitalar por alcoolismo em Sergipe

Aracaju

2019

Lurick Rodrigues Soares

Perfil epidemiológico da morbidade hospitalar por alcoolismo em Sergipe

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Anna Klara Bohland

Aracaju

2019

Lurick Rodrigues Soares

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Aracaju, 13 de fevereiro de 2019

Examinador

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

À meus pais, José Oliveira Mota (Dudé) e Nulcidália Pereira Rodrigues (Cidália), por todo apoio toda vida prestado.

À toda minha família, por todo o carinho.

À minha orientadora Dra Anna Klara Bohland, por toda paciência e ajuda.

À Dra Edmea Fontes de Oliva Costa, pelas correções e orientações.

À meus amigos, por serem parte importante da minha vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo o sexo. Sergipe, 2013-2017.....41

Figura 2 - Percentual de causas totalmente atribuíveis ao álcool entre residentes e não residentes segundo a região de ocorrência de óbitos. Sergipe, 2013-2017.....44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo a idade. Sergipe, 2013-2017.....	42
Tabela 2 - Número e percentual de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo a presença de óbitos. Sergipe, 2013-2017.....	43
Tabela 3 - Valor total e custo unitário da internação (em reais) por causas totalmente atribuíveis ao álcool. Sergipe, 2013-2017.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CID-10r - Classificação Internacional de Doenças 10ª - revisão

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 Introdução	9
2 Revisão de literatura	10
2.1 Usos do álcool: estudos de morbi-mortalidade	10
2.2 Doenças atribuíveis ao álcool	12
2.3 Doenças totalmente atribuíveis ao álcool	13
2.4 O Sistema de Informação sobre morbidade hospitalar	15
2.5 Referências Bibliográficas	15
3 Normas de apresentação na Revista SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas	18
4 Artigo Científico	31
4.1 Introdução	34
4.2 Métodos	38
4.3 Resultados	40
4.4 Discussão	45
4.5 Conclusão	50
4.6 Referências	51

1 Introdução

O *Global Status Report on Alcohol and Health*, em 2018, apontou que cerca de 43,0% da população mundial ingeriu álcool, incluindo todas as pessoas acima de 15 anos que beberam algum tipo de bebida alcoólica, nos últimos 12 meses (WHO, 2018). Um revisão realizada em 2011 reúne uma lista de mais de 30 doenças, conforme relação do Classificação Internacional de Doenças (CID-10r), que inclui álcool em sua definição, sendo consideradas condições para a qual o álcool é uma causa necessária (REHM, 2011).

No Brasil, Carlini mostrou que houve 75,6% internações álcool-relacionadas, entre aquelas que envolviam o uso de substâncias, em 367 hospitais psiquiátricos pelo Brasil em 2004 (CARLINI, 2006). A quantidade de vidas que são perdidas por conta do álcool é expressiva, o número de mortes mundial, ajustado para idade, decorrente direta ou indiretamente do consumo alcoólico é de 38,8 por 100.000 pessoas, em que o maior índice encontra-se no continente africano: 70,6, seguido pela Europa com 62,8 por 100.000 (WHO, 2018).

Quanto ao custo total hospitalar, nos EUA, um estudo foi conduzido, envolvendo 359.578 internações e os custos totais foram de 19,4 bilhões de dólares (cerca de 73,67 bilhões de reais), no ano de 2012 (HESLIN, 2016). Vislumbrando a eminência do assunto, o objetivo desta monografia é tratar sobre a epidemiologia da morbimortalidade por álcool, dando enfoque ao estado de Sergipe.

2 Revisão de literatura

2.1 Usos do álcool: estudos de morbi-mortalidade

O Reino Unido possui diversos estudos contabilizando o número de internações relacionadas ao álcool no país. Há uma estimativa de cerca de 800000 internações por álcool por ano apenas na Inglaterra. Somente as internações em que o álcool é causa necessária, como os transtornos mentais álcool-relacionados, doença hepática alcoólica e pancreatite álcool-induzida, em 2010 e 2011 houveram 52316 admissões por parte de 39869 pacientes. Em relação a condições apenas relacionadas parcialmente ao consumo alcoólico, como agressões e danos autoinflingidos, nos mesmos anos, houve 142388 admissões por parte de 119360 pacientes (MAHESWARAN *et al*, 2016). Outro estudo inglês envolvendo pessoas entre 18 e 89 anos, no período de abril de 2010 a março de 2013, mostra uma taxa de internação de 6712 para homens e 6191 para mulheres por 100000 pessoas/ano. Quanto às causas, as mais prevalentes foram doenças hipertensivas (4072650 internações), câncer (1705015 internações) e intoxicação alcoólica (1337979 internações). Outras bastante prevalentes foram cirrose hepática (316823 internações), doença isquêmica miocárdica (307781 internações) e acidente vascular cerebral (307781 internações) (SADLER *et al.*, 2016).

No Brasil, os estudos sobre quantidade de internações são escassos. Carlini mostrou que houve 39186 internações álcool-relacionadas de um total de 51787, em 367 hospitais psiquiátricos do Brasil, em 2004 (CARLINI, 2006). Outro estudo mostrou que das 1548 internações na emergência psiquiátrica com transtornos decorrentes de uso do álcool, em Maringá-PR, no ano de 2010, a Síndrome de Dependência (F10.2; com 431 internações) foi o subgrupo mais expressivo. Dessas internações, 88,6% foram de homens e a faixa etária mais predominante em ambos os sexos foi de 41-51 anos (59,7%) (CARVALHO e ZURITA, 2013). Em Divinópolis-MG, houve 10,8% de internações por uso e abuso de álcool, entre todas as internações psiquiátricas, entre 1998 e 2009 (CAMPOS, 2011).

A quantidade de vidas que são perdidas por conta do álcool é expressiva. O número de mortes mundial, ajustado para idade, decorrente direta ou indiretamente do

consumo alcoólico é de 38,8 por 100.000 pessoas, em que o maior índice encontra-se no continente africano: 70,6, seguido pela europa com 62,8 por 100000. As américas possuem um índice pouco mais discreto, com 34,1 (WHO, 2018).

Das 56427700 mortes ocorridas no mundo em 2016, 2988300 foram atribuídas ao álcool, isto é, 5,3% do total. Em relação às doenças transmissíveis foi 3,5%, as não transmissíveis de 4,3% e, entre os danos intencionais e não intencionais, expressivos 17,6% . No Brasil, é estimado que 6,9% de todas as mortes são atribuídas ao álcool, sendo 10,9% em relação aos homens e 1,7% em relação às mulheres. Apenas entre as doença cirróticas, soma-se 16214 mortes atribuídas ao álcool no ano de 2016; entre os cânceres, 13.332; e entre os acidentes de trânsito, 14.928 mortes (WHO, 2018).

Até 1940 não existia na literatura qualquer pesquisa em prevenção do alcoolismo e suas diversas consequências. Foi uma época em que havia estudos sobre etiologia e efeitos biológicos do consumo, assim como tratamento para a ingesta exagerada, a exemplo do uso de medicações. Entre 1940 e 1970, começou-se a ter uma crescente consciência da necessidade de prevenção, e depois entre 1971 e 1990 surgiram os primeiros programas, na tentativa de mudar o comportamento dos consumidores e fornecer educação em saúde, mas ainda sem falar sobre quantidade ingerida. Notou-se nesse meio tempo um aumento no consumo por parte de adolescentes e adultos, sobretudo com a intenção de experimentar. Surgiram duas teorias: a de controle (tentativa de limitar acesso ao álcool por meio do aumento de impostos e publicidades) e a de socialização (na tentativa de reduzir o consumo por meio da conscientização da população) (BORSARI, 2014).

Na chamada terceira era, entre 1991 e 2010, surgiram os estudos mais sofisticados, com melhores análises estatísticas que trouxeram mais informações e conhecimentos sobre os desfechos observados. De 2011 até o presente ano, houveram mais mudanças, com o uso de programas de combate ao alcoolismo, com informativos em websites e com comunidades online (BORSARI, 2014).

Surgiram ainda programas de prevenção direcionados a pessoas mais susceptíveis a desenvolver problemas com o álcool - os grupos de alto risco - muito deles apresentando diversas limitações práticas e possibilidade de estigmatização. Um

deles, entretanto, mostrou-se eficiente. O *preventure* utiliza uma abordagem direcionada a tipos de personalidade, sobretudo quatro mais relacionadas ao uso abusivo de álcool: depressiva (pensamentos negativos), ansiosa, impulsiva e a de busca por sensações, experiências (*sensation seeking*) (NEWTON *et al.*, 2016).

O programa é composto por duas reuniões de 90 minutos cada, feitas com uma semana de intervalo. Na primeira sessão, estratégias psicoeducacionais são utilizadas na finalidade de ensinar sobre os tipos de personalidade. Em seguida, na outra sessão, os participantes são encorajados a identificar-se em um dos tipos e buscar conduzi-los de forma a mudar pensamentos, comportamentos e evitar problemas futuros. Um ensaio clínico randomizado testou a estratégia em 438 adolescentes de alto risco e observou uma redução na chance de envolvimento em consumo de álcool, em ingestão compulsiva e em danos relacionados ao uso, no período de 36 meses de acompanhamento (NEWTON *et al.*, 2016).

2.2 Doenças atribuíveis ao álcool

As doenças em que o álcool é uma parte componente da causa (e não necessária) têm impacto grande em morbidade. As mais importantes epidemiologicamente são: doenças infecciosas, câncer, diabetes e cardiovasculares. Além dessas causas orgânicas, é importante não esquecer das causas externas, isto é, danos intencionais e não intencionais, provocados a si mesmo ou a terceiros (REHM, 2011).

Dentre as doenças infectocontagiosas, destaque deve ser dado à tuberculose, ao HIV e à pneumonia. Tratando-se de câncer, foi realizada uma revisão em 2015, resumizando os mais importantes tópicos do tema, sendo encontrado que o consumo de álcool tem forte associação com o risco de desenvolvimento de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, colorretal (em homens) e de mama (em mulheres). A relação entre consumo alcoólico e as doenças cardiovasculares também ficou em evidência, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial e isquemia miocárdica (ROSWALL e WEIDERPASS, 2015; REHM, 2011).

Em relação aos danos intencionais, é importante dar destaque ao suicídio e à violência. Um estudo mexicano mostrou que os transtornos mentais por uso de álcool foram associados à ideação (OR 2,0-2,5) e à tentativa (OR 2,6-3,7) suicidas (BORGES e LOERA, 2010). Além disso, desde a década de 70 há o conhecimento de que o álcool está relacionado à violência, agressões físicas e homicídios: assim mostrou um estudo pioneiro realizado em Helsinque na Finlândia, no departamento de psiquiatria forense. Dos 116 casos, 92 estavam relacionados com a ingesta alcoólica, seja pela vítima ou pelo agressor, mas diversas vezes em ambos (VIRKKUNEN, 1974).

É certo que o álcool afeta as habilidades psicomotoras, e um estudo multicêntrico metanalítico mostrou a associação entre consumo de álcool e danos não intencionais, sendo categorizados entre acidentes envolvendo veículos automotres e outros acidentes. A cada 10g de álcool puro ingerido, o risco cresce 24% (OR 1,24 IC 95% 1,18-1,31) para acidentes automobilísticos, e para 120g o risco é 520% maior (OR 52,0, IC 95% 34,50-78,28). Por outro lado, para os outros acidentes, o risco cresce 30% (OR 1,30 IC 95% 1,26-1,34), e para 140g de ingesta, cresce 242% (OR 24,2 IC 95% 16,2-36,2) (TAYLOR *et al*, 2010).

2.3 Doenças totalmente atribuíveis ao álcool

Uma revisão realizada em 2011 (REHM, 2011) reúne uma lista de mais de 30 doenças, conforme relação do Classificação Internacional de Doenças (CID-10r), que inclui álcool em sua definição, sendo consideradas condições para a qual o álcool é uma causa necessária.

Para os transtornos psiquiátricos relacionados ao álcool, há um categoria inteira do CID-10r. A intoxicação aguda (F10.0) se refere a distúrbios do nível de consciência, cognição, percepção, comportamento ou outras funções psíquicas após o consumo de álcool, sendo que são os efeitos agudos e resolvem-se com o tempo. O uso abusivo (F10.1) é quando há efeitos deletérios para o organismo, sejam eles físicos ou psíquicos. A síndrome de dependência (F10.2) caracteriza-se por um conjunto de sintomas que incluem forte desejo por consumir o álcool, dificuldades para controlar o uso, persistir

na ingestão a despeito das consequências prejudiciais, irresponsabilidade nas atividades e compromissos e aumento na tolerância da droga (WHO, 2010).

A síndrome de abstinência (F10.3) caracteriza-se por sintomas decorrentes da parada relativamente abrupta total ou relativa do consumo do álcool, como tremores de extremidades. Já a síndrome de abstinência com delírium (F10.4) ou delírium tremens é a abstinência complicada pelo surgimento de delírium. O transtorno psicótico (F10.5) é definido pelo aparecimento de sintomas psicóticos durante ou após o uso do álcool, sendo que não é relacionado à intoxicação aguda e nem à síndrome de abstinência, envolvendo alucinações, delírios e distúrbios psicomotores. A síndrome amnésica (F10.6) é definida pela perda de memória recente e remota decorrente do uso de álcool, sendo que a memória imediata geralmente é preservada, e a recente é mais acometida que a remota. O transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (F10.7), como o próprio nome sugere, é caracterizado por sintomas psíquicos que persistem e vão além do período esperado que o álcool deveria estar causando tais sintomas (WHO, 2010).

A partir de uma certa quantidade consumida de álcool, surge um espectro de alterações hepáticas, sendo que acima de 40 g/dia de etanol a esteatose está presente em quase todos os consumidores. As estatísticas são que dentre 90-100% dos alcoólatras têm esteatose hepática (primeiro grau de alteração), 10-35% têm hepatite alcoólica, 8-20% desenvolvem cirrose e 1-2% de cirróticos desenvolvem Carcinoma Hepatocelular (CHC) a cada ano (STICKEL *et al.*, 2017). A via final comum das injúrias hepáticas, independentemente da etiologia, é a cirrose, e a de causa alcoólica é responsável por quase 50% de todos os casos (MASARONE *et al.*, 2016). Uma coorte de 5.783 doentes hepáticos crônicos mostrou que em 21% dos casos havia participação da doença hepática alcoólica, e que em brancos cerca de 38,2% das cirroses são por consumo alcoólico (SETIAWAN *et al.*, 2016).

Há uma associação entre o consumo alcoólico e pancreatite, em que doses baixas não estariam relacionadas ao aparecimento da doença, mas com um aparente limiar a partir de 4 drinques. Sabe-se que menos de 10,0% dos *binge drinkers* desenvolvem pancreatite álcool-mediada, e que na verdade, 60,0-90,0% dos pacientes com pancreatite têm uma história de consumo crônico de álcool (IRVING *et al.*, 2009).

2.4 O Sistema de Informação sobre morbidade hospitalar

O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) funciona desde janeiro de 1984. É administrado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde (em colaboração com as secretarias municipais e estaduais de saúde) e tem seus dados processados e publicados pelo DATASUS, o departamento de informática do SUS. Todas as informações são coletadas por meio da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, documento preenchido durante a internação, contendo inúmeras importantes informações (DATASUS, 2008).

O sistema é utilizado de forma abrangente por diversos estudos, para elaboração, planejamento e gestão de políticas de saúde. Tem sido extremamente importante na evolução do conhecimento na Saúde Coletiva, embora possua diversas limitações. O maior problema de confiabilidade nas informações é acerca do diagnóstico do internamento, por conta da falta de informações no prontuário do paciente, além de fraudes financeiras. Por outro lado, há a vantagem de ter um grande número de informações - e de fácil acesso (BITTENCOURT *et al*, 2006).

2.5 Referências Bibliográficas

BITTENCOURT, S. A. et al. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BORGES, G., LOERA, C. R. **Alcohol and drug use in suicidal behaviour**. Current Opinion in Psychiatry, n. 23, p. 195-204, 2010.

BORSARI, B. **Universal Prevention for Alcohol Use Disorders: 1940–2014**. Journal of studies on alcohol and drugs, n. 17, 2014.

CAMPOS, C. G. **Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no período de 1998 a 2009.** Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, V. A., ZURITA, R. C. M. **Prevalência de alcoolismo em internações hospitalares na emergência psiquiátrica.** Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde. São Paulo, 2012.

DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação - Notas Técnicas.** Acessado em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>>, em 26 de novembro de 2018.

IRVING, H. M. et al. **Alcohol as a Risk Factor for Pancreatitis. A Systematic Review and Meta-Analysis.** JOP, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2009.

MAHESWARAN, R. et al. **Investigation of the Association Between Alcohol Outlet Density and Alcohol-Related Hospital Admission Rates in England: Study Protocol.** JMIR Research Protocols, v. 5, n. 4, 2016.

MASARONE, M. et al. **Epidemiology and Natural History of Alcoholic Liver Disease.** Rev Recent Clin Trials, v. 11, n. 3, p. 167-174, 2016.

NEWTON, N. C. et al. **The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2016.

REHM, J. **The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism.** Alcohol Research & Health, v. 34, n. 2, 2011.

ROSWALL, N., WEIDERPASS, E. **Alcohol as a Risk Factor for Cancer: Existing Evidence in a Global Perspective.** J Prev Med Public Health, v. 48, p. 1-9, 2015.

SADLER, S. et al. **Understanding the alcohol harm paradox: an analysis of sex- and condition-specific hospital admissions by socioeconomic group for alcohol-associated conditions in England.** London, 2016.

SETIAWAN, V. W. et al. **Prevalence of chronic liver disease and cirrhosis by underlying cause in understudied ethnic groups: the Multiethnic Cohort.** Los Angeles, 2016.

STICKEL, F. et al. **Pathophysiology and Management of Alcoholic Liver Disease: Update 2016.** Gut and Liver, v. 11, n. 2, p. 173-188, 2017.

TAYLOR, B. et al. **The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together.** Drug and Alcohol Dependence, n. 110, p. 108-116, 2010.

VIRKKUNEN, M. **Alcohol as a Factor Precipitating Aggression and Conflict Behaviour Leading to Homicide.** Br. J. Addict., v. 69, p. 149-154, 1974.

WHO. **ICD-10.** 2010. Acessado em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19>>. em 22 de novembro de 2018.

WHO. **2018 Global Status Report on Alcohol and Health.** Geneva, 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.

3 Normas de apresentação na Revista SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

Instruções aos Autores

Política Editorial

A SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas ou integrativas, cartas ao editor, editoriais, resenhas e página do estudante.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à SMAD, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

A revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa. A reprodução é permitida, desde que haja citação da fonte. A SMAD não se obriga a devolver os trabalhos originais enviados, assim como os trabalhos recusados para publicação.

É de inteira responsabilidade do(s) autor(es) os conceitos e opiniões emitidos, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial.

Registro de ensaios clínicos

A SMAD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS – e do *International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão

disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de armazenamento de arquivos

Esta revista utiliza o sistema LOCKSS para criar um sistema de arquivo distribuído entre as bibliotecas participantes e permite às mesmas criar arquivos permanentes da revista para a preservação e restauração.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

INSTRUÇÕES GERAIS

Autoria

O conceito de autoria adotado pela SMAD está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores deverão constar como agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração, assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para SMAD na submissão do manuscrito. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial. Dados de identificação do autor responsável (cadastro), nome e

sobrenome. O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados.

Processo de julgamento: utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os artigos são avaliados por consultores Ad Hoc e depois apreciados pelos editores associados e co- editor. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados. Após a análise pelos editores associados os artigos são encaminhados para decisão do editor científico.

Custo de publicação

O custo de publicação para o autor é composto pelo pagamento da taxa de submissão, da revisão gramatical e da tradução para outro idioma (inglês no caso do artigo em português ou espanhol e português no caso do artigo em inglês).

A Taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação dos consultores, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor da taxa de submissão: R\$100,00 (cem reais) por artigo.

Forma de pagamento: depósito bancário ou transferência

Banco do Brasil

Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 028-0

Conta Corrente: 130151-9

Categorias de artigos aceitos para publicação

- Artigos Originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

- Revisão Integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

- Revisão Sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

- Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Documentos para submissão

Além do arquivo do artigo em formato .doc ou .docx, os documentos abaixo também devem ser anexados ao sistema de submissão:

Title Page

- documento obrigatório;
- preencher, salvar em formato doc ou docx e anexar no site durante a submissão. - download: Title Page (Português)

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (pesquisa envolvendo sujeitos humanos ou animais)

- documento obrigatório para pesquisas que envolveram sujeitos humanos, direta ou indiretamente
- escanear o documento em formato jpg ou pdf e anexá-lo no site durante a submissão

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

- documento obrigatório; preencher, assinar e escanear em formato pdf para anexá-lo no site durante a submissão
- download: Declaração (Português)

Comprovante de pagamento da taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, aqueles que estiverem em qualquer fase da etapa de tramitação comprovante da transação bancária;

- anexá-lo no site durante a submissão em formato jpg ou pdf

PREPARO DO ARTIGO

Estas instruções para a preparação do artigo para submissão são baseadas

Recomendações para condução, escrita, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas científicas médicas elaboradas pelo *International Committee of Medical Journals Editors* (ICMJE).

Estrutura

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, materiais e métodos ou casuísticas e métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

O arquivo do artigo não deve conter o nome dos autores e os agradecimentos, estes devem estar na **Title Page** (ver Documentos para Submissão).

A **Introdução** deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os **Materiais e Métodos** ou **Casuística e Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os **Resultados** devem estar limitados somente a descrever a análise do material (quantitativo ou qualitativo). O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A **Discussão** enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo, faz interpretações que advêm deles e comparações com outras literaturas não citadas na introdução. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na SMAD, referenciando-os no texto, quando pertinente, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A **Conclusão** ou **Considerações Finais** deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não

ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Formatação do texto

Formatação. Arquivo no formato Word (**.doc** ou **.docx**) papel tamanho **A4** (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”) . **Margens** superiores, inferiores e laterais de **2,5 cm** (1”) . Fonte **Times New Roman 12pt** (em todo o texto, inclusive nas tabelas). **Espaçamento duplo entre linhas** desde o título até as referências, com exceção das **tabelas** que devem ter **espaçamento simples**. Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do editor de texto.

Quantidade de Palavras

Na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências

- Artigos Originais e de Revisão: **5000 palavras**. - Cartas ao Editor: **500 palavras**.

Resumo

- Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entrelinhas.
- Incluir o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.
- Estruturar explicitamente em "**Objetivos**", "**Método**", "**Resultados**" e "**Conclusão**".
- Os Ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.
- Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, e citações de autores.

Descritores

- Mínimo de 4 e máximo de 6, em português, inglês e espanhol.
- Utilizar os rótulos "**Descritores**" (português), "**Descriptors**" (inglês) e

"Descritores" (espanhol).

- Separados entre si por ponto e vírgula.
- Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições.
- Selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Título do Artigo

- Apresentados em português, inglês e espanhol; - Localizados antes de cada resumo; Conciso e informativo com até 15 palavras e em negrito. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Seções

- Nome das Seções: "**Introdução**", "**Método**", "**Resultados**", "**Discussão**" e "**Conclusão**" - Negrito e em caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: itálico, caixa alta, subseções, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word
- Introdução - Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção
- Método - Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos
- Resultados - Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras
- Discussão - Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico
- Conclusão/Considerações Finais - Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências ou nomes de autores.

Falas de Sujeitos

- Fonte Times New Roman, tamanho 10, itálico, sem aspas, na sequência do texto
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico

Siglas (no texto)

- Descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto
- Não são permitidas siglas no título do artigo e no resumo

Tabelas e Figuras

- Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, indicando o que se pretende representar.
- Devem ser inseridas logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.
- Notas de Rodapé nas Tabelas e Figuras devem ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem.
- Todas as siglas presentes em tabelas e figuras devem ser explicitadas em notas de rodapé.

Tabelas

- Título deve ser localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela e também contendo participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.
- Devem ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word.
- Os dados devem ser separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula.

- Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12pt, e espaçamento simples entrelinhas.
- O cabeçalho deve estar em Negrito e sem células vazias.
- Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários.

Figuras

- São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.
- O título deve estar localizado abaixo da figura sempre em formato de texto (mesmo em figuras que se tratem de imagens).
- Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.
- Em caso de imagens, devem estar em alta resolução (mínimo de 900 dpi).
- Tamanho máximo de 16x10cm.
- Em caso de Quadros (tabelas que contenham dados textuais e não numéricos), devem ser fechados nas laterais e contendo linhas internas. Devem ser construídos com a ferramenta de tabelas do Editor de Texto e poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- Em caso de Gráficos, devem ser plenamente legíveis e nítidos. Tamanho máximo de 16x10cm. Se necessário utilizar cores optar por tons claros. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- Em caso de desenhos, esquemas, fluxogramas, devem ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Lógicos e de fácil compreensão. Plenamente legíveis e nítidos.
- Fotos devem ser plenamente legíveis e nítidas. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas.

Falas de participantes (sujeitos)

- Fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto.
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico (fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto).

Notas de Rodapé (no texto)

- Indicadas por asterisco(s) e iniciadas a cada página (*,**,**,...). - Restritas ao mínimo necessário.

Referências

Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) . Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al. . Citar a versão do documento em inglês. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências.

A veracidade dos dados que compõem cada referência e a exatidão do formato são de responsabilidade dos autores.

As citações de autores e de periódicos nas bases de dados é altamente relacionada à exatidão das referências informadas pelos autores nos artigos publicados, portanto, solicita-se máximo cuidado e atenção à este item.

- Para o formato das referências, seguir o Citing Medicine, 2a edição - Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);
- Quantidade: não há limite de referências.
- Citar a versão do documento em inglês, quando disponível.
- Inserir número doi ou link de acesso em todas as referências.
- Títulos de periódicos nacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo

Nacional de Publicações Seriadas (CCN) do IBICT.

- Títulos de periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM).

Alguns modelos de referências:

Artigo de periódico

Pinho LB de, Siniak DS. The role of primary care in the assistance to crack user: opinion from users, collaborators and managers of the system. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2017;13(1):30-6. [cited July 4 2018]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000100005&lng=pt&nrm=iso>.

Artigo de periódico com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun;200(6):869-75. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2005.02.028

Artigo no prelo

Prasifka JR, Mallinger RE, Portlas ZM, Hulke BS, Fugate KK, Paradis T, Hampton ME, Carter CJ. Using Nectar-Related Traits to Enhance Crop-Pollinator Interactions. Front Plant Sci. 2018 Jun 18;9:812. doi: 10.3389/fpls.2018.00812. eCollection 2018. PMID: 29967631

Livro

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, et al. American Medical Association manual of style. 9th ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998. 660 p.

Capítulo de livro

Whiteside TL, Heberman RB. Effectors of immunity and rationale for immunotherapy. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC Jr, Gansler TS, Holland JF, et al., editors. Cancer medicine 6. Hamilton (ON): BC Decker Inc; 2003. p. 221-8.

Documentos de internet (Institucionais)

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2000 [cited 2006 Nov 1]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

4 Artigo Científico:

Perfil epidemiológico da morbidade hospitalar por alcoolismo em Sergipe

Resumo

Introdução: cerca de metade da população mundial ingere álcool e entender os efeitos dessa substância na saúde pública é essencial. O número de internações por álcool e doenças relacionadas à ele são grandes, ocasionando diversos óbitos e um alto valor total hospitalar gasto.

Objetivos: descrever o perfil epidemiológico das internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool em Sergipe, de 2013 a 2017. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e na análise foi utilizado o TABWIN, com as variáveis sexo, idade, tipo de saída hospitalar (com ou sem óbito), local de residência, local de ocorrência da internação e custo da internação.

Resultados: no período entre 2013-2017 observou-se 2417 internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool. Os transtornos mentais e comportamentais associados ao uso do álcool foram responsáveis por 70,8%, sendo que os homens apresentaram o maior número (89,3%), e a faixa etária mais prevalente foi entre 40-49 anos (33,2%). Houve 215 óbitos (8,9% dos casos). A região com o maior número de internações foi a de Aracaju com 79,1%, sendo que 56,0% era de residentes e 44,0% de não residentes. O valor total gasto foi de R\$ 1.178.737,26.

Conclusão: o álcool está ligado a um grande número de internações e óbitos. Apesar das limitações do Sistema de Informações Hospitalares, ele é uma importante fonte de dados para estudos epidemiológicos.

Palavras chave: Alcoolismo; Morbidade; Sistema de Informação

Epidemiological profile of alcohol-related hospital morbidity in Sergipe

Abstract

Background: almost half of the world's population drinks alcohol and understanding the effects of this substance in the public health is essential. The number of inpatients due to alcohol-related diseases is high, leading to a lot of deaths and a high amount of money spent in the hospital setting. **Objective:** to describe the epidemiological profile of the internations of totally-attributable alcohol-consumption diseases at Sergipe, from 2013 to 2017. **Methods:** this is a retrospective descriptive epidemiological study, a quantitative approach from the Hospital Information System from the Unique Health System and in the analysis was used the TABWIN, considering sex, age, hospital outcome type (with or without death), local of residency, internation's local of occurrence and value spent. **Results:** in the period of 2013-2017, it was found 2417 internations by totally-attributable alcohol-consumption diseases. The mental and behavioural disorders alcohol-associated was responsible for 70,8%, where the men showed the higher numbers (89,3%), and the more prevalent age range was between 40-49 years old (33,2%). It was found 215 deaths (8,9% of total cases). The region with the higher number of internations was Aracaju with 7,9%, where 56% was from local residents and 44% from no residents. The total amount of money spent in the hospital setting was R\$ 1.178.737,26. **Conclusion:** the alcohol is linked to a high number of internations and deaths. Despite of the limitations of the Hospital Information System, it is a important source of data to epidemiological studies.

Key-words: Alcoholism; Morbidity; Information System

Perfil epidemiológico de la morbilidad hospitalaria por alcohol en Sergipe

Resumen

Introducción: cerca de la mitad de la población mundial ingiere alcohol e entender los efectos de esta sustancia en la salud pública es esencial. Lo número de admisiones por alcohol e enfermedades relacionadas con él son grandes, ocasionando diversas muertes y un alto valor total del hospital gastado. **Objetivos:** describir el perfil epidemiológico de las admisiones por causas completamente atribuibles al alcohol en Sergipe, de 2013 a 2017. **Metodología:** se trata de un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo a partir del Sistema de Información Hospitalaria del Sistema Único de Salud y en el análisis fue utilizado el TABWIN, con las variables sexo, edad, tipo de salida hospitalaria (con o sin óbito), sitio de residencia, sitio de ocurrencia de la hospitalización e costo de la hospitalización. **Resultados:** en el periodo 2013-2017, se ha observado 2417 admisiones por causas completamente atribuibles al alcohol. Los trastornos mentales e comportamentales asociados al alcohol fueron responsables por 70,8%, siendo que los hombres presentaron el mayor número (89,3%), y el grupo de edad más prevalente fue entre 40-49 años (33,2%). Hubo 215 muertes (8,9% de los casos). La región con el mayor número de admisiones fue la de Aracaju con 79,1%, siendo que 56,0% fue de residentes e 44,0% de no residentes. El valor total gastado fue de R\$ 1.178.737,26. **Conclusión:** el alcohol está vinculado a un gran número de admisiones e muertes. A pesar de las limitaciones del Sistema de Información Hospitalaria, él es una importante fuente de datos para estudios epidemiológicos.

Palabras-clave: Alcoholismo; Morbilidad; Sistema de Información

4.1 Introdução

O *Global Status Report on Alcohol and Health*⁽¹⁾, em 2018, apontou que cerca de 43,0% da população mundial ingeriu álcool, incluindo todas as pessoas acima de 15 anos que beberam algum tipo de bebida alcóolica, nos últimos 12 meses. Dentre os que bebem, o consumo é de cerca de 19,3 litros per capita, sendo que entre os homens é de 24,8 e entre as mulheres de 8,9⁽¹⁾.

Diversos estudos na literatura têm objetivado determinar se existe algum benefício no consumo de álcool em doses mínima ou moderadas. Uma importante revisão foi feita por Rubin, em 2014, sobre estudos observacionais demonstraram os efeitos positivos no consumo de álcool, tanto na mortalidade por causas gerais como em diversas doenças⁽²⁾.

Entretanto, o assunto ainda é muito controverso e os artigos publicados contém diversas críticas. O *Dietary Guidelines for Americans (2015-2020)* não recomenda que qualquer indivíduo comece a consumir álcool por qualquer razão, e o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* define consumo em doses moderadas como até 2 drinques para homens e 1 drinque para mulheres por dia^(3,4).

Por outro lado, os malefícios associados ao álcool são inúmeros⁽⁵⁾, e esse estudo visa demonstrar a morbidade hospitalar relacionada à ingestão do álcool, uma vez que afeta uma quantidade significativa da população, gerando afastamento do trabalho, riscos associados à internação hospitalar (em enfermaria e em UTI), mortes e um custo

elevado ao sistema de saúde. Em Sergipe há estudos a respeito da mortalidade^(6,7) e da morbidade^(8,9).

O Reino Unido possui diversos estudos contabilizando o número de internações relacionadas ao álcool no país. Há uma estimativa de cerca de 800.000 internações por ano apenas na Inglaterra. As internações em que o álcool é causa necessária, como os transtornos mentais álcool-relacionados, doença hepática alcoólica e pancreatite álcool-induzida, em 2010 e 2011, houve 52.316 admissões por parte de 39.869 pacientes⁽¹⁰⁾. Um segundo estudo inglês, envolvendo pessoas entre 18 e 89 anos, no período de abril de 2010 a março de 2013, mostra uma taxa de internação de 6712 para homens e 6191 para mulheres por 100000 pessoas/ano⁽¹¹⁾.

No Brasil, Carlini mostrou que houve 75,6% internações álcool-relacionadas, entre aquelas que envolviam o uso de substâncias, em 367 hospitais psiquiátricos pelo Brasil em 2004⁽¹²⁾. Outro estudo mostrou que das 1548 internações na emergência psiquiátrica com transtornos decorrentes de uso do álcool, em Maringá-PR, no ano de 2010, sendo a Síndrome de Dependência (F10.2, com 431 internações) o subgrupo mais expressivo. Dessas internações, 88,6% foram de homens e a faixa etária mais predominante em ambos os sexos foi de 41-51 anos (39,4%)⁽¹³⁾. Em Divinópolis-MG, houve 10,8% de internações por uso e abuso de álcool, entre todas as internações psiquiátricas, no período de 1998 e 2009⁽¹⁴⁾. Em Sergipe, o número de internações por álcool, entre 1998-2011, foi de 22809⁽⁸⁾, sendo 21751 por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool (94,5% de homens) e 1058 por doença hepática alcoólica (82,5% de homens).

Na região de Piracicaba, em São Paulo, existiram 5880 internações por transtornos mentais relacionados ao álcool, sendo responsáveis por 71,6% de todas as internações por substâncias psicoativas⁽¹⁵⁾. Em Ribeirão Preto-SP, entre 1998-2002, houve 2069 internações por transtornos mentais por álcool, representando 15% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais⁽¹⁶⁾. Na região centro-oeste de Minas Gerais, em um estudo retrospectivo e exploratório feito em hospital psiquiátrico de cuidados terciários, com capacidade para 120 leitos, entre 1980 e 2008, houve 28078 internações, destes 2203 (7,8%) por consumo abusivo de álcool. A grande parte dos pacientes alcoólatras foram internados uma vez (81,5%), alguns foram internados duas vezes (13,8%) e poucos foram internados 3 ou mais vezes (4,7%). O sexo masculino predominou com 82,4% e observou-se ainda uma queda no número de internações involuntárias⁽¹⁷⁾.

No estado do Rio de Janeiro, entre 1999-2010, houve 65.751 internações por transtornos mentais relacionados ao álcool, sendo 92,0% (60.738) do sexo masculino e 8,0% do sexo feminino (5.013), e a média de idade foi entre 30-49 anos. Um ponto interessante é que no Rio de Janeiro, as internações por transtornos mentais correspondem a cerca de 10,0% do total de hospitalizações, sendo o segundo maior gasto com internações, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares⁽¹⁸⁾.

Em Botucatu-SP foi estudada uma população de 310 pacientes da ala de clínica médica de um hospital universitário, com o objetivo de aplicar o teste CAGE, que foi positivo em 10,3%. Havia teste positivo em 80,0% dos casos de hepatite alcoólica e em 60,0 dos casos de cirrose hepática. Em 25,0% dos testes positivos havia a Hipertensão

Arterial Sistêmica e em 20,0% havia a hepatite alcoólica. O sexo masculino foi responsável por 81,3% dos casos e o feminino por 18,7%⁽¹⁹⁾.

Um estudo no Ceará em 2014 objetivou identificar o número de internações hospitalares entre 2008-2012 por uso de álcool, e compará-los com a promulgação de lei seca em 2008. Houve 7752 internações por uso abusivo de álcool, com predominância na faixa etária entre 30-49 anos (61,5%) e do sexo masculino (90,2%). Por fim o estudo mostrou decréscimo na quantidade de internações no decorrer do período estudado⁽²⁰⁾.

A quantidade de vidas que são perdidas por conta do álcool é expressiva⁽¹⁾, o número de mortes mundial, ajustado para idade, decorrente direta ou indiretamente do consumo alcoólico é de 38,8 por 100.000 pessoas, em que o maior índice encontra-se no continente africano: 70,6, seguido pela europa com 62,8 por 100.000. As Américas possuem um índice pouco mais discreto, com 34,1. Dividindo por categorias, dentre as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e relacionadas ao status nutricional, a taxa é de 5 mortes por 100.000 pessoas. Em relação as doenças não-transmissíveis (neoplasias, diabetes, transtornos mentais, epilepsia, doenças cardiovasculares e digestivas), a taxa é de 22,4 e nos danos intencionais e não intencionais, é de 11,4 por 100.000 pessoas⁽¹⁾.

Das 56.427.700 mortes ocorridas no mundo em 2016, 2.988.300 foram atribuídas ao álcool, isto é, 5,3% do total. Em relação às doenças transmissíveis a porcentagem é 3,5%, as não transmissíveis de 4,3% e dentre os danos intencionais e não intencionais, expressivos 17,6%. No Brasil, é estimado que 6,9% de todas as mortes são

atribuídas ao álcool, sendo 10,9% em relação aos homens e 1,7% em relação às mulheres⁽¹⁾.

Quanto ao custo total, nos EUA, um estudo foi conduzido, envolvendo 359.578 internações e os custos totais foram de 19,4 bilhões de dólares (cerca de 73,67 bilhões de reais), no ano de 2012. Para comparar, o custo médio de internação por doença hepática alcoólica foi de 13.453 dólares (cerca de 51087 reais) - cerca de 3.188,40 dólares (12.107,95 reais) maior que internações por outros diagnósticos também associados ao álcool⁽²¹⁾.

Tendo em vista a importância do assunto, o objetivo do presente trabalho é descrever as internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool, em Sergipe, de 2013 a 2017.

4.2 Métodos

Esta pesquisa trata-se de estudo descritivo, verificando a morbidade hospitalar tendo causa o consumo abusivo de substância alcoólica, no estado de Sergipe no período compreendido entre 2013 e 2017.

Para isso, a coleta dos dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre a morbidade hospitalar geral, através do Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que forneceu informações sobre os casos ocorridos no período correspondente aos anos de 2013 e 2017⁽²²⁾. Foram pesquisados as categorias da Classificação Internacional das

Doeças – 10ª revisão - CID-10r⁽²³⁾ que têm como motivo da internação categorias

totalmente atribuíveis ao álcool⁽⁵⁾, a saber:

Causas naturais relacionadas com a exposição ao álcool:

- E24.4 Síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool
- E52 Pelagra
- F10 Transtornos mentais e comportamentais associados ao uso e abuso de álcool
- G31.2 Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool
- G40.5 Síndromes epilépticas especiais
- G62.1 Polineuropatia alcoólica
- G72.1 Miopatia alcoólica
- I42.6 Cardiomiopatia alcóolica
- K29.2 Gastrite alcóolica
- K70 Doença hepática alcoólica
- K85.2 Pancreatite aguda induzida por álcool
- K86.0 Pancreatite crônica induzida por álcool
- O35.4 Assistência prestada à mãe por lesão causada ao feto por alcoolismo materno
- P04.3 Feto ou recém nascido afetados por uso de álcool pela mãe
- Q86.0 Síndrome fetal alcóolica
- R78.0 Presença de álcool no sangue

Causas externas relacionadas com a exposição ao álcool:

- X45 Envenenamento acidental por exposição ao álcool
- X65 Autointoxicação voluntária por álcool
- Y15 Envenenamento por álcool com intenção não determinada
- Y90 Evidência de alcoolismo detectado pelas taxas de alcoolemia

Y91 Evidência de alcoolismo determinado pelo nível da intoxicação

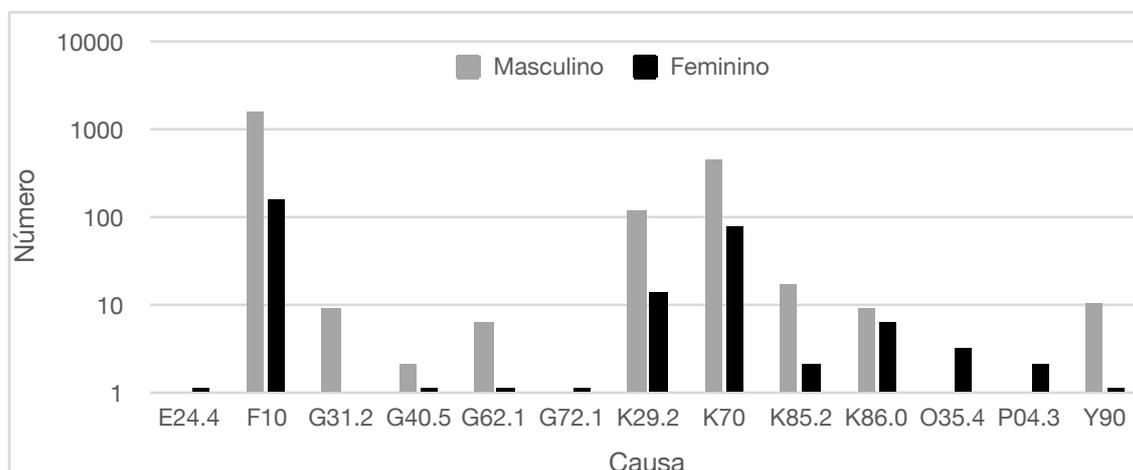
Foram variáveis analisadas as seguintes: sexo, idade, tipo de saída hospitalar (com ou sem óbito), local de residência, local de ocorrência da internação e custo da internação, a partir do que foi avaliado o número e proporções da morbidade hospitalar segundo as características epidemiológicas.

A análise foi realizada utilizando o TABWIN - programa criado pelo Ministério da Saúde⁽²⁴⁾. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAEE: 16179713.4.0000.5546).

4.3 Resultados

Entre 2013 e 2017, observou-se 2417 internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool, em Sergipe. Em relação ano, 2013 apresentou 229 internações, 2014 com 381, 2015 com 702, 2016 com 699 e 2017 com 406. Verificou-se um valor médio de 483 internações por ano. As principais causas das internações foram (Figura 1): os transtornos mentais e comportamentais associados ao uso do álcool foram responsáveis por 70,8% dos casos (1711 internações), seguidos da doença hepática alcoólica com 20,8% (504 internações), gastrite alcoólica com 5,4% (132 internações) e as pancreatites aguda e crônica induzida por álcool com 1,3% (33 internações). Em relação ao sexo, os homens apresentaram o maior número, sendo responsáveis por 89,3% das internações, com 2160 casos, e as mulheres por 10,7%, com 257 casos. Os transtornos mentais por álcool predominaram, representando 72,3% (1563) das internações dentre os homens e 57,6% (148) dentre as mulheres. Em seguida, veio a

doença hepática alcoólica, com 19,7% (426) dentre os homens e 30,3% (78) dentre as mulheres. Em terceiro lugar, a gastrite alcoólica com 5,5% (119) entre os homens e 5% (13) nas mulheres.



E24.4	Síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool
F10	Transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool
G31.2	Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool
G40.5	Síndromes epilépticas especiais (por álcool)
G62.1	Polineuropatia alcoólica
G72.1	Miopatia alcoólica
K29.2	Gastrite alcóolica
K70	Doença hepática alcoólica
K85.2	Pancreatite aguda induzida por álcool
K86.0	Pancreatite crônica induzida por álcool
O35.4	Assistência prestada à mãe por lesão (suspeitada) causada ao feto por alcoolismo materno
P04.3	Feto ou recém-nascidos afetados pelo uso de álcool pela mãe
Y90	Evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia

Figura 1 - Número de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo o sexo. Sergipe, 2013-2017.

Fonte: DATASUS, 2018⁽²²⁾.

A faixa etária (Tabela 1) mais prevalente foi entre 40-49 anos (33,2%; 804 internações), seguida por 30-39 anos (24,8%; 600 internações), 50-59 anos (20,7%; 500 internações), 20-29 anos (8,7%; 211 internações), 60-69 anos (7,8%; 188 internações), 70-79 anos (2,7%; 66 internações), 0-19 anos (1,3%; 32 internações) e acima de 80 anos (0,8%; 16 internações).

Tabela 1 - Número de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo a idade. Sergipe, 2013-2017.

Causa	Idade (em anos)								Total
	0 -20	20 -30	30 -40	40 -50	50 -60	60 -70	70 -80	80 e+	
F10	15	183	469	627	318	85	13	1	1711
G31.2	-	-	-	7	-	-	2	-	9
G62.1	-	-	2	2	2	-	1	-	7
K29.2	2	6	41	45	24	13	1	-	132
K70	6	13	73	115	148	89	48	12	504
K85.2	-	4	7	3	4	-	-	-	18
K86.0	2	1	3	3	3	1	-	2	15
O35.4	-	2	1	-	-	-	-	-	3
P04.3	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Y90	2	1	3	2	1	-	1	1	11
Outros	3	1	1	-	-	-	-	-	5
Total	32	211	600	804	500	188	66	16	2417

E24.4	Síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool
F10	Transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool
G31.2	Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool
G40.5	Síndromes epiléticas especiais (por álcool)
G62.1	Polineuropatia alcoólica
G72.1	Miopatia alcoólica
K29.2	Gastrite alcoólica
K70	Doença hepática alcoólica
K85.2	Pancreatite aguda induzida por álcool
K86.0	Pancreatite crônica induzida por álcool
O35.4	Assistência prestada à mãe por lesão (suspeitada) causada ao feto por alcoolismo materno
P04.3	Feto ou recém-nascidos afetados pelo uso de álcool pela mãe
Y90	Evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia

Fonte: DATASUS, 2018⁽²²⁾.

Houve 215 óbitos no período estudado (Tabela 2), sendo de 8,9% dos casos. Os homens representaram 87,4% das mortes, com 188 casos, e as mulheres 12,6%, com 27 casos. A doença hepática alcoólica foi responsável por 83,7% (180) de todas as mortes, seguida pelos transtornos mentais (10,7%; 23 casos), degeneração do sistema nervoso

pelo álcool (1,8%; 4 casos), pancreatite aguda induzida por álcool (1,4%; 3 casos), evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia (1,4%; 3 casos) e pancreatite crônica induzida por álcool (0,9%; 2 casos). Observa-se também na Tabela 2, o percentual de óbitos em relação ao número de internações das respectivas causas.

Considerando as faixas etárias, a maior prevalência esteve entre os indivíduos dentre 40-49 anos (28,8%; 62 óbitos), seguido por 50-59 anos (27,9%; 60 óbitos), 60-69 anos (14,9%; 32 óbitos), 30-39 anos (11,6%; 25 óbitos), 70-79 anos (11,6%; 25 óbitos), acima de 80 anos (3,7%; 8 óbitos) e 20-29 anos (1,5%; 3 óbitos). Não houve nenhum óbito dentre os menores de 19 anos.

Tabela 2 - Número e percentual de causas totalmente atribuíveis ao álcool segundo a presença de óbitos. Sergipe, 2013-2017

Causa	Internação		% de óbito ^s
	Com óbito	Sem óbito	
F10 - Transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool	23	1688	1.3
G31.2 - Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool	4	5	44.4
K70 - Doença hepática alcoólica	180	324	35.7
K85.2 - Pancreatite aguda induzida por álcool	3	15	16.7
K86.0 - Pancreatite crônica induzida por álcool	2	13	13.3
Y90 - Evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia	3	8	27.3
Total	215	2202	8.9

Fonte: DATASUS, 2018⁽²²⁾.

A região com o maior número de internações foi a de Aracaju com 79,1% (1913 casos), sendo que destes, 56% (1073) era de residentes e 44% (849) de não residentes. A

segunda região com o maior número foi a de Nossa Senhora do Socorro (8,6%; 208 casos - com 91,3% de residentes), seguido de Lagarto (6%; 144 casos - com 91,7% de residentes), Estância (3%; 71 casos - com 94,4% de residentes), Propriá (1,3%; 30 casos - com 84,8% de residentes), Itabaiana (1,2%; 30 casos - com 93,3% de residentes) e Nossa Senhora da Glória (0,8%; 18 casos - com 88,9% de residentes).

A região de Aracaju registrou o maior número de óbitos (60), responsável por 27,9% do total, seguida por Lagarto (25,6%; 55), Nossa Senhora do Socorro (17,7%; 38), Estância (12,1%; 26), Itabaiana (7%; 15), Propriá (6%; 13) e Nossa Senhora da Glória (3,7%; 8). A Figura 2 mostra o percentual de óbitos entre residentes e não residentes, segundo as respectivas regiões.

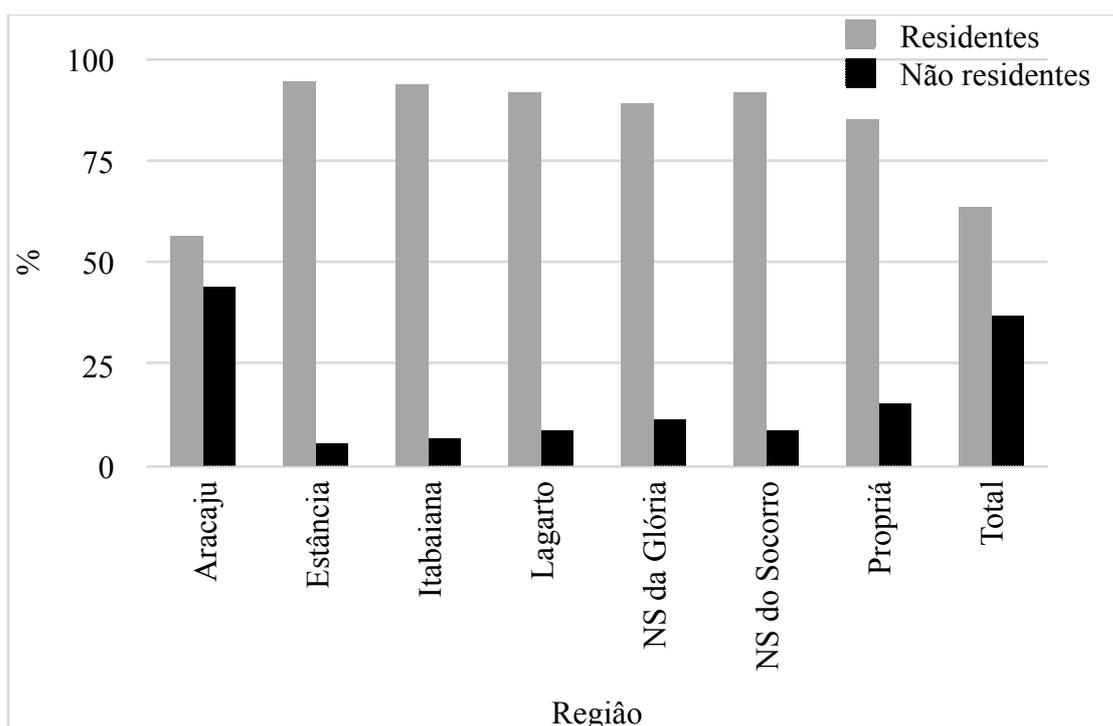


Figura 2 - Percentual de causas totalmente atribuíveis ao álcool entre residentes e não residentes segundo a região de ocorrência de óbitos. Sergipe, 2013-2017.

Fonte: DATASUS, 2018⁽²²⁾.

O valor total gasto por causas totalmente atribuíveis ao álcool foi de R\$ 1.178.737,26 (Tabela 3). Os transtornos mentais relacionados ao álcool contabilizaram 51,5% do total (R\$ 606.973,50), seguida pela doença hepática alcoólica (39,8%; R\$ 468.933,00). As demais causas apresentaram menos de 3% cada do total. Os maiores custos unitários por internação foram relacionados a feto ou recém-nascido afetados pelo uso de álcool pela mãe e degeneração do sistema nervoso pelo álcool.

Tabela 3 - Valor total e custo unitário da internação (em reais) por causas totalmente atribuíveis ao álcool. Sergipe, 2013-2017

Causa	Valor total	Custo/ internação
Síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool	44,22	44,22
Transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool	606.973,50	354,75
Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool	30.987,69	3.443,08
Síndromes epiléticas especiais (por álcool)	382,7	127,57
Polineuropatia alcoólica	4.959,88	708,55
Miopatia alcoólica	328,34	328,34
Gastrite alcoólica	2.3473,35	177,83
Doença hepática alcoólica	468.933,06	930,42
Pancreatite aguda induzida por álcool	8.362,74	464,60
Pancreatite crônica induzida por álcool	11.439,4	762,63
Assistência prestada à mãe por lesão (suspeitada) causada ao feto por alcoolismo materno	2.160,09	720,03
Feto ou recém-nascidos afetados pelo uso de álcool pela mãe	13.346,83	6.673,42
Evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia	7.345,56	667,78
Total	1.178.737,36	487,69

Fonte: DATASUS, 2018⁽²²⁾.

4.4 Discussão

Há na literatura estudos mostrando a mortalidade por causas relacionadas ao álcool no estado de Sergipe^(6,7), e à morbidade, envolvendo os transtornos mentais relacionados ao álcool e doença hepática alcoólica⁽⁹⁾, e dentro do capítulo dos transtornos mentais, a morbidade hospitalar pelo uso de substâncias psicoativas⁽⁸⁾. Este trabalho traz o tema das internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool⁽⁵⁾.

Esse estudo mostrou que a maior quantidade de internações foi entre indivíduos de 40-49 anos, além do maior número de internações e de óbitos ocorreu entre os homens, o que pode ser associado ao maior consumo de álcool entre eles, que é de 24,8 litros/ano - contra 8,9 litros/ano para as mulheres⁽¹⁾.

Um estudo catarinense com 108.721 internações por uso de substâncias psicoativas, entre 1988 e 2015, e mostrou que 73,8% (80.236) foram por causa do álcool. O sexo masculino foi responsável por 89,6% das internações (semelhante aos 89,3% encontrados no presente estudo). A faixa etária mais prevalente foi entre 35-44 anos (26,9%), seguida por 45-54 anos (o que pode ser comparado aos 33,2% na faixa 40-49 anos, encontrado neste estudo)⁽²⁵⁾. Outro estudo no Distrito Federal⁽²⁶⁾ entre 2000-2009, quando foram observadas 6.048 internações por uso de substâncias psicoativas, apontou que 66,9% (4.044) foram por transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool. Os homens representaram 86,6% (3.502). A faixa etária mais prevalente foi entre 30-39 anos (33,8%; 1.368), seguidas dos 40-49 anos (30,0%) e 50-59 anos (14,6%).

Um estudo em João Pessoa⁽²⁷⁾, reuniu 706 pacientes de um CAPS que utilizam drogas psicoativas, e destes, 79,4% (561) referiram consumir álcool e 42,3% (299) foram internados por transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool. Do total, 86,7% eram do sexo masculino (612). A média de idade dos usuários foi de 36,9 e a faixa etária mais prevalente foi de 21 aos 30 anos (31,0%), seguida por 31-40 anos (27,1%) e 41 a 50 anos (20,9%).

No presente estudo, a despeito do maior número de internações ter sido por transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso do álcool (F10), a doença hepática alcoólica (K70) foi a que apresentou o maior número de óbitos. Sobre número de óbitos, um estudo de 2007, reunindo dados de todo o território brasileiro de 1998-2002⁽²⁸⁾, mostrou que em 2002 houve 5095 óbitos por dependência alcoólica, sendo 89,9% dentre homens (4580) e 10,1% dentre mulheres (515). Correspondeu a 0,8% das mortes masculinas e 0,1% das mortes femininas. Os valores representaram 83,3% das mortes por distúrbios mentais relacionados ao uso e abuso de álcool em homens e 34,8% nas mulheres. Entre 1998-2002, a faixa etária mais acometida foi de 35-44 anos (30,3%; 6507), seguida de 45-54 anos (27,3%; 5865) e 55-64 anos (15,7%; 3384).

Na microrregião de Ribeirão Preto⁽²⁹⁾, entre 1996-2007, houve 1800 óbitos tendo o álcool como causa básica ou associada. 90,1% (1622) era do sexo masculino, e a faixa etária mais prevalente foi 40-49 anos (32,5%; 585), seguida por 50-59 anos (24,4%; 439). A causa básica mais referida foi a doença hepática alcoólica (35,2%; 635), o que coincide com a principal causa de óbito encontrada nesse estudo.

Apesar de a região de Aracaju ter apresentado o maior número de internações e de óbitos, quase metade dos casos é de não residentes. As internações de residentes em Aracaju foram de 56% (1073) e de não residentes de 44% (849), o que pode demonstrar que há muita migração de indivíduos de outras regiões, o e que talvez aponte alguma falha nas regiões de origem, como por exemplo, falta de leitos, medicamentos ou médicos especializados no manejo.

Em Sergipe⁽⁷⁾, no período de 1998-2010, a região de Aracaju teve a maior ocorrência de óbitos, com 35,7% (914), o que é compatível com esse estudo, que mostrou 27,9% (60). Há divergência na segunda colocação: encontrando Nossa Senhora do Socorro com 16,3% (contra Lagarto com 25,6%) e na terceira posição, com Estância com 13,8% (contra Nossa Senhora do Socorro com 17,7%). Em outro estudo sergipano⁽⁶⁾ houve uma ocorrência ainda maior de óbitos em Aracaju, com 50,4% (1836).

O valor total das internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool de R\$ 1.178.737, 26, no presente estudo, é significativo, mostrando a carga de custos sobre o Sistema Único de Saúde. Em Campinas (SP) foi conduzido um estudo⁽³⁰⁾, mostrando que em 2002, o gasto com internações por substâncias psicoativas foi de R\$ 556.990,78, sendo 77% (R\$ 428.882,90) por transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool, um pouco menor que o valor (R\$ 606.973,50) encontrados nesse estudo durante um quinquênio (2013-2017). Em Alfenas (MG)⁽³¹⁾, em 2002, foi encontrado um menor valor por ano (R\$ 33.539,12), provavelmente por conta do menor número de internações, uma vez que trata-se de um município menor. O custo total por transtornos mentais e comportamentais por uso e abuso de álcool no Distrito Federal entre

2000-2009⁽²⁶⁾ foi de R\$ 641.549,81 (esse trabalho apontou um custo de R\$ 606.973,50, porém na metade do tempo).

O presente estudo apresenta limitações, sobretudo no cerne de sua metodologia: o uso do SIH-SUS como fonte de dados. Embora seja um sistema importante, contendo diversas informações epidemiológicas, que permite análise para o melhor planejamento de políticas de saúde, possui limitações de caráter administrativo (falha no registro correto dos eventos) e não é universal (abrange somente as internações realizadas pelo SUS). Além disso, não existe um plano regular para monitoramento da qualidade dos dados do sistema, o que gera iniciativas isoladas e não sistemáticas^(32,33). Dentro das irregularidades, é preciso lembrar que também pode haver subnotificação e/ou omissão de informações.

A epidemiologia da morbidade hospitalar por doenças totalmente relacionadas ao álcool, no estado de Sergipe, é o passo inicial para diversas outras pesquisas na área da saúde mental, visando conhecer o impacto ocasionado pelo consumo abusivo na população⁽²⁷⁾. Para a prática clínica, os resultados sobre a morbidade do consumo abusivo poderiam possibilitar maior conscientização dos profissionais de saúde em um campo muito esquecido no dia-a-dia. É mandatório entender que o álcool não só provoca transtornos mentais mas também é potencializador de diversas outras doenças^(1,5).

4.5 Conclusão

O álcool é uma importante causa de morbidade na saúde mental e de outras condições médicas. Está ligado a um grande número de internações, de óbitos e ao valor total hospitalar gasto, sendo que no estado de Sergipe não é diferente de outros países ou estados brasileiros. Entre os anos estudados, observou-se um grande número de internações por causas totalmente atribuíveis ao álcool. Os transtornos mentais e comportamentais associados ao uso do álcool foram responsáveis pela maioria dos casos, seguidos da doença hepática alcoólica. A metodologia abordada neste estudo não engloba as doenças que têm o álcool como causa componente, mas é o primeiro passo para futuras pesquisas.

O significativo número de óbitos ocorridos no período reforça o impacto das doenças relacionadas ao álcool. A região com o maior número de internações foi a de Aracaju, sendo a maior parte de residentes, dado corroborado entre outros estudos locais. O valor total gasto por causas totalmente atribuíveis ao álcool é exorbitante, um ônus desnecessários ao SUS caso houvesse investimento adequado na atenção primária.

Apesar de outras limitações como a não universalidade e as possíveis falhas no registro correto dos eventos, o SIH-SUS continua a ser importante fonte de dados para estudos epidemiológicos.

3.6 Referências

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-156563-9. 2018.
2. Rubin E. To Drink or Not to Drink: That Is the Question. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;38(12):2889-92. DOI: 10.1111/acer.12585.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Internet]. Drinking levels defined [citado 2018 dez 14]. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
4. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture [Internet]. Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 [citado 2018 dez 16]. Disponível em: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/appendix-9/>.
5. Rehm J. The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, Volume 34, Issue Number 2 [citado 2018 dez 10]. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh342/135-143.htm>.
6. Moura NCB. O consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe: um estudo de mortalidade por causas múltiplas [monografia]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2017.
7. Bohland AK, Gonçalves AR. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2015;11(3):136-44. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p136-144.
8. Silveira JRS, Bohland AK, Silva LF. Morbimortalidade hospitalar pelo consumo de bebidas alcoólicas no estado de Sergipe, de 1998 a 2011. In: UFS, editor. Livro de resumos 25º Encontro de Iniciação Científica da UFS. São Cristóvão: 2015.

9. Silva JC, Gois G, Bohland AK. Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de residentes em Sergipe, de 2001 a 2013. In: UFS, editor. Livro de resumos 26º Encontro de Iniciação Científica da UFS. São Cristóvão: 2016.
10. Maheswaran R, Holmes J, Green M, Strong M, Pearson T, Meier P. Investigation of the Association Between Alcohol Outlet Density and Alcohol-Related Hospital Admission Rates in England: Study Protocol. *JMIR Res Protoc* 2016;5(4):e243. DOI: 10.2196/resprot.6300.
11. Sadler S, Angus C, Gavens L, Gillespie D, Holmes J, Hamilton J, et al. Understanding the alcohol harm paradox: an analysis of sex- and condition-specific hospital admissions by socioeconomic group for alcohol-associated conditions in England. 2016. DOI: 10.1111/add.13726.
12. Carlini EA. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. *Arq Méd ABC* [Internet]. 2006 [citado 2018 dez 18]; Supl.2: 4-7. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/amabc/article/download/266/248>
13. Carvalho VA, Zurita RCM. Prevalência de alcoolismo em internações hospitalares na emergência psiquiátrica. In: *Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/publicacoes.asp>
14. Campos CG. Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no período de 1998 a 2009 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
15. Vinha IR. Cenário da assistência em saúde mental/uso de substâncias psicoativas na região de saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) [acesso 2018 dez 14]. 2011;7(1):25-31. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/803/80319263005.pdf

16. Silva EC, Júnior MLC. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [acesso 2018 dez 14]. 2006;40(2):196-202. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3610/361033286007/>
17. Machado RM, Júnior MLC. Alcoolismo na região centro-oeste de Minas Gerais: perfil sociodemográfico, clínico e distribuição geográfica. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [acesso 2018 dez 16]. 2012;8(2):71-8. Disponível em: www.revistas.usp.br/smad/article/view/77394
18. Pereira PK, Santos SA, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, Lovisi GM. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. *Cad. Saúde Colet* [acesso 2018 dez 17]. Rio de Janeiro, 2012;20 (4): 482-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2012000400012&script=sci_abstract&tlng=pt
19. Bacelar JF. Morbidades e consumo de álcool em pacientes internados na Clínica Médica de um hospital universitário [monografia]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2010.
20. Martins LGF, Souza SP, Cordeiro SF, Ribeiro FKS, Queiroz RC, Araújo MAM. Efeitos da “Lei seca” na morbidade hospitalar por uso de álcool no Ceará. *Anais do 11o Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* ISSN 1807-5762. *Interface (Botucatu)* [online], supl. 3, 2014 [acesso 2018 dez 12]. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1725>
21. Heslin KC, Elixhauser A, Steiner CA. Identifying in-patient costs attributable to the clinical sequelae and comorbidities of alcoholic liver disease in a national hospital database. *Addiction*. (112):782–91. doi:10.1111/add.13702.

22. DATASUS [Internet]. Arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS [acesso 2018 nov 26]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>.
23. OMS [Internet]. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009 [acesso 2018 nov 30]. v. 1. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm.
24. DATASUS [Internet]. TabWin [acesso 2018 nov 26]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm
25. Fernandez EA, Sakae TM, Magajewski FRL. Análise do perfil das internações hospitalares por drogadição em Santa Catarina entre 1998-2015. Arq. Catarin Med. [acesso 2018 dez 19]. 2018;47(3):16-37. Disponível em: www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/306
26. Passos CBC. Internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas no distrito federal entre os anos de 2000 a 2009 [dissertação]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
27. Almeida RA, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2014;38(102): 526-38. DOI: 10.5935/0103-1104.20140049.
28. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. Psicologia em Estudo, Maringá [acesso 2018 dez 19]. 2007;12(1): 115-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122096014>

29. Benedicto RP. Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
30. Galassi AD, Elias PEM, Andrade AG. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. Rev. Psiq. Clín [acesso 2018 dez 18]. 2008;35(1):2-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700002&script=sci_abstract&tIng=pt
31. Silva HLR. Evolução da morbidade por doenças mentais no município de Alfenas-MG [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
32. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapata MPM, Soares DFPP, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. Rev Saúde Pública [acesso 2018 dez 20]. 2009;43(3):413-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/250.pdf>
33. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública [online][acesso 2018 dez 20], 2009;25(10):2095-2109. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>.