



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

**O consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe: um estudo de mortalidade por causas
múltiplas**

Aracaju

2017

Nanci Cláudia Bio Moura

O consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe: um estudo de mortalidade por causas múltiplas

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

2017

Nanci Cláudia Bio Moura

O consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe: um estudo de mortalidade por causas múltiplas

Aracaju, 11 de outubro de 2017.

Autor: Nanci Cláudia Bio Moura

Orientadora Prof. Dra. Anna Klara Bohland
DME/ CCBS/ Universidade Federal de Sergipe

Aracaju
2017

Nanci Cláudia Bio Moura

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, 11 de outubro de 2017.

Examinador

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, por iluminar os meus caminhos e me guiar sempre.

Aos meus pais pelo amor incondicional e por todo apoio em minha trajetória.

À Universidade Federal de Sergipe e a todos os professores e funcionários, pela oportunidade de aprendizado e conhecimento, em especial, agradeço à professora Dra. Anna Klara Bohland, pelo acolhimento, paciência e pela oportunidade de aprendizado na orientação deste trabalho.

Ao meu esposo por toda compreensão, apoio e carinho em todos os momentos que precisei.

A todos os meus familiares e amigos que estiveram presentes em minha trajetória.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição em número e percentual dos casos em que constasse uma das causas totalmente atribuíveis ao álcool, segundo causa básica e associada de óbito. Sergipe, 2002 a 2011.....	31
Tabela 2. Distribuição em número e percentual dos casos em que constasse uma das causas totalmente atribuíveis ao álcool, segundo causa básica de óbito e sexo. Sergipe, 2002 a 2011.....	32
Tabela 3. Número de óbitos cuja causa de óbito (básica ou associada) é atribuível ao álcool segundo o sexo e faixa etária. Sergipe, 2002 a 2011.....	33
Tabela 4. Distribuição da Região de ocorrência e de residência dos óbitos cuja causa de óbito (básica ou associada) é atribuível ao álcool. Sergipe, 2002 a 2011.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAEE - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe

CGIAE- Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica

CID- Classificação Internacional de Doenças

CNM- Conselho Nacional de Municípios

DO - Declaração de Óbito

HIV- Human Immunodeficiency Virus

LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MS- Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIH- Sistema de Informação Hospitalares

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC- Sistema de informação sobre Nascidos Vivos

SIS- Sistema de Informação em Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

WHO- Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. Introdução	09
2. Revisão da Literatura	10
2.1 Os sistemas de informação	10
2.2 O sistema de informação sobre mortalidade	11
2.3 Os estudos por causas básica e múltiplas de óbito	12
2.4 Os estudos de risco associados ao álcool e ao alcoolismo	13
2.5 Referencias	14
3. Revista: SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas	16
4. Artigo: O consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe: um estudo de mortalidade por causas múltiplas	25
Resumo	25
Abstract	25
1.Introdução	27
2.Metodologia	29
3. Resultados	30
4. Discussão	34
5. Considerações finais	38
Referências Bibliográficas	39

1. Introdução

Por milhares de anos, o consumo de bebidas alcoólicas tem sido parte integrante de muitas culturas. E desde que o seu consumo passou a ser considerado um problema de saúde pública, dados os impactos econômicos e sociais do uso irresponsável ou abusivo pela população, estratégias globais para redução do uso nocivo vêm sendo adotadas. (ACSERLRAD, 2014; MANGUEIRA *et al.*, 2015).

O relatório de situação global sobre álcool e saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicado em 2014, ao analisar o levantamento sobre doenças atribuíveis a diversos fatores de risco, sugere que as mortes atribuíveis ao álcool aumentaram no mundo, passando de oitavo lugar em 1990 para quinto lugar em 2010. Isso resultou em uma alteração na classificação quanto ao seu uso nocivo como principal causa de morte e incapacidade (WHO, 2014).

Segundo a OMS, em 2012, cerca de 5,9% de todas as mortes no mundo está relacionada ao consumo de álcool. Esse mesmo levantamento também refletiu diferenças significativas entre gêneros na proporção de óbitos globais atribuíveis ao álcool: 7,6% das mortes entre os homens no mundo foram resultantes do consumo de álcool; entre as mulheres, foram 4% dos óbitos (WHO, 2014).

O uso nocivo do álcool possui relação com várias doenças que causam morbidade e mortalidade de forma aguda e crônica. Os homicídios, suicídios, afogamentos, acidentes de transporte estão relacionados à exposição aguda. Enquanto a pancreatite aguda, cirrose hepática, neoplasias de lábio, cavidade oral, entre outras, se associam a exposição crônica. A Organização Mundial de Saúde especifica algumas doenças como totalmente atribuíveis ao uso de álcool: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; degeneração do sistema nervoso devido ao álcool; polineuropatia alcoólica; cardiomiopatia alcoólica; gastrite alcoólica; doença alcoólica do fígado; pancreatite crônica induzida por álcool e envenenamento por álcool (MS, 2008; WHO, 2014; COSTA, 2004).

No Brasil, um estudo da Confederação Nacional de Municípios, realizado em janeiro de 2012, que teve como foco a análise de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), todos eles relacionados à 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID)

e suas categorias, apontou que o maior número de óbitos esteve associado a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Sergipe foi o terceiro Estado com mais ocorrências de mortes por essa doença. No total, 94,7% dos municípios que formam o território sergipano registraram mortes por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool (CNM, 2012).

Através das declarações de óbitos registradas no sistema de informação, o estudo das estatísticas de mortalidade servem como subsidio para análise de importantes indicadores de saúde que podem ser usados em uma mesma região ou em estudos comparativos de diferentes locais (LAURENTI *et al.*, 2013).

Tradicionalmente, a utilização da causa básica de morte (presente na declaração de óbito) como uso estatístico para tendências de mortalidade e orientação de medidas de prevenção de morte tem sido utilizado e é de reconhecida importância nas análises de mortalidade. Porém, a perda de informações de outros diagnósticos registrados na (DO), acabam representando em perdas de informações que podem ser muito úteis para melhor entendimento das causas relacionadas à morte (ISHITANI, 2001).

Os estudos por causas múltiplas proporcionam uma riqueza de informações, que irá proporcionar um melhor auxílio, seja em estudos epidemiológicos bem como políticas de planejamento e prevenção em saúde (SANTO, 2007; LAURENTI, 2000).

2. Revisão da Literatura

2.1 Os Sistemas de Informação em Saúde

É de fundamental importância para uma sociedade a disponibilidade de dados relacionados aos níveis de saúde de uma população. Pois é através da análise desses dados que é possível organizar ações de prevenção e um melhor direcionamento dos investimentos públicos em saúde (RIPSA, 2008).

No intuito de organizar e detalhar dados diversos sobre a saúde da população, ainda possibilitando a divulgação dessas informações para melhor operar os serviços de saúde, os sistemas de informação foram então elaborados, a partir da coleta e registro de informações.

No Brasil, o primeiro passo foi dado em 1975, quando foi criado o Sistema de Informação em Saúde (SIS), através da publicação da lei 6.229, de 17 de julho daquele ano. (Brasil, 2000; JORGE,2010).

Ao longo da história do país, foram introduzidos no Sistema de Saúde diversos tipos de serviços de informações direcionados para diferentes áreas, como da epidemiologia, demografia, entre outras. Era necessário, portanto, dar vida aos sistemas de informações, mais específicos, a fim de obter melhor proveito e organização dos dados (JORGE, 2010; RIPS, 2008).

Assim, inicialmente, surgiu o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através do documento denominado de Declaração de Óbito (DO), cujo registro da causa básica de morte, atualmente, é feito de acordo com as normas da CID 10. Com o tempo, outros sistemas foram também implantados com o intuito de agregar os registros de saúde, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS), entre outros (JORGE, 2010; MS, 2016).

2.2 O Sistema de Informação sobre Mortalidade

Os primeiros registros de mortalidade em uma sociedade, que conseqüentemente acabaram se tornando as primeiras informações estatísticas sobre mortalidade, surgiram no final do século XVI, quando houve a necessidade de se obter informações sobre o grande número de mortes que ocorria na Inglaterra devido à extensa devastação causada pela peste (LAURENTI, 2013).

Diversas sociedades perceberam a necessidade da coleta e registro dos eventos de morte de uma população, objetivando com isso, alcançar informações relevantes sobre os acometimentos de doenças e número de óbitos, podendo utilizar tais informações para estudos e melhoria nas condições de saúde (JORGE, 2010).

No Brasil, a elaboração do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) pelo Ministério da Saúde no ano de 1975, surgiu da necessidade de coletar de forma mais organizada os dados referentes à mortalidade da população através de um documento de

Declaração de Óbito (DO). Anteriormente, vários modelos de declarações de óbito eram utilizados, resultando na desorganização das informações coletadas, dessa forma, a padronização foi um processo necessário para facilitar a análise dos registros de mortalidade (SALLES, 2006; BRASIL, 2012).

Segundo a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE), ocorreu um aumento do número de óbitos registrados no SIM, no Brasil, no período de 2000 a 2011, sendo no ano 2000 um total de 946.686 declarações de óbito, passando para 1.170.498 em 2011. Em informações divulgadas pela Rede Interagencial de Informações sobre a Saúde, em 2011, foi verificado que o SIM abrangeu mais de 90% em sua cobertura nacional. (BRASIL, 2012).

Desde a sua criação pelo Ministério da Saúde, o SIM vem passando por várias análises com o intuito de melhorar cada vez mais a cobertura dos registros de óbitos, bem como o preenchimento correto das informações na DO. Mesmo com algumas falhas nesses quesitos, o SIM ainda é uma importante ferramenta para gestão pública na área da saúde (BRASIL, 2012; MENDONÇA *et al.*, 2010).

2.3 Os estudos por Causas Básicas e Múltiplas de Óbitos

Desde a implantação do SIM pelo Ministério da Saúde, alguns aprimoramentos vêm sendo realizados para que as informações coletadas sobre a mortalidade tenham relevante importância e credibilidade para diversos estudos e também investimentos em saúde. Atualmente, no Brasil, o SIM tem como alicerce do seu sistema a declaração de óbito, que serve tanto para fornecer dados sobre a saúde da população como também para fins jurídicos (LAURENTI, 2004; BRASIL, 2009).

Convencionalmente, a DO estabelecida pelo Ministério da saúde (MS) é composta por 3 vias, cada uma delas contendo nove blocos com informações de caráter obrigatório a serem preenchidas. O bloco VI, que é o que trata das questões relacionadas às causas de morte, é dividido em duas partes, assim organizadas: a parte I deve conter as informações da causa básica de morte, ou seja, a patologia que deu início aos eventos que levaram ao óbito, assim como também as doenças consequentes a este evento inicial. Na parte II, devem estar

contidas, caso haja, as doenças contribuintes para a morte, que não precisam ter, necessariamente, uma relação direta com o evento inicial (SALLES, 2006; MS, 2001).

Tradicionalmente, desde a implantação do SIM, o levantamento estatístico que leva em consideração apenas a causa básica de morte vem sendo utilizado. Entretanto, ao analisar estatisticamente as principais causas de mortalidade da população através de uma única causa de morte, pode-se deixar informações importantes relacionadas à causa básica serem perdidas, comprometendo uma realidade mais abrangente dos fatos relacionados à saúde. Por esse motivo, diversos estudos já vêm levantando a importância de análises estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. Levando em consideração, também, o fato da população estar envelhecendo e trazendo consigo um conjunto de comorbidades que podem colaborar fortemente para a causa da morte (BRASIL, 2001; ISHITANI, 2001).

Os estudos por causas múltiplas contemplam qualquer informação descrita sobre mortalidade na DO. Nesse caso, tanto a causa básica como as causas associadas são levadas em consideração, não retirando a importância da causa básica, que foi (e é) de grande utilidade estatística, principalmente quando os óbitos estão relacionados a causas agudas ou infecciosas de morte. Todavia, as análises dos óbitos sob o enfoque das causas múltiplas determinam uma associação mais ampla da condição do indivíduo no momento da morte, podendo dessa forma, apresentar doenças e lesões que não seriam possíveis de serem analisadas, se considerada apenas a causa básica de morte. Esses resultados mais completos sobre a mortalidade colaborariam para um melhor direcionamento das políticas públicas de prevenção e de promoção da saúde (SANTO, 2007; JORGE, 2010; LAURENTI, 2000).

2.4 Os estudos de risco associados ao álcool e ao alcoolismo

O consumo exacerbado de bebida alcoólica proporciona ao indivíduo uma série de fatores de risco que vão contribuir para diversos transtornos relacionados ao uso de álcool, trazendo danos tanto para a saúde física e mental do indivíduo, quanto problemas sociais (GARCIA, 2015; DUAIBI, 2007; BASTOS, 1999).

A exposição ao álcool atua tanto como uma causa necessária para vários tipos de patologias, levando ao aparecimento de doenças que não existiriam sem um consumo elevado, como na pancreatite aguda ou crônica induzida por álcool, na cardiomiopatia alcoólica, na

degeneração do sistema nervoso devido ao álcool, bem como tantas outras causas presentes na CID 10. O álcool atua também, como componente importante na piora do quadro de vários tipos de doenças, como é o caso do consumo de bebidas alcoólicas em diabéticos, portadores de HIV, certos tipos de câncer, além de estar associada a causas externas de mortes por agressões e acidentes (BOHLAND, 2015; GARCIA, 2015).

2.5 Referências

ACSELRAD, G. (Org). **Consumo do álcool no Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2014. (Série Cadernos Flacso, n. 12).

BASTOS, Seco. **Levantamento do uso de drogas e álcool em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**. [dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 1999.

BOHLAND, Anna Klara; GONÇALVES, Arquimedes Ribeiro. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 136-144, jul.-set., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. 44 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. 3 ed. 44 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. v. 1. 148 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. 444 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. 56 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil**. Estudos Técnicos, Desenvolvimento Social. Brasília: CNM, 2012.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, out., 2007.

FERRAZ, Lygia Helena Valle da Costa. **O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa**. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GARCIA, Leila Posenato et al. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 38, n. 5, p. 418–424, 2015.

ISHITANI, Lenice Harumi; FRANÇA Elisabeth. **Uso das Causas Múltiplas de Morte em Saúde Pública**. Informe Epidemiológico do SUS, v. 10, n. 4, p. 163-174, out./dez., 2001.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 07-18, 2010.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cássia Maria. A elaboração de estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 3, n. 1-3, p. 21-28, 2000.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A confiabilidade dos dados e mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 909-920, out./dez., 2004.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Estatísticas de mortalidade e seus usos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. (?), jun., 2013.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira et al. **Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura**. Psicologia & Sociedade, vol. 27, núm. 1, janeiro-abril, 2015, p. 157-168. Minas Gerais: Associação Brasileira de Psicologia Social, 2015.

MENDONÇA, Fabrício Martins; DRUMOND, Eliane; CARDOSO, Ana Maria Pereira. Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, jul./dez. 2010.

SALLES, André de Mattos et al. Avaliação da declaração médica da causa de morte pelo sistema de 3 grupos. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 15, n. 4, p. 229-233, 2006.

SANTO, Augusto Hasiak. Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito, Brasil, 2003. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 22, n. 3, p. 178–186, 2007.

RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

WORLD Health Organization. Global status report on alcohol and health, Geneva, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

3. Revista: SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

Instruções aos autores

Atualizada em 19 de dezembro de 2016

CATEGORIA DOS ARTIGOS

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.

Cartas ao Editor

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

Editorial

Inclui a opinião oficial da revista e seus pareceristas sobre assuntos relevantes da área de saúde mental, álcool e drogas.

Página do Estudante

É o espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação.

Resenhas

Trata-se de análise de obra recentemente publicada.

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.

PREPARO DO ARTIGO

Estas instruções para a preparação do artigo para submissão são baseadas em Recomendações para condução, escrita, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas científicas médicas elaboradas pelo International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE).

1. 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 Casuísticas 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.

2. Arquivo

- Formato doc, .docx ou .rtf

3. Papel

- A4

4. Margens

- 2,5cm

5. Quantidade de páginas

- Artigos Originais: até 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- Artigos de Revisão: até 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- Carta ao Editor: até 1 pág.
- Resenha: até 3 pág.
- Página do estudante: até 2 págs.

6. Fonte (no texto)

- Times New Roman, tamanho 12

7. Fonte (nas tabelas)

- Times New Roman, tamanho 12

8. Espaçamento entre linhas (no texto)

- Duplo, desde o título até as referências

9. Espaçamento entre linhas (nas tabelas)

- Simples

10. Título (do artigo)

- Em português, inglês e espanhol
- Localizados antes de cada resumo
- Conciso, porém informativo
- Negrito
- Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

11. Título (das tabelas)

- Localizado acima da tabela
- Breve, porém informativo, indicando-se o que se pretende representar na tabela. Quando se tratar de dados coletados, informar ao final do título a cidade da coleta, a sigla do Estado, o país e o ano da coleta de dados.

12. Título (das figuras)

- Localizado abaixo da figura

13. Resumo

- Em português, inglês e espanhol
- Até 120 palavras cada um
- Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- Redigido em um único parágrafo
- Deve ser estruturado e conter as seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.
- 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.
- 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.

14. Descritores

- Mínimo de 3 e máximo de 6
- Em português, inglês e espanhol
- Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
- Separados entre si por ponto e vírgula
- Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e

preposições

15. Formatação não permitida (no meio do texto)

- Negrito, sublinhado, caixa alta, listas numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques, utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, título das seções e das subseções.

16. Formatação não permitida (nas tabelas)

- Quebras de linhas com a tecla Enter, recuos com a tecla Tab, espaços com a barra de espaço (para separar os dados), texto em caixa alta, sublinhado, marcadores do MS Word, cores nas células

17. Nome das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- Negrito
- Caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

18. 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.

19. 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

20. Siglas (nas tabelas e figuras)

- Descritas no rodapé das tabelas/figuras, mas sem utilizar símbolos de notas de rodapé. No rodapé da tabela/figura, informar a sigla, dois pontos e sua descrição por extenso. Ex: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

21. Notas de Rodapé (no texto)

- Indicadas por asterisco e iniciadas a cada página.
- Restritas ao mínimo necessário

22. Notas de rodapé (nas tabelas e figuras)

- Utilizar como símbolos das notas de rodapé: letras alfabéticas, em ordem sequencial, sobrescritas e entre parênteses. Ex: Valor de p(a)
- As letras alfabéticas devem aparecer tanto no interior da tabela/figura, quanto na nota de rodapé localizada abaixo da tabela/figura.
- A descrição de siglas em notas de rodapé nas tabelas não precisam utilizar os símbolos (letras alfabéticas). Podem ser informadas no rodapé somente com a sigla e

a sua descrição.

23. Citações no texto

- Sequencial, em ordem crescente, sem pular referência, iniciando na citação 1.
- Em números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (1)
- Várias referências em uma única citação, sendo elas sequenciais: informar somente a primeira e a última referência, com um traço entre as duas. Ex: (5-9)
- Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e não sequenciais: informar todas as referências separando-as por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14, 21)
- Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e sequenciais: utilizar as duas orientações acima em uma mesma citação. Ex: (5-9,14,21)
- Quando as citações forem inseridas ao lado de um ponto final ou vírgula, como acontece na maioria dos casos, elas devem estar localizadas antes destes, e não após.
- Citações “ipsis literes”: entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.
- Itens não permitidos: espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede; indicação da página consultada; nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico; citações nas Conclusões.

24. 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 estilo do Citing Medicine, 2ª edição
- Quantidade máxima de referências: até 25 (Artigos Originais), sem limite (Artigos de Revisão)
- Artigos em português que também foram publicados em inglês devem ser citados em inglês.
- Títulos de periódicos nacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo Nacional de Publicações Seriadas (CCN))
- 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

Veronesi U, Maisonneuve P, Decensi A. Tamoxifen: an enduring star. J Natl Cancer Inst. 2007;99(4):258-60.

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.

Artigo no prelo

Loudon RP, Silver LD, Yee HF Jr, Gallo G. RhoA-kinase and myosin II are required for the maintenance of growth cone polarity and guidance by nerve growth factor. J Neurobiol. Forthcoming 2006.

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.

Tese e Dissertação

Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh; 2001. 436 p.

Roguskie JM. The role of Pseudomonas aeruginosa 1244 pilin glycan in virulence [master's thesis]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2005. 111 p.

Documentos de Internet

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>

25. Tabelas

- Devem ser elaboradas com a ferramenta para construção de tabelas do software editor de texto Word
- Os dados das tabelas devem ser separados corretamente por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja dentro de uma célula. Nunca separar dados em uma tabela utilizando-se a barra de espaço ou a tecla Tab do teclado
- Traços internos nas tabelas devem estar somente abaixo do cabeçalho, acima deste e na parte inferior da última linha da tabela
- Não deixar células vazias na tabela (sem dados)
- Quantidade máxima de tabelas: até 5 itens entre tabelas e figuras
- Tamanho máximo: até uma página. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser

convertidas em texto.

- Inserção e menção das tabelas no texto: inseri-las logo após a primeira menção no texto (é obrigatório mencioná-las no texto)
- Valores monetários nas tabelas: podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares, deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, e se apresentados em salários mínimos, deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país, também em nota de rodapé.

26. Figuras

- São figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.
- As figuras não devem repetir dados já apresentados nas tabelas.
- Quantidade máxima: até 5 itens entre tabelas e figuras
- Tamanho máximo: desejável até 16x10cm (para gráficos, imagens e fotos). Quando a figura for um quadro desenhado com a ferramenta para construção de tabelas do Word, a mesma pode ter tamanho de até uma página
- Resolução: desejável 900 dpi
- Nítida
- Inserção e menção no texto: inserir logo após a primeira menção no texto (é obrigatório mencioná-la no texto)
- Figuras extraídas de outros trabalhos: enviar permissão do autor para a reprodução.
- Fotos de sujeitos: não devem identificar os sujeitos. Se identificá-los, deve-se enviar permissão para fins de divulgação.

DOCUMENTOS PARA SUBMISSÃO

Além do arquivo do artigo, os seguintes documentos devem ser enviados:

1) Title Page

- documento obrigatório
- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Title-Page-PT.docx>
- preenchê-lo, salvá-lo em formato pdf e anexá-lo no site durante a submissão

2) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

- 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

3) Declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos

- documento obrigatório para pesquisas que não envolveram sujeitos humanos, direta ou indiretamente
- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Declaracao-nao-envolveu-sujeitos-humanos-PT.docx>

- preenchê-lo, assiná-lo e escaneá-lo em formato pdf para anexá-lo no site durante a submissão

4) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

- documento obrigatório
- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Declaracao-responsabilidade-PT.docx>
- preenchê-lo, assiná-lo e escaneá-lo em formato pdf para anexá-lo no site durante a submissão

5) Comprovante de pagamento da taxa de submissão

- comprovante da transação bancária em formato jpg ou pdf
- anexá-lo no site durante a submissão

Valor: 100,00 (cem reais)

Forma de pagamento: depósito bancário ou transferência

Banco do Brasil

Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 1964-X

Conta Corrente: 130151-9

4. Artigo:

O consumo de bebidas alcoólicas: um estudo de mortalidade por causas múltiplas

Resumo

O objetivo foi descrever as causas múltiplas de óbito relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe, de 2002 a 2011. Seleccionadas todas as declarações de óbito cujas causas fossem uma condição atribuível ao álcool. Os dados analisados pelo TabWin. Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) foram a principal causa básica (51,1%) e as Doenças do Aparelho Circulatório a principal causa associada (35,3%). Segundo causas múltiplas, homens apresentaram maior número de TMC (35,9%) e mulheres de Doenças do Aparelho Digestivo (32,1%). Destacou-se a faixa etária de 40-49 anos (28,4%). Aracaju foi a Região com o maior número de ocorrências (50,6%). Este estudo permitiu observar o perfil populacional relacionado às principais causas múltiplas de óbito atribuíveis ao álcool.

Descritores: Consumo de Bebidas Alcoólicas; Registros de Mortalidade; Causas Múltiplas de Morte.

Alcohol consumption: a multiple cause mortality study

Abstract

The objective was to describe the multiple causes of death related to the consumption of alcoholic beverages in Sergipe, from 2002 to 2011. All the death certificates whose causes were attributable to alcohol was selected. The data analyzed by TabWin. Mental and Behavioral Disorders (MBD) were the main underlying cause (51,1%) and Diseases of the Circulatory System the main associated cause (35,3%). According to multiple causes, men had a higher number of CMD (35,9%) and women with Digestive Diseases (32,1%). The highlight was the age group of 40-49 years (28,4%). Aracaju was the Region with the highest

number of occurrences (50,6%). This study allowed us to observe the population profile related to major multiple causes of death attributable to alcohol.

Descriptors: Alcohol Drinking; Mortality Registries; Multiple Cause of Death

El consumo de bebidas alcohólicas: un estudio de mortalidad por causas múltiples

Resumen

El objetivo fue describir las múltiples causas de muerte relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en Sergipe, de 2002 a 2011. Se seleccionaron todos los certificados de defunción cuyas causas fueron atribuibles al alcohol. Los datos analizados por TabWin. Los Trastornos Mentales y del Comportamiento (TMC) fueron la principal causa básica (51,1%) y las Enfermedades del Sistema Circulatorio la principal causa asociada (35,3%). Según múltiples causas, los hombres presentaron un mayor número de TMC (35,9%) y las mujeres de Enfermedades de Aparato Digestivo (32,1%). Se destacó el grupo de edad de 40-49 años (28,4%). Aracaju fue la región con el mayor número de ocurrencias (50,6%). Este estudio permitió observar el perfil poblacional relacionado con las principales causas de muerte atribuibles al alcohol.

Descriptores: Consumo de Bebidas Alcohólicas. Registros de Mortalidad. Causas Múltiples de Muerte.

1. Introdução

O consumo de álcool impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A magnitude e a complexidade do quadro epidemiológico recomendam uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo. ^(1,2)

Nos Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005 ^(3,4), o álcool aparece como a droga com maior aumento no consumo (uso pelo menos uma vez na vida, em 2001: 68,7% e em 2005: 74,6%) e com o maior índice de dependência (2001: 11,2% e 2005: 12,3%).

O álcool esteve relacionado ao maior número de internações pelo uso das substâncias psicoativas ^(5,6). No Distrito Federal, foi responsável pelo maior gasto para o Sistema Único de Saúde (SUS) nestas internações, o que impõe o debate sobre questões relativas ao consumo desta substância que tem grande aceitação cultural e legal. ⁽⁶⁾

Homens e mulheres bebem com frequências diferentes: os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres. Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. ⁽⁷⁾

A Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁾ definiu um conjunto de doenças, que são totalmente atribuíveis ao álcool, tais como os transtornos mentais, a degeneração do sistema

nervoso devido ao álcool, a polineuropatia alcoólica, a cardiomiopatia alcoólica, a gastrite alcoólica, a doença alcoólica do fígado, a pancreatite crônica induzida por álcool, o envenenamento por álcool, entre outras.

A mortalidade pelo consumo de álcool quando considerada a causa básica, as doenças totalmente atribuíveis ao álcool entre 2000 e 2006, concentrou-se no sexo masculino. Dos 92.919 casos de óbitos registrados, 82.834 (89,1%) foram de homens e 10.085 (10,9%) foram de mulheres.⁽⁷⁾

Os estudos de mortalidade por causas múltiplas possibilitam avaliar a frequência de condições que contribuem para a morte, mas que nem sempre aparecem como causa básica, possibilitando o conhecimento de associações de doenças, ou de certas especificidades que, normalmente, não são disponíveis só com a causa básica.⁽¹⁰⁾

O uso da metodologia das causas múltiplas de morte é vista como um importante instrumento complementar na avaliação e planejamento das ações de saúde,⁽¹¹⁾ uma vez que raramente uma morte é devida a uma só doença e, portanto, ao observar a situação de saúde na população, o ideal é utilizar todas as doenças e complicações destas, presentes no momento da morte.⁽¹²⁾

Santo (2007)⁽¹³⁾, estudando as causas múltiplas de óbito no Brasil em 2003, apontou que entre as principais causas identificadas estavam a doença alcoólica do fígado e os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, e que, quando somadas superavam a tuberculose e as doenças pelo vírus da imunodeficiência humana.

O coeficiente de mortalidade por causas básicas ou totalmente atribuíveis ao álcool passou de 10,7 óbitos por 100.000 habitantes em 2000 para 12,6 óbitos por 100.000 habitantes em 2006. Entre os homens, este valor cresceu de 19,4 óbitos por 100.000 habitantes em 2000 para 22,9 óbitos em 2006, e as mulheres apresentaram coeficientes, em média, oito vezes mais baixos que os observados para o sexo masculino.

Tuono *et al.* (2007)⁽⁷⁾ estudaram as causas múltiplas de óbitos por transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil, e, após o resgate da informação, verificaram que como causa básica, após a investigação, os transtornos mentais corresponderam a cerca de 1% do total (70 casos), sendo 37,1% devido ao uso do álcool e como causas associadas, os transtornos mentais compreenderam, em média, 0,02% de menção na DO para cada óbito de mulher em idade fértil, e destas menções, 74,3% eram relacionadas ao uso de álcool.

Dessa forma, o presente estudo se propõe a analisar as principais causas de óbitos diretamente atribuíveis ao álcool, através do estudo da metodologia das causas múltiplas de morte. O objetivo é descrever as causas múltiplas de óbitos relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe, no período 2002 a 2011.

2. Metodologia

Foram selecionadas todas as declarações de óbito cuja causa básica ou associada fosse uma das condições de doença que, por definição, são diretamente atribuíveis ao álcool⁽⁹⁾ que são divididas em causas naturais relacionadas com a exposição ao álcool (síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool, transtornos mentais e comportamentais associados ao uso e abuso de álcool, degeneração do sistema nervoso devido ao álcool, síndromes epilépticas especiais, polineuropatia alcoólica, miopatia alcoólica, cardiomiopatia alcoólica, gastrite alcoólica, doença hepática alcoólica, pancreatite aguda induzida por álcool, pancreatite crônica induzida por álcool, assistência prestada à mãe por lesão causada ao feto por alcoolismo materno, feto ou recém-nascidos afetados pelo uso de álcool pela mãe, síndrome fetal alcoólica e a presença de álcool no sangue) e as causas externas relacionadas com a exposição ao álcool (efeito tóxico do etanol, envenenamento acidental por exposição ao álcool, autointoxicação voluntária por álcool, envenenamento por álcool com intenção não

determinada, evidencia de alcoolismo detectado pelas/taxas alcoolemia e a evidencia de alcoolismo determinado pelo nível da intoxicação). As variáveis do estudo foram: ano do óbito, sexo, faixa etária, causa do óbito, local de residência e de ocorrência dos casos. As regiões de saúde foram: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Gloria, Nossa Senhora do Socorro e Propriá.

A coleta de dados foi realizada junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade ⁽¹⁴⁾. Para a análise das causas múltiplas foram observadas as regras de codificação e de modificação das causas de óbito, conforme o recomendado por Laurenti e Buchala (2000) ⁽¹²⁾, para cada uma das declarações de óbito analisadas, com o intuito de evitar a duplicação de causas. Os dados foram analisados pelo programa TabWin⁽¹⁵⁾. Foi calculado o número e o percentual da mortalidade pelo consumo de álcool segundo as variáveis selecionadas. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAEE: 26009313.5.0000.5546).

3. Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição de causas básicas e associadas de óbito atribuíveis ao álcool no ano de 2002 a 2011. Nota-se que o maior número de óbitos tendo como causa básica atribuída ao álcool, foi por transtornos mentais e comportamentais com um total de 1.223 óbitos entre 2002 e 2011. Destaca-se também como causa básica de óbitos atribuíveis ao álcool, as doenças do aparelho digestivo apresentando um número de 1.100 óbitos no período de 2002 a 2011. Já nas causas associadas de óbito, evidencia-se um maior número de mortes por doenças do aparelho circulatório, com 440 óbitos, seguidas pelas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas com 152 e neoplasias com 151 óbitos atribuíveis ao álcool entre os anos de 2002 a 2011.

Tabela 1. Distribuição em número e percentual dos casos em que constasse uma das causas totalmente atribuíveis ao álcool, segundo causa básica e associada de óbito. Sergipe, 2002 a 2011.

Causa segundo Capítulo da CID10	Doença atribuíveis ao álcool		Total
	Básica %	Associada%	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	7,0	87
Neoplasias (tumores)	-	12,1	151
Doenças sangue órgãos hemat. e imunitário	-	0,7	9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	12,2	152
Transtornos mentais e comportamentais	51,1	4,9	1284
Doenças do sistema nervoso	1,9	3,4	88
Doenças do aparelho circulatório	1,1	35,3	466
Doenças do aparelho respiratório	0,0	10,0	125
Doenças do aparelho digestivo	45,9	7,1	1189
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	0,5	6
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	-	0,4	5
Doenças do aparelho geniturinário	-	1,9	24
Algumas afec. originadas no período perinatal	0,0	-	1
Malf cong de formid e anomalias cromossômicas	-	0,2	2
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	0,1	1
Causas externas de morbidade e mortalidade	-	4,2	53
Total	100,0	100,0	3643

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2017¹⁴.

A Tabela 2 mostra causas de óbito totalmente atribuíveis ao álcool no período de 2002 a 2011 de acordo com o sexo, evidenciando que homens morrem mais do que as mulheres, seja qual for a causa de óbito atribuída ao álcool, sendo um total de 3.247 óbitos masculinos e 396 óbitos femininos. Dentre as principais causas de óbitos masculinos, destaca-se os óbitos por transtornos mentais e comportamentais com um número de 1.167, seguida por 1.062 óbitos por doenças do aparelho digestivo e 392 óbitos por doenças do aparelho circulatório.

Em se tratando do sexo feminino, a principal causa de óbito totalmente atribuível ao álcool está relacionada a doenças do aparelho digestivo com um valor de 127 óbitos no

período de 2002 a 2011, seguida por 127 óbitos relacionados a transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 2. Distribuição em número e percentual dos casos em que constasse uma das causas totalmente atribuíveis ao álcool, segundo causa básica de óbito e sexo. Sergipe, 2002 a 2011.

Causa segundo Capítulo da CID10	Sexo				Total	
	M		F			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	78	2,4	9	2,3	87	2,4
Neoplasias (tumores)	127	3,9	24	6,1	151	4,1
Doenças sangue órgãos hemat. e imunitários	9	0,3	-	-	9	0,2
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	134	4,1	18	4,5	152	4,2
Transtornos mentais e comportamentais	1167	35,9	117	29,5	1284	35,2
Doenças do sistema nervoso	88	2,7	-	-	88	2,4
Doenças do aparelho circulatório	392	12,1	74	18,7	466	12,8
Doenças do aparelho respiratório	112	3,4	13	3,3	125	3,4
Doenças do aparelho digestivo	1062	32,7	127	32,1	1189	32,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,2	1	0,3	6	0,2
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	0,1	1	0,3	5	0,1
Doenças do aparelho geniturinário	21	0,6	3	0,8	24	0,7
Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	1	0,3	1	0,0
Malf cong deformid/ anomalias cromossômicas	2	0,1	-	-	2	0,1
Sint sinais e achada norm exclín e laborat	1	0,0	-	-	1	0,0
Causas externas de morbidade e mortalidade	45	1,4	8	2,0	53	1,5
Total	3247	100,0	396	100,0	3643	100,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2017¹⁴.

A Tabela 3 apresenta as causas de óbito (básicas ou associadas) atribuíveis ao álcool no período de 2002 a 2011 segundo o sexo e a faixa etária. Em se tratando do sexo masculino, o maior número de óbitos está na faixa etária entre 40 e 49 anos, com um percentual de 28,6 %. Destaca-se também a faixa etária de 50 a 59 anos, com 734 óbitos e um percentual de 22,6%, seguida da faixa etária entre os 30 e 39 anos, com 563 óbitos e um percentual de 17,3%.

No sexo feminino, destaca-se o maior número de óbitos entre as faixas etárias de 40 a 49 anos, com um valor de 106 óbitos e um percentual de 26,8%. Ressalta-se também, os óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos, com valor de 79 óbitos e percentual de 20,0%, seguida

da faixa etária entre 60 e 69 anos, com 69 óbitos e percentual de 17,5% no período de 2002 a 2011.

Tabela 3. Número de óbitos cuja causa de óbito (básica ou associada) é atribuível ao álcool segundo o sexo e faixa etária^(a). Sergipe, 2002 a 2011.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Menor que um	1	0,0	1	0,3	2	0,1
10 a 14	1	0,0	1	0,3	2	0,1
15-19	4	0,1	2	0,5	6	0,2
20-29	152	4,7	10	2,5	162	4,4
30-39	563	17,3	51	12,9	614	16,9
40-49	927	28,5	106	26,8	1033	28,4
50-59	734	22,6	79	19,9	813	22,3
60-69	457	14,1	69	17,4	526	14,4
70-79	252	7,8	38	9,6	290	8,0
80 e+	154	4,7	38	9,6	192	5,3
Total	3245	100,0	395	100,0	3640	100,0

a: excluídos 3 casos com idade ignorada.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2017¹⁴.

A Tabela 4 apresenta as causas básicas ou associadas atribuíveis ao álcool, segundo a distribuição da região de residência e de ocorrência dos óbitos no período de 2002 a 2011. Nota-se que em todas essas regiões, excetuando-se a capital Sergipana, a maior parte dos óbitos não ocorre no local onde as pessoas residem. Porém, em Aracaju há uma maior ocorrência de óbitos (1.836), comparado ao número de residentes da região que morrem devido ao uso de álcool (1.199). Em Nossa Senhora do Socorro, no período de 2002 a 2011, 591 pessoas que residiam na cidade foram a óbito por causas relacionadas ao uso de álcool, porém, nesse mesmo período, apenas 361 pessoas morreram nessa região pelo uso de álcool. Em Propriá, entre os anos de 2002 e 2011, foram a óbito 344 pessoas residentes na cidade, sendo que, dessas, somente 254 faleceram no próprio município. Essa situação ocorre com as

demais regiões citadas, exceto em Aracaju, que, nesse mesmo período, teve mais ocorrências de óbito comparado a outras regiões.

Tabela 4. Distribuição da Região de ocorrência e de residência dos óbitos cuja causa de óbito (básica ou associada) é atribuível ao álcool. Sergipe, 2002 a 2011.

Ano	Região de residência							Total
	Aracaju	Estância	Itabaiana	Lagarto	NS da Glória	NS do Socorro	Propriá	
2002	110	36	17	17	3	30	11	224
2003	84	27	20	15	3	34	16	199
2004	132	45	38	34	8	49	22	328
2005	102	39	43	35	9	64	34	326
2006	110	34	29	64	11	49	32	329
2007	140	53	42	44	10	56	41	386
2008	101	64	44	75	16	67	36	403
2009	147	74	56	69	16	72	50	484
2010	146	63	52	77	19	93	48	498
2011	127	60	47	63	19	77	54	447

Ano do Óbito	Região de ocorrência							Total
	Aracaju	Estância	Itabaiana	Lagarto	NS da Glória	NS do Socorro	Propriá	
2002	168	24	8	10	2	9	5	226
2003	143	16	10	8	1	10	9	197
2004	197	33	31	19	6	27	15	328
2005	176	31	32	25	8	33	21	326
2006	175	23	19	50	9	32	22	330
2007	204	43	34	37	8	31	29	386
2008	157	56	41	62	13	47	31	407
2009	206	56	53	60	12	52	41	480
2010	225	46	40	65	15	69	38	498
2011	185	45	39	68	19	51	43	450

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2017¹⁴.

4. Discussão

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas traz uma gama de prejuízos ao indivíduo e à sociedade a sua volta ⁽¹⁶⁾. Vários são os estudos que se propõem a analisar os possíveis impactos causados pelo consumo exacerbado do álcool ^(17,18).

Com relação às causas múltiplas totalmente atribuíveis ao álcool, no período de 2002 a 2011, os homens se destacam com 3.247 óbitos, enquanto as mulheres possuem um número menor, apresentando 396 óbitos, em Sergipe. Esse padrão se equipara aos observados também em outros estudos de nível nacional, como a análise da situação de saúde no Brasil, ⁽⁷⁾ no período de 2000 a 2006, no qual, óbitos com causa básica atribuível ao álcool corresponderam a 2,1% para o sexo masculino e 0,3% para o sexo feminino.

Estimativas da OMS para número de mortes no mundo devido a transtornos relacionados ao uso de álcool, no ano de 2001, mostram uma maior percentagem masculina em todas as faixas etárias analisadas ⁽¹⁹⁾. E ainda, segundo dados da OMS, em 2012, 7,6% de todas as mortes masculinas tiveram relação com o uso de álcool, em se tratando de causas de óbitos femininos, o percentual verificado foi de 4% ⁽¹⁷⁾.

O sexo masculino é mais acometido quanto aos óbitos, seja em Sergipe ou a nível nacional ^(2,17,20), porém é significativa a quantidade de mulheres que também morrem devido às consequências do uso do álcool. Isso pode ter relação com os novos valores culturais da sociedade, onde as mulheres atualmente ocupam profissões e cargos de chefia, entre outras situações, que antes eram restritas ao sexo masculino e desta forma, acabam vivenciando estilos de vida que outrora eram exclusivamente dos homens ⁽¹⁸⁾.

Estas pesquisas apontam que os homens morrem mais do que as mulheres pelo abuso de bebidas alcoólicas. Os homens tendem a beber mais e, conseqüentemente, a sofrerem maiores prejuízos em relação ao álcool ⁽²¹⁾.

Outro estudo ⁽¹⁶⁾ mostrou que, na população acima de 19 anos, 14% dos homens são bebedores pesados, enquanto 3% das mulheres estão nesta classificação. Entretanto, de acordo com os dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas em 2012 ⁽²¹⁾, o crescimento relativo na população que consome bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez por semana, foi

mais significativo entre as mulheres do que entre os homens, passando de 27% em 2006, para 38%, em 2012.

Quanto às causas segundo capítulos da CID10, em Sergipe, foi observado em nosso trabalho que os transtornos mentais e comportamentais foram a principal causa de óbito no sexo masculino (35,9% do total de casos). No estudo sobre perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina ⁽²²⁾, o uso de álcool é citado como uma importante causa da sobremortalidade masculina relacionada aos transtornos mentais e comportamentais.

Segundo a pesquisa da Confederação Nacional de Municípios ⁽²⁰⁾, no Brasil, entre 2006 a 2009 e dados preliminares de 2010, ocorreram 34.573 mortes por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool. Sendo que no estado de Sergipe nesse período, dos seus 75 municípios, 71 registraram óbitos por essas causas no SIM.

Em estudo no Distrito Federal, no período de 2000 a 2009 ⁽⁶⁾, foram avaliadas as internações em consequência do uso de substâncias psicoativas como álcool, alucinógenos, cocaína, opiáceos, entre outras, e foi observado que, de um total de 6.048 internações, a substância que acarretou um maior número delas foi o álcool, com um total de 66,9% das internações. Dessas, 13,4% eram de internações femininas e 86,6% de internações masculinas.

Esse padrão masculino pode estar relacionado ao atraso na busca do tratamento psíquico, ou, até mesmo, a não procura de ajuda por questões sociais – culminando com o agravamento de transtornos psicopatológicos e com a necessidade de internação para um tratamento efetivo ^(6,18).

Entre as mulheres, em se tratando de causas básicas de óbito totalmente atribuíveis ao álcool em Sergipe, houve destaque nas mortes por doenças do aparelho digestivo, sendo 32,1% dos óbitos entre 2002 e 2011. No entanto, em um estudo nacional de mortalidade associado ao uso de bebida alcoólica, no período de 2006 a 2009 ⁽¹⁶⁾, a doença alcoólica do

fígado, que faz parte das doenças do aparelho digestivo, foi a principal causa de óbitos masculinos no Brasil, com 31.603 registros, enquanto nas mulheres o número apresentado foi de 4.415 óbitos.

Dentre as causas associadas de óbito, em Sergipe, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa, com um total de 440 mortes. Já uma pesquisa realizada no estado de São Paulo ⁽²³⁾, entre 1996 e 2007, na microrregião de Ribeirão Preto, apontou transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool como principal causa associada de óbito relacionada ao álcool, com um total de 1.703 mortes – as doenças do aparelho circulatório ocuparam o 4º lugar como causa associada.

Quanto às faixas etárias em Sergipe, tanto homens quanto mulheres tiveram uma maior incidência nas idades entre 40 e 49 anos, porém, 17,3% dos óbitos masculinos ocorreram em idade mais jovem (30 a 39 anos) e 17,4% dos óbitos femininos em idade mais avançada (60 a 69 anos). Dados nacionais referentes à distribuição dos óbitos relacionados ao uso de álcool nos anos de 2000 a 2006 de acordo com a faixa etária ⁽⁷⁾ apontaram número maior de óbitos nas idades entre 30 e 59 anos, com 76,2% para o sexo masculino e 75,7% para o sexo feminino, superior ao encontrado no presente estudo. Por outro lado, um estudo mais recente, realizado nos anos de 2010 a 2012 ⁽¹⁷⁾, a faixa etária mais acometida foi de pessoas entre 50 e 69 anos (em ambos os sexos), o que pode ser explicado devido a uma evolução mais lenta de doenças relacionadas ao uso de álcool. ⁽¹⁷⁾

Com relação ao local de residência e de ocorrência dos óbitos em Sergipe, Aracaju é a que apresenta um maior número de ocorrências de óbitos (50,6%) do que de residentes (33,0%), isso demonstra que as pessoas que residem nas regiões do interior do estado acabam falecendo em sua maioria na região da capital. Nas outras regiões ocorre o inverso, havendo mais residentes do que ocorrências de óbitos. No estudo de Benedicto (2011) ⁽²³⁾, foi constatado fato semelhante ao que se refere a maior ocorrência de óbitos de uma região. Ao

analisar a microrregião de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 1996 a 2007, que faziam menção ao álcool, observou-se a ocorrência de 72,4% dos óbitos na cidade de Ribeirão Preto. Dessas ocorrências, 51,7% eram de residentes no município.

Apesar de já existirem leis e políticas públicas que regulamentam o consumo de álcool, como a Lei nº 13.106/2015⁽²⁴⁾ que proíbe o consumo aos menores de 18 anos, e a Lei nº 11.705/2008⁽²⁵⁾ também chamada de Lei Seca, que proíbe o motorista de dirigir embriagado, o beber socialmente é prática tão comum e tão estimulada, seja pela mídia, redes sociais ou roda de amigos, que acaba tornando-se algo difícil de ser controlado.

5. Considerações finais

Tendo em vista os prejuízos que o consumo exacerbado de álcool pode trazer à sociedade, como inúmeras doenças, acidentes de trânsito, entre outros, é de suma importância o estudo da mortalidade através das DOs, assim como as pesquisas e levantamentos relacionados ao uso do álcool ^(16,20,21). Por isso, entendemos a importância da análise da situação de saúde através das DOs, bem como a necessidade do preenchimento correto das informações registradas.

Entendemos a importância do estudo não apenas utilizando a causa básica de morte, mas também através das causas múltiplas, que possibilitam uma maior riqueza de informações.

Verificamos que as principais causas de óbitos foram por transtornos mentais e comportamentais, seguidos das doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório.

Observamos ainda, que há um maior número de óbitos masculinos, seja qual for a faixa etária ou a causa de óbito analisada, se comparado as mulheres.

Em Sergipe, foi demonstrada uma maior quantidade de ocorrências de óbitos na região de Aracaju, podendo esta situação ser atribuída a uma maior concentração de hospitais e clínicas na capital, o que ocasionaria o deslocamento de moradores da região do interior do estado, seja pela busca de atendimento ou por transferência hospitalar ,quando então, muitos acabam por falecer devido às complicações da doença.

É importante ressaltar que o presente estudo não levou em consideração as causas externas de óbitos, que têm relação com o uso de álcool, como acidentes de trânsito, violência, suicídio e tantas outras situações frequentes em nossa realidade. Isso evidencia como a mortalidade relacionada ao álcool é subestimada, pois o número de pessoas acometidas é maior do que os dados apontados, se levadas em consideração todas as situações de mortalidade que envolvem o álcool. ^(2,17)

Diante do exposto, é importante um papel conjunto entre sociedade e órgãos públicos para uma melhor fiscalização e aplicação das leis. Além de implantação de políticas e ações públicas com maior conscientização referente à crescente gama de prejuízos causados pelo álcool, principalmente entre os jovens, através de ações educativas desde o ensino primário, tentando, dessa forma, desestimular a prática do consumo exacerbado pela população.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2015.
2. BOHLAND, Anna Klara; GONÇALVES, Arquimedes Ribeiro. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD), São Paulo, v. 11, n. 3, p. 136-144, jul.-set. 2015.

3. Carlini ELA, Galduróz JC, Silva AAB, Noto AR, Nappo S. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002.
4. Carlini ELA, Galduróz JC, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006.
5. Tuono, VL, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. Mental and behavioral disorders in deaths of women in fertile age. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16 (2):85-92.
6. Passos CBC. Internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Distrito Federal entre os anos de 2000 a 2009. Dissertação. (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
8. World Health Organization [internet]. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva, 2014. [acesso em 18 jun 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
9. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health.* 2011; 34(2):135-43.
10. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLG. Estatísticas de mortalidade e seus usos. *Rev. Eletr. Comun. Infor. Inov. Saúde.* 2013;7(2).
11. Ishitani LH, França E. Uso das Causas Múltiplas de Morte em Saúde Pública. *Inf. Epidemiológico do SUS.* 2001; 10(4): 163-74.
12. Laurenti R, Buchalla CM. A elaboração de estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. *Rev Bras Epidemiol.* 2000; 3: 21-8.

13. Santo AH. Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito, Brasil, 2003. Rev Panam Salud Publica. 2007; 22(3):178–86.
14. Ministério da Saúde (BR), Informações de saúde. [base de dados na internet]. Brasília, 2017; acesso em 12 de junho de 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
15. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. TABWIN [internet]. Versão 3.6b. 2017. [Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/download-do-programa>]
16. Flacso- Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais. Consumo de Bebidas alcóolicas no Brasil: Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2012.
17. Garcia LP, Freitas LRS, Gawryszewski VP, Duarte EC. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. Rev Panam Salud Publica. 2015; 38(5):418-24.
18. Moraes MLS, Rosa TEC, Moraes CL. Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. In: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SP), Boletim do Instituto de Saúde - BIS. Saúde do Homem no SUS, 2012;14(1):73-9.
19. Andrade, AG, Anthony, JC, Silveira CM. Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual. Barueri,SP: Minha Editora, 2009.
20. CNM - Confederação Nacional dos Municípios. Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: Estudos Técnicos. Brasília, 2012.
21. Ronaldo Laranjeira (Supervisão). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.
22. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLG. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):35-46, 2005.

23. Benedicto, RP. Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto-SP, 1996 - 2007 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2011.
24. Brasil. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei no 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais.
25. Brasil. Lei nº 11705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.