



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Marín-León, Leticia; Bosco de Oliveira, Helenice; Botega, Neury José
Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002
Psicologia em Estudo, vol. 12, núm. 1, abril, 2007, pp. 115-121
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122096014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

MORTALIDADE POR DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO BRASIL: 1998 - 2002

Leticia Marín-León^{*}
Helenice Bosco de Oliveira[#]
Neury José Botega[¶]

RESUMO. Para analisar a mortalidade por dependência de álcool no Brasil (1998-2002) utilizando-se a causa básica de morte das estatísticas oficiais, consideraram-se os óbitos decorrentes de “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool” (F10) da Classificação Internacional de Doenças CID-10. Em 2002 ocorreram 4580 óbitos masculinos e 515 femininos por dependência de álcool, correspondendo a 0,8% das mortes masculinas e 0,1% das femininas. Esses valores representaram 83,3% dos óbitos por distúrbios mentais nos homens e 34,8% nas mulheres. O coeficiente médio anual no período 1998-2002 foi de 5,8 óbitos/100.000 homens, com variações por faixa etária, sendo maior entre os de 45 a 54 anos (16,0 óbitos/100.000 homens). Comparando-se o Brasil com o Canadá, essa mortalidade, embora inferior, especialmente nas mulheres, é muito mais precoce; 46% dos casos ocorreram entre 15 e 44 anos. A Região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade masculina (6,6 óbitos/100.000 homens). Apontam-se os fatores de subestimação da mortalidade neste estudo. Trata-se de óbitos evitáveis e os homens jovens na Região Sudeste são o grupo prioritário na promoção da saúde e programas de recuperação.

Palavras-chave: dependência de álcool; mortalidade; sexo masculino.

ALCOHOL-DEPENDENCE MORTALITY IN BRAZIL: 1998 – 2002

ABSTRACT. Official statistics were used to analyze mortality rates, from alcohol dependence in Brazil (1998-2002), defined by ICD-10 code F10, from alcohol dependence in Brazil (1998-2002). Male and female mortality rates amounted to 0.8 (4580) and 0.1% (515) respectively, of all deaths. These values corresponded to 83.3% of deaths from mental disorders in men and 34.8% in women. Mean male annual mortality rate in 1998-2002 reached 5.8 deaths/100,000 males. There were differences between ages brackets existed, 45-54-year old men (16.0 deaths/100,000 males) were the most affected. Even though the Brazilian mortality rate is lower than the Canadian one, women die younger, 46% of cases among 15-44-year old females. The south-eastern region had the highest male mortality rate in 1998-2002 (6.6 deaths/100,000 men). Underestimation factors of above data are acknowledged. Since mortality rates by alcohol are avoidable, young men from the southeastern region should be a priority target for health promotion and recovery programs.

Key words: Alcohol dependence; mortality; males.

MORTALIDAD POR DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN EL BRASIL: 1998 - 2002

RESUMEN. Para analizar la mortalidad por dependencia de alcohol en el Brasil (1998-2002), utilizándose la causa básica de muerte de las estadísticas oficiales, se consideraron las muertes decurrentes de “trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de alcohol” (F10) de la Clasificación Internacional de Enfermedades CID-10. En 2002 ocurrieron 4580 muertes masculinas y 515 femeninas por dependencia de alcohol, correspondiendo al 0,8% de las muertes masculinas y al 0,1% de las femeninas. Esos valores representan el 83,3% de las muertes por disturbios mentales en los hombres y el 34,8% en las mujeres. El coeficiente medio anual en el período 1998-2002 fue el de 5,8 muertes/100.000 hombres, con variaciones por grupo de edad, siendo mayor entre los de 45 a 54 años (16,0 óbitos/100.000 hombres). Comparándose Brasil con Canadá, esa mortalidad, aunque inferior, especialmente en las mujeres, es mucho más precoz; el 46% de los casos ocurren entre 15 y 44 años. La Región Sureste presentó la mayor tasa de mortalidad masculina (6,6 óbitos/100.000 hombres). Se apuntan los

^{*} Doutora. Médica de Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-Unicamp.

[#] Doutora. Professora Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-Unicamp.

[¶] Livre-docente. Professor Titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas-Unicamp.

factores de subestimación de la mortalidad en este estudio. Se trata de óbitos evitables, y los hombres jóvenes en la Región Sureste son el grupo prioritario en la promoción de salud y programas de recuperación.

Palabras-clave: dependencia de alcohol; mortalidad; sexo masculino.

O consumo excessivo de álcool tem sido relacionado à morbidade e mortalidade de mais de 30 doenças. Essas causas integram o conjunto de causas de mortalidade atribuíveis ao álcool (Corrao, Bagnardi, Zambon & Arico, 1999; Sjögren, Eriksson, Broström & Ahlm, 2000; Shultz & cols., 1991; Sutocky, Shultz & Kizer, 1993; Romelsjö, Karlsson, Henningsohn & Jakobsson, 1993). A exposição aguda está associada a acidentes de transporte, homicídios, suicídios, quedas, queimaduras e afogamento. A exposição crônica, por uso prolongado de quantidades elevadas de álcool, associa-se à cirrose hepática, dependência de álcool, doenças cerebrovasculares, neoplasias de lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado, gastrite, varizes esofagianas, pancreatites aguda e crônica, diabetes *mellitus*, tuberculose, pneumonia e *influenza*. Estudos populacionais sobre causas de óbito revelam também que, aumentando o consumo de álcool, há um aumento no risco de morte por todas as causas (Corrao & cols, 1999; Chikritzhs, Jonas, Stockwell, Heale & Dietze, 2001; Her & Rehm, 1998; Holman, English, Milne & Winter, 1996; Rehm, Greenfield & Rogers, 2001). O abuso de álcool determina mortalidade precoce. Na Suécia, perto de 25% dos óbitos de menores de 50 anos foram atribuídos ao álcool (Sjögren e cols., 2000).

As doenças mentais relacionadas ao consumo de álcool (psicose alcoólica, dependência) são denominadas neste texto *DA*. Embora os estudos de mortalidade atribuíveis ao álcool sejam numerosos, poucos são os que apresentam em separado a categoria *DA*. As tabulações de mortalidade por país, da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), não discriminam a *DA*, apresentando a categoria dos transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas como uma única categoria.

Sutocky e cols. (1993), em estudo na Califórnia, observaram que morrem três vezes mais homens que mulheres por doenças mentais relacionadas ao álcool. Nesse estudo, houve 2,7 óbitos por 100.000 homens por psicose alcoólica, 3,27 por dependência e 0,88 por abuso de álcool; nas mulheres, estas cifras foram, respectivamente, 0,09, 1,9 e 0,15, com diferenças significativas no perfil segundo o gênero.

Na Alemanha, o acompanhamento de dependentes seguidos após tratamento revelou que a taxa anual de mortalidade foi de 2%, considerada alta perante os

0,4% da população geral da mesma faixa etária (John & Hanke, 2002). Em estudo multicêntrico, nos Estados Unidos, de 1 a 6,8% dos pacientes morreram durante o primeiro ano após o tratamento (Miller, Walters & Bennet, 2001). Em Baltimore (EUA), estudo com dependentes do álcool previamente diagnosticados mostrou que 26% morreram nos 14 anos do acompanhamento (Neumark, Van Etten & Anthony, 2000).

O consumo de álcool relaciona-se, em parte, com ações políticas, como a regulamentação e fiscalização da venda para menores, idade mínima para consumo e ainda, locais e horários de venda. Há práticas políticas favorecedoras do consumo, como as de New Hampshire, que é o único Estado do Nordeste dos EUA que não cobra imposto sobre a venda do álcool e apresenta o índice de venda *per capita* mais elevado do país, provavelmente em decorrência dos baixos preços das bebidas alcoólicas (CDC, 2004). Por outro lado, políticas desestimuladoras, como a campanha antiálcool na Rússia, entre 1985 e 1988, tiveram como resultado o aumento da expectativa de vida, e provavelmente, mais de um milhão de mortes foram evitadas (Nemtsov, 2002).

Além da elevada morbimortalidade, deve-se ainda considerar o ônus social dessa doença. Em Minnesota (EUA), Parker, Shultz, Gertz, Berkelman e Remington (1987), observaram que, em 1983, embora a *DA* correspondesse a apenas 0,17% do total de óbitos, seu custo direto representou 3,8% do orçamento da saúde, e o custo da diminuição da produtividade no trabalho e o absenteísmo atingiram pelo menos três vezes o valor dos custos médicos. Na região das Américas, Yunes e Rajs (1994) observaram que o Brasil apresentou o maior aumento no consumo de álcool *per capita*. Através de dados da OMS, foi calculado que o consumo *per capita* de álcool (puro) por pessoa de 15 anos ou mais, no Brasil, no quinquênio 1996-2000, quase quadruplicou em relação ao quinquênio 1961-1965 (WHO, 2005).

Uma dimensão local do elevado consumo de álcool foi apresentada por Laranjeira e Hinkly (2002), ao estudarem a densidade de pontos de venda de álcool na cidade de São Paulo, Brasil, em área de nível socioeconômico baixo. Esses autores observaram 29 pontos/km ou um ponto em 12 propriedades, concluindo ser esta a maior densidade descrita na

literatura médica, sendo que 72% dos proprietários indicaram a “pinga” como a bebida mais vendida.

Os estudos de mortalidade por dependência de álcool justificam-se pela relativa ausência de estudos desse tema, pela elevada morbimortalidade acima descrita, pelo comprometimento da qualidade de vida das famílias dos dependentes, como também por esta causa ser inerentemente associada ao consumo e assim servir de indicador para as demais patologias relacionadas ao álcool. Embora exista uma predisposição genética para o desenvolvimento de DA, um ambiente social facilitador de práticas de consumo excessivo favorece sua manifestação.

Este estudo teve como objetivo analisar a mortalidade por dependência de álcool na população brasileira, utilizando a causa básica de morte das estatísticas oficiais de mortalidade.

MÉTODO

Para analisar os dados de mortalidade por DA utilizaram-se as informações da declaração de óbito compiladas pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), sistema oficial do Ministério da Saúde do Brasil. Foram definidos como óbitos por DA aqueles com causa básica codificada pela Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), com o código F-10 “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool”. Esse código pertence ao capítulo V da CID-10, “transtornos mentais e comportamentais” (que inclui os códigos F00-F99). O código F10 engloba intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, estado de abstinência com *delirium*, transtorno psicótico, síndrome amnésica e outros.

Inicialmente foram descritos os dados para o Brasil como um todo, no ano 2002, analisando a proporção de óbitos segundo sexo e dos distúrbios mentais no total de óbitos. Para essa análise foram calculadas as razões de mortalidade proporcional (RMP) por faixa etária com intervalo de 10 anos, a partir dos 5 anos de idade. A seguir, foi calculada a RMP da DA no conjunto dos distúrbios mentais. Foi, também, calculado, para cada sexo, o coeficiente de mortalidade médio no período 1998-2002 por faixa etária, utilizando-se as estimativas de população divulgadas pelo IBGE (Ministério da Saúde, 2004).

Foi estudado o período 1998-2002 para dar maior estabilidade aos dados, técnica adequada quando há pequeno número de óbitos, como é o caso da DA em alguns Estados brasileiros, podendo existir flutuações aleatórias importantes do número de óbitos entre um

ano e outro. Calcularam-se, segundo sexo, as médias quinquenais dos coeficientes de mortalidade por DA das capitais agrupadas por macrorregião. Para o cálculo dos coeficientes, o numerador foi representado pela soma dos óbitos de 1998-2002 dividida por cinco, e o denominador, pela população do IBGE para 2000.

Utilizando-se o programa computacional R 2.01 calcularam-se os coeficientes de correlação de *Spearman* entre os coeficientes de mortalidade por DA do sexo masculino por Estado (média do quinquênio 1998-2002) e as variáveis sociodemográficas e econômicas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (Ministério da Saúde, 2004). Os indicadores utilizados fazem parte dos Dados Básicos – Brasil 2004 IDB – 2004 – tendo sido analisados: *razão de renda* 1999 e 2001 (número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres), *proporção de pobres* 1999 e 2001 (percentual da população residente com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário-mínimo), *proporção de população urbana* em 2000 (% da população que reside em área urbana) e *proporção de desemprego* em 1999 e 2001 (% da população de 10 anos e mais desocupada). Foram, também, calculados para o quinquênio 1998-2002 e incluídos na análise de correlação os coeficientes de mortalidade do sexo masculino por acidentes de transporte (V01-V99), homicídios (X85-Y09), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), causas mal-definidas (R00-R99) e doença alcoólica do fígado, referentes aos Estados de residência.

RESULTADOS

No Brasil, no ano de 2002, os óbitos por “transtornos mentais” constituíram 1,0% das mortes masculinas e 0,4% das femininas (Tabela 1). Nesse ano ocorreram 4.580 óbitos masculinos e 515 femininos por DA, correspondendo a 0,8% de todas as mortes nos homens e 0,1% nas mulheres. Esses óbitos representaram 83,3% das mortes por distúrbios mentais nos homens e 34,8% nas mulheres (Tabela 1).

Entre os homens, a faixa etária com maior proporção de óbitos por distúrbios mentais foi a de 35 a 44 anos, constituindo 2,9% do total dos óbitos. Nessa faixa, 96,8% dos distúrbios mentais foram por DA. Nas mulheres, a proporção de distúrbios mentais causados pelo álcool foi inferior à dos homens, e também mais elevada na faixa de 35 a 44 anos, com 79,2% (Tabela 1).

Tabela 1. Razões de Mortalidade Proporcional por Distúrbios Mentais, por Dependência de Álcool (DA) e por DA em Relação aos Distúrbios Mentais Segundo Sexo e Faixa Etária: Brasil, 2002

Faixa etária	Masculino			Feminino		
	Distúrbios mentais/ Total óbitos	DA/ Total óbitos	DA/ Distúrbios mentais	Distúrbios mentais/ Total óbitos	DA/ Total óbitos	DA/ Distúrbios mentais
0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-14	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
15-24	0,3	0,2	70,9	0,3	0,1	36,0
25-34	1,6	1,5	93,7	0,7	0,5	70,2
35-44	2,9	2,8	96,8	0,8	0,7	79,2
45-54	2,0	1,9	93,3	0,5	0,4	73,5
55-64	1,0	0,9	89,8	0,2	0,2	65,0
65-74	0,5	0,3	67,3	0,2	0,1	28,0
75 e +	0,4	0,1	21,0	0,4	0,0	2,5
Total	1,0	0,8	83,3	0,4	0,1	34,8

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Na tabela 2 observa-se que o coeficiente de mortalidade por DA no sexo masculino foi de 5,8 óbitos/100.000 homens e apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p<0,00001$) por faixa etária, sendo de 0,4 para 15 a 24 anos, aumentando até o máximo de 16,0 na dos 45 a 54 e diminuindo para 7,6 na dos 75 anos e mais. O sexo feminino apresentou 0,6 óbitos/100.000 mulheres, variando de 0,0 nos 15 a 24 até um máximo de 1,5 na faixa dos 45 a 64 e reduzindo-se a 1,0 na dos 75 anos e mais, diferenças estas também estatisticamente significativas ($p<0,00001$). A razão entre os coeficientes masculino e feminino foi de 9,2, sendo menores as diferenças nas idades extremas, jovens e mais idosos.

Tabela 2. Coeficientes de Mortalidade* por Dependência de Álcool (DA) Segundo Sexo e Faixa Etária: Brasil, 1998-2002

Faixa etária	Total de óbitos no período		Coeficientes* média anual no período		
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Razão M/F
15-24	336	39	0,4	0,0	8,6
25-34	3042	335	4,6	0,5	9,5
35-44	6507	763	12,0	1,3	9,0
45-54	5865	597	16,0	1,5	10,4
55-64	3384	377	14,7	1,5	10,0
65-74	1555	201	11,2	1,2	9,2
75 e +	539	95	7,6	1,0	7,8
Total	21446	2408	5,8	0,6	9,2

*óbitos/100.000 habitantes

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Tabela 3. Coeficientes de Mortalidade* por Dependência de Álcool (DA) das Capitais Agrupadas por Macro-região, Segundo Sexo: Brasil, 1998 a 2002

Capital	Óbitos masculinos (Nº médio) 1998-2002	Óbitos femininos (Nº médio) 1998-2002	Coeficiente médio masculino	Coeficiente médio feminino	Razão de sexo
Norte	42,8	1,0	2,3	0,0	-
Nordeste	199,8	22,6	4,2	0,4	10,5
Sudeste	589,2	63,8	6,6	0,6	11,0
Sul	62,0	6,4	4,0	0,4	10,0
Centro-Oeste	122,0	13,2	5,9	0,6	9,8

*óbitos/100.000 habitantes

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

A Região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade masculina por DA (6,6 óbitos/100.000 homens) (Tabela 3) e três das suas cinco capitais apresentaram taxas acima da média nacional. A mortalidade por DA também é elevada no sexo masculino no Centro-Oeste (5,9 óbitos/100.000 homens). Apesar de São Paulo apresentar o maior número absoluto de óbitos por DA no sexo masculino, o coeficiente mais elevado coube à cidade de Vitória (12,8 óbitos/100.000 homens). Três capitais apresentaram taxas 10% acima da média das capitais (5,3 óbitos/100.000 homens): Aracajú (Nordeste) com 9,2 óbitos/100.000 homens, São Paulo e Brasília com 8 óbitos/100.000 homens. Em geral, as capitais com coeficientes acima da média para o sexo masculino apresentaram, também, coeficientes acima da média para o sexo feminino. A razão entre os coeficientes do sexo masculino e feminino não apresentou grande diferença entre macrorregiões (Tabela 3).

Para o sexo masculino, nos Estados, a análise mostrou correlação positiva entre mortalidade por *DA* e por doença alcoólica do fígado: os Estados com elevadas taxas de *DA* também apresentaram elevadas taxas de doença alcoólica do fígado (coeficiente de *Spearman*=0,8046 $p<0,00000$). Observou-se, também, correlação com a proporção de população urbana em 2000, evidenciando maior mortalidade por *DA* nos Estados que contam com uma parcela mais elevada de sua população residindo em área urbana (coeficiente=0,5403 $p=0,004$).

DISCUSSÃO

Embora no Brasil os distúrbios mentais não sejam importante causa de óbito, se comparado a países europeus, a dependência de álcool atinge homens jovens, especialmente se consumido regularmente, representando mortalidade prematura e causa evitável de morte. Em 2002, o país apresentou uma proporção de óbitos por *DA* entre os distúrbios mentais de 83,3% nos homens e 34,8% nas mulheres, proporção esta semelhante à de morte por dependência de substâncias psicoativas (F10-F19) na Rússia em 2000 (84% nos homens e 47% nas mulheres) (WHO, 2003).

No Brasil, os coeficientes de mortalidade por *DA* foram inferiores (especialmente nas mulheres) aos observados por Newman e Bland (1987) no Canadá (7,7 nos homens e 3,5 nas mulheres); no entanto, entre nós, a mortalidade por essa causa é mais precoce, sendo a faixa mais acometida a de 45 a 64 anos, enquanto no Canadá a mais atingida é a de 60 a 79 anos. Acrescenta-se a isso que, no Brasil, a faixa de 25 a 34 anos apresentou 4,6 óbitos/100.000 homens, enquanto no Canadá a faixa dos 40 a 49 não atingiu 2 óbitos/100.000 homens. Entre os 15 e 44 anos ocorreram 46,1% do total de óbitos masculinos por *DA* e 47,2% dos femininos, cifras que evidenciam ainda mais a precocidade dos óbitos por esta causa no Brasil.

Nas capitais dos Estados, os coeficientes de mortalidade por *DA* apresentaram grande diferença entre sexos, sendo os homens muito mais acometidos que as mulheres, com uma razão entre os coeficientes masculino e feminino superior à do Canadá (2,2) (Newman & Bland, 1987) e da Suécia (5,3) (Sjögren e cols., 2000).

A correlação entre *DA* e cirrose hepática descrita por Newman e Bland (1987) foi observada também no Brasil, para os homens.

O código F10 da CID-10 reúne intoxicação aguda (F10.0), bebedor-problema (F10.1), as diversas formas de dependência (F10.2-F10.8) e as não especificadas

(F10.9). No período 1998-2002, nos homens e mulheres, predominou a síndrome de dependência F10.2, representando 92,6% das mortes masculinas e 88,2% das femininas.

As limitações deste estudo relacionam-se à subestimação da mortalidade por *DA*, decorrente da qualidade do diagnóstico, da qualidade das informações de causa de óbito registradas na declaração de óbito (DO) e das normas de seleção de causa básica. Os estudos sobre qualidade do diagnóstico de *DA* referem proporção variável, mas em geral baixa, de detecção da doença, tanto ambulatorial como hospitalar (Gigliotti & Bessa, 2004; Hearne, Connolly & Sheehan, 2002; Rumpf, Bohlmann, Hill, Hapke & John, 2001). Para existir registro de *DA* requer-se que o médico atestante conheça o histórico do paciente e que não haja interferência da família (omitindo ou pressionando para que este diagnóstico não apareça). Quanto à qualidade das informações de causa de óbito, destacamos como limitante a elevada proporção de óbitos por “Causas Mal-Definidas” (capítulo XVIII da CID-10) nas regiões Nordeste e Norte e em alguns Estados do Centro-Oeste e Sudeste, além da cobertura insatisfatória das bases de mortalidade no Norte e Nordeste (RIPSA, 2002) que repercutem em subnotificações de causas específicas. As normas de seleção de causa básica contribuem, também, para a redução das estatísticas de mortalidade por *DA*. Por exemplo, nas DOs em que há registro concomitante de causas como cirrose hepática, pneumonia, acidente de trânsito e homicídios, entre outras, as normas de seleção de causa básica escolhem como tal a outra causa, a não ser que esteja muito claro que foi F10 que iniciou a sucessão de eventos que levou à morte. Entre as causas relacionadas ao álcool que repercutem na redução das estatísticas de mortalidade por *DA* cabe destacar, pelo elevado volume de casos, as causas externas, e entre estas, os homicídios (Duarte & Carlini-Cotrim, citado por Galduróz & Caetano, 2004; Gawryszewski, Kahn & Melo Jorge, 2005). Ao coexistirem os diagnósticos F10 e hepatopatia alcoólica (K70), pela regra de associação, a causa básica de morte passa a ser doença hepática alcoólica (K70). No período de 1998 a 2002, no sexo masculino, o coeficiente de mortalidade por doença hepática alcoólica (DHA) foi menor que o de *DA* nas capitais das regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste; foi maior no Nordeste e Sul, sendo nesta última mais do que o dobro.

Cabe perguntar qual a real subestimação desta mortalidade, uma vez que muitos Estados do Norte e Nordeste apresentaram coeficientes abaixo da média nacional; no entanto, levantamento epidemiológico na população geral apontou as maiores prevalências de DA nas regiões Norte e Nordeste (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, citado por Galduróz & Caetano, 2004). Esse levantamento e o coeficiente de mortalidade por DHA da Região Nordeste indicam que os agravos de saúde relacionados ao álcool são maiores que os estimados apenas pela causa básica F10. No Sul, embora a mortalidade por DA seja baixa, a mortalidade por DHA é elevada, mas o coeficiente calculado com a somatória de ambas as causas básicas de óbito persiste menor que no Sudeste.

Embora no Brasil, da mesma forma que em diversos países estudados, a prevalência da dependência de álcool seja muito menor no sexo feminino, é importante lembrar que as mulheres têm maior sensibilidade ao álcool, maior progressão à toxicidade alcoólica e mortalidade aumentada em níveis de consumo mais baixos que os homens (Brienza & Stein, 2002). Estes autores observam, ainda, que embora as mulheres procurem mais ajuda no tocante à DA, entre elas é menos incidente seu diagnóstico pelos médicos.

Em 2002, no Brasil, 0,8% dos óbitos entre os homens e 0,1% entre as mulheres tiveram como causa básica direta o álcool. As estatísticas oficiais sobre mortalidade levam em conta apenas as perdas diretamente relacionadas ao consumo de álcool (intoxicação, psicoses, alcoolismo, cirrose hepática, etc.), quando não se podem ignorar as mortes que têm o álcool como fator contribuinte nos acidentes, homicídios e suicídios (Skog, 1986). Segundo Nemtsov (2002), em 1984, na Rússia, 32% de todas as mortes estiveram direta ou indiretamente relacionadas ao álcool, contrastando com os 3,1% dos registros oficiais.

Este estudo aponta os homens jovens e a Macrorregião Sudeste como os sujeitos e a região mais necessitados da implementação de técnicas para manejo das complicações por DA que podem levar a óbito, como o *delirium tremens*. Nessa região é fundamental, na atenção primária, o reconhecimento da necessidade de atividades direcionadas à identificação e envolvimento de álcool-dependentes em programas de recuperação. Destaca-se, ainda, a importância do desenvolvimento de programas educacionais preventivos com escolares, com enfoque na promoção da saúde, em vista da precocidade da mortalidade.

REFERÊNCIAS

- Brienza, R. S. & Stein, M. D. (2002). Alcohol use disorders in primary care: Do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 387-397.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2004). Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991-2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR*, 53(8), 174-175.
- Chikritzhs, T. N., Jonas, H. A., Stockwell, T. R., Heale, P. F. & Dietze, P. M. (2001). Mortality and life-years lost due to alcohol: A comparison of acute and chronic causes. *Medical Journal of Australia*, 174, 281-284.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. (1999). Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: A meta-analysis. *Addiction*, 94, 1551-1573.
- Galduróz, J. C. F. & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl 1), 3-6.
- Gawryszewski, V. P., Kahn, T. & Melo Jorge, M. H. P. (2005). Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 627-633.
- Gigliotti, A. & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl 1), 11-13.
- Hearne, R., Connolly, A. & Sheehan, J. (2002). Alcohol abuse: Prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 84-87.
- Her, M. & Rehm, J. (1998). Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982-1990: A pooled cross-section time-series analysis. *Addiction*, 93, 1335-1340.
- Holman, C. D., English, D. R., Milne, E. & Winter, M. G. (1996). Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: A validation of NHMRC recommendations. *Medical Journal of Australia*, 164, 141-145.
- John, U. & Hanke, M. (2002). Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country: Germany. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 581-585.
- Laranjeira, R. & Hinkly, D. (2002). Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 455-461.
- Miller, W. R., Walters, S. T. & Bennet, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.
- Ministério de Saúde (2004). Informações de Saúde Estatísticas vitais: Mortalidade; Informações demográficas e socioeconômicas: População; Indicadores e Dados Básicos: IDB 2004. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. (Acesso em 08/03/2005).
- Nemtsov, A. V. (2002). Alcohol-related human losses in Russia in the 1980 and 1990s. *Addiction*, 97, 1413-1425.
- Neumark, Y. D., Van Etten, M. L. & Anthony, J. C. (2000). Alcohol dependence and death: Survival analysis of the Baltimore ECA sample from 1981 to 1995. *Substance Use and Misuse*, 35, 533-549.

- Newman, S. C. & Bland, R. C. (1987). Canadian trends in mortality from mental disorders, 1965-1983. *Acta Psychiatrica, Scandinavica*, 76, 1-7.
- Parker, D. L., Shultz, J. M., Gertz, L., Berkelman, R. & Remington, P. L. (1987). The social and economic cost of alcohol abuse in Minnesota, 1983. *American Journal of Public Health*, 77, 982-986.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (2002). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Rehm, J., Greenfield, T. K. & Rogers, J. D. (2001). Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: Results from the US National Alcohol Survey. *American Journal of Epidemiology*, 153, 64-71.
- Romelsjö, A., Karlsson, G., Henningsohn, L. & Jakobsson, S.W. (1993). The prevalence of alcohol-related mortality in both sexes: Variation between indicators, Stockholm. *American Journal of Public Health*, 83, 838-844.
- Rumpf, H.J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. & John, U. (2001). Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23, 133-137.
- Shultz, J. M., Rice, D. P., Parker, D. L., Goodman, R. A., Stroh, G. & Chalmers, N. (1991). Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI software. *Public Health Reports*, 106, 443-450.
- Sjögren, H., Eriksson, A., Broström, G. & Ahlm, K. (2000). Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 601-611.
- Skog, O. J. (1986). Trends in alcohol consumption and violent deaths. *British Journal of Addiction*, 81, 365-379.
- Sutocsky, J. W., Shultz, J. M. & Kizer, K. W. (1993). Alcohol-related mortality in California, 1980 to 1989. *American Journal of Public Health*, 83, 817-823.
- World Health Organization (2003). WHO Statistical Information System (WHOSIS) – Mortality Database – Table 1 Numbers and rates of registered deaths. Disponível em <www3.who.int/whosis/mort/table1>. (Acesso em 15/12/2003).
- World Health Organization (2005). Adult per capita alcohol consumption. Disponível em: <http://who.int/entity/substance_abuse/facts/en>. (Acesso em 17/03/2005).
- Yunes, J. Y. & Rajs, D. (1994). Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 88-125.

Recebido em 08/08/2005

Aceito em 26/04/2006

Endereço para correspondência: Leticia Marín-León. Rua dos Alecrins 234, ap. 62, CEP 13024-410, Campinas-SP.
E-mail: leticia@fcm.unicamp.br