



SMAD, Revista Electrónica en Salud  
Mental, Alcohol y Drogas

ISSN: 1806-6976

rev\_smad@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo  
Brasil

Bohland, Anna Klara; Ribeiro Gonçalves, Arquimedes  
MORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS  
SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 11, núm. 3,  
septiembre, 2015, pp. 136-144  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80342807004>

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

redalyc.org

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 ATRIBUÍVEL AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

*Anna Klara Bohland<sup>1</sup>*  
*Arquimedes Ribeiro Gonçalves<sup>2</sup>*

O consumo abusivo de álcool se traduz em grave problema de saúde pública em todo o mundo. Neste trabalho objetivou-se descrever os óbitos atribuíveis ao álcool em Sergipe, entre 1998 e 2010. Foram coletados dados contidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade e analisados pelo programa TabWin. Observou-se aumento do número e dos coeficientes em todas regionais de saúde, entre os homens, na idade entre 45 e 54 anos, em ambiente hospitalar e cuja causa básica estivesse relacionada aos transtornos mentais e comportamentais. Dessa forma, ao ampliar a abordagem da mortalidade, este estudo poderá subsidiar futuras investigações, bem como contribuir para os gestores de saúde, em especial da saúde mental.

Descritores: Mortalidade; Transtornos Induzidos por Álcool; Bebidas Alcoólicas.

<sup>1</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

<sup>2</sup> Médico.

### Correspondencia:

Anna Klara Bohland  
Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Medicina  
Rua Cláudio Batista, s/n  
Bairro: Santo Antônio  
CEP: 49060-100, Aracaju, SE, Brasil  
E-mail: anna.bohland@uol.com.br

## **MORTALITY CAUSED BY THE CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES**

The abusive consumption of alcohol expresses itself into a serious public health problem throughout the world. The objective of this study was to describe the deaths which are caused by alcohol in Sergipe between 1998 and 2010. Data have been collected using the Mortality Information System and were analyzed by the TabWin program. An increase has been observed in the number and the coefficients in the whole regional health, among men, at the age between 45 and 54 years, in a hospital environment and whose root cause was related to mental and behavioral disorders. In this way, by extending the approach of mortality, this study can help in future research, as well as contributing to health managers, especially regarding mental health.

Descriptors: Mortality; Alcohol-Induced Disorders; Alcoholic Beverages.

## **LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL**

El abuso de alcohol se traduce en un grave problema de salud pública en todo el mundo. Este estudio tuvo como objetivo describir las muertes atribuibles al alcohol en Sergipe, entre 1998 y 2010. Se recogieron datos sobre el Sistema de Información sobre Mortalidad y fueron analizados por el programa TABWIN. Se observó un aumento en el número y los coeficientes en toda la salud regional entre los hombres, entre las edades de 45 a 54 años, en el hospital y cuya causa subyacente estaba relacionada con los trastornos mentales y de comportamiento. De este modo, mediante la ampliación del enfoque de la mortalidad, este estudio puede ayudar a las futuras investigaciones, tanto para los gestores de salud especialmente de la salud mental.

Descriptores: Mortalidad; Trastornos Inducidos por Alcohol; Bebidas Alcohólicas.

## **Introdução**

O álcool é considerado um dos principais contribuintes para a carga de doenças e de mortes prematuras em todo mundo<sup>(1)</sup>. A maior parte dos custos hospitalares resultantes do uso de substâncias psicoativas no Brasil é decorrente do uso indevido de álcool (83,1%%) contra 16,9% de gastos oriundos no consumo de outras substâncias psicoativas<sup>(2)</sup>.

Das drogas, o álcool é de uso lícito, com grande abrangência e aceitação social, entretanto, seu consumo excessivo gera problemas médicos, psicológicos, profissionais e familiares, acarretando altos custos econômicos e sociais<sup>(3-4)</sup>. Esse fato é paradoxal, uma vez que essa substância tem seu uso aceito e até incentivado

em diversas situações, tais como rituais religiosos, cerimônias familiares, confraternizações entre amigos, eventos comemorativos e festejos populares, entre outros<sup>(5)</sup>.

A ingestão de álcool foi avaliada em 193 países, e verificou-se que cerca de 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo por causa do consumo abusivo, o que resulta em cerca de 4,0% do total de óbitos<sup>(4)</sup>, apontando grave problema para a saúde pública<sup>(6)</sup>.

O consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para a mortalidade prematura em todo o mundo, juntamente com o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo e a hipertensão arterial, estando relacionado direta ou indiretamente ao desenvolvimento de inúmeras patologias, tais como cirrose hepática, hipertensão arterial,

miocardiopatia, dependência alcoólica, deficiências nutricionais, doenças neurológicas e inúmeros tipos de câncer<sup>(7-10)</sup>, além das situações traumáticas e violentas, como acidentes de trabalho, de trânsito, violência doméstica e homicídios<sup>(4)</sup>. Uma das formas de abordagem dos transtornos de álcool<sup>(11)</sup> é a partir dos ciclos de vida, verifica-se que cada etapa envolve diversos riscos, e conclui-se pela necessidade de esforços de prevenção e estratégias de tratamento. Certos setores sociais ou circunstâncias deveriam ser isentos de álcool, particularmente não deveria ser consumido durante a infância e adolescência<sup>(12)</sup>. Outras situações são a condução de veículos e durante a gravidez<sup>(1)</sup>. Também são<sup>(5)</sup> apontados como problemas relacionados ao uso de álcool os sociais, no trabalho, familiares, físicos, legais e relacionados à violência.

Entretanto, relata-se que a ingestão moderada de álcool tem efeito protetor para doenças cardiovasculares, que apresenta índices de mortalidade inferiores quando comparado aos abstêmios e aos que fazem uso exagerado<sup>(13)</sup>.

Para evitar os óbitos relacionados ao consumo de álcool<sup>(14)</sup> são necessárias medidas de prevenção e promoção da saúde, incluindo aquelas entre a população escolar<sup>(15)</sup>, visando a redução do consumo e conseqüente diminuição do risco de doenças e da mortalidade precoce.

No mundo, a população mais afetada por mortes resultantes do álcool<sup>(4)</sup> são os homens da Europa (10,8%), da América (8,7%) e da Oceania (8,5%). Os que sofrem menos consequências são os do Mediterrâneo Oriental (0,9%), da África (3,4%) e do Sudeste Asiático (3,7%), sobretudo aqueles países e regiões de cultura mulçumana, onde esse hábito é proibido por motivações religiosas e culturais. Entre as mulheres, há mais mortes na Europa e na América (1,7% em ambos os casos), seguidos da Oceania (1,5%), da África (1,0%), do Sudeste Asiático (0,4%) e do Mediterrâneo Oriental (0,2%).

Na União Europeia, uma avaliação da tendência, entre 1980 e 2003, apontou que as mortes relacionadas com o álcool representaram mais de 10% de toda a mortalidade, e os autores destacam a importância das estratégias nacionais de prevenção<sup>(16)</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS)<sup>(17)</sup> revelou que houve incremento de 16,1% para

19,0% no percentual de brasileiros que declararam ter abusado do álcool (consumo de cinco doses da bebida em uma única vez para os homens e quatro doses para as mulheres), entre 2006 e 2008. Nesse mesmo período, houve aumento no coeficiente de mortalidade por doenças atribuíveis ao consumo abusivo dessa substância.

O MS verificou que, entre 2000 e 2006, foram registrados no Brasil 92.946 óbitos, cuja causa básica foi uma das doenças atribuíveis diretamente ao álcool, e 146.349 tinham esse grupo de doenças como causa básica ou associada<sup>(18)</sup>. Outro estudo<sup>(19)</sup>, realizado no país, entre 2006 e 2010, apontou óbitos ligados aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool por Unidades da Federação, sendo o Estado de Minas Gerais aquele que apresentou o maior coeficiente de mortalidade. Outros locais com índices relevantes de mortalidade foram os Estados do Ceará e de Sergipe. Diante disso, objetivou-se, neste trabalho, descrever os óbitos atribuíveis ao álcool em Sergipe, entre 1998 e 2010.

## Método

Foi realizado um estudo da mortalidade, apresentando como causa do óbito o consumo de bebida alcoólica. Para tanto, a coleta de dados foi realizada junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)<sup>(20)</sup>. O procedimento metodológico utilizado foi a epidemiologia descritiva. Foram analisadas as categorias e subcategorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-10ª revisão (CID 10)<sup>(21)</sup>, contendo, como causa básica na declaração de óbito, as doenças cujas condições, por definição, são totalmente atribuíveis ao álcool<sup>(22)</sup>.

### *Causas Naturais relacionadas com a exposição ao álcool*

- E244 - Síndrome de pseudo-Cushing induzida por álcool
- F10 - Transtornos mentais e comportamentais associados ao uso e abuso de álcool
- G312 - Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool
- G405 - Síndromes epiléticas especiais
- G621 - Polineuropatia alcoólica
- G721 - Miopatia alcoólica

- I426 - Cardiomiopatia alcoólica
- K292 - Gastrite alcoólica
- K70 - Doença hepática alcoólica
- K852 - Pancreatite aguda induzida por álcool
- K860 - Pancreatite crônica induzida por álcool
- O354 - Assistência prestada à mãe por lesão causada ao feto por alcoolismo materno
- P043 - Feto ou recém-nascido afetados pelo uso de álcool pela mãe
- Q860 - Síndrome fetal alcoólica
- R780 - Presença de álcool no sangue

*Causas externas relacionadas com a exposição ao álcool*

- T51 - Efeito tóxico do etanol
- X45 - Envenenamento acidental por exposição ao álcool
- X65 - Autointoxicação voluntária por álcool
- Y15 - Envenenamento por álcool com intenção não determinada
- Y90 - Evidência de alcoolismo detectado pelas/taxas alcoolemia
- Y91 - Evidência de alcoolismo determinado pelo nível da intoxicação.

Os dados foram analisados pelo programa TabWin<sup>(20)</sup>. Além do número e percentual de óbitos, foi calculado o coeficiente de mortalidade anual pelo consumo de álcool no Estado de Sergipe, cuja população também foi fornecida pelo DATASUS<sup>(20)</sup>. Foram realizados os cálculos dos coeficientes para cada uma das sete regionais de saúde (Aracaju, Itabaiana, Nossa Senhora (NS) do Socorro, NS da Glória, Lagarto, Estância e Propriá). Além dessa, outras variáveis foram inclusas: sexo, faixa etária e local de ocorrência. Finalmente, cabe ressaltar que o presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAEE: 12699213.5.0000.5546).

## Resultados

Foi coletado, em Sergipe, no período entre 1998 e 2010, o total de 2.575 óbitos, cuja causa básica estava relacionada ao consumo de álcool.

Esses óbitos (Tabela 1) distribuíram-se principalmente em: transtornos mentais e comportamentais relacionados ao álcool (1.314) e à doença alcoólica do fígado (1.161), e os demais casos (100) nas outras categorias.

Desses 2.575 casos, aqueles por síndrome de dependência foram os mais frequentes, totalizando 1.129 óbitos (43,8%). Na categoria doença alcoólica do fígado, predominaram aqueles por cirrose hepática alcoólica, com 674 óbitos (26,2%), seguidos pela insuficiência hepática alcoólica com 240 casos (9,3%).

Durante o período analisado, no Estado de Sergipe, observou-se aumento de 1,7 vezes no coeficiente de mortalidade pelo consumo de bebidas alcoólicas (de 5,1 óbitos/100.000 habitantes, para 13,9 óbitos/100.000 habitantes.), conforme a Tabela 2.

Foram observados 2.306 óbitos masculinos e 267 femininos. No sexo masculino, foram predominantes os óbitos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, com 1.186 (51,4%) e 1.026 mortes por doença alcoólica do fígado (44,5%), enquanto que entre as mulheres houve predomínio dos óbitos por doença alcoólica do fígado com 133 (49,8%) e 128 por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool (47,9%).

No sexo feminino, verificou-se crescimento de 0,9 óbitos/100.000 mulheres para 2,6 óbitos/100.000 mulheres (Tabela 2). No sexo masculino, observou-se incremento de 9,5 óbitos/100.000 homens para 25,8 óbitos/100.000 homens. O aumento foi de 1,9 vezes no coeficiente de mortalidade feminino e o masculino foi de 1,7 vezes. Observou-se, também, o coeficiente médio de 19,1 óbitos/100.000 homens e de 2,1 óbitos/100.000 mulheres, no período.

Em relação à faixa etária do óbito (Tabela 3), observou-se predomínio da idade entre 45 e 54 anos (28,9%), seguida dos 35 e 44 anos (27,2%), com 1.412 óbitos ou 56,1% do total. No período analisado, houve aumento do número de óbitos em todas as faixas etárias, a partir dos 25 anos. Os coeficientes de mortalidade das faixas etárias menores que 35 anos foram menores do que o coeficiente médio (11,4/100.000 habitantes), mais uma vez com destaque para os coeficientes de mortalidade das faixas etárias de 45-54, seguidos das faixas 55-64 e 65-74 anos.

A Tabela 4 mostra o número de óbitos e os coeficientes por regionais de saúde. A regional de Aracaju é a que apresenta o maior número absoluto, com 914 casos (35,7%), sendo seguida pelas regionais de NS do Socorro com 418 (16,3%), Estância com 353 (13,8%), Lagarto com 292 (11,4%), Itabaiana com 263 (10,3%), Propriá com 253 (9,9%) e NS da Glória com 68 óbitos (2,7%).

Houve predomínio dos casos por transtornos mentais e comportamentais associados ao álcool, em cinco das regionais de saúde do Estado, com exceção feita às regionais de Lagarto e NS do Socorro, onde os óbitos por doença alcoólica do fígado foram os mais frequentes.

Entre as regionais de saúde do Estado, prevaleceu crescimento no coeficiente de mortalidade,

sendo que a regional de Aracaju foi aquela que apresentou maior estabilidade, enquanto a regional de Propriá apresentou o maior crescimento durante o período estudado. As regionais de Propriá, Estância, NS do Socorro e Aracaju tiveram os maiores coeficientes. Além de NS da Glória, somente as regionais de Lagarto e Itabaiana apresentaram coeficiente de mortalidade inferior ao observado para o Estado de Sergipe.

Em relação ao local de ocorrência (Tabela 5), observou-se predomínio de óbitos em ambiente hospitalar, com 1.421 casos (55,2%). Nesse mesmo período de tempo, verificaram-se 983 óbitos domiciliares (38,2%) e 91 (3,5%) na via pública. Cabe ressaltar que, ao longo do período, o percentual de óbitos domiciliares aumentou de 11,5%, em 1998, para 46,3%, em 2010.

Tabela 1 - Número de óbitos relacionados ao uso de álcool. Sergipe, Brasil, de 1998 a 2010

Causa	Ano do óbito													Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Transtornos, mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	55	63	62	50	80	68	134	122	105	132	128	161	154	1.314
Degeneração do sistema nervoso devido ao álcool	-	2	3	2	3	1	1	-	1	2	2	2	-	19
Síndromes epiléticas especiais	-	1	1	1	7	3	5	3	2	2	-	4	4	33
Cardiomiopatia alcoólica	1	1	2	-	3	2	3	2	4	2	5	2	1	28
Gastrite alcoólica	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	2	-	-	6
Doença alcoólica do fígado	31	36	78	60	79	79	102	118	109	110	109	125	125	1.161
Pancreatite aguda induzida por álcool	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3
Pancreatite crônica induzida por álcool	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	-	1	-	5
Feto ou RN afetados pelo uso de álcool	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Autointoxicação voluntária por álcool	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Envenenamento por álcool com intenção não determinada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Total	87	104	146	116	175	154	248	247	223	249	246	296	287	2.575

Fonte: DATASUS/SIM, 2013.

Tabela 2 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) relacionado ao uso de álcool, segundo o sexo<sup>(a)</sup>. Sergipe, Brasil, de 1998 a 2010

Ano do óbito	Número			Coeficiente		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1998	78	8	86	9,5	0,9	5,1
1999	86	17	103	10,3	1,9	6,0
2000	130	16	146	14,9	1,8	8,2
2001	101	12	113	11,3	1,3	6,2
2002	160	15	175	17,7	1,6	9,5
2003	136	18	154	14,8	1,9	8,2
2004	218	30	248	23,4	3,1	13,0
2005	222	25	247	23,0	2,5	12,6
2006	198	25	223	20,2	2,5	11,1
2007	220	29	249	22,1	2,8	12,2
2008	225	21	246	23,0	2,1	12,3
2009	273	23	296	27,6	2,2	14,7
2010	259	28	287	25,8	2,6	13,9

(a)Excluídos dois casos cujo sexo foi ignorado.

Fonte: DATASUS/SIM, 2013.

Tabela 3 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) relacionado ao uso de álcool segundo a idade<sup>(a)</sup>. Sergipe, Brasil, 1998 a 2010

Ano	Idade									Total
	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e+	
	Número de óbitos									
1998	-	-	1	10	23	24	18	5	1	82
1999	1	-	2	19	17	44	11	7	3	104
2000	-	1	1	28	41	40	19	10	6	146
2001	-	-	1	19	35	29	16	7	3	110
2002	-	-	6	22	62	37	27	10	10	174
2003	-	-	2	19	45	51	22	11	4	154
2004	-	-	5	36	64	64	44	29	6	248
2005	1	-	9	16	76	75	32	22	16	247
2006	-	-	6	25	68	57	37	20	10	223
2007	-	-	3	26	60	75	54	22	9	249
2008	-	-	3	32	66	72	44	14	14	245
2009	-	1	6	28	67	92	55	32	15	296
2010	-	-	3	31	79	77	55	27	15	287
Coeficiente de mortalidade										
1998	-	-	0,3	3,8	12,6	20,0	23,3	10,1	3,1	5,5
1999	0,6	-	0,6	7,1	9,1	36,0	14,0	14,0	9,1	6,9
2000	-	0,3	0,3	10,0	19,6	29,0	21,5	18,4	16,1	9,2
2001	-	-	0,3	6,6	16,4	20,7	17,8	12,7	7,9	6,8
2002	-	-	1,5	7,6	28,7	26,0	29,6	17,9	26,0	10,6
2003	-	-	0,5	6,4	20,5	35,3	23,8	19,4	10,3	9,2
2004	-	-	1,2	12,0	28,7	43,6	46,9	50,5	15,2	14,6
2005	0,6	-	2,1	5,2	32,9	49,5	33,1	37,2	39,3	14,1
2006	-	-	1,4	7,9	29,0	37,0	37,7	33,3	24,2	12,5
2007	-	-	0,7	7,6	23,0	41,7	47,0	32,5	19,9	13,7
2008	-	-	0,8	9,3	25,7	39,5	37,8	20,5	30,8	13,6
2009	-	0,3	1,6	7,9	25,7	48,8	45,7	45,4	32,2	16,3
2010	-	-	0,7	8,6	27,8	37,6	41,4	35,2	29,8	15,1

<sup>(a)</sup>Excluídos 10 casos cuja idade foi ignorada.

Fonte: DATASUS/SIM, 2013.

Tabela 4 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) relacionado ao uso de álcool, segundo regional de saúde<sup>(a)</sup>. Sergipe, Brasil, de 1998 a 2010

Ano	Regional de saúde														Total	
	Esâancia		Itabaiana		NS do Socorro		NS da Glória		Propriá		Lagarto		Aracaju			
	N	Coe	N	Coe	N	Coe	N	Coe	N	Coe	N	Coe	N	Coe	N	Coe
1998	11	5,4	4	2,0	19	7,8	-	-	6	4,4	8	3,9	36	6,3	84	5,0
1999	8	3,9	5	2,4	12	4,8	4	3,4	6	4,4	7	3,4	62	10,6	104	6,1
2000	17	8,1	12	5,7	25	9,7	3	2,2	13	9,1	11	5,0	62	10,2	143	8,0
2001	19	9,0	7	3,3	15	5,6	4	2,9	10	6,9	7	3,1	50	8,1	112	6,2
2002	26	12,1	16	7,4	24	8,8	3	2,1	10	6,8	16	7,0	80	12,7	175	9,5
2003	17	7,8	16	7,3	25	8,9	3	2,1	13	8,8	14	6,1	66	10,4	154	8,2
2004	36	16,3	30	13,6	37	12,8	4	2,8	19	12,7	31	13,3	91	14,1	248	13,0
2005	31	13,7	33	14,5	51	16,6	8	5,4	25	16,3	25	10,5	73	11,0	246	12,5
2006	24	10,5	17	7,4	30	9,5	8	5,3	27	17,4	32	13,2	85	12,6	223	11,1
2007	40	17,3	27	11,5	42	13,0	7	4,6	33	21,1	22	9,0	78	11,4	249	12,2
2008	38	16,6	31	13,5	37	12,6	11	7,2	25	16,3	48	20,1	53	7,5	243	12,2
2009	48	20,7	35	15,2	46	15,4	6	3,9	31	20,1	34	14,1	95	13,4	295	14,6
2010	38	16,6	30	12,9	55	17,9	7	4,5	35	23,1	37	15,3	83	11,1	285	13,8

<sup>(a)</sup>Excluídos 14 casos cuja região de residência foi ignorada.

Fonte: DATASUS/SIM, 2013.

Tabela 5 - Óbitos relacionados ao uso de álcool, segundo local de ocorrência. Sergipe, Brasil, de 1998 a 2010

Ano	Local de ocorrência										Total	
	Hospital		Domicílio		Outro estabelecimento		Via pública		Ignorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1998	73	83,9	10	11,5	-	-	4	4,6	-	-	87	100,0
1999	68	65,4	27	26,0	-	-	4	3,8	5	4,8	104	100,0
2000	110	75,3	28	19,2	-	-	4	2,7	4	2,7	146	100,0
2001	71	62,8	36	31,9	-	-	2	1,8	4	3,5	113	100,0
2002	117	66,9	49	28,0	-	-	6	3,4	3	1,7	175	100,0
2003	115	74,7	33	21,4	-	-	5	3,2	1	0,6	154	100,0
2004	139	56,0	99	39,9	-	-	2	0,8	8	3,2	248	100,0
2005	124	50,2	107	43,3	-	-	9	3,6	7	2,8	247	100,0
2006	123	55,2	89	39,9	-	-	4	1,8	7	3,1	223	100,0
2007	123	49,4	98	39,4	3	1,2	11	4,4	14	5,6	249	100,0
2008	106	43,1	125	50,8	-	-	11	4,5	4	1,6	246	100,0
2009	129	43,6	149	50,3	1	0,3	8	2,7	9	3,0	296	100,0
2010	123	42,9	133	46,3	2	0,7	21	7,3	8	2,8	287	100,0

Fonte: DATASUS/SIM, 2013.

## Discussão

Em Sergipe observou-se predomínio dos óbitos por transtornos mentais e comportamentais associados ao álcool em relação à doença alcoólica do fígado. Esses resultados são coincidentes com aqueles obtidos para as capitais das Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste<sup>(15)</sup>. Segundo os autores, nas Regiões Nordeste e Sul, ocorreram mais mortes por doença alcoólica do fígado.

Os dados também apontaram aumento na mortalidade atribuível diretamente ao consumo do álcool no Estado de Sergipe, entre os anos de 1998 e 2010, em ambos os sexos, o que se deve ao provável aumento no padrão de consumo da bebida, tanto em homens quanto em mulheres<sup>(23)</sup>. Resultados semelhantes foram obtidos pelo MS<sup>(18)</sup>, que também verificou que o consumo está mais intenso no país.

Os óbitos masculinos ocorreram por transtornos mentais e comportamentais associados ao álcool (1.186), diferentemente do feminino, que foram por doença alcoólica do fígado (133). Os homens continuam respondendo pela maioria dos casos<sup>(23)</sup>. Observou-se a razão de 9/1 em relação aos óbitos femininos, semelhante à razão encontrada para o Brasil<sup>(15)</sup>, entre 1998 e 2002.

No entanto, o coeficiente de mortalidade entre as mulheres vem crescendo com índices superiores ao verificado para o sexo masculino.

Apesar de essa diferença não ser tão pronunciada (1,9 vezes contra 1,7 vezes), tanto homens quanto mulheres estão morrendo cada vez mais pelo abuso de álcool. Tais fatos são confirmados pelo MS, que observou incremento no uso excessivo de álcool entre as mulheres, de 8,1%, em 2006, e em 2008 de 10,5%<sup>(17)</sup>.

O presente trabalho mostrou ainda que o consumo abusivo de álcool no Estado de Sergipe foi responsável direto por 2,0% do total de óbitos, sendo 3,2% do total entre os homens e 0,5% do total entre as mulheres. Essa taxa é maior que a encontrada no Brasil, entre 1998 e 2002<sup>(15)</sup>, que apontou o álcool como responsável direto por 0,8% dos óbitos masculinos e 0,1% dos femininos, no estudo sobre transtornos mentais e comportamentais, devidos ao uso de álcool. Esses resultados demonstram a importância de se estudar a mortalidade abordando todas as causas relacionadas ao álcool<sup>(22)</sup>.

Os coeficientes de mortalidade masculino, obtidos no presente, foram maiores que os observados na série em Portugal<sup>(24)</sup> (em que houve aumento no coeficiente de mortalidade, de 19,7, em 2006, para 22,7 óbitos por 100.000 habitantes, em 2009). Entre as mulheres, o estudo português também apresentou valores muito inferiores aos do sexo masculino, mas também registrou aumento na série (3,1, em 2006, para 3,7 óbitos, em 2009, por 100.000 mulheres menores que 65 anos), portanto, maior que o encontrado no presente estudo.

A faixa etária que apresentou o maior número de mortes no Estado é aquela que se situa entre 45 e 54 anos, sendo semelhante a uma pesquisa nacional recentemente realizada<sup>(18)</sup>. Dados da OMS<sup>(1)</sup> mostraram que o álcool foi o principal fator de risco para a morte entre os homens com idade entre 15 e 59 anos.

Assim como em Portugal, no ano 2010<sup>(24)</sup>, houve aumento na mortalidade atribuível diretamente ao álcool, em todas as regiões de saúde do Estado de Sergipe, o que indica que o consumo está cada vez mais intensificado. A OMS também cita aumento da mortalidade atribuível ao álcool nos países em expansão econômica, como o Brasil e a China<sup>(1)</sup>.

Quando ao local de ocorrência do óbito, a maior parte ocorreu em ambiente hospitalar. No entanto, observou-se que houve aumento dos óbitos no domicílio, quase sete vezes maior do que o crescimento observado em ambiente hospitalar. Quando se analisa o total de óbitos ocorridos no período, independente da causa, o percentual dos domiciliares foi de 33,2%, com tendência decrescente<sup>(20)</sup>, mas, no presente estudo, conforme referido anteriormente, o percentual de óbitos domiciliares foi de 38,0%, com tendência acentuadamente crescente.

A tendência do crescimento no número de óbitos no ambiente domiciliar pode ser indicativo de que os indivíduos ou suas famílias, por desconhecerem sua condição de doente, estão negligenciando assistência médica, cabendo aos serviços de saúde o combate a estigmas e preconceitos<sup>(25)</sup>.

### Considerações finais

Vale destacar que neste estudo foram analisadas apenas as mortes causadas diretamente pelo consumo excessivo de álcool, sendo excluídas aquelas em que essa substância é um fator associado, como os acidentes de trânsito, ou em casos de violência doméstica ou urbana, homicídios, doenças cardiovasculares ou câncer.

Observou-se que o consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe vem apresentando níveis crescentes do coeficiente de mortalidade em todas as regionais de saúde, em ambos os sexos, sendo predominante entre os homens, porém,

tem apresentado aumento mais pronunciado no coeficiente de mortalidade feminino.

Como no presente estudo foi utilizada a mortalidade atribuível ao álcool, o mesmo poderá subsidiar futuras investigações e contribuir para os gestores de saúde, e em especial para os gestores de saúde mental. Os resultados indicam que a questão precisa ser enfrentada e que, embora haja legislação específica acerca de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool, essa ainda não se traduz efetivamente em ações de saúde.

Finalmente, sabe-se que a fração de risco atribuível ao consumo de álcool é maior que a obtida nesta pesquisa, pois, além das condições de morte ou doença que são totalmente imputadas a essa causa, também são incluídas as condições para o quais o álcool é causa componente e, portanto, bastante superior às verificadas, revelando que hoje esse é um tema a ser considerado como importante questão de saúde pública.

### Referências

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.
3. Almeida JC, Campos JADB. Desordens devido ao álcool em adolescentes: confiabilidade de um instrumento de medida. *Alim Nutr.* jun 2009;20(3):435-40.
4. World Health Organization. Sixtieth World Health Assembly A60/14 Add.1 Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm. Provisional agenda item 12.7. GENEVA; 14–23 May 2007.
5. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2007.
6. Babor TF. La ciencia de la salud pública y la estrategia mundial sobre el alcohol. *Bol OMS.* 2010;88:643-3.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Programme d'action combler les lacunes en santé mentale

- (mhGAP): élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Genève; 2008.
8. Whunch V Filho. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. *Revista USP*. dez 2013;96(1):39-44.
9. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi FE, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007 Apr;8(4):292-3.
10. Boffetta P, Hashibe M, Vecchia CL, Zatonski W, Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer*. 2006 Aug;119(4):884-7.
11. Gunzerath L, Hewitt BG, Li TK, Warren KR. Alcohol research: past, present, and future. *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Jan;1216(Addiction Reviews):1-23.
12. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015 (BR) [Internet]. [Acesso 18 abril 2015]; Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm)
13. Moura JP. Álcool e o risco cardiovascular: a propósito de novas metanálises. *Rev Fatores Risco*. out 2011;23(4):14-7.
14. Benedicto RP. Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto-SP, 1996-2007. [Dissertação de mestrado em Enfermagem Psiquiátrica]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo; 2011. 92 p.
15. Marín-Leon L, Oliveira HB, Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil:1998 - 2002. *PsicolEstudo*. jan 2007;12(1):115-21.
16. Innamorati M, Pompili M, Martinotti G, Serafini G, Amore M, Lester D, et al. Trends in alcohol-related deaths in the EU countries in 1980-2003 *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Apr;59(5):443-51.
17. Ministério da Saúde (BR). SUS. Cresce o consumo de álcool entre os brasileiros-VIGI-TEL 2008. [Internet]. [Acesso 13 jan 2014]; Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/3479-cresce-o-consumo-de-alcool-entre-os-brasileiros>
18. Ministério da Saúde (BR). 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. Série G. Estatística e Informação em Saúde.
19. Confederação Nacional dos Municípios. Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso 12 jan 2013]. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/pdf/12985756.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Informações de Saúde. [Internet]. Brasília, 2013. [Acesso 13 jan 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
21. Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.
22. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2011 Mar;34(2):135-43.
23. Andrade AG, Silveira CM. Problemas comportamentais ligados ao uso de álcool. *Revista USP*. dez 2013;96(1):9-19.
24. Ministério da Saúde (PT). Plano Nacional de Saúde. Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos [Internet]. [Acesso 30 jan 2013]; Disponível em: <http://impns.dgs.pt/doencas-mentais/mortalidade-por-doencas-atribuiveis-ao-alcool-antes-dos-65-anos>.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. ]. [Acesso 30 jan 2013; Disponível em: <http://www.brasil-sus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Recebido: 01.07.2014

Aprovado: 19.05.2015