UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RUBIA PAIXÃO BENEDICTO

Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na
microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.

Ribeirão Preto
2011

RUBIA PAIXÃO BENEDICTO

Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudo sobre a Conduta, Ética e a Produção do Saber em Saúde.

Orientador: Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus
Administrativo de Ribeirão Preto / USP

Benedicto, Rubia Paixão

Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007. Ribeirão Preto, 2011.

92p. : Il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, Apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Costa-Júnior, Moacyr Lobo.

1. Álcool. 2. Causa de morte. 3. Doenças. 4. Sistema de informação. 5. Causas externas.

BENEDICTO, Rubia Paixão

Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Aos meus pais, Agenor e Juvenilda, que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até o final desta etapa.

As minhas irmãs Camila e Samira pelo incentivo em todos os momentos difíceis.

Ao meu noivo Márcio, pelo carinho, compreensão e companheirismo.

A vocês eu dedico, não apenas esta obra, mas todas as conquistas de minha vida.

Agradecimentos

A Deus, sempre presente, por sua proteção, por me guiar aos lugares altos e por colocar pessoas de bem em meu caminho.

Ao Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior, pela orientação, oportunidade de crescimento, amadurecimento científico e profissional. Obrigada por confiar em mim!

As minhas fiéis e amadas amigas Aline, Juliana e Simone, pelo companheirismo, carinho e escuta durante anos de convivência. Como é bom saber que posso contar sempre com vocês!

As amigas Caroline Fonseca e Gabriela Vasters que tive o prazer de conhecê-las nesta nova etapa de minha vida. Sempre se fizeram presentes, das mais diversas maneiras, incentivando através da força de vontade e companheirismo.

Aos amigos de trabalho Luciano e Célia por me alegrarem todas as tardes, nos momentos de cansaço, dúvida e insegurança, pela disponibilidade em me ajudar. Vocês fizeram a diferença, por isso, meus agradecimentos.

A Responsável Técnica de Enfermagem do Hospital Santa Tereza Dgmar Aparecida M. Duarte pelo apoio e compreensão.

Aos Docentes, pós-graduandos e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade, pelo enriquecimento dado ao trabalho e pela atenção dispensada.

*A todos
Muito Obrigada!*

RESUMO

BENEDICTO, R. P. **Causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.** 2011. 92f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Existem inúmeras evidências que permitem caracterizar o papel do álcool como fator de risco para doenças e morte, além de diversas consequências sociais negativas. Assim, o consumo de bebidas alcoólicas tem se tornado uma preocupação em âmbito mundial, sendo apontado como um importante problema de saúde pública. Considerando as limitações das estatísticas de saúde que levam em conta apenas a causa básica, o objetivo do presente trabalho foi descrever a mortalidade relacionada ao consumo de álcool, segundo causas múltiplas de morte da microrregião de Ribeirão Preto-SP por residência e/ou ocorrência, no período de 1996 a 2007. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo que utilizou como fonte dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). Foi realizado o download de 100% dos arquivos de óbito ocorridos no Brasil de 1996 a 2007 através do banco de dados do SIM disponível no site do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), sendo importados 324 arquivos referente às Declarações de Óbito (DOs). Utilizando o programa APPENDA, o banco de dados passou por diversos processos de filtragem sendo obtidos 1800 DOs que possuem menção álcool (F10) como causa básica ou associada. Observou-se nas 1800 DOs que 90,1% eram do sexo masculino, 56,9% estavam na faixa etária de 40-59 anos, 65,7% era da raça /cor branca, a análise de escolaridade esteve prejudicada devido ao número de ignorados (78,8%). Passaram pelo exame de necropsia 43,7% e, em 56,3% não foram colhidos exames ou quando colhidos não foram informados. Os capítulos da CID-10: IX - Doenças do aparelho circulatório, X - Doenças do aparelho respiratório e XI – Doenças do aparelho digestivo foram os três mais frequentes, totalizando 56,2% das causas básicas e praticamente a metade de todos os diagnósticos informados (48,7%). Entre as principais causas de morte destacam-se as doenças do fígado (K70-K77),

pneumonias (J12-J18) e outras doenças do aparelho respiratório (J22, J66-J99), pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas (K85-K86), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (F11-F19), outras doenças do aparelho digestivo (K82-K83, K87-K93), outras doenças do coração (I27-I43, I51-I52) e outras doenças hipertensivas (I11-I15). Apenas 1% dos óbitos com menção álcool estavam no capítulo de causas externas e a análise por agrupamento da CID-10 permitiu constatar a **ausência** dos diagnósticos de acidentes de transporte e agressões como causa básica, apontando a existência de um viés importante no fluxo de informação entre os Institutos de Medicina Legal - IMLs e o SIM. Os resultados deste estudo indicam que o IML dispõe de informações de que o setor da saúde necessita, não as transcrevendo, entretanto, na DO o que significa que não constam nas estatísticas oficiais. Dessa forma, levantou-se a necessidade de aprimoramento no fluxo de informação entre as unidades notificadoras e o SIM.

Palavras-chave: Álcool. Causa de morte. Doenças. Sistema de informação. Causas externas.

ABSTRACT

BENEDICTO, R. P. Multiple causes of death related to alcohol consumption in the micro region of Ribeirão Preto - SP, 1996 - 2007. 2011. 92f. Dissertation (Master) - Ribeirão Preto Nursing School, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

There are great number of evidences the allow to characterize the role of alcohol as a risk factor for diseases and death, besides several negative social consequences. Thus, consumption of alcoholic beverages has become a worldwide concern, being hailed as a major public health problem. Considering the limitations of health statistics that take into consideration only the basic cause, the purpose of this study was to describe the mortality related to alcohol consumption, according to multiple causes of death of the Ribeirão Preto micro region - SP for residence and/or occurrence from 1996 to 2007. This is a descriptive epidemiological study that used as a source the secondary data from the Mortality Information System of the Ministry of Health (SIM / MS). It was downloaded 100% of the files of deaths occurred in Brazil from 1996 to 2007 through available database on the SIM DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), and it was imported 324 files relating to declaration of death (DD). Using the APPENDA program, the database has gone through several filtering processes and 1,800 DDs were found mentioning alcohol (F10) as basic or associated cause of death. In the 1,800 DD documents refering to 'alcohol', there was predominance of males (90.1%), between 40-59 years old (56.9%), and of Caucasian ancestry ('White', 65.7%). Analysis of educational level attained was confounded due to the high number where this parameter was classed as 'unknown' (78.8%). Post mortem examinations had been undertaken in 43.7% of cases and in 56.3% of these no laboratory tests were requested. The ICD-10 Chapters: IX- Diseases of the circulatory system, X- Diseases of the respiratory system and XI- Diseases of the digestive system were the three most frequently assigned causes of death, totaling 56.2% of basic causes and 48.7% of all recorded diagnoses. Among the main causes of death include diseases of the liver (K70-K77), pneumonia (J12-J18) and other respiratory diseases (J22, J66-J99), acute pancreatitis and other diseases of the pancreas (K85-K86), mental and behavioral disorders due to use of

other psychoactive substances (F11-F19), other diseases of the digestive system (K83-k82, K87-K93), other heart diseases (I27-I43, I51-I52) and other diseases hypertension (I11-I15). Only 1% of deaths due to alcohol were mentioned in the chapter on external causes, and the analysis of the group ICD-10 revealed **the absence** of diagnoses of traffic accidents and violence as a basic causes, pointing to the existence of an important bias in the information flow between Institutes of Forensic Medicine - IMLS and the SIM. These results indicate that IML has information that the health sector needs, and they don't pass this information through. Because of this, the DDs are incomplete, which means they are not included in official statistics. Thus, it was aroused the necessity of improvement on information flow between the reporting units and the SIM.

Keywords: Alcohol. Cause of death. Diseases. Information System. External causes.

RESUMEN

BENEDICTO, R. P. **Causas múltiples de muerte relacionadas con el consumo de alcohol en la microrregión de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.** 2011. 92f. Disertación (maestría) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Existen muchas evidencias del papel del alcohol como factor de riesgo para enfermedades y muertes, con diversas consecuencias sociales negativas. El consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido en una preocupación mundial y es señalado como un importante problema de salud pública. Considerando las limitaciones de las estadísticas de salud, que sólo tienen en cuenta la causa básica de muerte, el presente trabajo buscó describir la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, según causas múltiples de muerte, en la microrregión de Ribeirão Preto – SP, por residencia y/o ocurrencia, en el periodo de 1996 a 2007. El estudio epidemiológico utilizó datos secundarios del Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud (SIM/MS). Por medio de la base de datos del SIM, disponible en el sitio web DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), se descargó el 100% de los archivos de óbito ocurridos en Brasil de 1996 a 2007 y se importaron 324 archivos referentes a las Declaraciones de Óbito —DO—. La base pasó por diferentes procesos de filtrado con el programa APPENDA, hasta obtenerse 1800 DO que mencionaban alcohol (F10) como causa básica o asociada. Se observó que 90,1% de las 1800 DO eran de sexo masculino; 59,9% estaban en la franja de edad de 40 a 59 años y 65% eran de raza/color blanco. El análisis de escolaridad fue perjudicado por el número de ignorados (78,8%). Un 43,7% de los casos pasó por examen de necropsia, mientras que en 56,3% no hubo exámenes o no fueron reportados. Tres capítulos de la CID-10 (*IX: Enfermedades del aparato circulatorio*, *X: Enfermedades del aparato respiratorio* y *XI: Enfermedades del aparato digestivo*) fueron los tres más frecuentes, totalizando 56,2% de las causas básicas y prácticamente la mitad de todos los diagnósticos reportados (48,7%). Entre las principales causas de muerte se las enfermedades del hígado (K70-K77), neumonía (J12-J18) y otras enfermedades respiratorias (J22, J66-J99), pancreatitis aguda y

otras enfermedades del páncreas (K85-K86), trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas (F11-F19), otras enfermedades del sistema digestivo (K83-K82, K87, K93), otras enfermedades del corazón (I27-I43, I51-I52) y otras enfermedades hipertensión (I11-I15). Apenas un 1% de los óbitos con mención de alcohol estaban en el capítulo de causas externas; el análisis por agrupación de la CID-10 permitió constatar la ausencia de los diagnósticos de accidentes de transporte y agresiones como causa básica, lo que indica una distorsión importante en el flujo de información entre los institutos de Medicina Legal —IML— y el SIM. Los resultados de este estudio apuntan a que el IML dispone de informaciones de que el sector de la salud necesita y que no las transcribe como DO, por lo que no constan en las estadísticas oficiales. De esa forma, se ve la necesidad de mejorar el flujo de información entre las unidades notificadoras y el SIM.

Palabras clave: Alcohol. Causa de muerte. Enfermedades. Sistema de Información. Causas externas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de distribuição da Declaração de Óbito	31
Figura 2 – Fluxo de informação segundo óbito hospitalares	32
Figura 3 - Página inicial do site DATASUS.....	45
Figura 4 - Página do site DATASUS: Local para transferência de arquivos	46
Figura 5 - Página do site DATASUS: Local de arquivos de dados	46
Figura 6 - Página do site DATASUS: Local dos arquivos de dados do SIM.....	47
Figura 7 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de dados do SIM para download.....	47
Figura 8 - Página do site DATASUS: acesso aos arquivos de declarações de óbito para download.....	48
Figura 9 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de declarações de óbito para download por Unidade de Federação (UF).	48
Figura 10 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de declarações de óbito para download por Unidade de Federação – UF (continuação).....	49
Figura 11 - Tela inicial do Programa APPENDA.....	50
Figura 12 - Programa APPENDA: Extrator de Arquivo	51
Figura 13 - Programa APPENDA: Extrator de Arquivo	51
Figura 14 - Programa APPENDA: Formação de filtro.....	52
Figura 15 - Programa APPENDA: Formação de filtro geração do arquivo RB1	54
Figura 16 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB1.....	54

Figura 17 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB2.....	55
Figura 18 - Programa APPENDA: Geração do arquivo RB3.	55
Figura 19 - Programa APPENDA: Extrator de arquivos - geração do arquivo RB3..	56
Figura 20 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - geração do arquivo RB3....	56
Figura 21 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB3.....	57
Figura 22 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB6.....	58
Figura 23 - Programa APPENDA: Geração do arquivo RB7.	59
Figura 24 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - Geração do arquivo RB7 ...	59
Figura 25 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - Geração do arquivo RB7...	60
Figura 26 - Programa APPENDA: Formação do filtro - geração do arquivo RB7.....	60
Figura 27 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB7.....	61
Figura 28 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB8.....	61
Figura 29 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB9.....	62
Figura 30 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A1.	64
Figura 31 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A2.	64

Figura 32 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no
arquivo de saída CID10A3.65

Figura 33 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no
arquivo de saída CID10A4.65

Figura 34 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no
arquivo de saída CID10A5.66

Figura 35 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no
arquivo de saída CID10A666

Figura 36 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no
arquivo de saída ALCOOL.67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de municípios da microrregião de Ribeirão Preto, segundo código do município no Sistema de Informações de Saúde/MS53

Tabela 2 – Número e proporção de óbitos com menção de álcool na DO, segundo município de residência, 1996-200769

Tabela 3 – Número e proporção de óbitos com menção de álcool, segundo algumas variáveis da DO, microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996-200770

Tabela 4 – Número de diagnósticos mencionados na Declaração de óbito segundo capítulos da CID-10, Microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996-200772

Tabela 5 – Principais causas de morte para óbitos com menção de álcool, segundo causas básicas de morte e causas associadas, microrregião de Ribeirão Preto - SP, 1996-200773

Tabela 6 – Número de diagnósticos mencionados na Declaração de óbito, segundo agrupamentos do capítulo de causas externas (CID-10), microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 200775

LISTA DE SIGLAS

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CBCD	Centro Brasileiro da Classificação de Doenças
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CID-10	10º Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
FORMSUS	Formulários do Sistema Único de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto de Medicina Legal
MS	Ministério da Saúde
NPML-RP	Núcleo de Perícias Médico Legal de Ribeirão Preto
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica

RNIS	Rede Nacional de Informações de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - SIM/MS.....	24
1.1.1 Histórico do Sistema	24
1.1.2 Declaração de Óbito.....	28
1.1.3 Fluxo de Informação.....	30
1.2 ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS MÚLTIPLAS	34
2. JUSTIFICATIVA.....	37
3. OBJETIVO	39
4. MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	41
4.2 ÁREA DE ESTUDO	42
4.3 COLETA DE DADOS	43
4.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO	67
5. RESULTADOS.....	69
6. DISCUSSÃO	77
7. CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS.....	87

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, não há conhecimento quanto ao tempo da descoberta do álcool, mas sabe-se que há milhares de anos o homem convive com ele. Achados arqueológicos e bibliográficos, dentre outros, indicam a utilização desta substância há milhares de anos antes da era cristã. Com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, registrou-se acentuado aumento na oferta de bebidas alcoólicas e, com isso, identificou-se um crescimento nos problemas de saúde da população devido ao consumo (excessivo) do álcool (LARANJEIRA; PINSKY, 2000.)

O álcool é uma substância psicotrópica. Atua no sistema nervoso central (SNC) provocando mudança de comportamento. Inicialmente aparecem os efeitos estimulantes como euforia (inquietação, agitação), desinibição e maior facilidade para falar. Com o passar do tempo inicia-se a fase depressora caracterizada por falta de coordenação motora, fala pastosa e sonolência. Quando o consumo é exagerado o efeito depressor é acentuado, podendo levar ao coma alcoólico. As intensidades dos efeitos podem variar de pessoa para pessoa segundo a uma série de fatores como sexo, idade, metabolismo e frequência de consumo.

Segundo o Capítulo de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a embriaguez é a consequência, no SNC, de uma ingestão maciça e recente de álcool.

Estima-se que aproximadamente 2 bilhões de pessoas em todo mundo consomem algum tipo de bebida alcoólica, e que o álcool é a causa de 1.8 milhões (3,2%) de mortes em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2004).

Estudos apontam crescimento no consumo alcoólico em diversos países no mundo, e consequente aumento nas taxas de morbidade e mortalidade o que permite evidenciar o papel do álcool como um fator de risco para doenças e morte (RILEY; MARSHALL, 1999; MELONI; LARANJEIRA, 2004; WHO, 2004, 2007).

Neste contexto, o consumo de bebida alcoólica tem se tornado uma preocupação em âmbito mundial, sendo considerado como um dos maiores problemas na saúde pública (BRASIL, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004; WHO, 2004; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006).

No Brasil, de acordo com o I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas (CARLINI; GALDURÓZ, 2002) nas 107 maiores cidades do país, o álcool com 68,7% de uso, é a droga mais consumida pela população brasileira.

Vários são os fatores que contribuem para estes índices elevados de consumo alcoólico. Dentre estes podemos citar que, pelo fato do álcool se tratar de uma droga lícita e de fácil acesso, isso predispõe o seu consumo. Assim, há o favorecimento de agravos como o desenvolvimento da dependência e de tolerância alcoólica e subsequente aumento de consumo (NOTO et al., 2004).

Segundo WHO (2002), 10% a 12% da população mundial sofre de dependência alcoólica e em levantamento realizado no Brasil (CARLINI; GALDURÓZ, 2002) a estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% o que corresponde a 5.283.000 de pessoas e a faixa etária onde aparecem as maiores porcentagens de dependentes foi a de 18 a 24 anos de idade. Também, observou-se que o sexo masculino bebe mais regularmente e cerca de cinco vezes mais em comparação com o sexo feminino. Além disso, há mais casos de dependência alcoólica entre homens, a cada três que consome bebida um torna-se dependente.

O contexto cultural leva a padrões de consumo que podem variar de acordo com o país, a faixa etária, o gênero, e as normas sociais (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

No Brasil, a cerveja e a cachaça fazem parte da cultura como componente de socialização e também de festividade, o que justifica os altos índices de consumo alcoólico entre a população (LARANJEIRA; PINSKY, 2000).

De acordo com o com Noto et al. (2004), a inserção cultural das bebidas alcoólicas é maior em comparação com a do tabaco, contando com ampla aceitação e valorização social.

Para Meloni e Laranjeira (2004), outro dado preocupante, é que o Brasil ocupa, com sua cachaça, a quarta colocação na ordem dos maiores produtores de bebidas alcoólicas do mundo, comercializando em torno de 200 milhões de litros ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno. Neste volume de consumo verifica-se que o Brasil apresenta um elevado grau de risco nas taxas de morbimortalidade, já que a quantidade de consumo é um dos elementos fundamentais para a avaliação de tais riscos.

O consumo de álcool entre adolescentes e jovens tem crescido e com o início cada vez mais precoce é o que mostra o levantamento nacional sobre uso de

drogas em crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras (NOTO et al., 2004). Neste levantamento a frequência de uso de bebida alcoólica semanal entre os jovens em situação de rua foi de 22% enquanto entre estudantes foi de 15%. Trata-se de um dado interessante, já que a frequência de uso não se diferenciou muito entre as duas populações, o mesmo não ocorre com as demais drogas, nas quais o seu consumo entre os jovens de situação de rua são bastante elevados comparados com o grupo de estudantes.

A tendência de aumento e precocidade no padrão de consumo entre os adolescentes e jovens também foi observado no I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, no qual foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultas com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos de 143 municípios brasileiros. No estudo encontrou-se uma alta frequência de adolescentes (9%) que bebem mais de uma vez por semana (12% meninos e 6% meninas). Quase 50% dos meninos bebeu mais que 3 doses por situação habitual e cerca de um terço deles consumiu 5 doses ou mais. Dos grupos populacionais os adolescentes são os que apresentam maiores riscos ao beber, não existindo um padrão de beber de baixo risco, pois as evidências mostram que mesmo o baixo consumo está relacionado com alto risco de acidentes (LARANJEIRA et al., 2007).

Além disso, ao consumirem álcool as crianças, adolescentes e jovens que não atingiram maturidade física completa sofrerão com efeitos prejudiciais como retardo no desenvolvimento emocional e psicológico, risco aumentado de uma variedade de doenças do sistema nervoso central, podendo também, prejudicar a função vital de órgãos internos (BRASIL, 2004).

Meloni; Laranjeira (2004) apontam que o álcool no Brasil está sendo considerado fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida neste país.

Em estudo realizado por Laranjeira (2004), cerca de 50% das internações psiquiátricas masculinas e de outros problemas sociais relacionado à violência estão associados ao abuso de álcool.

Ademais, o álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência (CARLINI; GALDURÓZ, 2002). Nas internações psiquiátricas, segundo Noto e Carlini (1995) 35% são relacionadas a problemas

decorrentes do uso de drogas psicoativas, sendo destas 90% causadas pelo consumo de álcool.

Em geral, o consumo de bebida alcoólica está relacionado a mais de 60 tipos de doenças e acidentes (WHO, 2002). Dentre os diversos problemas de saúde estão: baixo peso ao nascer, câncer bucal e orofaríngeo, câncer de esôfago, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cérebro-vascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas auto-motoras, quedas, intoxicação, danos auto infligidos e homicídios (WHO, 2004).

Segundo o levantamento do padrão de consumo do álcool na população brasileira que também analisou os problemas relacionados com o beber, metade dos que bebem apresentaram algum tipo de problema, os problemas físicos foram os mais citados (38%), os problemas familiares vem em segundo lugar (18%). Os problemas com violência foram mencionados por 23% dos entrevistados na faixa etária de 18 a 24 anos (LARANJEIRA et al., 2007).

Sobretudo, a discussão sobre os danos à saúde causado pelo consumo prejudicial do álcool deve seguir um contexto amplo, pois incluem-se além destes, os danos “sociais” e os “conflitos com a lei” estes podem, direta ou indiretamente, causar problemas físicos e/ou psicológicos - principalmente para terceiros (BRASIL, 2004).

Acredita-se que aproximadamente 20-30% dos cânceres de orofaringe e de fígado, além dos homicídios e acidentes de trânsito, estejam relacionados ao consumo de álcool (WHO, 2002).

Estudos apontam que o abuso de álcool determina a mortalidade precoce e mostram que as taxas estão em ascensão ao longo do tempo (WHO, 2004; MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

No Brasil de acordo com estudo que analisou os dados de mortalidade por dependência alcoólica através de informações compiladas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema oficial do Ministério da Saúde, mostraram que no ano de 2002, os óbitos por transtornos mentais constituíram 1,0% das mortes masculinas e 0,4% das femininas do total de óbitos ocorridas no país e destes, relacionado à dependência alcoólica foram 0,8% nos homens e 0,1% nas mulheres o que corresponde a 4.580 e 515 óbitos respectivamente, o que mostra que o álcool tem baixa frequência como **causa básica** de óbitos, considerando a

totalidade dos óbitos. A faixa etária entre homens com maior número de óbitos foi de 35 a 44 anos, nesta 96,8% dos distúrbios mentais foram por dependência alcoólica, nas mulheres os casos de óbitos continuam elevados na faixa de 35 a 44 anos com 79,2% de óbitos. Assim, foi possível observarmos a precocidade nos casos de mortalidade por dependência alcoólica (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

O estudo também avaliou os óbitos nos anos entre 1998-2002, a síndrome de dependência alcoólica dentro do número de mortes por transtornos mentais esteve relacionada a 92,6% dos óbitos nos homens e 88,2% nas mulheres.

O consumo de álcool é um dos fatores que deve ser considerado nos diferentes tipos de morte por causa externa, dentre elas podemos citar os acidentes de transporte, homicídio, suicídio, quedas, queimaduras e afogamentos. Estes óbitos, por sua vez, vêm sendo motivo de diferentes estudos em vários países. As evidências mais confiáveis da associação entre a causa externa de óbito e o álcool provêm de estudos de mortalidade ou morbidade entre vítimas hospitalizadas, nas quais a determinação positiva da concentração de álcool está quase sempre presente. (PAULA, 2007; MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

Paula (2007) avaliou a alcoolemia em vítimas fatais de causa violenta ocorrida na região de Ribeirão Preto no período de 2002 a 2004, através de amostra de sangue. Neste período foram necropsiados 1161 (56,0%) casos acidentais, 599 (28,9%) casos de homicídio, 138 (6,6%) casos de suicídio e 174 (8,35%) de outras causas. Dos 400 casos estudados a média de idade dos envolvidos foi de 36,3 anos, havendo predominância do sexo masculino, sendo que em mais de 50% dos casos as vítimas apresentavam alcoolemia positiva. O que mostra que o álcool está altamente correlacionado com as mortes de causa violenta.

Neste contexto é que se insere os interesses deste estudo, nos quais através de dados fornecidos pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde – DATASUS buscará analisar dados de mortalidade no intuito de avaliar a contribuição do consumo de álcool nos óbitos da microrregião de Ribeirão Preto no estado de São Paulo.

1.1. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - SIM/MS.

Conceitualmente, o Sistema de Informações em Saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (BRANCO, 1996).

Quando nos referimos ao sistema de informações em saúde devemos considerar que o mesmo está inserido dentro de outro sistema amplo e complexo, o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual tem por finalidade atingir a qualidade da assistência em saúde através de atividades de promoção, prevenção e recuperação. E é dentro desse processo conforme os princípios e conceitos do SUS, assegurados pela Constituição Federal de 1988, que o sistema de informações em saúde passa a ser instrumento fundamental para tomada de decisão na formulação de políticas que visam à qualidade de vida da população (PINTO, 2000).

Neste contexto, as estatísticas de mortalidade tornam-se imprescindíveis, já que constituem ferramenta fundamental para a saúde pública, tendo como objetivo mais eficaz prevenir a ação de causa precipitante como também, representa para a epidemiologia uma das principais fontes de informação para inúmeros estudos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 1994).

1.1.1 Histórico do Sistema

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2006), as estatísticas de mortalidade são não só as mais antigas dentre as estatísticas de saúde, mas também as mais utilizadas até hoje. Existem relatos históricos que evidenciam as suas finalidades administrativas, no que se refere ao pagamento de impostos e serviço militar desde os tempos da Grécia e Roma antiga. A apresentação das estatísticas segundo causas de morte ocorreu em 1662, quando John Graunt descreveu a situação de

óbitos ocorridos em Londres, bem como as relações dessas mortes com variáveis como sexo, idade, local de residência e características meteorológicas e ecológicas.

Na história dos registros de mortalidade e sistemas de informação destaca-se outro nome importante Willian Farr, que no final do século XVIII, também na Inglaterra, defendeu a uniformização internacional de definições sobre os eventos vitais, o uso de um modelo único de atestado de óbito e uma classificação de causas de morte (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2006; BRASIL, 2009a).

No Brasil, o primeiro ato governamental sobre registros de óbito data 1814 e a Lei de 1870 que regulamentava a criação no país de uma Diretoria-Geral de Estatística tendo como competência trabalhar os dados de nascimentos, casamentos e óbitos. Contudo, a obrigatoriedade do registro civil desses eventos só foi estabelecida em 1888. A partir daí, ocorreram algumas modificações legislativas sem maiores alterações na essência inicial das normas (BRASIL, 2009a).

Os primeiros dados de mortalidade por causa publicados no Brasil foi em 1944, quando o Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, publicou o anuário bioestatístico, referentes aos óbitos ocorridos em capitais brasileiras nos anos de 1929 e 1932. Desde então, embora de forma incompleta, eram publicados dados de mortalidade por causa, nos municípios das capitais.

Como essas informações vinham de iniciativas próprias dos municípios e, mais raramente, do estado, no início da década de 70 existiam reconhecidos mais de 40 modelos oficiais de atestados de óbito diferentes, sem contar as informações sobre mortes encaminhadas em folha de papel sem timbre, sem formato definido e, muitas vezes, sem identificação do notificante.

Sobretudo, nesta época, já existiam todos os insumos favoráveis à implantação de um Sistema de Informações sobre Mortalidade, em nível nacional, faltando apenas a decisão política para tal, oportunidade esta que surgiu em julho 1975, quando foi promulgada a Lei nº 6.229, que criava o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para o qual era essencial haver um subsistema de informações em mortalidade.

Como recomendação inicial foi definida a necessidade da adoção de um formulário-padrão de atestado de óbito (incluindo óbito fetal), o qual em relação às causas de morte, seguiria o padrão internacional proposto pela OMS, em 1948 relacionada à Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças.

Também, foram estabelecidos os fluxos a serem seguidos por este novo formulário padronizado assim como, que a sua impressão seria de competência do Ministério da Saúde para a implantação em todos os municípios do país a partir de 1976.

O Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ficou encarregado da realização dos cursos de treinamento de codificadores de causa básica e o Centro de Processamento de Dados da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul ajudaria na elaboração do sistema computacional que daria suporte informatizado ao SIM para todo país (BRASIL, 2009a).

Assim, o SIM começou a ser implantado em todo o país, sendo produzido farto material didático, como o manual de preenchimento do documento-básico e manual operacional para codificação de variáveis, juntamente com o treinamento pessoal, que enfatizou desde a sensibilização das autoridades a formação de médicos.

Outro ponto importante no processo de implantação do SIM foi à formação de recursos humanos para a codificação de causas de morte, o qual se deu através da criação do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, por meio de convênio entre o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e a Universidade de São Paulo. Esse centro, denominado Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (no país Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – CBCD), hoje, Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificação de Doenças em Português, tinha entre outras responsabilidades promover a melhoria da qualidade da informação dos atestados de óbitos e assessorar o Ministério da Saúde nas atividades relacionadas a promoção e revisões da CID (BRASIL, 2009a).

A implantação do SIM não foi acompanhada de legislação que obrigasse o uso do documento padrão. Havia um discreto apoio, representado pela Lei dos Registros Públicos – Lei 6.015, de 31 dezembro de 1973 regulamentava que:

Art. 78. Nenhum enterramento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte (BRASIL, 2005, p. 10).

Segundo Brasil (2005) era frequente as solicitações dos responsáveis pelos sistemas, no nível estadual, a elaboração de normas estaduais para que continuassem a prestar o serviço às estatísticas em epidemiologia.

Após muitas discussões sobre o assunto, foram enfim escritos e colocados em execução documentos destinados a legalizar não apenas os sistemas, como também especificar quem seriam seus gestores, quais suas atribuições e estabelecendo responsabilidades operacionais, tanto no campo estatístico como no de informática. Isto se deu através da Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000, substituídas pelas Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003 e Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, esta a mais recente, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio de informações sobre óbito e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2005; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Salientamos outra importante resolução do Ministério quanto à alimentação do sistema de informações pelos municípios através da Portaria MS/GM nº 1.882, de dezembro de 1997, que estabelece no país, o Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em um montante de recursos financeiros destinado, exclusivamente, ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. Em seu Artigo 6º prevê que as transferências dos recursos do PAB sejam suspensas, caso a Secretaria Municipal de Saúde deixe de alimentar por dois meses consecutivos os Sistemas de Informações em Saúde, entre eles o SIM (BRASIL, 2005).

Desde sua criação, o SIM pertenceu a diferentes setores do Ministério da Saúde, até que em 2003 devido a recente reestruturação desse Ministério o órgão gestor passou a ser a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), criada pelo Decreto nº 476, de 09 de junho de 2003 - Portaria MS/GM nº 1.929, de 09 de outubro de 2003 (BRASIL, 2009a). Na ocasião, foi estabelecido que, por órgão gestor, entendia-se:

o responsável pela área finalística que determina o objetivo e os propósitos de um sistema de informações, garantindo que ele cumpra as funções para as quais foi concebido, ou seja, responsável pela definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregações de dados, além da ordenação de alterações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2005, p.29).

1.1.2 Declaração de Óbito

O documento básico do SIM é a Declaração de Óbito (DO), desde 1948 após aprovada a Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças pela OMS, também se adotou um modelo de DO e uma mesma definição para causa de morte na busca de uma padronização dos dados estatísticos de mortalidade entre os países (LAURENTI, 1973).

Assim, a causa a ser tabulada em estatística de mortalidade foi denominada **causa básica da morte**, definida pela OMS como: “a) a doença ou lesão que inicia a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente a morte; ou, b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (OMS, 1994).

O intuito de identificar a causa básica de morte está na prevenção, uma vez que conhecendo a causa precipitante do processo mórbido pode-se atuar pontualmente na cadeia de eventos (LAURENTI; JORGE, 1996).

A adoção de um modelo único padronizado para a declaração de óbito permitiu a uniformização na notificação de cada morte registrada no país, bem como facilitou a apuração das informações de interesse para o setor de saúde (BRASIL, 2009a).

Ao longo dos anos do SIM, a DO sofreu modificações na formulação de algumas variáveis para melhor adequação e introdução de outras que se mostraram necessárias, dentre elas:

- Introdução de numeração sequencial para DO (já na fase de impressão), a fim de facilitar o controle quanto à emissão, distribuição, coleta e resgate do documento;
- Introdução da variável raça/cor;
- Introdução da variável número da Declaração de Nascido Vivo para os casos de óbitos de menores de um ano, para pareamento com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC);
- Introdução das variáveis que possibilitam saber se as mulheres em idade fértil que chegaram a óbito (por qualquer causa) estavam grávidas no momento da morte ou tinha estado grávida até um ano antes do evento fatal, visando à detecção de possíveis causas maternas;

- Introdução do campo VIII (óbitos por causas externas) com especificação, inclusive, de uma descrição sumária do evento e da fonte de informação que permitiu tal descrição;

- Substituição do nome do campo VI, de “Atestado Médico” para “Condições e Causas de Morte”, com o objetivo de afastar do médico o entendimento de que ele seria o responsável, apenas pelo preenchimento desse campo;

- Inclusão da linha “d”, na Parte I do campo Condições e Causa de Morte, para adaptá-lo às recomendações da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2009a).

O Primeiro modelo implantado em 1976 foi feito em duas vias, atualmente, apresenta-se em três, de cores diferentes (branca, amarela e rosa), com fluxos específicos para óbitos domiciliares e hospitalares.

Os campos da DO são compostos por nove blocos, com um total de sessenta e duas variáveis: Bloco I: Cartório de Registro Civil, Bloco II: Identificação do falecido; Bloco III: Residência – endereço habitual; Bloco IV: Local de ocorrência do óbito; Bloco V: Óbito Fetal ou menor de um ano; Bloco VI: Condições e causas do óbito – destacam-se os diagnósticos que levaram a morte, ou contribuíram para a mesma; Bloco VII: Dados do médico; VIII: Causas externas e Bloco IX: Localidades sem médico (BRASIL, 2009a).

Este modelo de DO consta de duas partes: Parte I, com três linhas (a, b, c), e onde deve ser declarada, em último lugar, a causa básica; Parte II, onde devem ser informadas outras condições significativas que interferiram no curso, porém não entraram na cadeia do processo mórbido (causas contributórias), ou seja, na linha c é registrada a causa básica, que por sua vez, dá origem a algumas complicações (causas consequenciais) que devem ser registradas nas linhas **b** e **a**. A última causa consequencial registrada na linha **a** é denominada **causa terminal ou imediata**.

No caso de morte de causa não natural, também denominada de causa externa a causa básica referisse as circunstâncias da violência - queda, acidente de trânsito, afogamento, homicídio, etc - que como na anterior é registrada na última linha da DO e, acima da básica, as consequenciais - fratura de crânio, rotura de fígado, esmagamento de tórax, etc - (LAURENTI; JORGE, 1996).

Em 1990 a 43ª Assembléia Mundial de Saúde adotou uma recomendação segundo o qual, onde houver necessidade, os países devem considerar uma linha

adicional, (d), na parte I do atestado e a inclusão de questões sobre a gravidez atual e sobre a gravidez no período de um ano anterior à morte (OMS,1994).

Atualmente, o Brasil apresenta a DO segundo as recomendações acima mencionadas e legislação que estabelece que deve ser preenchida por médico e, em caso de morte por causa não natural, por perito legista, pós-necrópsia, obedecidas as especificidades estabelecidas no código de ética médica e legislação pertinente.

O preenchimento da causa básica de óbito na DO deve seguir as regras de seleção e codificação correlatas da Classificação Internacional de Doenças, assim a partir dos códigos diagnósticos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a mais recente, pode-se codificar até 4 códigos diagnósticos em cada linha. Portanto a estrutura da DO com 4 linhas (**a**, **b**, **c** e **d**) na Parte I e uma Linha na Parte II possibilita que uma única DO possua até 20 códigos diagnósticos.

1.1.3 Fluxo de Informação

A DO é impressa, em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e distribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde para subsequente entrega às Secretarias Municipais de Saúde, que repassam aos estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal (IML), Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e Cartórios de Registro Civil, conforme segue ilustração:

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001.

Figura 1 – Fluxo de distribuição da Declaração de Óbito

As três vias percorrem os seguintes passos:

- Primeira via (branca): recolhida dos estabelecimentos de saúde e instituto de medicina legal, por busca ativa mensal, por órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade.

Deve ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados na instância municipal ou estadual;

- Segunda via (amarela): entregue à família, pelo médico ou unidade que a elaborou.

A família então encaminhará ao Cartório de Registro Civil para a emissão da Certidão de Óbito, onde ficará retida para os procedimentos legais;

- Terceira via (rosa): permanece nas unidades notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação do falecido. A figura 2 mostra, esquematicamente, tal fluxo.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001.

Figura 2 – Fluxo de informação segundo óbito hospitalares

Entretanto, este fluxo pode ser alterado dependendo do local em que ocorreu e do tipo de óbito conforme a mais recente Portaria nº 116, de 11 de Fevereiro de 2009, que regulamenta:

Art. 20. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora, terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 21. No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8º do Art. 19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no caput deste Artigo.

Art. 22. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 23. No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e

II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do caput deste Artigo, a 1ª via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art. 24. No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 25. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, as três vias da DO, emitidas pelo médico do IML de referência, ou equivalente, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento (BRASIL, 2009b).

1.2 ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS MÚLTIPLAS

As estatísticas de mortalidade têm origem nos dados informados por médicos ou legistas na DO. Dentre os itens da DO, as causas de morte são fundamentais para avaliar o peso das doenças e para delinear medidas políticas e intervenções efetivas em saúde pública (SANTO, 2007).

A causa inicial do processo mórbido é definida por meio de normas padronizadas internacionalmente pela OMS, sendo denominada como **causa básica**, esta por sua vez, dá origem a uma sucessão de afecções que são chamadas **consequências**. Outras causas que não entram na cadeia iniciada pela básica, e que na DO devem ser declaradas na parte II, são chamadas causas **contributórias**. A união entre as causas consequenciais e as contributórias constitui o que se chama de **causas associadas**.

As estatísticas de mortalidade por causas múltiplas são aquelas obtidas pela classificação de todas as causas (básica ou associadas) mencionadas na DO, fornecendo, principalmente, dois tipos importantes de informações: frequência total das causas existentes na população falecida e associações de causas (LAURENTI, 1973).

Tradicionalmente, a mortalidade que é apresentada através da causa básica constitui-se em um dado estatístico simples, unidimensional e de fácil compreensão

sendo um indicador de grande importância por permitir a prevenção e controle do processo mórbido, entretanto o fato de ser única restringe a apresentação de toda a cadeia mórbida letal e impossibilita a compreensão ampla da história patológica fatal.

Além disso, a caracterização da morte por causa única era adequada para descrever os padrões de mortalidade no século passando, quando as mortes eram devidas, em sua maioria, por doenças agudas e infecciosas ou por violência. Em virtude da transição epidemiológica, houve uma mudança neste padrão com uma considerável diminuição de mortes nos primeiros anos de vida e subsequente aumento na proporção de adultos e idosos, determinando uma maior sobrevivência e, conseguinte, aumento nas doenças crônicas como, por exemplo: as cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e outras.

É de se ressaltar, que as doenças crônicas na maioria das vezes não podem ser caracterizadas adequadamente por meio da causa básica assim como, nas mortes não naturais, somente as circunstâncias do acidente ou violência são apresentadas nas estatísticas primárias de mortalidade, enquanto é omitida a natureza das lesões provocadas pelas causas externas.

Nesse sentido, a análise de mortalidade por causas múltiplas tornam-se mais apropriadas, pois permitem corrigir a subestima de determinadas afecções importantes no processo mórbido possibilitando ações mais específicas de saúde (LAURENTI, 1973; LAURENTI; BUCHALLA, 2000; SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2003; SANTO, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

Considerando as limitações das estatísticas de saúde que levam em conta apenas a causa básica, desenvolveu-se a metodologia conhecida como causas múltiplas para o aproveitamento de todas as causas, básica e associadas informadas na declaração de óbito.

Ao observar a escassez de pesquisas que envolvem causas múltiplas e a riqueza de informações que oferecem despertou o interesse em estudar o álcool com base nesta metodologia.

Portanto, o intuito do estudo é analisar a menção do álcool na declaração de óbito associando-a com as demais causas e, dessa forma, obter as consequências e complicações mais frequentes para as pessoas que consumiram álcool independente de ser ou não causa básica.

3. OBJETIVO

3. OBJETIVO

Descrever a mortalidade relacionada ao consumo de álcool, segundo causas múltiplas de morte da microrregião de Ribeirão Preto-SP por residência e/ou ocorrência, no período de 1996 a 2007.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo utiliza método epidemiológico de delineamento transversal descritivo, a partir de dados secundários informatizados e processados nacionalmente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).

Para Sampieri; Collado e Lucio (2006) os modelos transversais descritivos têm por objetivo indagar a incidência e os valores em que se manifestam uma ou mais variáveis dentro do enfoque quantitativo.

Ademais, esses estudos são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade. No caso deste estudo, o fator e o efeito são observados num só momento histórico (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003).

A epidemiologia descritiva, entre outros aspectos, trabalha com as características demográficas dos indivíduos como sexo, idade, características socioeconômicas, comportamento no tempo e espaço, levantando hipóteses sobre fatores causais.

De acordo com Samaja (1993), é imprescindível que em toda investigação científica o objeto de estudo seja inteligível e que contenha pelo menos dois momentos básicos: a descrição do objeto que visa identificar e caracterizar os componentes e a possibilidade de reelaboração conforme um padrão de assimilação compatível com a razão humana. Para poder descrever de maneira científica a realidade é preciso explicar de que modo é feita a sua fragmentação, segundo categorias. O enunciado descritivo possui duas finalidades: serve para individualizar em determinado elemento ou componente do objeto e para atribuir-lhe certa propriedade. Já as proposições descritivas têm como valores conceitos classificatórios, conceitos comparativos, conceitos métricos e outros.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua

natureza e características. Além disso, busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades complexas (CERVO; BERVIAN, 2002). Ainda esses autores acrescentaram que a pesquisa descritiva pode assumir diversas formas, dentre elas, o estudo exploratório que tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias, além de realizar descrições precisas da situação e querer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

O Estado de São Paulo está localizado na região Sudeste do Brasil, juntamente com os estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A microrregião de Ribeirão Preto pertence ao Estado brasileiro de São Paulo (BRASIL, 2008a).

Situado no interior do Estado a microrregião de Ribeirão Preto possui uma área total de 6.007,036 km² e está dividida em dezesseis municípios (Barrinha, Brodowski, Cravinhos, Dumont, Jardinópolis, Luís Antônio, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho).

No ano 2006 (última contagem populacional do IBGE disponível no momento do levantamento de dados deste estudo), a microrregião contava com cerca de 967.906 habitantes sendo 474.891 do sexo masculino e 493.015 do sexo feminino ainda, 54,5% da população encontrava-se na faixa etária entre 20 a 60 anos de idade. As maiores cidades dessa região são Ribeirão Preto com 559.615 habitantes e Sertãozinho com 106.407 habitantes. A tabela a seguir apresenta a distribuição populacional entre os municípios.

Tal qual acontece no Brasil, à estrutura etária da população vem se modificando na região, com a queda ao longo dos anos do Coeficiente Geral de Natalidade (CGN) e do Coeficiente de Fecundidade Global (CFG) por mil habitantes, tendo o CGN variado de 18,5 (1996) para 13,9 (2006) e o CFG variado de 65,9 (1996) para 48,9 (2006) (BRASIL, 2008b).

Segundo dados do IBGE-CENSO demográfico (2000), a microrregião é constituída na sua maioria por população urbana (97,1%) e em minoria pela população rural (2,9%), em virtude de uma **migração** nas últimas décadas.

Também, conta com excelente saneamento básico, tendo 95,8% da população servida por água encanada, 93,7% por rede de esgoto e 96,8% com coleta de lixo. Fato importante é que Ribeirão Preto possui vários condomínios de luxo na periferia que apresentam poço artesiano e fossa séptica, portanto encontram-se fora da rede de serviço de água e esgoto. A alfabetização contém números expressivos com, 98,2% da população na faixa etária de 10 e mais alfabetizada (BRASIL, 2008b).

Em 2006, a região de Ribeirão Preto possuía um PIB (em milhões de Reais) de 11.270,94 e um PIB per capita (em milhões de Reais) de 20.139,26 (BRASIL, 2008c).

A história da microrregião é marcada pela economia cafeeira que trouxe riqueza e progresso à região, depois substituída pela cultura canavieira.

Em 1911 houve a instalação na cidade de Ribeirão Preto da Companhia Cervejaria Paulista vendida posteriormente para Companhia Antarctica Níger, o que contribuiu para uma cultura focada no consumo alcoólico. Exemplo disto, é que a cidade de Ribeirão Preto apresenta como ponto turístico a Choperia Pinguin, que desde sua criação sempre se destacou pela qualidade do chopp vendido o que garantiu a cidade status popular de “capital do chopp”. Em decorrência disso, hoje a região conta com diversos bares e choperias o que nos leva a inferir que haja um consumo alcoólico significativo.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados para um estudo podem ser obtidos de forma primária, ou seja, quando o levantamento é feito pelo próprio pesquisador ou de forma secundária por meio geralmente de registros ligados a instituições governamentais (COSTA-JUNIOR, 2006).

No presente estudo foram utilizados dados secundários do banco de dados informatizado e processado nacionalmente pelo Sistema de Informações sobre

Mortalidade do Ministério da Saúde os arquivos são fornecidos pela Secretária de Vigilância em Saúde em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e estão disponibilizados gratuitamente no site do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), de onde foram importados 100% dos arquivos de mortalidade do Brasil para os anos de 1996 a 2007.

A criação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS deu-se através do decreto 100 de 16 de abril de 1991 (BRASIL, 2002).

No início os serviços do DATASUS consistiam basicamente dos sistemas de faturamento ambulatorial e hospitalar, dos sistemas de acompanhamento de “Nascidos Vivos”- SINASC, “Agravos de Notificação” – SINAN e de “Mortalidade”- SIM , como também, de pequenos sistemas voltados para gestão administrativa. Em 1992 foi dado o primeiro passo para o acesso das informações do DATASUS através da internet caracterizando um importante avanço para as ações em saúde pública (BRASIL, 2002; COSTA-JUNIOR, 2006).

O DATASUS representa hoje uma das principais instituições de Tecnologia da Informação do Governo Federal, e tem uma das melhores estruturas de informática entre todos os órgãos da administração direta. Disponibiliza gratuitamente, de modo fácil e amigável todas as informações que podemos acessar junto ao Ministério da Saúde, as quais servem de subsídios para a análise objetiva da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e programação de ações de saúde (BRASIL, 2002).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera, conforme documento enviado ao DATASUS, que o conjunto de informações sobre saúde hoje disponível é um dos mais completos existentes no mundo (BRASIL, 2002).

A delimitação a partir do ano de 1996 leva em conta o período que entrou em vigor a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) momento em que o Departamento de Informática passou a digitar todos os campos da Declaração de Óbito tornando possível a análise de causas múltiplas de morte e 2007 por ser o último ano disponibilizado pelo DATASUS.

O processamento dos dados sobre óbitos foi efetuado em etapas a saber:.

PARTE I: Obtenção dos arquivos de mortalidade do Brasil para os anos de 1996 a 2007.

Os arquivos mortalidade do Brasil para os anos de 1996 a 2007 foram extraídos do site (<http://www.datasus.gov.br>).

Na página inicial do site DATASUS buscou-se o item **Serviços**, que contém serviços de transferência de arquivos, capacitação, catálogo, fórum de debates, FORMSUS - Formulários do SUS - e RNIS - Rede Nacional de Informações de Saúde - (tela 1).

A sequência foi clicar em **transferência de arquivos** (tela 2) e em **arquivos de dados** (tela 3) localizou-se o **Sistema de Informações de Mortalidade – SIM** (tela 4). A partir daí, aparece como opção para download os arquivos de mortalidade codificados segundo a CID-9 e CID-10. Em **arquivos codificados pela CID-10** (tela 5) os arquivos disponíveis para download são: arquivos de documentação, arquivos de declaração de óbito, definições para tabulação de dados e tabelas do sistema. Então, clicou-se em **arquivos de declaração de óbito** (tela 6), donde se extraiu os arquivos de óbito de cada Unidade de Federação do Brasil.

As telas a seguir ilustram passo a passo os procedimentos acima citados.

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 3 - Página inicial do site DATASUS

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 4 - Página do site DATASUS: Local para transferência de arquivos

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 5 - Página do site DATASUS: Local de arquivos de dados

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 6 - Página do site DATASUS: Local dos arquivos de dados do SIM.

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 7 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de dados do SIM para download.

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 8 - Página do site DATASUS: acesso aos arquivos de declarações de óbito para download.

Todos os arquivos para download estão no formato ".DBC", que corresponde a arquivos em padrão DBase (.DBF) comprimidos para ocuparem menos espaço. O número em cada célula da tabela corresponde ao tamanho em Kb (Telas 7 e 8). Foi clicado em cada Estado e para cada ano, na célula, procedendo-se assim ao download de 324 arquivos.

Arquivos de declarações de óbitos

Os arquivos de declarações de óbito contêm cada DO que entrou no sistema, de acordo com o layout que pode ser visto nos arquivos de documentação. Existe um arquivo para cada UF e ano, com os óbitos não fetais ocorridos no ano com residentes da UF; além disso, há também arquivos anuais com os óbitos fetais.

Todos os arquivos estão em formato ".DBC", que corresponde a arquivo em padrão DBase (.DBF) compactados. Para expandi-los, utilize a função "Arquivo/Comprime/Expand" do programa TabWin, disponível no site do Datasus.

Na tabela a seguir, o número nas células da tabela corresponde ao tamanho, em KB, do arquivo. Clique na célula para download do arquivo correspondente.

Conteúdo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Residentes por UF											
Acre	62	63	62	67	83	82	88	84	92	102	110
Alagoas	312	342	388	394	421	483	520	438	522	526	735
Amapá	45	48	44	59	58	68	70	72	73	67	91
Amazonas	214	221	240	310	315	336	344	331	377	390	540
Bahia	1.311	1.281	1.407	1.913	1.969	1.922	2.088	2.112	2.147	2.169	3.167
Ceará	722	763	724	1.054	1.046	1.161	1.287	1.337	1.329	1.310	1.906
Distrito Federal	212	223	220	302	327	343	374	373	398	391	489
Espírito Santo	412	406	447	570	589	635	649	698	717	735	985
Goias	591	610	629	838	826	896	982	988	1.051	1.027	1.377
Maranhão	280	319	354	375	476	607	677	742	750	823	1.124
Mato Grosso	233	246	289	364	404	452	487	508	515	521	895
Mato Grosso do Sul	295	296	290	376	406	445	454	493	509	513	633
Minas Gerais	2.374	2.470	2.464	3.167	3.155	3.400	3.511	3.740	4.928	3.837	5.246
Pará	431	453	502	649	696	775	800	899	918	959	1.329
Paraíba	387	389	395	447	477	525	559	603	645	661	931
Paraná	1.425	1.495	1.428	1.746	2.028	2.038	2.173	2.700	2.292	2.244	3.072
Pernambuco	1.211	1.239	1.301	1.673	1.708	1.812	1.897	1.916	1.930	1.938	2.631
Piauí	161	188	205	261	359	421	457	481	475	508	718
Rio de Janeiro	3.121	3.032	3.085	3.853	3.653	4.067	4.353	4.341	4.183	4.286	5.629

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 9 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de declarações de óbito para download por Unidade de Federação - UF.

The screenshot shows a web browser window with the URL http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sin/dados/od10_indice.htm#dados. The page title is 'Mortalidade - Download de Arquivos - CID-10'. The table lists the following states and the national average (Brasil) with 15 columns of data:

Estado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Alagoas	317	342	388	394	421	483	520	438	522	526	735	886			
Amapá	45	48	44	59	58	68	70	72	73	67	91	104			
Amazonas	214	221	240	310	315	336	344	331	377	390	540	654			
Bahia	1.311	1.281	1.407	1.913	1.969	1.922	2.088	2.112	2.147	2.169	3.167	3.690			
Ceará	722	703	724	1.054	1.046	1.161	1.287	1.337	1.320	1.340	1.906	2.234			
Distrito Federal	212	223	220	302	327	343	374	373	398	391	489	587			
Espírito Santo	412	406	447	570	589	635	649	698	717	735	985	1.153			
Goiás	591	610	629	838	826	896	982	988	1.051	1.027	1.377	1.602			
Maranhão	280	319	354	375	476	607	677	742	750	823	1.124	1.345			
Mato Grosso	213	246	289	364	404	442	487	508	515	521	895	772			
Mato Grosso do Sul	295	296	290	376	406	445	454	493	509	513	633	768			
Minas Gerais	2.374	2.470	2.464	3.167	3.155	3.400	3.511	3.740	4.928	3.837	5.246	6.265			
Pará	431	453	502	649	696	775	800	899	918	959	1.329	1.554			
Paraíba	387	389	395	447	477	525	559	603	645	661	931	1.143			
Paraná	1.425	1.405	1.428	1.746	2.028	2.038	2.172	2.700	2.292	2.244	3.072	3.672			
Pernambuco	1.211	1.239	1.301	1.673	1.706	1.812	1.897	1.916	1.930	1.938	2.611	3.148			
Piauí	161	188	205	261	359	421	457	481	475	508	718	846			
Rio de Janeiro	3.121	3.032	3.085	3.853	3.653	4.067	4.353	4.341	4.183	4.286	5.679	6.901			
Rio Grande do Norte	302	320	323	403	430	469	497	487	502	525	664	801			
Rio Grande do Sul	1.718	1.634	1.754	2.241	2.455	2.556	2.612	2.632	2.713	2.672	3.256	4.226			
Roraima	128	136	146	176	181	205	219	196	235	234	305	321			
Santa Catarina	29	28	33	45	49	47	50	42	58	60	77	92			
São Paulo	685	679	692	748	960	1.014	1.061	1.082	1.118	1.098	1.445	1.768			
Seripe	5.668	5.682	5.644	8.085	8.268	8.334	8.745	9.503	10.006	9.579	11.727	14.222			
Tocantins	195	195	220	292	294	307	345	336	354	369	501	575			
Óbitos fetais	99	104	111	143	151	174	182	194	198	198	270	333			
Brasil	1.066	1.021	1.166	1.191	1.141	1.159	1.102	1.178	1.178	1.097	1.465	1.594			

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Figura 10 - Página do site DATASUS: Acesso aos arquivos de declarações de óbito para download por Unidade de Federação (continuação).

Realizado o download de 100% dos arquivos de óbito ocorridos no Brasil de 1996 a 2007, estes foram salvos no disco rígido do computador no endereço que se segue C:\DISSERT.RB\DADOS\MORT.

Em seguida os arquivos foram expandidos, voltando ao tamanho normal no formato DBF. Para tanto, utilizou-se o programa EXPDBF.EXE fornecido pelo Ministério da Saúde (MS).

PARTE II: Procedimentos para gerar arquivo de óbito por ocorrência e residência para os municípios da microrregião de Ribeirão Preto.

Para a realização da obtenção das informações utilizou-se o programa executável APPENDA, também fornecido pelo MS, que trabalha tanto a descompactação do formato DBC para o formato DBF, quanto à integração dos arquivos dos estados por ano.

O programa APPENDA permite a formação de arquivos DBF, selecionando-se os campos e os registros desejados, segundo critérios de seleção para as variáveis envolvidas. Também, reconhece os arquivos compactados em sua

extensão DBF expandindo-os automaticamente quando necessário. Utilizando o programa APPENDA, foi criado um único arquivo que contém os 16 municípios da microrregião de Ribeirão Preto com 100% dos óbitos de residentes e ocorridos na mesma.

Para melhor compreensão da construção do banco de dados, seguem ilustrações dos passos e procedimentos.

Figura 11 - Tela inicial do Programa APPENDA

A tela do programa APPENDA na qual, contém informações iniciais sobre como extrair os dados do banco e anexá-los em outra pasta. Na ilustração observa-se que há a solicitação das letras iniciais dos arquivos a serem anexados, que neste caso corresponde as letras **DO** (declaração de óbito).

A extensão dos arquivos utilizados é **DBF**, dado que foram expandidos, caso isso não fosse realizado haveria a opção de trabalhar com a extensão **.DBC**, além das opções de arquivos com extensão para **LZH**, **ARJ**, **ZIP**, **DBC**. Os arquivos não serão temporários, sendo a opção **N**, que significa não, a de escolha para seleção. Na sequência, há a solicitação de um caminho para encontrar os arquivos e anexar, que neste caso foi **C:\DISSERT.RB\DADOS\MORT** - saída do drive C arquivos com as duas primeiras letras **DO**, também o programa solicita o nome do arquivo de saída: **RB1** que significa o nome do arquivo que será anexado. Após, existem as

opções **EXECUTA**, **CANCELA** e **BROWSE**, das quais foi utilizada a opção **EXECUTA**.

Figura 12 - Programa APPENDA: Extrator de Arquivo.

A figura 12 é a segunda tela do programa, ela mostra os arquivos separados pelo Estado e ano. Sendo selecionada a opção **TODOS**, já que o interesse foi em extrair dados de todos os arquivos de óbitos sem seleção prévia isto é, os 324 arquivos referente as DOs de todos os estados brasileiros de 1996 a 2007.

Figura 13 - Programa APPENDA: Extrator de Arquivo.

A figura 13 descreve a etapa da execução do banco de dados que oferece a possibilidade de seleção das variáveis que serão incluídas no arquivo a ser gerado

pelo sistema. Há disponíveis 40 variáveis nos anos de 1996 a 2007. Foram selecionadas todas as variáveis para posterior escolha daquelas utilizadas nesta pesquisa. Após selecionar o campo **TODOS** (incluindo todas as variáveis), o campo **FILTRO** foi acionado para ser usado na próxima tela.

Figura 14 - Programa APPENDA: Formação de filtro.

Esta é a etapa de seleção dos filtros para a composição do banco de dados, referentes às declarações de óbito (DOs) **apenas** de residentes dos municípios que pertencem a microrregião de Ribeirão Preto. Este procedimento determinará quais registros (DOs) do arquivo serão escolhidos, para a formação do banco de dados.

Para isso, utilizou-se a variável **CODMUNRES** com o código dos municípios de residência sendo estes, apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1 – Relação de municípios da microrregião de Ribeirão Preto, segundo código do município no Sistema de Informações de Saúde do Ministério da Saúde.

CÓDIGO	MUNICÍPIO
350560	Barrinha
350780	Brodowski
351310	Cravinhos
351460	Dumont
351460	Guatapar
351885	Jardinópolis
352760	Luís Antnio
354020	Pontal
354090	Pradópolis
354340	Ribeirão Preto
354750	Santa Rita do Passa Quatro
354760	Santa Rosa de Viterbo
355090	São Simão
355140	Serra Azul
355150	Serrana
355170	Sertãozinho

Fonte: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Nota: Estes códigos são determinados pelo IBGE.

O programa APPENDA permite a seleção de 10 campos no máximo por vez, utilizando campos numéricos ou compostos por palavras, podendo ainda ser adicionados pelas opções [= (igual), > (maior), < (menor) e # (diferente)] **AND** e **OR**.

No caso deste estudo foram utilizados os comandos = e **OR** para cada código de município, que significa CODMUNRES = “código 1” OU CODMUNRES = “código 2” OU, etc. Desse modo, selecionar as DOs dos residentes nos municípios listados.

Como o programa não suporta filtrar as 16 cidades de umanica vez elas foram divididas e salvas em dois arquivos, assim as cidades Barrinha, Brodowski, Cravinhos, Dumont, Guatapar, Jardinópolis, Luís Antonio, Pontal e Pradópolis foram salvas no arquivo denominado **RB1** e as cidades Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rita do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho foram salvas no arquivo denominado **RB2**. Após preencher os códigos

dos municípios segue-se a tecla **EXECUTA** para salvar os arquivos. As ilustrações abaixo demonstram esta etapa.

Figura 15 - Programa APPENDA: Formação de filtro geração do arquivo RB1.

Figura 16 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB1.

Figura 17 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB2.

Na sequência, uniram-se os arquivos **RB1** e **RB2** sem filtro em **RB3**, para isso, no programa APPENDA as letras iniciais dos arquivos a anexar foi **RB***, o caminho para encontrar os arquivos a anexar foi **C:\DISSERT.RB\DADOS\ARQUIVOS** e o nome do arquivo de saída **RB3** (figura 18) então, após selecionar os arquivos **RB1** e **RB2** seguem as teclas **CAMPOS** (figura 19), a opção **TODOS** e **EXECUTA** (figura 20).

Figura 18 - Programa APPENDA: Geração do arquivo RB3.

Figura 19 - Programa APPENDA: Extrator de arquivos - geração do arquivo RB3.

Figura 20 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - geração do arquivo RB3.

Figura 21 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB3.

Dessa forma, obtiveram-se todos os óbitos de residentes da microrregião num único arquivo, não importando, onde eles tenham ocorrido, com consulta em todos os arquivos de todos os estados do país neste período.

Para gerar os arquivos referentes aos óbitos ocorridos na microrregião utilizaram-se apenas os arquivos do Estado de São Paulo - **DOSP*** seguindo a mesma sequência utilizada para anexar os óbitos de residentes. Assim, do arquivo inicial **DOSP*** geraram-se os arquivos **RB4** e **RB5**, tendo estes como filtro o **CODMUNOCOR** a função = e **OR** para cada código dos municípios.

A próxima etapa foi unir os arquivos **RB4** e **RB5** sem filtro em **RB6** este, contendo todos os óbitos ocorridos na microrregião, sendo esses de residentes ou não (figura 22). Desse modo, os óbitos de residentes que ocorreram na microrregião encontram-se duplicados, pois já estão anexados no arquivo RB3.

Figura 22 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB6.

A fim de excluir esta duplicação, selecionou-se o arquivo **RB6** com filtro **CODMUNRES** com os comandos, **#** (diferente) e **AND**, entre os códigos dos municípios. Assim, gerou-se o arquivo **RB7** para os nove primeiros municípios e para os demais municípios, gerou-se o arquivo **RB8** a partir do arquivo **RB7** com filtro **CODMUNRES** com os comandos, **#** e **AND**. Significa CODMUNRES **#** “código” que **NÃO** é daquele município e **AND** que também **NÃO** é do município seguinte, etc. Assim, para que seja válido o registro não deve possuir no campo CODMUNRES, nenhum dos códigos listados. No arquivo RB7 não existe residentes nos nove primeiros municípios, com o procedimento para RB8, eliminam-se os residentes dos demais municípios.

Dessa forma, têm-se todas as ocorrências de óbitos na microrregião de pessoas **não** residentes. As telas ilustram a sequência realizada.

Figura 23 - Programa APPENDA: Geração do arquivo RB7.

Figura 24 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - geração do arquivo RB7.

Figura 25 - Programa APPENDA: Extrator de arquivo - geração do arquivo RB7.

Figura 26 - Programa APPENDA: Formação do filtro - geração do arquivo RB7.

```

***** R E S U M O *****
1 arquivo(s) anexado(s)
FILTRO: CODMUNRES # '350560' .AND.
        CODMUNRES # '350780' .AND.
        CODMUNRES # '351310' .AND.
        CODMUNRES # '351460' .AND.
        CODMUNRES # '351885' .AND.
        CODMUNRES # '352510' .AND.
        CODMUNRES # '352760' .AND.
        CODMUNRES # '354020' .AND.
        CODMUNRES # '354090'
QUANTIDADE DE CAMPOS ESCOLHIDOS:TODOS
QUANTIDADE DE REGISTROS ANEXADOS:      57160
ARQUIVO de SAÍDA:RB7.dbf
Pressione qualquer tecla para continuar ...

```

Figura 27 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB7.

```

***** R E S U M O *****
1 arquivo(s) anexado(s)
FILTRO: CODMUNRES # '354340' .AND.
        CODMUNRES # '354750' .AND.
        CODMUNRES # '354760' .AND.
        CODMUNRES # '355090' .AND.
        CODMUNRES # '355140' .AND.
        CODMUNRES # '355150' .AND.
        CODMUNRES # '355170'
QUANTIDADE DE CAMPOS ESCOLHIDOS:TODOS
QUANTIDADE DE REGISTROS ANEXADOS:      8608
ARQUIVO de SAÍDA:RB8.dbf
Pressione qualquer tecla para continuar ...

```

Figura 28 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB8.

Finalizou-se a etapa de criação do banco com a união dos arquivos **RB3** (óbitos de residentes) e o **RB8** (óbitos de não residentes ocorridos na microrregião) sem filtro e gerando o arquivo **RB9** este, contém todos os óbitos relativos à microrregião, seja por residência ou ocorrência. A figura abaixo ilustra o total de declarações de óbitos anexados.

Figura 29 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída RB9.

O arquivo **RB9** foi renomeado para **CID10.DBF**.

PARTE III: Procedimentos para, dado um arquivo de uma localidade ou região, gerar um sub-arquivo para determinada causa que tenha sido mencionada como causa básica ou múltipla, não importa em que posição na Declaração de Óbito.

Esta parte foi dividida em duas etapas que de seguem.

Etapas1. Desmembrar os campos de cada linha da Declaração de Óbito (Linha A, Linha B, Linha C, Linha D e Linha II), que contém até 4 causas em quatro variáveis separadas.

Para a realização desta etapa abriu-se o arquivo **CID10.DBF** no Programa Microsoft Excel, sendo o mesmo salvo como **CID10.xlsx**.

Na sequência abriu-se o arquivo **CID10.xlsx** e após a linha A, inseriu-se 4 colunas, sendo elas denominadas DIAG01, DIAG02, DIAG03 e DIAG04, na primeira linha de dados de DIAG01 foi inserida a função EXT.TEXTO(Linha A; 2;4), na qual a linha A corresponde a célula do primeiro dado desse campo, o número 2 significa que a copia deva começar na posição 2 e 4 que deve copiar os quatro caracteres da célula Linha A. Nas 3 colunas seguintes serão os mesmos comandos também relativos a célula Linha A, mas trocando as posições 2;4 por 7;4, 12;4 e 17;4.

Após inserir as fórmulas na primeira célula de cada coluna (DIAG01, DIAG02, DIAG03 e DIAG04), duplicou-se a mesma para as outras células.

Nas demais colunas (linhas B, C, D e II) foram realizados os mesmos procedimentos descritos acima, sendo DIAG05 a DIAG20 o nome das novas colunas.

Após a duplicação das fórmulas de cada grupo separadamente, a sequência foi EDITAR/COPIAR toda a planilha e em uma nova EDITAR/COLAR ESPECIAL/VALORES. Depois disso, deletou-se as colunas com os campos originais das linhas e o arquivo foi salvo como **CID10CM.xlsx**.

Para que o arquivo fosse salvo como DBF novamente foi necessário salvá-lo primeiro numa versão antiga do Excel (97-2003). Para isso, o arquivo CID10CM.xlsx foi dividido em dois arquivos **CIDCM1.xls** e **CIDCM2.xls** com 20.000 e o outro com 54.196 declarações de óbito respectivamente. A próxima etapa foi salvar os arquivos CIDCM1.xls e o CIDCM.xls como **.DBF** usando o DBase III.

Etapa 2: Procedimentos para geração do arquivo com menção de álcool

No programa **APPENDA** uniu-se os arquivos **CIDCM1.dbf** e **CIDCM2.dbf** sem filtro em **CIDCM.dbf** para que todas as declarações de óbito da microrregião por residência e ocorrência consta-se em um único arquivo. Para isso, as letras iniciais dos arquivos a anexar foi CID*, o caminho para encontrar os arquivos a anexar foi **C:\DISSERT.RB\DADOS\ARQUIVOS** e o nome do arquivo de saída **CIDCM** então, após selecionar os arquivos **CIDCM1** e **CIDCM2** seguem as teclas **CAMPOS**, a opção **TODOS** e **EXECUTA**.

Para geração do arquivo com declarações de óbitos que apresentem F10 (código de álcool na CID10) como causa básica ou associada seguiu-se as etapas de seleção dos filtros descritas abaixo.

Do arquivo **CID10CM** gerou-se o arquivo **CID10A1** com filtro **DIAG01 a DIAG10 = F10** e entre as variáveis a função **OR**.

Do arquivo **CID10CM** gerou-se o arquivo **CID10A2** com filtro **DIAG11 a DIAG20 = F10** e entre as variáveis a função **OR**. As figuras abaixo ilustram os totais de dados anexados.

```

***** R E S U M O *****
1 arquivo(s) anexado(s)
FILTRO: DIAG01 = 'F10' .OR.
        DIAG02 = 'F10' .OR.
        DIAG03 = 'F10' .OR.
        DIAG04 = 'F10' .OR.
        DIAG05 = 'F10' .OR.
        DIAG06 = 'F10' .OR.
        DIAG07 = 'F10' .OR.
        DIAG08 = 'F10' .OR.
        DIAG09 = 'F10' .OR.
        DIAG10 = 'F10'
QUANTIDADE DE CAMPOS ESCOLHIDOS:TODOS
QUANTIDADE DE REGISTROS ANEXADOS: 619
ARQUIVO de SAIDA:C:\DISSERT.RB\DADOS\CID10A1.dbf
Pressione qualquer tecla para continuar ...
  
```

Figura 30 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A1.

```

***** R E S U M O *****
1 arquivo(s) anexado(s)
FILTRO: DIAG11 = 'F10' .OR.
        DIAG12 = 'F10' .OR.
        DIAG13 = 'F10' .OR.
        DIAG14 = 'F10' .OR.
        DIAG15 = 'F10' .OR.
        DIAG16 = 'F10' .OR.
        DIAG17 = 'F10' .OR.
        DIAG18 = 'F10' .OR.
        DIAG19 = 'F10' .OR.
        DIAG20 = 'F10'
QUANTIDADE DE CAMPOS ESCOLHIDOS:TODOS
QUANTIDADE DE REGISTROS ANEXADOS: 1069
ARQUIVO de SAIDA:C:\DISSERT.RB\DADOS\CID10A2.dbf
Pressione qualquer tecla para continuar ...
  
```

Figura 31 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A2.

Para eliminar a duplicação de registros do arquivo **CID10A1** selecionou-se o **CID10A2** com filtro **DIAG01 a DIAG10 # F10** e entre as variáveis utilizou-se a função **AND**, os registros foram salvos como **CID10A3** (tela 30).

Figura 32 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A3.

Na sequência uniram-se os arquivos **CID10A1** e **CID10A3** sem filtro em **CID10A4** este, contém todos os registros de óbitos por residência ou ocorrência da microrregião que apresente menção de álcool (F10) em alguma posição.

Figura 33 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A4.

Para se excluir os registros anexados no arquivo CID10A4 que tenham F10 como causa básica, gerou-se o arquivo **CID10A5** a partir do **CID10A4** com filtro **CAUSA BASICA # F10** (tela 32). Têm-se assim, todos os registros com menção de álcool apenas como causa associada.

Figura 34 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A5.

Após este, gerou-se um arquivo que apresente **F10** apenas como causa básica a partir do **CID10CM** com filtro **CAUSA BASICA = F10** salvo como **CID10A6**.

Figura 35 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída CID10A6.

O processo de filtragem para a geração do banco de dados foi finalizado unindo-se os arquivos **CID10A5** e **CID10A6** sem filtro em **ALCOOL** este, possui todos os registros com menção de F10, seja como causa básica ou associada (tela 34) de óbitos ocorridos na microrregião ou de residentes desta ocorridos fora.

Figura 36 - Programa APPENDA: Resumo com o total de arquivos anexados no arquivo de saída ALCOOL.

Para processar as informações, utilizou-se o Software Epi Info 6.04, que é um processador de banco de dados e estatística para epidemiologia, produzido pelo Center of Disease Control and Prevention e disponibilizado sem custo para todos os interessados.

4.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis que foram utilizadas no estudo são as disponíveis no banco de dados de mortalidade (SIM-SUS), sendo estas: idade, sexo, raça (cor), naturalidade, ocupação, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, código do município de residência, código do município de ocorrência, tipo de óbito, data do óbito, assistência médica, acidente de trabalho, causa básica, linha A, linha B, linha C, linha D e linha II.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

O levantamento de dados de óbitos por local de ocorrência e residência dos 16 municípios pertencentes à microrregião de Ribeirão Preto – SP gerou arquivo com 74.196 DOs anexadas para o período de 1996 a 2007 deste, selecionou-se 1800 que possuem a menção álcool (F10) como causa básica e/ou associada.

Nenhum dos 1800 óbitos ocorreu fora do estado de São Paulo, sendo 72,4% ocorridos no município de Ribeirão Preto e 7,3% em Sertãozinho, ou seja, 80% dos casos ocorreram nas duas cidades. Das ocorrências, 51,7% são de residentes de Ribeirão Preto.

Tabela 2 – Número e proporção de óbitos com menção de álcool na DO, segundo município de residência, 1996-2007.

CÓDIGO	MUNICÍPIO	N	%
350560	Barrinha	65	3,6
350780	Brodowski	34	1,9
351310	Cravinhos	64	3,6
351460	Dumont	10	0,6
351885	Guatapar	9	0,5
352510	Jardinópolis	52	2,9
352760	Luís Antnio	10	0,6
354020	Pontal	81	4,5
354090	Pradópolis	23	1,3
354340	Ribeirão Preto	930	51,7
354750	Santa Rita do Passa Quatro	37	2,1
354760	Santa Rosa de Viterbo	27	1,5
355090	São Simão	24	1,3
355140	Serra Azul	25	1,4
355150	Serrana	76	4,2
355170	Sertãozinho	174	9,7
	Outros municípios listados	159	8,8
Total		1800	100,0

Fonte: SIM/MS

Tabela 3 – Número e proporção de óbitos com menção de álcool, segundo algumas variáveis da DO, microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996-2007.
(continua)

Variáveis/categorias	N	%
Sexo		
Masculino	1622	90,1
Feminino	178	9,9
Ignorado	0	0
Estado civil		
Solteiro	590	32,8
Casado	622	34,6
Viúvo	106	5,9
Separado	179	9,9
União consensual	33	1,8
Ignorados	270	15,0
Faixa etária		
20 a 29 anos	61	3,4
30 a 39 anos	346	19,2
40 a 49 anos	585	32,5
50 a 59 anos	439	24,4
60 a 69 anos	251	13,9
70 a 79 anos	89	4,9
80 e mais	22	1,2
Ignorados	7	0,4
Raça/cor		
Branca	1177	65,4
Preta	253	14,1
Amarela	24	1,3
Parda	253	14,1
Indígena	1	0,1
Ignorada	92	5,1
Escolaridade		
Nenhum	38	2,1
1 a 3 anos	91	5,1
4 a 7 anos	189	10,5
8 a 11 anos	54	3,0
12 anos e mais	10	0,6
Ignorados	1418	78,8
Local de ocorrência		
Hospital	1354	75,2
Outros estabelecimentos de saúde	160	8,9
Domicílio	223	12,4
Via pública	22	1,2
Outros	38	2,1
Ignorados	3	0,2

Tabela 3 – Número e proporção de óbitos com menção de álcool, segundo algumas variáveis da DO, microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996-2007. (conclusão)

Necropsia		
Sim	967	53,7
Não	474	26,3
Ignorados	359	19,9
Exame		
Sim	787	43,7
Não	343	19,1
Ignorados	670	37,2
Cirurgia		
Sim	122	6,8
Não	1049	58,3
Ignorados	629	34,9
Total	1800	100,0

Fonte: SIM/MS

Observando a distribuição pelas variáveis sociodemográficas e outras que são de interesse deste estudo e que constam na DO nota-se:

- São poucas as mulheres (9,9%);
- O estado civil não se diferenciou entre solteiros e casados;
- Mais da metade (56,9%) é constituída por adultos na faixa etária de 40 a 59 anos;
- É baixo o percentual de ignorados na variável raça/cor (5,7%), sendo 65,7% da raça/cor branca;
- A variável escolaridade esta prejudicada para análise devido ao número de ignorados (78,8%);
- Quanto ao local de ocorrência é pequeno o seu número em via pública (1,2%), um indício de que causas externas de morte não estão entre esses óbitos;
- O exame de necropsia foi realizado em 43,7% dos casos e, em mais da metade (56,3%) não foram colhidos exames ou quando colhidos não foram informados.

Para análise de causas mencionadas nas DOs estas foram distribuídas segundo capítulos da CID-10. Os capítulos com maior número de menções foram redistribuídos em agrupamentos (CID-10) com os resultados apresentados nas tabelas 4 e 5 que se seguem.

Tabela 4 – Número de diagnósticos mencionados na Declaração de óbito segundo capítulos da CID-10, Microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996-2007.

Capítulo CID-10	Causa básica	Diagnósticos anotados na parte I das DOs	Diagnósticos anotados na parte II das DOs	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	122	422	83	627
II. Neoplasias (tumores)	89	113	20	222
III. Doenças sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	50	20	74
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	34	163	160	357
V. Transtornos mentais e comportamentais	465	1069	815	2349
VI. Doenças do sistema nervoso	29	122	22	173
VII. Doenças do olho e anexos	0	1	0	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	193	582	292	1067
X. Doenças do aparelho respiratório	100	867	113	1080
XI. Doenças do aparelho digestivo	719	1331	259	2309
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	18	5	28
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2	10	3	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	19	77	72	168
XV. Gravidez, parto e puerpério	1	2	0	3
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	0	0
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	2	2	5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	464	34	498
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	70	6	76
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	17	67	10	94
TOTAL	1800	5430	1916	9146

Fonte: SIM/MS

Tabela 5 – Principais causas de morte para óbitos com menção de álcool, segundo causas básicas de morte e causas associadas, microrregião de Ribeirão Preto - SP, 1996-2007.

Causas de morte (CID-10)	Causa básica (Nº)	Diagnósticos anotados na DOS (Nº)	Total
Transt mentais e comportamentais dev uso álcool (F10)	462	1703	2165
Outras doenças do fígado (K71-K77)	4	921	925
Doença alcoólica do fígado (K70)	635	107	742
Pneumonia (J12-J18)	45	479	524
Outras doenças do aparelho respiratório (J22, J66-J99)	20	404	424
Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas (K85-K86)	33	198	231
Transt ment comport dev uso outr subst psicoat (F11-F19)	1	174	175
Outras doenças do aparelho digestivo (K82-K83, K87-K93)	4	166	170
Outras doenças do coração (I27-I43, I51-I52)	48	116	164
Outras doenças hipertensivas (I11-I15)	23	130	153
Hipertensão essencial (primária) (I10)	8	123	131
Outras doenças dos intestinos e peritônio (K52-K55, K58-K67)	15	115	130
Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn (J40-J44)	31	91	122
Infarto agudo do miocárdio (I21-I22)	36	63	99
Outras doenças do aparelho circulatório (I85-I99)	0	97	97
Hemorragia intracraniana (I60-I62)	35	53	88
Insuficiência cardíaca (I50)	1	53	54
Arteroesclerose (I70)	0	54	54
Outras doenças cerebrovasculares (I65-I69)	14	35	49
Úlcera gástrica e duodenal (K25-K27)	9	31	40
Outras doenças isquêmicas do coração (I20, I23-I25)	4	33	37
Transtornos de condução e arritmias cardíacas (I44-I49)	0	36	36
Embolia pulmonar (I26)	2	26	28
Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq (I64)	7	17	24
Outras doenças do esôfago estômago e duodeno (K20-K23, K28, K30-K31)	3	17	20
Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa (I80-I82)	5	13	18
Colelitíase e colecistite (K80-K81)	3	10	13
Infarto cerebral (I63)	3	10	13
Outras hérnias (K41-K46)	3	8	11
Gastrite e duodenite (K29)	3	7	10
Outras doenças das artérias arteríolas e capil (I71-I72,I77-I79)	4	5	9
Embolia e trombose arteriais (I74)	2	5	7
Ileo paralítico e obstrução intestinal s/hérnia (K56)	2	4	6
Doença diverticular do intestino (K57)	2	3	5

Fonte: SIM/MS

Observa-se que em nenhuma DO houve como causa básica de morte “causas mal definidas” (Capítulo XVIII) e em apenas 5,4% de todos os 9146 diagnósticos informados estão neste capítulo, um indicador indireto de qualidade dos diagnósticos informados.

Como já previsível em óbitos com menção de álcool os capítulos: IX - Doenças do aparelho circulatório, X - Doenças do aparelho respiratório e XI – Doenças do aparelho digestivo são as três mais frequentes, totalizando 56,2% das causas básicas e praticamente a metade de todos os diagnósticos informados (48,7%).

Entre as principais causas de morte destacam-se as doenças do fígado (K70-K77), pneumonias (J12-J18) e outras doenças do aparelho respiratório (J22, J66-J99), pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas (K85-K86), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (F11-F19), outras doenças do aparelho digestivo (K82-K83, K87-K93), outras doenças do coração (I27-I43, I51-I52), outras doenças hipertensivas (I11-I15).

Apenas 1% dos óbitos com menção de álcool estão no capítulo de causas externas (tabela 4) e a análise por agrupamento da CID-10 (tabela 6) permitiu constatar a **ausência** dos diagnósticos de acidentes de transporte e agressões como causa básica.

Tabela 6 – Número de diagnósticos mencionados na Declaração de óbito, segundo agrupamentos do capítulo de causas externas (CID-10), microrregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007.

XX - Causas externas de morbidade e mortalidade Agrupamentos (V01-Y98)	Causa básica	Diagnósticos anotados na DOS	Total
Acidentes de transporte (V01-V99)	0	0	0
Quedas (W00-W19)	4	5	9
Afogamento e submersão acidental (W65-W74)	2	2	4
Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00-X09)	0	0	0
Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas (X40-X49)	0	0	0
Lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84)	1	1	2
Agressões (X85-Y09)	0	0	0
Todas as outras causas externas (W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89)	10	69	79
Total	17	77	94

Fonte: SIM/MS

Ressalta-se que na microrregião de Ribeirão Preto ocorreram 2330 óbitos em decorrência de acidentes de transporte no mesmo período deste estudo, isto indica que a informação referente ao exame de alcoolemia - obrigatória por lei - está sendo omitida na DO.

Assim, os resultados apontam para a existência de um viés importante no fluxo de informações do Ministério da Saúde e considerando sua relevância será dado maior ênfase na discussão que se segue.

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Na microrregião de Ribeirão Preto os municípios com maior ocorrência de óbitos com menção de álcool na DO foram Ribeirão Preto e Sertãozinho que são referências no interior paulista no comércio e na indústria. O município de Ribeirão Preto possui uma cultura focada no consumo alcoólico, tendo como ponto turístico diversos bares e choperias predispondo a população ao comportamento de risco.

De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), os padrões de consumo de bebidas alcoólicas variam conforme a cultura, o país, o gênero, a faixa etária, as normas sociais vigentes e o grupo social considerado.

A análise das variáveis sócio-demográficas encontradas, mostram o predomínio do sexo masculino (90,1%) nas mortes com menção de álcool, o que reforça a tendência demonstrada por outras pesquisas nas quais, o sexo masculino se evidencia por um padrão de consumo com elevado grau de risco para morbimortalidade (GALDURÓZ, et al, 2000; CARLINI; GALDURÓZ, 2002; BARROS, et al., 2007).

De acordo com WHO (2002a), a proporção de mortes relacionadas ao consumo alcoólico entre homens é de 5,6% enquanto entre mulheres é de 0,6% no mundo.

Hipóteses têm sido construídas sobre a diferença no padrão de consumo alcoólico entre gêneros sobre pressupostos biológicos, sociais, econômicos, culturais. Discuti-se, entre outras coisas, o papel social da mulher, a utilização do álcool como ansiolítico pelos homens, a moral restritiva e estigmatizante do consumo de álcool entre mulheres (SANTANA; ALMEIDA FILHO, 1987; CESAR, 2006;).

Sobretudo, o consumo de álcool entre mulheres vem aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo e, dessa forma, as mulheres expõem-se a risco de mortalidade com níveis de consumo menores do que os dos homens considerando sua maior sensibilidade à toxicidade alcoólica (BRASIL, 2004).

A análise da variável faixa etária mostrou a precocidade de óbitos entre os que consumiam álcool estando mais da metade (56,9%) entre 40 e 59 anos.

O impacto dessas mortes relaciona-se diretamente com um indicador o APVP (Anos potenciais de vida perdidos), que se refere ao percentual de anos perdidos em razão de doenças ou mortalidade precoce. Assim, a mortalidade aumentada na faixa de pessoas em idade produtiva maior será o número de APVP.

Segundo WHO (2002a), no mundo o álcool é responsável por 3,2% de mortes e 4% do APVP.

Embora os resultados deste estudo, apresentem os óbitos com menção de álcool compostos em sua maioria por adultos, é importante salientar que o álcool possui impacto em qualquer estágio de doença, em todos os grupos etários, de maneira direta e indireta podendo gerar danos a curto e longo prazo.

Entre os danos e problemas “a curto prazo” gerados pelo consumo do álcool estão os acidentes de transportes, violências, agressões, atividade sexual não planejada ou não desejada, conflitos com a lei. Também, as mortes por afogamento são frequentemente associadas. Já os danos “a longo prazo” são resultados de consumo pesado (ou de alto risco) por um período maior de tempo podendo gerar danos a órgãos físicos (coração, fígado), perda de relacionamentos pessoais, e/ou emprego ou problemas financeiros (BRASIL, 2004).

Em geral, os jovens estão mais vulneráveis aos danos e problemas a curto prazo, dado o perfil de comportamento de risco que se expõem ao desafiar limites e, como consequência, lideram as estatísticas de mortalidade por causas externas.

Fato que merece destaque é que dos óbitos com menção de álcool somente 1,2% ocorreram em via pública demonstrando a quase inexistência de causas externas no grupo estudado. Dessa forma, nota-se o predomínio dos óbitos em decorrência de danos a saúde devido ao uso a longo prazo de álcool justificando a maior idade.

A análise por causas múltiplas de morte relacionada ao álcool permitiu observar sua forte associação com as doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. Entre as causas básicas a mais mencionada foi a doença alcoólica do fígado (K70).

Estes resultados reafirmam o já descrito em outras pesquisas, cujas evidências científicas de associação do álcool e doenças crônicas são comprovadas (WHO, 2002b, 2004 ; MALTA, 2006).

Sobretudo o que mais chamou atenção nos resultados foi o percentual de apenas 1% das menções no capítulo de causas externas de morte. E a análise por

agrupamento mostrou que das 1800 DOs NENHUMA apresentava como causa básica acidentes de transporte ou agressões (homicídios).

Portanto, de acordo com o SIM/MS, que utiliza como fonte de informação as DOs, em NENHUM dos casos de morte por acidente de transporte ou agressões o álcool foi informado como causa associada, por residência ou ocorrência nos 16 municípios da microrregião de Ribeirão Preto em 11 anos de coleta.

A relação entre o uso do álcool e os eventos acidentais ou situações de violência evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição de anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco (BRASIL, 2003).

Paula (2007) analisou o nível de alcoolemia em 400 vítimas de morte violenta ocorridas em Ribeirão Preto de 2002 a 2004, foram identificados 52% de alcoolemia positiva em vítimas de acidentes de trânsito, em sua maioria jovens e do sexo masculino, sugerindo que o consumo de álcool está altamente correlacionado aos acidentes de trânsito.

Também, resultado equivalente foi observado em estudo que analisou alcoolemia em infratores e vítimas de ocorrência de trânsito na cidade de Ribeirão Preto no período compreendido entre os anos de 2005 a 2007, sendo analisadas 2134 amostras de sangue, destes 77,5% apresentaram alcoolemia positiva, ou seja, com concentração de álcool no sangue maior que 0,6 g/l (PEREIRA, 2008).

No Brasil, estima-se que 70% dos casos fatais de acidentes de trânsito estão relacionados ao uso e abuso de álcool, representando uma importante parcela nas mortes por causas externas (LIMA, 2003).

De acordo com relatório da ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) morrem no mundo, em acidentes de trânsito, mais de 3.000 pessoas por dia, ou seja, em um ano 1,2 milhões pessoas. Como medidas de redução para estes óbitos destacam-se a necessidade de atenção no combate de dirigir sob efeito do álcool e maiores investimentos nas vias de circulação e nos equipamentos de segurança dos veículos.

A magnitude com que os acidentes de trânsito ocorrem em todo o mundo e as estimativas desfavoráveis fizeram com que os órgãos governamentais competentes desenvolvessem ações visando facilitar a aplicabilidade do Código de Trânsito Brasileiro pelos fiscalizadores e impor medidas administrativas mais severas para o condutor que dirigir sob influência de álcool.

Assim, o Código de Trânsito Brasileiro foi implantado pela lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, e modificado pela Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como “Lei Seca”, que inibe o consumo de bebida alcoólica pelo condutor de veículo automotor por considerar qualquer concentração de álcool no sangue como infração gravíssima, estando o condutor sujeito à multa e suspensão da carteira nacional de habilitação por até 12 meses.

A legislação brasileira dispõe na Resolução nº 206 de 20 de outubro de 2006, sobre os requisitos necessários para constatar o consumo de álcool e outras substâncias no organismo humano, determinando no Art. 3º a realização obrigatória do exame de alcoolemia para as vítimas fatais de acidentes de trânsito.

Desse modo, a análise toxicológica é indispensável para a confirmação de todo o tipo de intoxicação exógena, sendo um recurso de grande importância para o controle e prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas e também na investigação de aspectos médico-legais (PEREIRA, 2008).

Entre as complicações em decorrência do consumo abusivo de álcool estão os problemas sociais que podem ser potencializados pelos efeitos do álcool resultando em morte.

O I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (2007) trouxe informações sobre os problemas relacionados com o beber, segundo o estudo, cerca da metade dos que bebem apresentam problemas, os problemas físicos são os mais citados 38%, os problemas familiares vem em segundo lugar 18% e os problemas com violência foram mencionados por 23% da população jovem de 18 a 24 anos.

Semelhante ao que acontece com os acidentes de transporte, os casos de agressões apresentam forte associação com o álcool.

Gawryszewski; Kahn; Mello-Jorge (2005) analisaram os dados das vítimas de homicídios de residentes do município de São Paulo. Foram encontrados 42,5% de uso de álcool e 0,7% de uso de cocaína entre aqueles que tiveram o exame toxicológico realizado.

Ademais, em estudo realizado em vítimas não fatais, de diferentes causas externas, em um centro de atenção ao trauma no município de São Paulo, detectaram alcoolemia positiva em 28,9% dos casos, destacando-se como as maiores prevalências homens, jovens, vítimas de acidentes de trânsito e agressões (CARVALHO et al, 2002).

Os acidentes de transporte foram responsáveis por 2330 casos de morte, já as agressões corresponderam a 2237 registros, na microrregião de Ribeirão Preto no mesmo período do presente estudo, sendo em nenhum dos casos mencionado o álcool (F10), na DO, como causa associada.

Outro dado a ser destacado refere-se à realização do exame de necropsia, sendo o procedimento realizado em 53,7% dos óbitos com menção álcool e, em mais da metade (56,3%) não foram colhidos exames ou quando colhidos não foram informados.

Maiores elucubrações são desnecessárias para perceber que a informação quanto à alcoolemia está sendo omitida na DO e, obviamente, fazem com que as estatísticas não evidenciem a verdadeira realidade dos fatos deixando de contribuir para a tomada de decisão na formulação de políticas que visem à qualidade de vida da população.

De acordo com Branco (1996), conceitualmente, o Sistema de Informações em Saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

A análise do banco de dados do SIM, por meio da metodologia de causas múltiplas, permitiu observar um viés importante no fluxo de informações entre o IML e o SIM/MS na microrregião de Ribeirão Preto.

Fato importante é que existe um descompasso de tempo entre o preenchimento da DO para liberar o corpo, para o respectivo registro de óbito e enterro, e o laudo com as informações toxicológicas. Quando esta fica pronta a DO já seguiu seu curso no fluxo de informação.

Assim, é possível inferir que uma das justificativas para a ausência dos resultados de alcoolemia está no intervalo de tempo entre a emissão da DO e o laudo, que geralmente demora cerca de 15 dias para ficar pronto.

Além disso, pode ocorrer o descumprimento da legislação brasileira que exige a realização de alcoolemia para todas as vítimas de acidentes de trânsito. Isto foi identificado no estudo de Paula (2007), no qual em menos da metade dos exames necroscópicos realizados pelo Núcleo de Perícias Médico Legal de Ribeirão Preto - NPML-RP, de 2002 a 2004, foram coletadas amostras de sangue para

análise e, como possível justificativa, expõe a dificuldade de conscientização de profissionais que atuam na sala de necropsia, quanto à importância do exame toxicológico assim como, a metabolização do álcool pelo organismo de pessoas que antes de entrarem em óbito passam por procedimentos médicos.

Resultado semelhante foi apresentado por Abreu, Lima, Griep (2009) em pesquisa realizada no IML do município do Rio de Janeiro, na qual observou-se uma baixa frequência de realização dos exames de alcoolemia, apenas 34,8% realizaram o exame. Segundo os autores isso pode estar relacionado às dificuldades que a rotina do serviço do IML enfrenta para realizar efetivamente esses testes em todas as vítimas de acidentes de trânsito que para lá são encaminhadas. Nesse sentido, o estudo mostrou que 50,1% dos óbitos que chegaram no IML nas primeiras 12 horas, embora podendo realizar o exame, deixaram de ser realizados.

A preocupação com dados completos e corretos sempre esteve presente entre aqueles que, de alguma maneira, estavam englobados nas categorias de produtores, usuários, estudiosos da informação em saúde, em geral, e da mortalidade, em particular, visto que as estatísticas de mortalidade representam importante subsídio para a maioria dos indicadores de saúde (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2006).

Diante dos problemas apontados algumas hipóteses são levantadas quanto à possibilidade de ausência de informações de exames não apenas nas causas de acidentes de transporte e agressões, mas nos demais óbitos atendidos pelo IML assim como, a ocorrência da mesma problemática descrita, neste estudo, em outros IMLs do país.

Portanto, os resultados indicam a necessidade de adequação do fluxo de informação do SIM, junto ao IML e SVO, dado sua relevância na elaboração de políticas que visem à melhoria de vida da população, para que as informações advindas de exames laboratoriais possam constar na DO.

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Existem inúmeras evidências que permitem caracterizar o papel do álcool como fator de risco para doenças e morte como também, as diversas consequências sociais negativas.

Os achados deste trabalho mostram que os indivíduos que morreram e possuem menção álcool (F10) na DO sendo estes, residentes ou ocorridos na microrregião de Ribeirão Preto, são na sua maioria do sexo masculino e adultos.

Somente 1,2% das mortes ocorreram em via pública indicando um pequeno número de mortes por causas externas, assim há o predomínio dos óbitos decorrentes dos danos a longo prazo do consumo alcoólico.

A análise por causas múltiplas de morte relacionada ao álcool permitiu observar sua forte associação com as doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, constatando o já descrito em outras pesquisas, nas quais a associação do álcool e doenças crônicas é comprovada.

Sobretudo, o que mais chamou atenção foi a ausência de menção de acidentes de transporte e agressões nas 1800 DOs que possuem menção álcool como causa básica ou associada em 16 municípios em 11 anos de coleta, evidenciando a ocorrência de um viés importante no fluxo de informação gerado pela omissão dos resultados de alcoolemia nas DOs.

Os resultados deste estudo indicam que o IML dispõe de informações de que o setor da saúde necessita, não as transcrevendo, entretanto, na DO o que significa que não constam nas estatísticas oficiais. Dessa forma, levantou-se a necessidade de aprimoramento no fluxo de informação entre as unidades notificadoras e o SIM.

Considerado a existência do descompasso de tempo entre a emissão da DO, que deve ser entregue para família para o sepultamento e registro civil, e o laudo com as informações toxicológicas (cerca de 15 dias), sugere-se que a primeira via da DO aguarde a emissão do laudo para que seja incluída suas informações e, só então, siga o seu curso no fluxo de informações.

Outro ponto a ser reforçado está relacionado à conscientização dos profissionais ligados aos IMLs, quanto à importância da realização do exame toxicológico para todas as vítimas de acidentes de trânsito.

Portanto, para que os objetivos do Sistema Único de Saúde possam ser alcançados é indispensável o envolvimento conjunto de todos os que atuam no fluxo de informações, a fim de que possamos obter bancos de dados adequados e integrados a realidade da população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.502-509, 2007.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. 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. **Diário Oficial da União**; 20 jun 2008. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2008/11705.htm>. Acesso em: 12 ago 2010.

BRASIL. Lei nº 9.503, de setembro de 1997, atualizada pela Lei nº 9.602 de 21 de janeiro de 1998. In: **Novo código de Trânsito Brasileiro**. Livrosul; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Leis etc. Lei nº 6.229 de 17/07/75. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jun. 1975. Seção I, p. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Leis etc. Portaria nº 116 de 11/02/10. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 fev. 2009b. Seção I, p. 37.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=298&Itemid=423>. Acesso: 25 ago. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/alcool_reducao_danos.pdf >. Acesso em: 22 set. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Legislação relativa ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em : <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/Legislacao_SIM_SINASC.pdf>. Acesso: 25 ago 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns-alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 22 set. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Departamento de informática do SUS. DATASUS trajetória 1991-2002**. ED. MS, Brasília – DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf>. Acesso em: 22 set. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Departamento de informática do SUS. DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2008b.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>, acesso em: 10 set. 2008a.

BRASIL. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>, acesso em: 20 set. 2008c.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J. C. F. - I **Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Markron Books, 2002.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. Bras. Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006.

COSTA JÚNIOR, M. L. **Estatísticas de Saúde “on line”, Teoria e Prática**. 2006. 528f. Tese (Livre-Docência em Estatística aplicada às Ciências do Comportamento e Saúde Mental e Estatística Vital On Line) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.33, n.6, p. 304-312, 2006.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades de São Paulo**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2000.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T. JORGE, M. H. P. M. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.627-633, 2005.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, jun. 2007.

LARANJEIRA, R. Apresentação: Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, suppl.1, p. 1-2, mai. 2004.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em:
<portal.saude.gov.br/portal/.../relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf> Acesso em : 12 set. 2008.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **Alcoolismo**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LAURENTI, R. **Causas múltiplas de morte**. Tese (Livre-Docência em Estatística Vital do Departamento de Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. A elaboração de estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 21-28, 2000.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M. **O atestado de óbito**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1996.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **O sistema de informação sobre mortalidade: passado, presente e futuro**. São Paulo: CBCD, 2006.

LIMA, J. M. B. **Alcoologia: uma visão sistêmica dos problemas relacionados ao uso e abuso do álcool**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.15, n. 3, 2006.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEBA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 – 2002. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.12, n.1, p. 115-121, jan./abr. 2007.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiat.**, São Paulo, v.26, suppl. 1, p. 7-10, 2004.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2004.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. A. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). **Rev. ABBP-APAL** 17(3):107-114, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão – CID-10. V.2**. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por El tránsito**. Ginebra; Resumen; 2004.

PAULA, C.M.C. **Alcoolemia em vítimas fatais de causa violenta ocorridas em Ribeirão Preto e região no período de 2002 a 2004**. Ano. 2007 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PEREIRA, R. E. **Relação entre consumo de bebidas alcoólicas e as infrações e acidentes de trânsito**. Ano 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão-rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**. Ano 2000. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RILEY, L.; MARSHALL, M. **Alcohol and public health in 8 developing countries**. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html. Acesso em : 12 set. 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAMAJA, J. Epistemologia y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Bueno Aires, Editorial Universidade de Buenos Aires, 1993.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 2006.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: Ramos, S. P. **Alcoolismo hoje**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SANTO, A. H. Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito, Brasil, 2003. **Rev.Panam Salud Publica**. v. 22, n. 3, p. 178-186, 2007.

SANTO, A.H.; PINHEIRO, C. E.; JORDANI, M. S. Causas múltiplas de morte relacionadas à tuberculose no Estado de São Paulo, 1998. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 37, n. 6, p.714-721, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/globalstatusreportalcohol2004_alcconsumpt.pdf>. Acesso: 12 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE DEPARTMENT OF INJURIES AND VIOLENCE PREVENTION. **Alcohol and injury in emergency departments : summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf. Acesso em: 12 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva: WHO, 2002a. Disponível em:<http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. Acesso em: 12 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Burden of Disease 2000**. Geneva: WHO, 2002b. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper50.pdf>. Acesso em: 12 set. 2008.