

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE
ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL**

JAILSON VILBERTO DE SOUSA SILVA

**SANTOS/SP
2017**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE
ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL**

JAILSON VILBERTO DE SOUSA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

**SANTOS/SP
2017**

[Dados Internacionais de Catalogação]

Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

P654 Silva, Jailson Vilberto de Souza e.
Estudo da mortalidade associado ao transtorno de abuso e dependência ao álcool. / Jailson Vilberto de Souza e Silva; orientador Prof.º Dr. Sérgio Baxter Andreoli. – 2017.
65 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Dissertação. 2. Óbito. 3. Sistemas de Informação. 4. Alcoolismo. I. Andreoli, Sérgio Baxter. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 – 614(043.3)

JAILSON VILBERTO DE SOUSA SILVA

**ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE
ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL**

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a Dr. Sérgio Baxter Andreoli
Universidade Católica de Santos – UNISANTOS

Banca: Prof^a Dr^a. Lourdes Conceição Martins
Universidade Católica de Santos – UNISANTOS

Banca: Prof^a Dra. Prof.^a Dra. Selda Gomes de Sousa
Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

“Deus me proteja de mim e da maldade de gente boa.
Da bondade da pessoa ruim
Deus me governe e guarde ilumine e zele assim

Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber

Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver
Bom mesmo é ter sexto sentido
Sair distraído espalhar bem-querer”

Chico César

Dedico à minha mãe, pois vem demonstrando que na vida a força e a resiliência são sinônimos de carinho e ternura. Com um cuidado inconfundível de mãe, distribui um amor leve e intenso.

Dedico a minha amada e doce filha. Aílla, minha luz e razão de sequência na luta da vida.

Dedico ao meu amado pai. Doutrinou-me, dentro de sua sabedoria simples a ser firme e defensor convicto de minhas ideias. Com sua humildade, ensinou-me a ter amor próprio, para só depois expandi-lo para os outros. Abdicou de sua vida para nos dar condições de igualdade na partida das lutas diárias. A ele minha memória e amor sem fim. Como ele sempre dizia: Agora deu o "Pram", não tem mais jeito!

AGRADECIMENTOS

Agradeço todos que de forma direta ou indireta contribuíram para essa vitória que é a realização de um sonho por tempos guardado.

Agradeço a meu pai e minha mãe que lutaram incansavelmente para me dar todas as condições de chegar até esse ponto da vida.

Agradeço a minha querida, admirada e amada irmã, Juberlândia. Com sua retidão e cumplicidade na vida, sempre me dá a garantia de um porto seguro.

Agradeço a minha amada filha, que, mesmo sem saber, é a minha fonte inspiradora em todos os passos.

Agradeço a Niedna, minha companheira, pelo cuidado e atenção diária.

Agradeço a todos os professores da UNISANTOS, em especial ao meu orientador o Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli por sua calma e respeito, que são coroados com um profissionalismo ímpar.

Agradeço a banca examinadora pelas orientações e correções.

Agradeço ao meu honrado amigo o professor João Samuel de Moraes Meira por seu apoio incondicional, sobretudo nas horas de maior necessidade.

Agradeço ao Prof. Doutor Raimundo Filho por sua tranquilidade e luz no momento mas complexo dessa pesquisa.

Agradeço a meus amigos e companheiros de curso Bruno e Vanessa. Sem Bruno não teria começado o mestrado. Sua valiosa amizade representa para mim um divisor de águas na percepção do mundo. Sem Vanessa, minha querida amiga, não teria a menor condição de concluir o mestrado. Não encontro palavras para esse agradecimento. Apenas desejo que possamos realizar mais trabalhos juntos e que de alguma forma consiga lhe ajudar a “ser ninguém” na vida!

A vocês, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Introdução: O uso abusivo do álcool é considerado um problema de saúde pública no mundo e no Brasil. É responsável por a 5,9% das mortes do mundo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Além dos danos à saúde, estudos no Brasil verificaram o risco de óbito em homens em torno de 10 vezes maiores que em mulheres, com alta prevalência no Nordeste. Nos anos de 2003 a 2007 foi observada alta prevalência relacionada ao uso abusivo de álcool em homens, com maior frequência nas 4ª e 5ª décadas dos óbitos registrados pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO/PB). **Objetivo:** Verificar a associação da mortalidade por causa *mortis* relacionadas ao transtorno de abuso e dependência de álcool em óbitos admitidos no SVO/PB no ano de 2015. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo. A amostra foi composta pelos óbitos ocorridos no ano de 2015 que por critério, deram entrada no SVO/PB, em indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 50 anos. Coletou-se os dados a partir das declarações de óbitos e das fichas de admissão. Foram feitas análises estatísticas nos programas SPSS® e R® para avaliar a associação entre as variáveis e usou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, regressão logística com $p < 0,05$ e como medida de associação calculou-se a razão de prevalência com Intervalo de Confiança (IC). **Resultados:** Foi verificado 972 óbitos em homens no ano de 2015 na Paraíba. Na faixa etária de 20 a 50 anos foi verificado 192 óbitos e destes 28% que equivale a 54 casos, tiveram o óbito relacionado ao uso abusivo de álcool. Em análise sociodemográfica encontrou-se a maior prevalência no grupo dos óbitos por uso abusivo de álcool para faixa etária de 40 a 50 anos em uma porcentagem de 66,7%, a etnia parda encontrada foi 98,1% dos casos, a baixa escolaridade contabilizou 70,4% dos casos, o estado civil solteiro apareceu 83,3% dos casos. No tocante ao histórico médico relatado pela família os sinais clínicos mais frequentes foram a partir de doenças crônicas com 52,2% das ocorrências sendo os mais frequentes: edema de membros com 26% e desnutrição 26%; os transtornos mentais representaram 42,77% dos sinais relatados, sendo que deste os mais frequentes foram: tabagismo com 34% e epilepsia alcoólica com 22%. A maioria dos óbitos no grupo etilista ocorreu em hospitais e estabelecimentos de saúde com 44,4% de ocorrência. A proporção de óbitos em etilistas com causas do aparelho digestivo associada foi de 55,6% sendo 30 casos e a razão de prevalência dessa associação foi de 9,53 com Intervalo de Confiança - IC 4,58 – 20,60. A maior frequência de óbitos foi em João Pessoa, local onde se encontra o SVO/PB, observou-se que houve significância estatística para a diferença entre os grupos que receberam assistência por cidade e na associação entre o grupo que faleceu em hospitais e serviços de saúde por cidade, estando a maior proporção na cidade de João Pessoa em ambos casos, 44,8% e 33,3%, respectivamente. **Conclusão:** O nosso estudo mostra que o alcoolismo é um fator importante na causa *mortis* de um parcela grande da população masculina o que reforça a necessidade de políticas mais vigorosas de enfrentamento deste transtorno. Políticas que enfoquem desde a estruturação de sistemas de informação, análise e planejamento de ações em saúde, auxiliando na política de redução de danos pelo uso abusivo de álcool.

Palavras-chave: Óbito. Sistemas de Informação. Alcoolismo.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol abuse is considered a public health problem in the world and in Brazil. It accounts for 5.9% of the world's deaths according to the World Health Organization (OMS). In addition to health damage, studies in Brazil found the risk of death in men around 10 times higher than in women, with a high prevalence in the Northeast. In the years 2003 to 2007, a high prevalence was observed related to alcohol abuse in men, with higher frequency in the 4th and 5th decades of deaths recorded by the Death Verification Service (SVO / PB). **Objective:** To verify the association of mortality due to mortis related to the disorder of alcohol abuse and dependence in deaths admitted to the SVO / PB in the year 2015. **Methods:** Cross-sectional, quantitative study. The sample consisted of deaths in the year 2015 that, by criterion, were entered in the SVO / PB, in males, aged between 20 and 50 years. The data were collected from the death certificates and the admission forms. Statistical analyzes were performed in the SPSS® and R® programs to evaluate the association between the variables and Pearson's Chi-square test, Fisher's exact test, logistic regression with $p < 0.05$ and as association measure was calculated The prevalence ratio with Confidence Interval (CI). **Results:** There were 972 deaths in men in the year 2015 in Paraíba. In the age group of 20 to 50 years, 192 deaths were verified and of these 28%, which corresponds to 54 cases, had a death related to alcohol abuse. In the sociodemographic analysis, the highest prevalence was found in the group of deaths due to alcohol abuse for the age group of 40 to 50 years old in a percentage of 66.7%, the brown ethnicity found was 98.1% of the cases, the low level of schooling Accounted for 70.4% of cases, single marital status appeared in 83.3% of cases. Regarding the medical history reported by the family, the most frequent clinical signs were from chronic diseases, with 52.2% of the occurrences being the most frequent: limb edema with 26% and malnutrition 26%; Mental disorders accounted for 42.77% of the signs reported, being the most frequent were: smoking with 34% and alcoholic epilepsy with 22%. The majority of deaths in the alcoholic group occurred in hospitals and health facilities with 44.4% of occurrence. The proportion of deaths in alcoholics with associated digestive tract causes was 55.6%, with 30 cases and the prevalence rate of this association was 9.53 with Confidence Interval - IC 4.58 - 20.60. The highest frequency of deaths was in João Pessoa, where the SVO / PB is located, it was observed that there was statistical significance for the difference between the groups that received assistance by city and in the association between the group that died in hospitals and services Health by city, the highest proportion in the city of João Pessoa in both cases, 44.8% and 33.3%, respectively. **Conclusion:** To investigate the epidemiological aspects of the deaths through clinical necropsy, it reinforces the importance of information systems for the planning, evaluation and execution of health actions, assisting in the policy of harm reduction through alcohol abuse.

Keywords: Death. Information systems. Alcoholism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição por número e porcentagem das variáveis sociodemográficas nos óbitos em homens de 20 a 50 anos, nos grupos de não etilistas e etilistas, SVO/PB no ano de 2015.....	34
Tabela 2. Frequência de sinais clínicos relatados nos óbitos de etilistas admitidos no SVO/PB no ano de 2015 em homens de 20 a 50 anos.....	36
Tabela 3. Causa <i>mortis</i> Diagnosticadas no DO em homens de 20 a 50 anos, SVO/PB, 2015.....	37
Tabela 4. Razão de prevalência com associação ao uso abusivo de álcool de acordo com variáveis sociodemográficas SVO/PB, 2015.....	38
Tabela 5. Descrição por local de ocorrência dos óbitos por grupo do SVO/PB do ano de 2015.....	39
Tabela 6. Descrição dos óbitos em etilistas por cidade de ocorrência, assistência médica, por local de ocorrência dos óbitos por grupo do SVO/PB do ano de 2015.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Agrupamento de dados da declaração de óbito.....	23
Quadro 2. Descrição dos grupos por tipo de óbito para trabalho do projeto.....	31

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Frequência de óbito no grupo de uso abusivo de álcool por área geográfica do estado da Paraíba, SVO/PB, 2015.....	41
---	----

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para apreciação Ética
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CAPSad	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DO	Declaração de Óbitos
HES	Hospitais e Estabelecimentos de Saúde
IML	Instituto Médico-Legal
MR	Modelo de Regressão Logística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RP	Razão de prevalência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TUA	Transtorno por Uso de Álcool
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. O sus a organização dos serviços de saúde: sistemas de informação de óbito.....	19
1.2. Serviço de verificação de óbito (svo).....	23
1.3. Alcoolismo como problema de saúde pública.....	24
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Geral.....	27
2.2. Específicos.....	27
3. MÉTODO.....	28
3.1. Desenho do estudo.....	28
3.2. O cenário do estudo e amostra.....	28
3.3. Instrumento de coleta de dados.....	28
3.4. Procedimento de coleta de dados.....	30
3.5. Análise de dados.....	31
3.6. Aspectos éticos da pesquisa.....	32
4. RESULTADOS.....	33
4.1. Perfil sociodemográfico da amostra.....	33
4.2. Causa mortis e o uso abusivo de álcool.....	35
4.3. Descrição dos óbitos dos etilistas.....	39
4.3.1. Óbitos: Local de ocorrência e assistência médica.....	39
4.3.2. Frequência de óbitos dos etilistas por área geográfica.....	40
5. DISCUSSÃO.....	42
6. CONCLUSÃO.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	50
APÊNDICE 1. - Número e frequência de óbitos por município.....	55
ANEXO 1. - Protocolo de necrópsia/admissão.....	56

ANEXO 2. - Termo de consentimento para uso de dados	59
ANEXO 3. - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa	62

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representa o passo mais importante para as mudanças positivas que ocorreram nos serviços de saúde. Sabe-se que o SUS é resultado de um processo histórico de luta do movimento da Reforma Sanitária e de seus antecedentes processuais de redemocratização do país (PAIM, 2009).

Assim, pode-se afirmar que a criação do SUS representa uma grande conquista para o setor saúde, uma vez que sua política veio redesenhando os contornos da atenção à saúde no Brasil. Enquanto missão, o SUS veio assegurar que seus serviços sejam ajustados às necessidades sociais de cada brasileiro a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, e as diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade (PAIM, 2009).

Não obstante, o aumento na cobertura e a melhoria na qualidade dos bancos nacionais de dados de saúde, possibilitou um auxílio no fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Pois, compreende-se que a disponibilidade, ampla e oportuna, dos dados desses bancos possibilita aos gestores dos diferentes níveis do sistema o uso de instrumentos qualificados de diagnóstico e de avaliação (BARROS, 2004).

Assim, os sistemas de informação são de grande importância para o compartilhamento de conhecimento. Esses sistemas, iniciaram seu processo de consolidação a partir da criação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1975. Sendo esse o primeiro sistema a utilizar um documento individualizado e padronizado para coleta das informações. Nesse caso, de óbitos (RASIA; ROSA; REDISS, 2012).

A Lei nº 6015 (Lei dos Registros Públicos), de 31 de dezembro de 1973, traz o embasamento legal para o funcionamento do SIM, uma vez que no artigo 77 está dito que: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

Para o aprimoramento na alimentação do SIM e com o propósito de ter dados mais fidedignos à realidade, o Ministério da Saúde instituiu por meio da RDC nº 1405, de 29 de junho de 2006, a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*, por meio dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), sendo estes integrantes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e subordinados às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Cujas finalidades, é de esclarecer as causas de mortes naturais não definidas em casos com ou sem assistência médica.

É considerada atribuição do SVO a contribuição na melhoria da qualidade da informação sobre mortalidade. O serviço é importante também para subsidiar o monitoramento de políticas a médio e longo prazo. O SVO tem função social e legal. Esclarece óbitos dirimindo dúvidas familiares e por ser uma das formas de obtenção da declaração de óbito, respectivamente. A declaração de óbito é indispensável para que a Certidão de Óbito seja emitida pelos cartórios de registro civil. O SVO é estratégico em contribuir com emergências epidemiológicas (RDC nº1405, 29/06/06). Na Paraíba, o SVO foi implantado na capital do estado, João Pessoa, em 31 de dezembro de 2007 (SALES FILHO, 2011).

Seguindo essa linha de pensamento, Sales Filho (2011) analisou em estudo epidemiológico 4006 óbitos registrados pelo SVO/PB dos anos de 2003 a 2007. Observou-se nesse estudo que a mortalidade entre homens e em adultos com faixas etárias mais jovens era maior do que em mulheres da mesma faixa etária, sendo mais elevada na quarta década de vida e em declínio a partir da sexta década. O estudo apontou ainda que as maiores incidências de causa *mortis* nestes grupos estavam relacionadas ao uso abusivo de álcool e foram registradas em sua maioria na 4ª e 5ª décadas, correspondendo a 76,2% do total de óbitos relacionados ao agravo.

O Ministério da Saúde reconhece o alcoolismo como problema de saúde pública, pois identifica uma prevalência que pode chegar a 10%. Tendo isso em vista o MS deu início a uma metodologia de contenção mais específica. No ano de 2006 a portaria Nº 1028, de 01 de julho de 2006, estabelece iniciativas nas estratégias de redução de danos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. Tal portaria foi apoiada na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, compreendendo que o problema do uso abusivo e dependência de

álcool agrega implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (FIGUINHA; FONSECA; MORAES-FILHO, 2005; BRASIL, 2003).

Além da morbimortalidade ligada ao consumo excessivo de álcool, é importante frisar o ônus social dessa doença, podendo incluir desde a dependência leve, passando pelo uso abusivo, chegando à dependência mais severa, sendo considerado um transtorno por uso de álcool (TUA). O que leva a adoecimento, incapacidade e até a morte (MARIN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007; REHM, 2011). Tal transtorno é considerado uma lesão incapacitante e em países de renda média e desenvolvidos é a terceira doença mais incapacitante, sendo responsável por 3,5% de anos perdidos por incapacidade, afetando mais homens do que mulheres (REHM, 2011).

O uso do álcool, é responsável de forma primária por 1,4% das mortes no mundo e foi responsável por 28% das desabilitações dos anos de vida por alterações das condições neurológicas ou aparecimento de alterações psiquiátricas (BRASIL, 2003). O uso de álcool é também um importante fator de risco para mortes prematuras, além de dados que informam que em 2010, o uso de álcool era o quinto principal fator de risco para carga de doenças no mundo, ocupando no Brasil, a quinta posição (GARCIA et al., 2015).

Muitas alterações de saúde estão associadas ao uso abusivo e à dependência do álcool, dentre estas: diabetes, câncer, pancreatite, doenças cardiovasculares, doenças neuropsiquiátricas e doenças infecciosas, sendo o uso abusivo e à dependência do álcool um importante fator de risco e problema de saúde pública (REHM, 2011).

Tendo em vista o aspecto multifacetado que envolve o problema do uso abusivo de álcool, para essa pesquisa considerou-se que os transtornos do uso abusivo de álcool afetam os sub grupos populacionais de forma distinta, sendo este nos homens a segunda doença/lesão mais desabilitante no mundo, já nas mulheres não está entre as dez condições mais desabilitantes (REHM, 2011). A prevalência de consumo de álcool na população masculina do Brasil foi em 3,3 superior a da feminina (SILVEIRA et al., 2012). E, segundo estudo nacional de 2010 a 2012 observou a partir de dados do SIM que a mortalidade em homens por uso abusivo de álcool tiveram um risco de aproximadamente dez vezes maiores que em mulheres (GARCIA et al., 2015).

A prevalência é elevada quanto ao consumo frequente de álcool na região Nordeste (SILVEIRA et al., 2012; CAETANO et al., 2013; GARCIA et al., 2015). As faixas etárias consideradas de risco no sexo masculino em estudos nacionais foram: de 25 a 34 anos (CAETANO et al., 2013); 20 a 39 anos (GARCIA; FREITAS, 2015), de 15 a 59 anos (BOHLAND; GONÇALVES, 2015) de 50 a 69 (GARCIA et al., 2015). Em pesquisa realizado no Estado da Paraíba identificou risco em óbitos relacionados ao alcoolismo entre homens na de 30 a 50 anos (SALES FILHO, 2011); A necessidade de identificação epidemiológica do problema com finalidade de visualizar e apresentar alternativas viáveis para melhoria da qualidade de vida da população é importante por conta do quadro apresentado (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Além do supra exposto, considera-se ainda que as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao uso do álcool compõem um dos 25 indicadores de monitoramento global de prevenção a doenças crônico não transmissíveis propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (GARCIA et al., 2015) e que o tratamento dos dados estatísticos de mortalidade ainda é insipiente no Brasil (MESSIAS et al., 2016).

Dessa forma, esta pesquisa se propôs a estudar os aspectos epidemiológicos a partir das causas *mortis* relacionadas ao transtorno de abuso e dependência de álcool por meio de registros de óbitos admitidos no SVO/PB no ano de 2015 em homens de 20 a 50 anos, por considerar relevante para saúde pública, justificada à luz da literatura, com vistas a auxiliar na vigilância à saúde da população e também na elaboração de política de redução de danos.

1.1 O SUS a Organização dos Serviços de Saúde: Sistemas de Informação de Óbito

Ao longo de sua construção e implantação o SUS tem acumulado avanços e desafios. Possuindo vários objetivos como o de promover acesso equitativo e reduzir o risco de doenças na população. Porém, em alguns casos, muitos desses desafios são postos no panorama de planejamento em saúde, causando dificuldades aos gestores. Em especial na busca de respostas ao que se refere à eficiência, eficácia e efetividade das ações em saúde vinculadas ao repasse de recursos (GUANAIS, 2010; FRENZESE, 2015).

Entendendo que o financiamento em saúde é um mecanismo complexo, pois detém conteúdos normativos e técnico-processuais que devem ser distintos devido às diferenças federativas regionais (GUANAIS, 2010; FRENZESE, 2015).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do pacto pela saúde 2006, a ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população (SCHNEIDER, 2007).

Nesse aspecto, ocorreram melhorias nos resultados da Saúde do Brasil, entretanto as características demográficas distintas e a transição epidemiológica com o aumento do risco e carga de doenças crônicas não-transmissíveis ameaça mais ainda o processo de equidade posposto pelo SUS (GUANAIS, 2010).

Para tal, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) se tornam fundamentais nesse processo, pois objetivam a aquisição do conhecimento que deve fundamentar a gestão dos serviços de saúde. Entretanto, o uso destes sistemas é relativamente novo no Brasil. Observa-se esforços isolados nessa utilização bem mais ligados a informações referentes a óbitos em capitais na década de 70 (RASIA; ROSA; REDISS, 2012).

Em 1975 passou-se a uniformizar melhor essas informações, a partir da criação do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), implantado pelo Ministério da Saúde, utilizando dados provenientes das declarações de óbito. Essa criação representou um avanço na disponibilização de informações sobre mortalidade no Brasil, sendo o pioneiro na padronização e utilização de documento individualizado das informações de óbitos (RASIA; ROSA; REDISS, 2012; LUCENA et al., 2014).

Paes, Santos Silva e Braga (2016) destacam que os registros dos óbitos são ferramentas necessárias e indispensáveis para avaliar o sistema de saúde e auxiliar no planejamento de políticas públicas, que observam a partir dos indicadores demográficos e epidemiológicos das causas que levaram ao óbito, os condicionantes para redução da mortalidade na população.

As informações a partir do SIM são fundamentais para o desenvolvimento de planejamento de ações públicas, gestão, estudos epidemiológicos e para a produção de informações sobre mortalidade. O SIM é alimentado a partir das informações provenientes da DO. A primeira DO foi padronizada em 31 de dezembro de 1973, por meio da Lei nº 6.015, para óbitos fetais e não fetais (LUCENA et al., 2014).

A Declaração de Óbito (DO), segundo Kanso et al. (2011), é um documento padronizado em território nacional, de caráter contínuo, permanente e obrigatório, compreende-se que a sua utilização de forma mais eficaz está condicionada à qualidade dos dados apresentados.

As declarações de óbitos em suas 3 vias são preenchidas de acordo com o local da morte. Obrigatória em todo território nacional a DO é documento indispensável para a lavratura da certidão de óbito. Seu controle de numeração é feito pelo Ministério da Saúde. (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

Os três níveis de gestão possuem responsabilidades solidárias sobre o controle da numeração e distribuição das DOs às unidades notificadoras. Essas são: Estabelecimento e Serviço de Saúde, Instituto Médico Legal, Serviço de Verificação de Óbito, médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Cartório de Registro Civil - somente em localidades onde não exista médico sendo vedada a distribuição da Declaração de Óbito para as empresas funerárias. (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

A Resolução nº 1779, de 11 de novembro de 2005, do Conselho Federal de Medicina (Publicada no DOU, 05 de dezembro de 2005, Seção I, p. 121), regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da DO, nesta considera-se que as mortes naturais com assistência médica (podendo ser emitido pelo SVO) ou sem assistência médica (sendo a DO de responsabilidade do médico do SVO).

Com responsabilidade jurídica, o médico tem sua conduta definida pelo Conselho Federal de Medicina e em Código de Ética Médica. Essa responsabilidade é importante para a saúde pública, pois o preenchimento correto das DOs, trazem dados que servem para estabelecer o perfil saúde-doença, uma vez que identifica a mortalidade e seus processos mórbidos. É de responsabilidade médica também, se abster de diagnósticos gerais e amplos que não precisem a causa morte e que dificultem a coleta de dados (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

A lei (nº6015, de 31 de dezembro de 1973) discorre sobre a possibilidade de preenchimento diverso da declaração de óbito. Para preenchimento das DOs podem ocorrer oito fluxos distintos segundo portaria do MS. Quando o óbito ocorre por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde, o médico assistente que prestava assistência ao paciente e, na sua ausência ou impedimento, o médico substituto preenchem o documento (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

Já em óbitos por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica, o médico responsável pela assistência ou o designado pela instituição que prestava assistência ou o pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado ou o da Unidade de Saúde da Família (USF) ou o do SVO, preenchem a DO. Quando o óbito por causa natural, ocorre fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO, é de responsabilidade do SVO o preenchimento da DO. Em óbito por causa natural, ocorrido fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem SVO, a responsabilidade do preenchimento da DO é do médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o evento ou o designado pela Secretaria Municipal de Saúde ou por qualquer médico da localidade ou ainda do oficial de registro do Cartório (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

Se o óbito ocorrer por causa natural em aldeia indígena com assistência médica, o preenchimento deverá ser feito pelo médico que assiste a aldeia. E se o óbito ocorrer por causa acidental e/ou violenta em localidade com IML, o médico desse serviço preenche a declaração; e por fim se o óbito ocorrer por causa acidental e/ou violenta em localidade sem IML, o médico da localidade ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual preenche o documento. (Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009; TROCCOLI, 2015).

A DO é composta por nove blocos de dados e sessenta e duas variáveis, cuja versão atual foi desenhada em 1998, entrando em vigor a partir de 1999 (TROCOLLI, 2015). No quadro 1 está disposto o esquema de preenchimento da DO por agrupamento de dado, considera-se por bloco, tipo de dado, responsável pelo dado e número de variáveis por bloco.

Quadro 1. Agrupamento de Dados da Declaração de Óbito

Bloco	Tipo de Dado/Responsável	Nº de Variáveis
I	Cartório	6
II	Identificação	14
III	Residência	5
IV	Ocorrência	7
V	Condições e Causa de Óbito	7
VII	Médico	5
VIII	Causa Externa	5
IX	Localidade sem Médico	2

Fonte: Sales Filho, 2011

Rodrigues et al. (2011) apontam que apesar da evolução tecnológica e dos avanços nas técnicas da medicina diagnóstica, ainda se encontram discrepância de 10 a 20% entre os diagnósticos clínicos e necrópsias. As estatísticas geradas a partir dos atestados de óbitos e das DOs são, portanto, provenientes da acurácia das necrópsias.

A causa da morte é especificada pelo médico patologista, onde este declara a sua causa, identificando o tempo entre a doença e a morte. Declara, ainda, outras condições mórbidas pré-existentes e sem relação direta com a morte (BRASIL, 2009). Ademais, o SVO recebe um responsável pelo corpo (familiar), o qual responde e dispõe os dados pessoais e socioeconômicos da vítima, a fim de preencher a Ficha de Admissão, para assim, fazer a abertura do Protocolo de Necrópsia e preencher e disponibilizar posteriormente a DO, após a realização do exame (SALES FILHO, 2011)

1.2 Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Estabelecidos pela portaria Nº 1.405 DE 29 DE JUNHO DE 2006, os Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), são serviços de saúde que têm a função de determinar a causa *mortis* de óbitos que não possuem suspeita de violência e que são

naturais. São complementares na vigilância de enfermidades de notificação compulsória e coleta oficial de dados epidemiológicos.

Esses serviços são responsáveis pela realização de necrópsia clínica ou anátomo-clínica, a qual, segundo Gallo e Fernadéz (2003), é um procedimento para estudos pós morte, onde analisa-se alterações da morfologia de órgãos e tecidos, como resultado da doença. A necrópsia deve levar em consideração, além da melhoria do tratamento dos doentes por facilitar melhores esclarecimentos clínicos, aspectos religiosos, familiares, preconceitos e tabus do público e dos médicos que podem levar a dificuldades na realização desses procedimentos (RODRIGUES et al., 2011).

“As necrópsias clínicas, possuem como objetivo principal o diagnóstico da doença que ocasionou o óbito, diferentemente da necrópsia forense ou médico-legal, que é realizada nos casos de óbitos devidos a causas externas como suicídios, homicídios e acidentes, ou ainda nas circunstâncias disciplinadas na resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.641/2002” (SALES FILHO, 2011, p.16).

1.3 Alcoolismo como Problema de Saúde Pública

Santos e Oliveira (2012), discutem que dentro do estado moderno a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas foram inicialmente alvo de políticas relacionadas ao sistema judiciário com um perfil de repressão influenciado por movimentos internacionais. Comentam ainda que o uso de álcool sempre foi frequente, porém tolerado e tido como algo normal. As primeiras iniciativas para o combate ao uso abusivo vieram de segmentos do setor privado.

A percepção distorcida do problema fez os governos se preocuparem com o combate à droga, inerte por natureza. Isso faz com que o indivíduo fique relegado a um segundo plano sempre menos importante. Fato confirmado pelo conjunto de terapias aplicadas e que por vezes são ineficazes. Cabe aí as reflexões, indagações e análises acerca das questões que envolvem o uso de drogas e álcool, indicando para a extensão dos danos à saúde. Sendo essa uma preocupação atual pela ameaça

eminente à saúde pública, do indivíduo e de sua família (BRASIL, 2003; ARAÚJO, 2012).

Em 2003, mesmo com atraso histórico em considerar o alcoolismo como problema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) editou a política para atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com uma concepção de trabalho em rede, facilitando o acesso e criando serviços alternativos a hospitais, a exemplo dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centro de Apoio Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) (SANTOS; OLIVIERA, 2012).

O contexto atual reforça a necessidade de políticas voltadas a prevenção e controle do uso abusivo do álcool, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 5,9% das mortes do mundo são atribuídas ao consumo do álcool. Na América Latina a cada 1000 mortes, 12 mortes são em decorrência do consumo de álcool, sendo o Brasil pertencente ao grupo dos cinco países com as mais altas taxas de mortalidade por essa causa (12,2 óbitos por 100 000 habitantes) nas Américas nos anos de 2007 a 2009 (GARCIA et al., 2015; GAWRYSZEWSKI; MONTEIRO, 2014; GRONBAEK, 2014).

A média de consumo mundial de álcool por pessoa foi de 6,2L em indivíduos de 15 anos ou mais no ano de 2010. No Brasil, estima-se que este volume ingerido individualmente foi de 8,7L. Condiciona-se que em média cerca de 5 anos de vida são perdidos em pessoas que fazem uso abusivo de álcool, como resultado da carga de doenças provenientes deste consumo (SOUZA et al., 2016).

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido associado a mais de 200 tipos de lesões e doenças no organismo, levando a problemas de saúde de cunho sistêmico e ao possível comprometimento físico e psicológico (SOUZA et al., 2016). A exposição aguda ao álcool tem demonstrado supressão do sistema imunológico e ação pró-inflamatória em estudos experimentais (AFSHAR et al, 2016). Ainda pode causar, Psicopatologia e comportamento desajustado em adultos, além dos seus resultados gerais negativos. Tudo isso tem sido associado frequentemente ao uso de álcool de forma precoce (IRONS; IACONO; MCGUE, 2015).

Os estudos das taxas de mortalidade relacionados ao uso de álcool tem demonstrado um aumento no risco, além das consequências conhecidas da ingestão de álcool (cirrose, transtornos mentais, alguns tipos de câncer e doença cardíaca) já relatadas. Existem, para tal, vários estudos e coortes sugerindo tratamento, entretanto

muitos morreram cedo para que houvesse uma comparação mais robusta com a população (GRONBAEK, 2014).

Por considerar a política pública um instrumento recente na história, Santos e Oliveira (2012), relatam que as políticas de enfrentamento não são necessariamente inviáveis politicamente e sim passam por um período de “janela política”, que consideram ser o tempo entre a publicação de uma política e a sua assimilação e operacionalização pelos dirigentes. É importante esse amadurecimento ideológico para servir de alicerce metodológico fundamentando políticas públicas que incluam os excluídos.

Nesse aspecto, o MS, compreende a interferência do uso abusivo de álcool e de sua relação na carga e risco de doenças crônicas não-transmissíveis, dado o consumo excessivo e crescente na população. Assim, elabora o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que traz como uma das metas nacionais a redução da prevalência de consumo de álcool de 18% em 2011 para 12% em 2022. (MALTA; SILVA JR, 2013).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Verificar a associação da mortalidade por causa *mortis* relacionadas ao transtorno de abuso e dependência de álcool por meio de registros de óbitos do Serviço de Verificação de Óbito do Estado da Paraíba (SVO) do ano de 2015.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos óbitos que foram admitidos no SVO/PB no ano 2015 em homens de 20 a 50 anos de idade;
- Verificar a associação entre óbitos associados ao alcoolismo, local de ocorrência e assistência médica.
- Verificar a frequência de sinais clínicos relatados no histórico médico nos óbitos associados ao alcoolismo;
- Verificar a associação entre grupos de causas *mortis* e alcoolismo;
- Verificar a distribuição geográfica dos óbitos associados ao alcoolismo.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo epidemiológico observacional, do tipo transversal de abordagem quantitativa. Tendo como base populacional dados secundários do SVO e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

3.2 O cenário do estudo e Amostra

A pesquisa foi realizada no Sistema de Verificação de Óbitos do Estado da Paraíba utilizando dados do ano de 2015. O SVO do Estado da Paraíba apesar de ser estadual tem sua atuação mais frequente na Região Metropolitana da capital do estado, João Pessoa. Essa região foi criada pela Lei Complementar Estadual 59/2003 e ampliada na 90/2003, sendo composta: Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Pitimbu e Caaporã.

Nesse sentido, a amostra foi composta pela população de estudo, ou seja, óbitos em homens de 20 a 50 anos no ano de 2015 registrados no SVBO/PB, considerando os seguintes critérios de inclusão: registros óbitos de indivíduos ocorridos no ano de 2015, do sexo masculino e com idade entre 20 e 50 anos. Como critérios de exclusão considerou-se: óbitos encaminhados para necrópsia forense, óbitos de homens fora do recorte de idade, óbitos de mulheres.

3.3 Instrumento de coleta de dados

Como instrumento para coleta de dados elaborou-se planilha própria no programa Excel®. Utilizou-se o arquivo da Unidade Notificadora SVO, onde se encontram as terceiras vias das DOs, juntamente com as Fichas de Admissão a partir do protocolo de admissão (Anexo 1) e os dados dispostos no SIM. A partir desses, foi elaborado um banco de dados, considerando-se as seguintes variáveis:

a) Variável dependente

Óbitos de homens com idade entre 20 e 50 anos

b) Variáveis independentes

- Descrição do perfil sociodemográfico:

- Idade
- Escolaridade (categorizado a partir da base de dados)
- Profissão/ocupação
- Etnia
- Estado civil
- Local do óbito
- Cidade do óbito

- Dados provenientes do SVO para descrição do fenômeno:

- Causas de óbitos: codificadas de acordo com as regras de classificação da Classificação Internacional de Doenças (CID).
- Atestados e informações da morte provenientes da Ficha de Admissão – histórico médico

Com base na revisão da literatura e de conhecimento prévio sobre o evento a ser estudado, estabeleceu-se a seguinte categorização e estratificação das variáveis em estudo:

a) Idade: agrupados nas seguintes faixas etárias:

- 20 — 30 anos
- 30 — 40 anos
- 40 — 50 anos

b) Grau de escolaridade:

1. Baixa (sem escolaridade e ensino fundamental incompleto)
2. Médio (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto)
3. Alto (ensino médio completo e ensino superior)
4. Ignorado

c) Profissão/ocupação: categorizada a partir das informações;

d) etnia:

1. Branco
2. Negro
3. Pardo

4. Amarelo
5. Índio
6. Ignorado

e) estado civil:

1. Solteiro
2. Casado/união estável
3. Viúvo
4. Separado/divorciado
5. Ignorado

f) Local do óbito:

1. Hospital
2. Outros estabelecimentos de saúde
3. Domicílio
4. Via pública
5. Em transito
6. Domicilio de familiares
7. Domicílio de amigos
8. Próximo ao domicilio
9. Local de trabalho
10. Albergue

g) Cidade do óbito: cidade do estado onde ocorreu o óbito.

h) Causas de óbitos: codificadas de acordo com as regras de classificação da Décima Revisão da CID (CID – 10).

i) Atestados e informações da morte provenientes da Ficha de Admissão – histórico médico:

- 1 – Doenças crônicas
- 2 – Doenças infecciosas, imunológicas e neoplasias
- 3 – Transtornos mentais

3.4 Procedimento de Coleta de dados

De posse da autorização da direção do SVO e da Secretaria de Estado da Saúde. Bem como a autorização e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, procedeu-se com início do trabalho de campo com a consulta dos documentos. As

declarações de óbito e respectivos protocolos de admissão do SVO foram analisados exclusivamente pelo pesquisador.

Os dados foram coletados *in loco* no SVO e utilizou-se o arquivo da Unidade Notificadora SVO, onde se encontram as terceiras vias das DO, juntamente com os registros da Ficha de Admissão (Anexo 1), os quais se somem em dados para os sistemas oficiais, a exemplo do SIM.

3.5 Análise De Dados

Levantou-se todos os óbitos em homens de 20 a 50 anos que foram notificados no SVO/PB no ano de 2015 (variável dependente) e descreveu-se por caso as variáveis independentes para obtenção de dados socioeconômicos, clínicos e relativos aos óbitos. Os dados gerados permitiram a elaboração de planilha específica no programa Excel® 2010 e posterior criação de dois grupos como descritos no quadro 2 a partir da variável dependente.

Quadro 2. Descrição dos Grupos por Tipo de Óbito para Trabalho do Projeto

GRUPO	DISCRIÇÃO
1	Óbitos por causa o uso abusivo de álcool ou etilistas
2	Óbitos por outras causas (sem associação com uso abusivo de álcool) ou não etilistas

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Com finalidade de levantamento de análise epidemiológica calculou-se as prevalências e calculou-se estatisticamente os efeitos das variáveis independentes nos dois grupos descritos no quadro 2. Observou-se a diferença estatística entre os grupos 1 e 2 por variável independente através dos testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher (para extratos de amostra pequenos).

Observou-se ainda, por meio de regressão logística, a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente - grupo 1 (Óbitos por causa o uso abusivo de álcool ou etilistas), considerando-se um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$), feito o ajuste global, utilizou-se ainda dois testes de ajuste: teste de Máxima Verossimilhança, para aferir a capacidade do modelo de estimar a probabilidade de ocorrência do evento; e Hosmer e Lemeshow, para verificar a

predição do modelo (considerando nesse caso $p > 0,05$). Para esta análise a variável estado civil foi recategorizada em: “casado/união estável” e “solteiro/viúvo/separado/divorciado”.

Como medida de associação calculou-se a razão de prevalência (RP), como forma de observar o risco de chance, e calculou-se o intervalo de confiança para esta. A RP ajustada foi estimada pela modelagem de apenas termos que atingiram significância estatística em cada grupo específico. Para processamento de dados e análise estatística, foi utilizado o software R[®] versão 3.1.1 e SPSS[®] versão 23.1.

Por fim, elaborou-se no programa Tabwin[®], um mapa coroplético com a estratificação por área geográfica (município do óbito) associados ao uso abusivo de álcool por área geográfica do Estado da Paraíba no ano de 2015.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo em tela utilizou-se de dados secundários e foi garantido a confidencialidade, privacidade como também foi assegurado a utilização de todos os dados seguindo o disposto na resolução n° 466 de 12/12/2012, do CNS, respeitando os aspectos éticos da Pesquisa em Seres Humanos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS (Número do Parecer: 1.866.558; CAE: 62000316.5.0000.5536 – ANEXO 3). A utilização dos arquivos do SVO de João Pessoa foi autorizada pela Direção do serviço e pela Secretária Estadual de Saúde (Anexos 2).

As resoluções que regulamentam as pesquisas em seres humanos, asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS

No ano de 2015 foram admitidos no SVO do estado da Paraíba 1900 casos de óbito. Deste total 972 foram homens, sendo que destes 20% possuíam a faixa etária entre 20 e 50 anos, o que compreendeu a 192 óbitos deste grupo. A variável de controle adotada por esta pesquisa foi o uso abusivo de álcool, para tal criou-se dois grupos: grupo dos óbitos que não são etilistas e grupo de óbitos de etilistas.

Nesse aspecto, o grupo de homens cuja causa *mortis* foi o etilismo possuía 54 indivíduos no ano de 2015, ou seja, 28% dos óbitos de homens entre 20 e 50 anos de idade.

4.1 Perfil Sociodemográfico da Amostra

O perfil sociodemográfico dos óbitos da amostra ocorridos no ano de 2015 está especificado na tabela 1. Observa-se que a maioria dos óbitos da amostra ocorreu entre a quarta e quinta década de vida no grupo dos etilistas e no grupo dos não etilistas. Verificou-se ainda que não houve associação estatística na relação idade e óbitos em etilistas e não etilistas, dessa forma não houve diferença estatística entre estes grupos para esta proporção.

Para a característica estado civil, encontrou-se associação estatística entre as frequências nos dois grupos de etilistas e de não etilistas ($p=0,022$) havendo uma maior frequência do grupo dos etilistas de óbitos em homens solteiros (83,3%). Para as demais variáveis (etnia, escolaridade e ocupação) não se encontrou significância estatística para as relações destas variáveis e os grupos de etilistas e não etilistas.

Tanto para os etilistas quanto para os não etilistas na variável etnia, a cor parda foi relatada como em quase totalidade da amostra. Acerca da escolaridade nota-se nos dois grupos uma frequência maior na baixa escolaridade. Foram 109 casos, representando 56,77% da amostra. As profissões mais relatadas em ambos grupos foi a de agricultor e pedreiro, representado aproximadamente $\frac{1}{4}$ da amostra.

Tabela 1. Distribuição por número e porcentagem das variáveis sociodemográficas nos óbitos em homens de 20 a 50 anos, nos grupos de não etilistas e etilistas, SVO-PB no ano de 2015

Perfil	Não etilistas		Etilistas		Sig.*
	n = 138	%	n = 54	%	
Faixa Etária					
20 -- 30 anos	15	10,9	1	1,9	
30 -- 40 anos	42	30,4	17	31,5	0,122
40 -- 50 anos	81	58,7	36	66,7	
Etnia					
Branca	3	2,2	1	1,9	
Preta	1	0,7	0	0,0	0,813
Parda	134	97,1	53	98,1	
Escolaridade					
Baixa	71	51,4	38	70,4	
Média	54	39,1	10	18,5	0,051
Alta	3	2,2	2	3,7	
Ignorado	10	7,2	4	7,4	
Estado Civil					
Solteiro	83	60,1	45	83,3	
Casado/União Estável	50	36,2	7	13,0	
Viúvo	1	0,7	0	0,0	0,022
Separado/Divorciado	3	2,2	2	3,7	
Ignorado	1	0,7	0	0,0	
Ocupação					
Agricultor	21	15,2	11	20,4	
Pedreiro	11	8,0	8	14,8	
Desempregado	3	2,2	3	5,6	
Serviços gerais	3	2,2	2	3,7	0,163
Autônomo	1	0,7	2	3,7	
Servente de obras	4	2,9	2	3,7	
Outros	95	68,8	22	40,7	

(*) *Teste Qui-quadrado*

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

4.2 Causa *Mortis* e o Uso Abusivo de Álcool

A partir da análise da Ficha de Admissão do SVO/PB, verificou-se os sinais, sintomas e condições clínicas relatadas pela família. Essas condições clínicas são estratificadas pela própria ficha em: doenças crônicas; doenças infecciosas, imunológicas e neoplasias e transtornos mentais.

Os médicos patologistas ao examinar as fichas de admissão conhecem um pouco da história de corpo quando em vida. Essas informações serão somadas a sua acurácia e conhecimento técnico, que em um exame morfológico definirão a causa do óbito.

A pesquisa em tela examinou todas as fichas do período proposto, formando um banco de dados que reuniu as informações por grupo.

Foi identificado na análise das fichas de admissão que os familiares relataram 676 condições clínicas tanto no grupo de etilistas como no grupo de não etilistas, cujo as principais estão elencadas a seguir:

- a) Doenças Crônicas: edema de membros, desnutrição, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, cardiopatia, paralisia, derrame, obesidade, implantes, cálculo renal e asma.
- b) Doenças Infecciosas, imunológicas e neoplasias: tuberculose,, HIV, herpes.
- c) Transtornos mentais: Etilismo, tabagismo, epilepsia alcoólica, distúrbio mental, epilepsia congênita.

Para reclamação do corpo o cidadão deve ser parente de primeiro grau. Esse, na grande maioria das vezes conhece a rotina do falecido. Sabendo se este utilizava algum medicamento, os hábitos de vida, de alimentação de de comportamento. Dessa forma a ficha de admissão é preenchida com o máximo de informações fidedignas possíveis que possam ajudar a esclarecer a causa da morte.

As condições clínicas e sinais relatados pelos reclamantes do corpo no grupo de óbitos de pessoas etilistas (segundo laudo necrópsia clínica) foram dispostas na tabela 2. A categoria das doenças crônicas foram as mais descritas, sendo a segunda mais referida os transtornos mentais. Os principais sinais clínicos relatados foram edema de membros, desnutrição, tabagismo e epilepsia alcoólica.

Tabela 2. Frequência de sinais clínicos relatados nos óbitos de etilistas admitidos no SVO- PB no ano de 2015 em homens de 20 a 50 anos

Histórico Médico	n	%
Doenças Crônicas		
Edema de Membros	28	33,7
Desnutrição	26	31,3
HAS	13	15,7
Diabetes	6	7,2
Cardiopatía	5	6,0
Paralisia	3	3,6
Derrame	2	2,4
Total	83	100
Doenças Infecciosas, Imunológicas e Neoplasias		
Tuberculose	5	62,5
Neoplasias	2	25
HIV	1	12,5
Total	8	100
Transtornos Mentais		
Tabagismo	34	50,0
Epilepsia Alcóolica	22	32,4
Distúrbio Mental	9	13,2
Incapaz	3	4,4
Total	68	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Foram estudadas ainda, a partir das declarações de óbitos, as causas *mortis* da amostra, identificadas pelo médico patologista nas áreas específicas no documento (DO). Estas causas foram categorizadas em 9 grupos a partir do CID 10, estes foram comparados estatisticamente com o grupo de etilistas e não etilistas para observar a relação da causa *mortis* com o uso abusivo de álcool (tabela 3).

Tabela 3. Causa *Mortis* Diagnosticadas no DO em Homens de 20 a 50 anos, SVO/PB, 2015

Grupos de Causas	Não etilistas		Etilistas		Sig.
	n = 138	%	n = 54	%	
Doenças do Sistema Nervoso	29	21,0	6	11,1	0,110*
Doença do Aparelho Circulatório	117	84,8	41	75,9	0,148*
Doenças do Aparelho Digestivo	16	11,6	30	55,6	<0,001*
Doenças Infecciosas Parasitárias	18	13,0	7	13,0	0,988*
Neoplasias	6	4,3	2	3,7	1,000**
Doenças do Aparelho Gêrito Urinário	6	4,3	2	3,7	1,000**
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	34	24,6	18	33,3	0,223*
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	14	10,1	7	13,0	0,574*
Outros	3	2,2	1	1,9	1,000**

(*) *Teste Qui-Quadrado*

(**) *Teste Exato de Fisher*

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A análise mostra que houve associação estatística entre o grupo etilismo com as causas *mortis* oriundas de doenças do aparelho digestivo, sendo esta proporção mais elevada no grupo de óbitos de etilistas do que no grupo dos não etilistas.

Na tabela 4 aponta-se o risco de prevalência com associação aos óbitos por uso abusivo de álcool de acordo com as variáveis sociodemográficas, por meio de regressão bivariada e logística. Observou-se que os óbitos no grupo que fez uso abusivo de álcool tiveram um risco de quase quatro vezes maior em homens sem companheira e de mais de 14 vezes a mais em óbitos por doenças do aparelho digestivo ($p < 0,001$).

Tabela 4. Razão de Prevalência com Associação ao Uso Abusivo de Álcool de acordo com Variáveis Sociodemográficas SVO/PB, 2015

Variáveis	N (54)	%	RP*	IC	MR*	IC
Faixa Etária**						
20-- 30	4	7,4	1		1	-
30 -- 40	16	29,6	0,79	0,24-2,64	1	-
40 -- 50	34	63,0	0,87	0,43-1,74	1	-
Estado Civil***						
com companheira	7	13,0	1		1	-
sem companheira	47	87,0	3,86	1,62-9,18	3,9****	1,45-10,51
Escolaridade**						
Baixa	31	59,6	0,59	0,09-3,74	1	-
Média	19	36,5	0,63	0,1-4,1	1	-
Alta	2	3,8	1	-	1	-
Causas Mortis						
Doença do Aparelho Circulatório**						
sim	41	75,9	0,56	0,26-1,25	1	-
Não	13	24,1	1	-	1	-
Doença do Aparelho Digestivo***						
Sim	30	55,6	9,53	4,58-20,60	14,4****	6,14-33,76
Não	14	44,4	1	-	1	-
Doenças do Sistema Nervoso*						
Sim	6	11,1	0,46	0,16-1,13	1	-
Não	48	88,9	1	-	1	-
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas**						
Sim	18	33,3	1,52	0,76-3,02	1	-
Não	36	66,7	1	-	1	-
Doenças Infecciosas Parasitárias**						
Sim	7	13,0	0,99	0,36-2,44	1	-
Não	47	87,0	1	-	1	-
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde**						
Sim	7	13,0	0,99	0,36-2,44	1	-
Não	47	87,0	1	-	1	-

Fonte: Elaboração própria, 2017

*RP: Razão de prevalência / MR: Modelo de Regressão Logística

*Significância do modelo de regressão bivariada $p > 0,05$

** Significância do modelo de regressão bivariada $p < 0,05$

*** Significância $p < 0,001$ / Testes de ajuste para o modelo de regressão: Verossimilhança ($p < 0,001$) e Hosmer e Lemeshow ($p = 0,8919$)

4.3 Descrição dos Óbitos dos Etilistas

4.3.1 Óbitos: Local de ocorrência e assistência médica

A maioria dos óbitos em ambos grupos (etilistas e não etilistas) ocorreram no domicílio, como aponta-se na tabela 5. Não verificou - se significância estatística ($p=0,91$) para associação entre os grupos e os locais de ocorrência, ou seja, sem diferença estatística entre as proporções apresentadas pelos grupos.

Identifica-se que juntos, os óbitos ocorridos em hospitais e em estabelecimentos de saúde, representaram 47,39% dos óbitos (91), ficando acima dos óbitos ocorridos em domicílio (44,27% ou seja, 85 casos), sendo esta uma ocorrência em ambos grupos (etilistas e não etilistas).

Tabela 5. Descrição por Local de Ocorrência dos óbitos por Grupo do SVO/PB do ano de 2015

Local	Não				Sig.*
	etilistas		Etilistas		
	n	%	n	%	
	=138		=54		
Hospital	51	37,0	18	33,3	
Outros estabelecimentos de saúde	16	11,6	6	11,1	
Domicílio	58	42,0	27	50,0	
Via pública	3	2,2	1	1,9	
Em trânsito	1	0,7	1	1,9	0,913
Domicílio de familiares	2	1,4	1	1,9	
Domicílio de amigos	1	0,7	0	0,0	
Próximo ao domicílio	1	0,7	0	0,0	
Local de trabalho	4	2,9	0	0,0	
Albergue	1	0,7	0	0,0	

(*) *Teste Qui-quadrado*

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A partir da informação da tabela 5, procurou-se observar a distribuição dos óbitos em etilistas nas cidades do Estado, bem como se distribuíam estes óbitos por cidade nos hospitais, serviços de saúde e outros locais (tabela 6). Dessa forma, observa-se que há associação estatística na proporção de óbitos em etilistas que receberam assistência médica por cidade e que também houve significância estatística para óbitos registrados em hospitais e estabelecimentos de saúde (HES) por cidade de ocorrência de óbito.

Foram registrados 20 municípios com ocorrência de óbitos em etilistas encaminhados ao SVO/PB em 2015 de homens com faixa etária entre 20 e 50 anos de idade. Considerou-se na tabela 6 como “outros” os municípios que tiveram baixo números de óbitos na amostra, ou seja, de 1 até 3 óbitos, representando em aproximadamente, de 2 a 5% da amostra do grupo de óbitos em etilistas por cidade, a lista de óbitos por município encontra-se no apêndice 1. Nota-se ainda a frequência elevada de óbitos no município de João Pessoa, havendo quase 3 vezes óbitos em etilistas a mais que o segundo município, Santa Rita.

Tabela 6. Descrição dos Óbitos em Etilistas por Cidade de Ocorrência, Assistência Médica, por Local de Ocorrência dos óbitos por Grupo do SVO/PB do ano de 2015.

Cidade de Ocorrência do Óbito	Etilistas		Assistência Médica (n = 42)***				p**	Ocorrência do Óbito (n = 54)				p**
	n = 54	%	Sim	%	Não	%		HES**	%	Outros	%	
João Pessoa	18	33,3	13	44,8	2	15,4	0,043	13	54,2	5	33,3	0,002
Santa Rita	8	5,8	3	10,3	3	23,1		1	4,2	7	14,8	
Mamanguape	6	4,3	5	17,2	0	0		5	20,8	1	11,1	
Outras	22	56,6	8	27,6	8	61,5		5	20,8	17	40,8	

(*) HES = Hospitais e Estabelecimentos de Saúde

(**) Teste Qui-quadrado

(***) Em 12 óbitos esse dado não foi informado

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

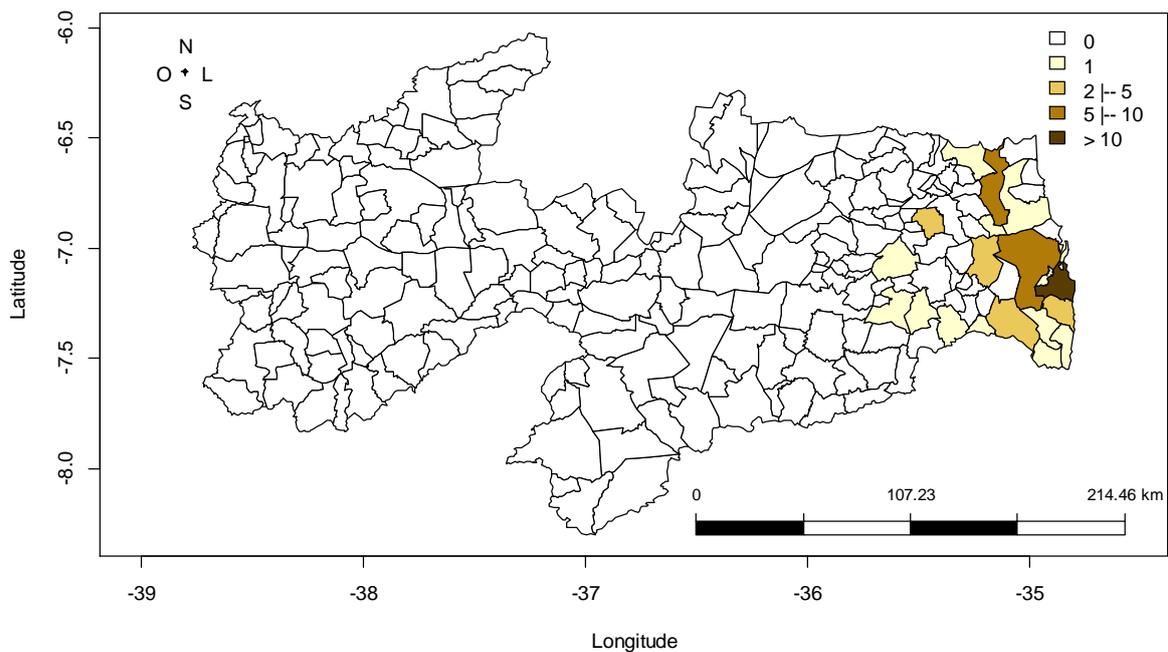
4.3.2 Frequência de óbitos dos etilistas por área geográfica

Como forma de observar geograficamente a distribuição dos óbitos em etilistas no estado da Paraíba observou-se a partir da cidade de ocorrência dos óbitos no grupo de etilistas. Definiu-se uma escala de cores no mapa, onde a maior frequência está disposta na cor verde mais escura a qual vai decrescendo em escala

de cor, sendo a menos frequente no verde mais claro, já a não frequente na cor branca. Destaca-se maior prevalência em João Pessoa, Santa Rita e Mamanguape, de acordo com a distribuição na figura 1.

Os municípios com menor frequência (registro de apenas 1 óbito) foram: Bayeux, Alhandra, Caaporã, Cabedelo, Pitimbu, Rio Tinto, Alagoa Grande, Capim, Ingá, Jacaraú, Juripiranga e Mogeiro. Os municípios que registraram acima de dois óbitos e menos que cinco foram: Conde, Guarabira e Pedras de Fogo, com 2 óbitos em cada um; já o município de Sapé registrou 3 óbitos no período.

Figura 1. Frequência de Óbito no Grupo de Uso Abusivo de Álcool por Área Geográfica do Estado da Paraíba, SVO/PB, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

5 DISCUSSÃO

Como foi observado no transcorrer do trabalho e na literatura utilizada para a realização do mesmo, o álcool está presente na rotina social das pessoas há muito tempo. Quando os primeiros problemas foram sendo notificados as informações foram marginalizadas e tratadas como um problema de ordem policial e jurídica. Com esse entendimento medidas de repressão, comuns a situações com essa leitura, foram utilizadas. Ao passar do tempo, com as modificações da sociedade e o surgimento de agravos atribuídos ao uso abusivo do álcool, esse passou a ser tratado como um problema de saúde. Dessa forma, medidas começaram a ser tomadas no campo da saúde, mas ainda centralizadas no álcool com objetivo repreensivo e não no cidadão com problema de saúde.

Contemporaneamente o uso abusivo de álcool vem sendo tratado com medidas mais complexas e holísticas. Na tentativa de observar o indivíduo e os problemas que o levam a consumir álcool de forma abusiva e patológica. No contexto observado, o SVO, o SIM e os sistemas de informação em saúde de uma forma geral possuem, separados e juntos, um papel importante no que se refere a coleta de dados epidemiológicos para a verificação de ações desenvolvidas, conhecimento da realidade social e danos causados pelo álcool. Bem como, o planejamento epidemiológico para futuras ações que venham a conter e prevenir agravos a saúde da população.

As questões sociodemográficas e clínicas desta pesquisa relativas aos óbitos por uso abusivo de álcool refletem uma realidade mundial e nacional. Infere-se que o álcool é um dos responsáveis por perda em potencial de anos de vida da população e isto é apontado nos óbitos por esta causa admitidos no SVO/PB, o que sugere o adoecimento precoce e mortes por causas não violentas ou acidentes. Logo, indicando que mortes em adultos por uso abusivo ou dependência desta droga, é uma realidade contrária à condição epidemiológica atual do País de transição demográfica crescente.

Estudos relacionados ao consumo de álcool na população adulta no Brasil são recentes (CAETANO et al., 2013). Este estudo observou as mortes com associação ao uso abusivo de álcool, tomando como base a necropsia clínica por meio dos dados oriundos das DOs e das Fichas de Admissão do SVO/PB.

A necrópsia clínica elucidada a causa do óbito, pois avalia as alterações morfológicas em órgãos e tecidos como consequência da enfermidade, favorecendo a relação entre sinais e sintomas com os achados morfológicos dispostos nas DOs pelos médicos. Dessa forma, tem um valor social abrangente, uma vez que dá aos familiares e aos médicos um retorno da efetividade do tratamento (GALLO; FERNÁNDEZ, 2003; FARES; CURY; LOBO, 2011).

Reforça-se ainda que estudos a partir dos laudos médicos reduzem o viés da informação, que pode ser encontrado em pesquisas que utilizam a avaliação dos danos à saúde relativos ao uso abusivo de álcool a partir do autorrelato (GARCIA; FREITAS, 2015).

Nesse aspecto, este estudo observou que a prevalência dos óbitos admitidos no SVO/PB de homens na faixa etária de 20 a 50 anos, no ano de 2015 e que fizeram uso abusivo do álcool, foi alta e com um recorte de idade que possui estratificação que conversa com a literatura encontrada.

Outros estudos trazem resultados semelhantes, a exemplo da pesquisa de Garcia et al. (2015), onde mostra que a segunda maior prevalência de mortes nas quais o álcool foi causa necessária ocorreu em homens na faixa etária de 40 a 49 anos (28,4%) no Brasil nos anos de 2010 a 2012. Também o estudo de Bohland e Gonçalves (2015), traz que o predomínio do óbito atribuído ao consumo de álcool em um estado do nordeste (Sergipe) esteve na faixa de 35 a 54 anos (56,1%). Em uma leitura social verifica-se e sugere-se que esta idade é a mais propícia a decepções e perdas, possibilitando desilusões. O álcool aparece como uma fuga que pode levar a consequências irreversíveis.

Dentre as características sociodemográficas entende-se que umas podem interferir ou sofrer interferência com o uso do álcool. Para essa pesquisa os resultados encontrados traduzem uma realidade nacional com características regionais.

A etnia foi uma das características pesquisadas. Nessa pesquisa essa característica possuiu um perfil de forte prevalência para pardos. Foi algo relatado por Garcia e Freitas (2015) em seu estudo, o qual observou proporção elevada de etnia parda/preta em âmbito nacional (55,6%). Também o estudo de Almeida-Filho et al. (2004) aponta a prevalência na Bahia, onde pretos/pardos/morenos representaram também, mais da metade da amostra, indicando um recorte do nordeste brasileiro. A própria colonização e a miscigenação de nosso povo por si só já justificariam o achado da pesquisa bem como o encontrado na literatura. É uma característica predominante

em todo o país a cor parda para a pele. Tal condição se reflete estatisticamente nos resultados, não havendo distinção entre os grupos por tipo de óbito e etnia no estado da Paraíba.

A pouca escolaridade encontrada em óbitos relacionados ao uso abusivo de álcool admitidos no SVO/PB, segundo dados apresentados nessa pesquisa, é também uma realidade em outros estados. Uma realidade que pode estar ligada a falta de conhecimento dos males que o álcool pode causar bem como a fatores culturais regionalizados. Observou-se no estudo de Garcia et al (2015) que as mortes atribuídas ao álcool no Brasil de 2010 a 2012 ocorreram em pessoas com baixa escolaridade e nas regiões do Nordeste e do Centro-Oeste.

A pesquisa de Silveira et al. (2012) observou que em uma comunidade de São Paulo houve um risco maior atribuído ao consumo frequente e abusivo de álcool em homens com menos tempo de estudo, ou seja, os que não estudaram ou estudaram por até 8 anos tiveram um risco de 8,5 vezes de uso abusivo do álcool.

Em pesquisa realizada na Bahia, por Almeida-Filho et al. (2004), identifica-se uma associação significativa do consumo elevado de álcool na população do sexo masculino e solteiros. Sendo o grupo dos homens sem companheira o que teve proporção de óbito na Paraíba em 2015.

Reforça-se ainda que essa pesquisa observou dados oriundos apenas de mortes por causas naturais. Por isso, se faz necessário a compreensão da falta de dados provenientes de mortes violentas por acidentes de carro, armas de fogo ou não e outras formas violentas que não são investigadas pelo SVO, as quais tem uma alta proporção relacionada a influência do consumo de álcool, sendo esta uma limitação da pesquisa. Também pode-se destacar que muitas vezes o álcool também serve de porta de entrada para outras drogas com potencial nocivo maior em tempo ou em proporção.

Há evidências epidemiológicas apontando para associação consistente do “beber pesado” com situações adversas à saúde e à sociedade, dentre elas cita-se o comportamento antissocial, dificuldades de escolares e transtornos psiquiátricos (HECKMAN; SILVEIRA, 2009). Nesse contexto as condições sociais abordadas nessa pesquisa, contribuem para a compreensão do uso abusivo de álcool pela população estudada e suas consequências e causas.

Garcia et al. (2015) apontam que o álcool é o principal fator de risco para países em desenvolvimento sobre o aspecto de risco para carga de doenças. Assim,

percebeu-se que houve uma frequência alta de indicação de sinais e sintomas clínicos relacionados às doenças crônicas e a transtornos mentais relatados pelos familiares no estado da Paraíba, na pesquisa em tela, havendo uma prevalência mais elevada para edema de membros, desnutrição, tabagismo e epilepsia alcoólica.

As doenças e agravos relativos ao consumo de álcool tem contribuído mais na carga de doenças do que em agravos ligados especificamente ao álcool, sendo o uso crônico de álcool um fator contribuinte para doenças como: câncer, diabetes, doenças neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares (como: acidente vascular cerebral, hipertensão arterial), doenças do pâncreas e do fígado (como gastrite e pancreatite), doenças infecciosas, lesões intencionais em não intencionais (REHM, 2011; FILHO, 2013; GARCIA; FREITAS, 2015).

A vida sedentária, alimentação com alto teor calórico, consumo de tabaco e álcool na população tem contribuído na carga de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA; SILVA JR, 2013). O consumo de álcool associado ao tabaco aumenta o risco de outras doenças, contribui para mortes prematuras e antecipação de problemas de saúde relacionados ao consumo a longo prazo de álcool, além de que a dependência à nicotina ao longo da vida foi associada a todos os padrões de consumo de álcool (SILVEIRA et al., 2012).

Segundo Filho (2013), tumores malignos bem como doenças não transmissíveis são potencialmente preveníveis por terem uma associação aos hábitos de vida e a exposição ambientais, a exemplo do consumo de álcool. Não diferente de outras pesquisas essa mostra uma grande prevalência bem como relação de óbitos em homens com idade de 20 a 50 anos admitidos pelo SVO /PB no ano de 2015, com o uso abusivo do álcool e com patologias ligadas ao sistema circulatório, digestivo e nervoso.

Ao identificar uma proporção elevada de óbitos por doenças do aparelho digestivo no grupo dos etilistas, verificando-se um risco de chances de aproximadamente maior que 14 vezes de óbitos por doenças do sistema digestório com o uso abusivo de álcool, essa pesquisa confirma o descrito anteriormente na literatura. Se faz necessário comentar que o álcool pode trazer prejuízos a saúde em qualquer um dos níveis de sua intoxicação. No momento excitatório, no de depressão ou de coma alcoólico, seja na intoxicação aguda ou crônica. Nessa última, as patologias associadas ao uso de álcool quase sempre são crônicas e não transmissíveis. O que sugere que as doenças associadas causam prejuízos maiores

do que o próprio álcool. Essas têm sua piora evidenciada pois quase sempre estando associadas também a um modo de vida não saudável, consumo de tabaco, comidas pouco saudáveis e sedentarismo. O conjunto desses hábitos associados a um consumo abusivo e a uma dependência do álcool potencializam o risco de óbito por essas causas.

Nessa mesma linha de pensamento, pesquisas trazem que as doenças hepáticas e pancreáticas induzidas pelo álcool têm relevância global e tem sido muito estudada e relatada, além de que uma vez descoberta a doença nestes órgãos, a continuidade do consumo do álcool, mesmo em doses baixas, aumenta o risco de consequências graves (FIGUINHA; FONSECA; MORAES-FILHO, 2005; RHEM, 2011).

Pode-se ainda reforçar, que o uso abusivo de álcool está relacionado à esofagite de refluxo, câncer (de estômago, da cavidade oral de laringe, colo retal e esôfago), alterações gástricas morfológicas e funcionais, alterações do sistema imunológico do trato gastrointestinal (FIGUINHA; FONSECA; MORAES-FILHO, 2005; FILHO, 2013).

A condição de vida e os hábitos diários estão ligados ao uso abusivo de álcool e suas consequências. O risco elevado (de quase 4 vezes) de ser solteiro e vir ao óbito por uso abusivo do álcool encontrado nessa pesquisa também mostra que está casado ou em uma relação estável traz um efeito protetor para o mesmo mal. Se faz necessário lembrar que estes dados se referem a mortes naturais. Acredita-se que essa prevalência e incidência serão aumentados em porcentagem considerável se mortes violentas forem incluídas.

A pesquisa em tela corrobora com o estudo de Silveira et al. (2013), o qual identificou um fator de risco acima de três vezes para homens solteiros e de acima de duas vezes para homens divorciados/separados e viúvos para o risco de uso abusivo de álcool. Caetano et al. (2013) indica risco para bebedeira compulsiva de aproximadamente 3 vezes na população do sexo masculino e de 1,5 vez em solteiros.

Embora a literatura em vários estudos aponte para uma prevalência maior dos homens no que se refere ao uso abusivo e dependência ao álcool, fato esse que justifica o público dessa pesquisa, reforça-se o crescente número deste distúrbio em mulheres e a importância de estudos para este público sendo esta uma limitação desta pesquisa, uma vez que fugia do objetivo de estudo.

Acerca dos locais de óbito no grupo de etilistas dessa pesquisa, observa-se que a maioria das mortes aconteceu em ambiente doméstico, já o ambiente hospitalar e estabelecimentos de saúde teve a segunda maior prevalência da pesquisa.

O estudo de Bohland e Gonçalves (2015) aponta que no estado do Sergipe a maioria dos casos ocorreu em ambiente hospitalar, seguido de ambiente domiciliar. O autor relata que houve aumento dos óbitos em domicílio no estado, indicando que esta tendência tem relação com o não conhecimento dos serviços e não conhecimento dos familiares sobre a condição de saúde do doente, fato que também pode justificar o resultado da pesquisa em tela.

Relata-se ainda nessa pesquisa, que no estado da Paraíba uma única cidade, João Pessoa, teve a prevalência de 33,3% das admissões de cadáveres cuja causa *mortis* foi em decorrência do álcool. Observou-se, portanto, relação deste fator com a assistência médica e óbitos em hospitais/estabelecimentos de saúde e percebeu-se uma proporção elevada. Sugere-se que esta tendência se dá em decorrência à localização do SVO/PB. O mesmo está localizado em João Pessoa que é a cidade com maior prevalência de óbitos por uso abusivo de álcool.

Destaca-se ainda, segundo o mapa de Frequência de Óbito no Grupo de Uso Abusivo de Álcool por Área Geográfica do Estado da Paraíba (figura 1) que a maioria dos casos ocorreu em cidades próximas ao litoral, onde localiza-se o SVO/PB. Compreende-se, dessa forma, que João Pessoa por ser capital do estado dispõe da grande maioria dos serviços de média e alta complexidade do estado.

A leitura desses fatos revela que no estado da Paraíba a capital João Pessoa que fica no litoral, é a cidade que detém a maiorias dos serviços de saúde e um acesso maior a informação. Por conta dessa informação a maioria dos óbitos ocorrem em estabelecimentos de saúde e com a assistência médica. Esse fato não se verifica ao se afastar geograficamente. Pois, pelos mesmos motivos no interior do estado os óbitos ocorrem sem assistência médica e fora de estabelecimentos de saúde.

No tocante à assistência médica identificou-se que em torno de 22% das DOs analisadas na pesquisa não tiveram informações deste dado. Corroborando com Medonça, Drumond e Cardoso (2010) quando descreve que no Brasil há um frequente preenchimento inadequado da DOs, sendo este um obstáculo para melhorar a qualidade dos dados epidemiológicos e dos serviços de saúde.

Há um grande esforço dos serviços de saúde para avaliar e identificar causas de morbimortalidade da população, para tal cabe ao SVO a responsabilidade de esclarecimentos de causas mortes não esclarecidas no estado (VITTORE et al., 2011)

A Paraíba dispõe de uma unidade de SVO e segundo a Portaria do Ministério da Saúde, Nº 1405, de 29 de junho de 2006, este estado poderia dispor de mais unidades de acordo com a população residente. Entende-se que uma das formas de aumentar a qualidade da informação e de elucidação mais fidedigna dos casos de óbitos no Estado seria entendendo que a utilização do SVO como forma de esclarecimento dos casos de óbitos é uma decisão política para a problemática em tela. Acredita-se que se forem criadas novas unidades de SVO no Estado e de forma regionalizada, haveria melhoria dos dados e se teria uma visão mais ampla e geral dos problemas epidemiológicos do estado relacionado a causa morte, uma vez que esses serviços devem funcionar em tempo real com as informações das unidades de saúde.

No panorama dessa pesquisa se tem um recorte apenas da população atendida pelo SVO e não devem ser considerados os casos em todo estado, sendo esta uma limitação pois objetivou-se a coleta de dados a partir do SVO/PB. Entretanto, compreende-se que em outras regiões os hábitos de vida são outros, os agravos a saúde são outros e notoriamente sugere-se um outro perfil epidemiológico.

Outro ponto de limitação dessa pesquisa é a qualidade no preenchimento das DOs. O MS tem compreendido este problema e vem realizando um conjunto de ações como oficinas e seminários para qualificação, produção de material e cartilhas educativas. A falta de dados leva a informações pouco consistentes dos perfis e diagnósticos situacionais.

A pesquisa em questão, por exemplo, apresenta uma proporção de falta de informação por falta de preenchimento adequado dos dados. Tal fragilidade, reflete diretamente na análise dos dados epidemiológicos de descrição dos serviços prestados. Acredita-se que a educação permanente nos serviços possa ter reflexos positivos para um preenchimento mais detalhado e com os dados necessários das DOs.

6. CONCLUSÃO

Essa pesquisa reflete a realidade mundial segundo a literatura em relação aos dados clínicos e sócio-demográficos. Com os resultados obtidos na pesquisa foi possível traçar o perfil dos óbitos de homens de 20 - 50 anos que foram admitidos no SVO/PB no ano de 2015. Onde, 28% desses óbitos tiveram a influência do álcool, sendo a faixa etária mais prevalente a de 40 – 50 anos. Sobre a etnia a parda foi vista como a mais predominante. Foi observado também que homens solteiros e com pouca escolaridade possuem um risco maior de óbitos por influência do álcool. A maioria dos óbitos analisados possuíam em vida a função de pedreiro ou agricultor. Os sinais clínicos mais citados foram: edema de membros, desnutrição, transtornos mentais, tabagismo.

Esta pesquisa reforça a associação de patologias do sistema digestivo e o estado civil, os quais foram estudados por outros pesquisadores como sendo relacionadas aos óbitos com álcool de forma individual.

Por fim, compreende-se que os estudos epidemiológicos têm papel importante no que se refere ao planejamento, avaliação e execução das ações em saúde. Não obstante, o SVO tem uma atribuição relevante nesse contexto, por meio de informações que refletem a realidade dos óbitos para a família, mas também direcionadoras à melhoria do serviço na avaliação da eficiência e efetividade da assistência em saúde.

Nesse interim, esta pesquisa trouxe uma visão acerca desse problema no estado da Paraíba com vistas a contribuir na consolidação de informações em saúde com caráter científico e ético, a fim de fomentar soluções, políticas e propostas bem fundamentadas para o enfrentamento desta realidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

AFSHAR, M.; RICHARDS, S.; MANN, D.; CROSS, A.; SMITH, G.B.; NETZER, G.; KOVACS, E.; HASDAY, J. Acute Immunomodulatory Effects of Binge Alcohol Ingestion. **Rev. Alcohol**. V. 49, n.1, p. 57–64, 2015.

ALMEIDA-FILHO, NAOMAR et al. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2004, vol.38, n.1, pp.45-54. ISSN 1518-8787.

ARAÚJO, K. L. O Uso Abusivo de Álcool e Drogas e o Enfrentamento desta Questão pela Família do Usuário. 2012. 97f. **Tese** (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos. 2012.

BARROS, M. B. DE A. A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 199-200, dez. 2004.

BOHLAND, A. K.; GONÇALVES, A. R. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 136-144, sep. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União Brasília**, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 09 Mar. 2016

BRASIL. **Lei nº 6015**, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre registros públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm> . Acessado em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 3ª ed. 2009. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Portaria nº 116**, de 11 de fevereiro de 2009, Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.405**, de 29 de junho de 2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO). Diário Oficial [da república Federativa do Brasil], Brasília, DF, 30 jun. 2006. Seção 1, p. 242-244.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1028**, de 01 de junho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html> Acessado em: 10 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003.

CAETANO, R.; PINSKY, I.; MADRUGA, C.; LARANJEIRA, R. Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados en Brasil. **Adicciones**, . 287-293. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União Brasília**, DF, 2005. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm> Acesso em: 16 out. 2016

FARES, F. F.; CURY, P. M.; LOBO, S. M. Discrepâncias clínico-patológicas em pacientes graves com difícil diagnóstico pre-mortem. **Rev. bras. ter.intensiva**, v.23 n.4, 2011

FREZENSE, C. Administração Pública em Contexto de Mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBÁÑEZ, A.; ELIAS, P.E.M.; SIXAS, P.H.A. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Ed.Hucitec, Cealag, 2015.

FIGUINHA, F. C. R.; FONSECA, F. L. DA; MORAES-FILHO, J. P. P. - Ações do álcool sobre o esôfago, estômago e intestinos / Effects of alcohol upon the esophagus, stomach and intestines. **RBM rev. bras. med**; 62(1/2):10-16, jan.-fev. 2005.ilus.

FILHO, V. W. Consumo de Bebidas Alcoólicas e Risco de Câncer. **Rev. USP**, n.96, p. 37-46, 2013.

GALO, E. A.; FERNÁNDEZ, F. F.; La autopsia clínica en la web: aspectos generales. **Rev. esp patol** 2003; vol 36, nº 3: 267-282.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; GAWRSZEWSKI, V. P.; DUARTE, E. C. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 38, n.4, 2015.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2015, vol.24, n.2, pp.227-237. ISSN 1679-4974.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MONTEIRO, M. G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007–09 **Rev. Addiction**, v. 109, n. 4, p. 570–577, 2014.

GRØNBÆK, M. Commentary: Alcohol use disorder: as usual, prevention is better than cure. **Rev. International Journal of Epidemiology**, p. 920–921, 2014.

GUANAIS, F.C. Health Equity in Brazil. **BJM**, 2010.

HECKMANN, W. ; SILVEIRA, C. M. **Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos**. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C., SILVEIRA, C. M. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri (SP): Minha Editora): p.67-87. 2009.

IRONS, D. E.; IACONO, W. G.; MCGUE, M. Tests of the Effects of Adolescent Early Alcohol Exposures on Adult Outcomes. **Rev. Addiction**, v. 110, n.2, p. 269–278, 2015.

KANSO, S.; MONTILLA, D. E. R.; LEITE, I. D. C.; MORAES, E. N. D. Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. **Rev.Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.7, p.1323-1339, 2011.

LUCENA, L.; CAGLIARI, G.H.B.; TANAKA, J.; BONAMIGO, E.L. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário **Rev. Bioét.**, v.22, n.2, p.318-324, 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEAGA, N.J. Mortalidade por Dependência de Álcool no Brasil: 1998 – 2002. **Rev. Psic. em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2007.

MENDONCA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. bras. estud. popul.**, vol.27, n.2, pp.285-295. 2010.

MESSIAS, K. L. M; JUNIOR, J. P. B.; PEGADO, M. F. Q.; OLIVEIRA, L. C.; PEIXOTO, T. G.; SALES, M. A. C.; FILHO, M. P. M.; FERREIRA, D. G.; LAGE, M. P. F.; FREITAS, T.P., FILHO, J.G.B. The quality of certification of deaths due to external causes in the city of fortaleza in the state of Ceará, Brazil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1255-1266, 2016.

PAES, N. A.; SANTOS SILVA, A; BRAGA, J. S. A Qualidade Das Declarações de Óbitos e Sua Relação com as Condições de Vida do Semiárido Brasileiro. **Anais**, p. 1-20, 2016.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Rev. Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PARAÍBA. **Lei Complementar nº 59**, de 30 de dezembro de 2003. Criação da região metropolitana de João Pessoa. João Pessoa, 2003. Disponível em:

<http://pt.wikisource.org/wiki/Lei_Complementar_Estadual_da_Para%C3%ADba_59_de_2003>. Acesso em: 15 set.. 2016.

PARAÍBA. **Lei Complementar nº 90**, de 23 de setembro de 2009. Nova redação ao Art. 1º, do capítulo I, da Lei Complementar n. 59, de 30 de dezembro de 2003. João Pessoa, 2009. Disponível em: <http://pt.wikisource.org/wiki/Lei_Complementar_Estadual_da_Para%C3%ADba_90_de_2003>. Acesso em: 15 set. 2016.

RASIA, I. C. B.; ROSA, A. C.; REDISS, A. N. A Utilização dos Sistemas de Informação em uma Instituição de Saúde de Pelotas/RS. **Rev.Saúde.Com**, v. 8, n. 2. p 32-42, 2012.

REHEM. J. The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism. **Rev. Alcohol Res Health**, v. 34, n.2, p135–143, 2011.

RODRIGUES, F. R.; LOPES, V. G. S; LOPEZ, C. L.; SOARES FILHO, P. J.; SILVA, R. C. L. G.; SILVA, L. E.; TEIXEIRA, G. H. M. C. O decréscimo vertiginoso das autópsias em um hospital universitário do Brasil nos últimos 20 anos. **J Bras Patol Med Lab**, V. 47, N.4, P. 445-450, 2011.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, Pelotas (RS). jan/jun, 1(2):82-93. 2012.

SALES FILHO, R. Análise da Implantação do Serviço de Verificação de Óbitos De João Pessoa – PB no Sistema de Informação sobre Mortalidade. 2011.135f. **Tese Doutorado em Saúde Pública** - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SILVEIRA, C. M., SIU, E. R., WANG, Y. P., VIANA, M. C., ANDRADE, A. G., ANDRADE, L. H. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. **Clinics**. 67:205-12. 2012.

SOUZA, J. G. S.; JONES, K. M.; FONSECA, A. D. G.; MARTINS, A. M. E. B. Lima M. Consumption profile and factors associated with the ingestion of beer and distilled beverages among elderly Brazilians: Gender differences. **Rev. Geriatr Gerontol Int**, v.16, p. 810–820, 2016.

TROCOLLI, A. Sistemas de Informação em Saúde. In: IBAÑEZ, A.; ELIAS, P.E.M.; SIXAS, P.H.A. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Ed.Hucitec, Cealag, 2015.

VITTORE, A. E.; AGUIAR, D.F.; FOLADOR, D.N.; SILVA, L.A.; NUNES, N.; TRINDADE, W.R. Índice de Doenças Cardiovasculares em Pacientes Submetidos à Necrópsia no Serviço De Verificação de Óbito. **Rev. Bras. de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, V. 5. N. 25., p. 34-38, 2011.

WÜNSCH FILHO, VICTOR. Consumo de Bebidas Alcoólicas e Risco de Câncer.
Revista USP. Dez – fev., 2012 – 2013, n° 96, p. 37 – 46.

APÊNDICE 1 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ÓBITOS POR MUNICÍPIO.

Município do Óbito	n	%
João Pessoa	18	33,3
Santa Rita	8	14,8
Mamanguape	6	11,1
Sapé	3	5,6
Conde	2	3,7
Guarabira	2	3,7
Pedras de Fogo	2	3,7
Bayeux	1	1,9
Alhandra	1	1,9
Caaporã	1	1,9
Cabedelo	1	1,9
Itabaiana	1	1,9
Pitimbu	1	1,9
Rio Tinto	1	1,9
Alagoa Grande	1	1,9
Capim	1	1,9
Ingá	1	1,9
Jacaraú	1	1,9
Juripiranga	1	1,9
Mogeiro	1	1,9
Total	54	100

Fonte: Elaboração própria, 2017

ANEXO 1 - PROTOCOLO DE NECRÓPSIA/ADMISSÃO

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (S.V.O.)

PROTOCOLO DE NECRÓPSIA Nº. _____ DATA ____/____/____

Nº DO. _____

1- IDENTIFICAÇÃO DO CORPO

NOME: _____

SEXO: _____ COR: _____ IDADE: _____ NATURALIDADE: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

2- CONDIÇÕES DO ÓBITO

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

DIA / HORA DO RECEBIMENTO DO CORPO: _____

3- INFORMAÇÕES CLÍNICAS

SINAIS INICIAIS: _____

DIARRÉIA
FEBRE
TOSSE
EXPECTORAÇÃO
PARALISIA

DISPNÉIA
VÔMITO
PERDA DOS SENTIDOS
ASTENIA
PERDA DE PESO

DOR LOCAL DA DOR: _____

OUTROS (diabetes, hipertensão, cardiopatias, etilismo, tabagismo, tumores, cirurgias, derrames, problemas mentais etc.): _____

4- DADOS DO INFORMANTE

NOME: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

CASA FUNERÁRIA: _____

5- AUTORIZAÇÃO DA NECRÓPSIA COM PERMISSÃO DE UTILIZAÇÃO DE SEUS RESULTADOS PARA FINS CIENTÍFICOS

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA: _____

6- EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO - MACROSCOPIA

CONDIÇÕES EXTERNAS GERAIS: _____

ÓRGÃOS TORÁCICOS: _____

ÓRGÃOS ABDOMINAIS: _____

CRÂNIO: _____

7- CONCLUSÕES

CAUSA MORTIS: _____

CAUSAS ANTECEDENTES: _____

OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS: _____

João Pessoa, ____ de _____ de _____

PATOLOGISTA: _____

CRM Nº: _____

Assinatura

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS**

1. Identificação da pesquisa:

Título do Projeto: ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL

Curso: Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Saúde Coletiva
Instituição coparticipante: Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Responsável: Roberta Batista Abath

2. Identificação dos pesquisadores:

Nome completo (sem abreviação)	Responsabilidade no projeto
1) Jailson Vilverto Sousa e Silva	Pesquisador Responsável
2) Sérgio Baxter Adreoli	Orientador

3. Declaração de Compromisso:

Prezado (a) Senhor (a):

Somos pesquisadores da Universidade Católica de Santos, pretendemos realizar um estudo cujo objetivo é verificar a associação da mortalidade por causas básicas relacionadas ao transtorno de abuso e dependência de álcool do estado da Paraíba e solicitamos sua autorização para utilizar do Serviço de Verificação de Óbito do Estado da Paraíba. Caso concorde, utilizaremos informações referentes aos óbitos ocorridos no período de 2015, destinadas ao desenvolvimento da dissertação de mestrado do aluno supracitado e posterior publicação em veículos científicos da área.

Baseados nos itens III.2i, III.2m e III.2q das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012, e nos principais documentos nacionais e internacionais sobre pesquisas que envolvem seres humanos e que fundamentaram essa Resolução, declaramos que:

- 1) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UNISANTOS;
- 2) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- 3) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante,

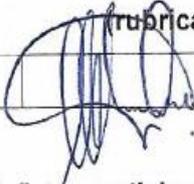
tendo o cuidado de não o estigmatizar, substituindo, por exemplo, o nome por códigos;

Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;

- 4) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;
- 5) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Havendo contato com as pessoas envolvidas, estas serão informadas dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- 6) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo do projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP/UNISANTOS;
- 7) Asseguramos que os dados coletados serão mantidos em local seguro por 5 anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores, após o que serão destruídos .
- 8) Os resultados deste trabalho poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas, entretanto, serão apresentados em conjunto, sem nomes, instituição à qual pertencem ou qualquer informação que identifique os participantes e a instituição.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes, assinaremos este Termo de Consentimento para Uso de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes, juntamente com o responsável da instituição coparticipante.

João Pessoa, 30 de setembro de 2016

Nome completo (por extenso)	Assinatura (rubrica)	CPF
1) Jailson Vilberto Sousa e Silva		023.839.304-66

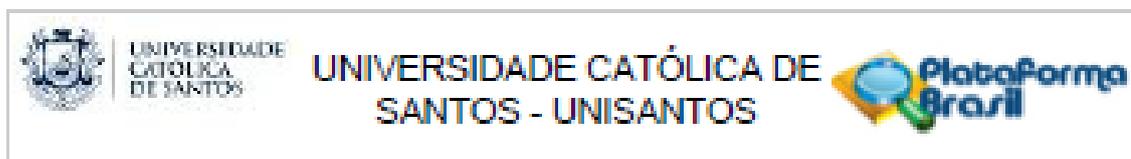
4. Consentimento esclarecido da instituição coparticipante

Declaro concordar com o acesso aos dados para a pesquisa, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo CEP da instituição proponente, após a sua revisão ética; declaro, ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa em apreço, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados ou vinculados aos dados objeto da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Roberta Batista Abath
Secretária de Estado da Saúde
Matrícula: 182.625-6
CPF: 904.424.744-15

Roberta Batista Abath
Secretária de Saúde do Estado da Saúde

ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ALCÓOL

Pesquisador: Jailson Vilberto de Sousa e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62000316.5.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.558

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado da Universidade Católica de Santos, intitulada ESTUDO DA MORTALIDADE ASSOCIADO AO TRANSTORNO DE ABUSO E DEPENDÊNCIA AO ALCÓOL. O uso abusivo do álcool é considerado um problema de saúde pública no Mundo e no Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem atribuído a 5,9% das mortes do mundo ao consumo do álcool. Muitas alterações de saúde estão associadas ao uso abusivo e à dependência do álcool, podendo ser mais de trinta. Dos óbitos registrados pelo SVO-PB dos anos de 2003 a 2007, observou-se que a mortalidade encontrava-se com alta prevalência entre homens e em adultos com faixas etárias mais jovens, apontando-se ainda que as maiores incidências de causa-morta nestes grupos estavam relacionadas ao uso abusivo de álcool e foram registradas em sua maioria nas 4ª e 5ª décadas. Método: Estudo de registro de casos, descritivo. A pesquisa será desenvolvida no Sistema de Verificação de Óbitos do Estado da Paraíba no ano 2015, o qual abrange predominantemente Região Metropolitana de João Pessoa, criada pela Lei Complementar Estadual 59/2003 e ampliada na 90/2000, sendo composta: Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Pitimbu e Casaporã. Nesse sentido, a amostra será composta pelos registros óbitos de indivíduos ocorridos no ano de 2015, o sexo masculino e com idade entre 20 e 50 anos. Os critérios de exclusão serão óbitos

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Matias

CEP: 11.015-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-1254

Fax: (13)3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 1.000.550

encaminhados pelo SVO para necrópsia forense, óbitos de neonatos, óbitos maternos, óbitos de adolescentes, adultos com idade superior a 40 anos e idosos, bem como mulheres. Como instrumento para coleta de dados, o qual só será levantado a partir dos óbitos de adultos do sexo masculino com idade entre 20 e 50 anos, será utilizado um questionário contendo, as seguintes variáveis: a) Descrição do perfil sócio-demográfico; b) Idade; c) Escolaridade (categorizado a partir da base de dados); d) Profissão/ocupação; e) Local do óbito: 1 – hospital; 2 – domicílio; 3 – via pública; e) Causas de óbitos: codificadas de acordo com as regras de classificação da Classificação Internacional de Doenças (CID); f) Município de óbito; Dados provenientes do SVO para descrição do fenômeno: a) Causa básica de morte; b) Causa Imediata da Morte; c) Causa contribuinte para a morte; d) Atestados e informações da morte provenientes da Ficha de Admissão. Buscar-se-á ainda o número de óbitos do período de 2015, identificando se a idade, sexo e município do óbito, para dados epidemiológicos descritivos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a associação da mortalidade por causas básicas relacionadas ao transtorno de abuso e dependência de álcool dos casos por meio de registros de óbitos do Serviço de Verificação de Óbito do Estado da Paraíba do ano de 2015.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos óbitos que deram entrada no SVO no ano 2015 do Estado da Paraíba;- Observar o tipo e a frequência das patologias que foram causas básicas de óbito e a associação destas com o uso abusivo de álcool;- Estudar a frequência por área geográfica do número de óbitos por causas básicas associadas ao uso abusivo de álcool e sem associação ao uso;- Identificar por meio de mapa coroplético os óbitos associados ao uso abusivo de álcool por área geográfica do Estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos ou desconfortos porque os dados serão obtidos de fonte secundária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando que o uso abusivo de álcool e drogas é um sério problema de saúde pública, as pesquisas que explorem essa temática são de extrema relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

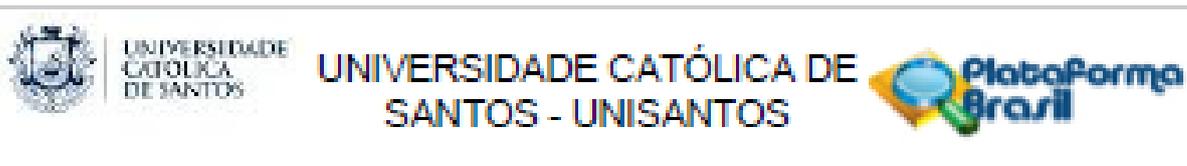
UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-1284

Fax: (13)3228-8888

E-mail: comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 1.868.558

Recomendações:

Recomenda-se a adequação do cronograma da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A aprovação dessa pesquisa fica condicionada ao ajuste do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi avaliado por um relator e em reunião ocorrida em 13/12/2016 o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos considerou o presente projeto de pesquisa aprovado .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_807363.pdf	11/11/2016 21:09:36		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/11/2016 20:51:54	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoiscoconfiabilidadesigilo.pdf	10/10/2016 14:44:17	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2016 14:43:18	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	BROCHURA.pdf	10/10/2016 14:41:24	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOCONSENTIMENTO2.pdf	10/10/2016 14:37:39	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOCONSENTIMENTO1.pdf	10/10/2016 14:37:14	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2016 14:35:53	Jailson Vilberto de Sousa e Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
 Bairro: Vila Matias CEP: 11.015-002
 UF: SP Município: SANTOS
 Telefone: (13)3208-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 1.890.555

SANTOS, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-1254

Fax: (13)3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br