

Atendimentos de emergência por causas externas e consumo de bebida alcoólica - Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011

Emergency room visits due to external causes and alcohol consumption – Capitals and the Federal District, Brazil, 2011

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas¹
Alice Cristina Medeiros das Neves¹
Rosane Aparecida Monteiro¹
Marta Maria Alves da Silva¹
Deborah Carvalho Malta¹

Abstract *The study objective was to describe the profile and factors related to alcohol consumption among emergency room visits by external causes. It is a cross-sectional study with data from the Survey of Violence and Injuries in Emergency between September and October 2011, in 24 state capitals and the Federal District. Statistical analysis were performed for all cases treated in selected services, comparing the characteristics of the victims, according to the statement of alcohol consumption. 33,289 visits to emergency rooms by external causes in the population above 18 years of age were included. The prevalence of self-reported statement of alcohol consumption among these services was 14.9% for the 24 capitals and the Federal District, and was significantly higher among visits by violent causes than by accidents. For both accidents and violence the associated causes were victims male, black/brown, less educated, members of specific populations, occurrences on public roads. The results support global discussions on the importance of establishing policies and legal measures to restrict the consumption of alcohol and vehicular direction, control advertising of alcoholic beverages, and laws normalizing the functioning of sales points of alcoholic beverages.*

Key words Alcohol, Accidents, Violence, External causes, Emergency medical services

Resumo *Para descrever o perfil e os fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica entre atendimentos de emergência por causas externas, desenvolveu-se estudo transversal com dados obtidos do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços de Urgência e Emergência, em 24 capitais e no Distrito Federal, em 2011. Análises estatísticas foram realizadas para o conjunto de atendimentos, comparando-se as características das vítimas, segundo a declaração de consumo de álcool. Foram incluídos 33.289 atendimentos por causas externas na população ≥ 18 anos de idade. A prevalência da declaração autorreferida de consumo de álcool dentre esses atendimentos foi de 14,9% para as 24 capitais e Distrito Federal, sendo significativamente maior entre os atendimentos por causas violentas em relação aos acidentes. Tanto para os acidentes quanto para as violências as causas associadas foram: vítimas do sexo masculino, pretos/pardos, menor nível de escolaridade, membros de populações específicas, ocorrências em via pública. Os resultados apoiam discussões globais sobre a importância de se estabelecer políticas e medidas legais de restrição no consumo de álcool e direção veicular, controle de propaganda de bebidas alcoólicas e leis normatizando o funcionamento de postos de venda de bebidas alcoólicas.*

Palavras-chave Álcool, Acidentes, Violência, Causas externas, Serviços médicos de emergência

¹ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Ministério da Saúde. Setor SAFS Quadra (Setor de Administração Federal Sul) Edifício Premium/Torre 1/Bloco F/Sala 16, Zona Cívico-Administrativa. 70070-600 Brasília DF Brasil. mdm.mascarenhas@gmail.com

Introdução

O consumo nocivo de bebidas alcoólicas é considerado um dos mais importantes fatores de risco para o estado de saúde das populações. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), esse hábito é responsável por cerca de 2,3 milhões de mortes prematuras em todo o mundo a cada ano. As lesões por causas externas (acidentes e violências) representam mais de um terço das mortes atribuídas ao consumo de álcool, que afeta não apenas o consumidor direto, mas outras pessoas como pedestres ou ciclistas lesionados por um condutor embriagado¹.

As causas externas de morbimortalidade vêm apresentando grande importância na saúde pública, haja vista sua magnitude e impacto na vida das pessoas, especialmente nos países em desenvolvimento^{2,3}. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴, os fatores externos constituem a principal causa de perda de anos de vida em dois terços das nações americanas, sendo que os acidentes de transporte, homicídios e suicídios figuram entre as cinco principais causas de mortes prematuras.

O consumo de álcool tem sido associado aos mais diferentes tipos de lesões decorrentes de causas externas, incluindo as relacionadas ao trânsito, as quedas, as queimaduras, as atividades esportivas, laborais e aos eventos de violência interpessoal e autoinfligida. Na região das Américas, a violência e as lesões decorrentes do trânsito merecem destaque como problema de saúde pública⁵.

No Brasil, o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira⁶, realizado entre 2005 e 2006, apontou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebiam pelo menos uma vez ao ano. Entre os homens eram 65% e entre as mulheres 41%. No grupo dos adultos que bebiam, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebiam todos os dias e 28% consumiam bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana⁶. Com a implantação do sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), que tem o consumo de bebidas alcoólicas como um dos temas investigados, tornou-se possível avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas junto à população adulta brasileira. Dados do VIGITEL, apresentados por Moura e Malta⁷, demonstram que, em 2006, o consumo habitual

de bebidas alcoólicas atingiu 38,1% da população estudada e o de consumo abusivo 16,2%, sendo a frequência dos dois padrões maior em homens do que em mulheres. Desde então, a tendência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas é crescente nos dois sexos.

Também em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Trata-se de uma modalidade de vigilância estruturada em dois componentes: 1) vigilância [sentinela] de violências e acidentes em emergências hospitalares, que visa caracterizar os atendimentos de urgência devido a causas externas; e 2) vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras interpessoais, que considera as exigências legais de notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas⁸.

As lesões por causas externas atribuídas ao consumo de álcool estão aumentando em todo o mundo, sendo um problema mais evidente nos atendimentos realizados em serviços de emergência. As evidências obtidas nesses cenários constituem uma forma ágil de coletar informações úteis sobre a relação entre álcool e causas externas, propiciando a elaboração de estratégias e políticas públicas voltadas para intervenções mais efetivas em larga escala¹.

Este artigo tem como objetivo descrever o perfil e os fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica entre atendimentos de emergência por causas externas a partir de dados do VIVA Inquérito 2011 em 24 capitais e no Distrito Federal.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado com dados da Pesquisa sobre Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito), realizada nos meses de setembro a novembro de 2011, em 71 serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados no Distrito Federal e em 24 capitais brasileiras, exceto Manaus (AM) e São Paulo (SP), as quais não executaram o inquérito por questões operacionais. A inclusão dos serviços selecionados foi validada pelas equipes locais de acordo com os seguintes critérios: 1) registro de serviços habilitados para atendimento de urgência e emergência no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) disponibilidade de registros quanto à demanda de internação por causas externas a partir do Sistema de Infor-

mações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); 3) volume de atendimentos identificados no VIVA Inquérito de 2006, 2007 e 2009⁹⁻¹¹.

Para a coleta de dados, considerou-se o período de 30 dias consecutivos, divididos em turnos de 12 horas, totalizando 60 turnos: 30 diurnos (7h00min às 18h59min) e 30 noturnos (19h00min às 6h59min). O procedimento de sorteio dos turnos foi a amostragem por conglomerado em único estágio de seleção, sendo o turno a unidade primária de amostragem. O número de turnos sorteados em cada estabelecimento foi obtido em função do tamanho mínimo da amostra (2.000 por capital) e a média de atendimentos por causas externas realizados no serviço, assumindo o coeficiente de variação inferior a 30% e o erro-padrão menor que três⁹⁻¹¹.

Foram elegíveis para a entrevista todas as vítimas de causas externas que procuraram atendimento, pela primeira vez, nos serviços de urgência e emergência selecionados nos turnos sorteados e que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de formulário padronizado, aplicado por equipes treinadas. Os atendimentos foram classificados em dois grupos, segundo a intencionalidade: a) acidente – definido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer”¹² (acidentes de transporte, quedas, queimaduras, cortes, queda de objetos sobre a pessoa, envenenamento, sufocação, afogamento, dentre outros); b) violência – “uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”¹³ (lesões autoprovocadas, maus-tratos e agressões).

A declaração de consumo de bebida alcoólica foi obtida por meio da seguinte pergunta: *Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência [que motivou este atendimento]?* Foram incluídos na presente análise os registros de atendimentos de emergência devidos a causas externas envolvendo pacientes com idade a partir de 18 anos, considerando-se as seguintes variáveis:

a) sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), faixa etária (18-29, 30-39, 40-59, \geq 60 anos), raça/cor da pele (branca, preta/parda, amarela/indígena), escolaridade (0-8 e \geq 9 anos de estudo), população específica;

b) do evento: local de ocorrência (domicílio, via pública, escola, área de recreação, comércio/serviços/bar, indústria/construção, outros), natureza da lesão (sem lesão física, contusão, corte/

laceração/amputação, entorse/luxação, fratura, traumas, outra), segmento corporal atingido (cabeça/pescoço, tórax/abdome/pelve, extremidades, múltiplos órgãos/regiões), declaração de uso de bebida alcoólica, tipo de evento (acidentes e violência), tipo de ocorrência (agressão/maus-tratos, afogamento, lesão autoprovocada, ferimento por arma de fogo, acidente de transporte, envenenamento/intoxicação, queda, ferimento por objeto perfurocortante, acidente com animais, sufocação/engasgamento, choque contra objeto/pessoa, entorse, queimadura, queda de objeto sobre pessoa, corpo estranho, compressão entre/dentro de objetos, outros acidentes);

c) do atendimento: meio de locomoção para o hospital (a pé, veículo particular, SAMU/ambulância/resgate, ônibus/van, viatura policial, outros), período de atendimento (noturno, diurno), dia de atendimento (segunda a sexta, sábado e domingo), evolução (alta, internação hospitalar, encaminhamento ambulatorial, evasão, óbito).

As análises foram processadas para o conjunto de atendimentos realizados nos serviços selecionados, comparando-se as características das vítimas, segundo a declaração de consumo de bebida alcoólica. A hipótese nula de independência entre as variáveis qualitativas foi averiguada pelo teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%. Razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimados pela regressão de Poisson. Utilizou-se o módulo “svy” do programa Stata, versão 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), apropriado para a obtenção de estimativas não viciadas quando os dados são provenientes de planos de amostragem complexos.

O projeto do VIVA Inquérito 2011 foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Mais informações sobre o delineamento da amostra, organização e operacionalizado da pesquisa podem ser obtidas em outras publicações⁹⁻¹¹.

Resultados

No VIVA Inquérito 2011, foram incluídos 33.289 atendimentos de urgência e emergência por causas externas na população a partir de 18 anos de idade, com informação válida sobre consumo de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência que motivou o atendimento. A prevalência da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica dentre esses atendimentos foi de 14,9% para o total de capitais mais o Distrito

Federal. Dentro os atendimentos decorrentes de acidente, a prevalência de consumo de álcool foi de 11,4%, variando de 5,1% em Macapá (AP) a 21,5% em Salvador (BA). Para os atendimentos por causas violentas, a prevalência de consumo de bebida alcoólica foi de 44,1%, variando de 33,4% em Vitória (ES) a 56,9% em Recife (PE). A Figura 1 apresenta a distribuição da prevalência de declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica, segundo município notificante por tipo de evento.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre os atendimentos por causas externas realizados em serviços de emergência. Tal consumo foi significativamente superior entre os atendimentos por causas violentas, entre as vítimas do sexo masculino, com idade de 18 a 39 anos e entre os que se declararam pretos/pardos. O consumo de bebida alcoólica também foi mais elevado entre as pessoas com menor escolaridade, nos membros de populações específicas (aldeados, quilombolas, pessoas em situação de rua) e entre os atendimentos realizados à noite e nos finais de semana.

Na Tabela 2 é possível identificar os fatores associados ao consumo de bebida alcoólica es-

tratificados por tipo de evento (acidente ou violência). Dentre os atendimentos decorrentes de causas acidentais, a prevalência de declaração de consumo de bebida alcoólica foi significativamente superior no sexo masculino, entre os que se declararam pretos/pardos, nos pacientes de menor nível de escolaridade e nos membros de populações específicas. Os idosos referiram o consumo de bebidas alcoólicas em proporção significativamente inferior aos mais jovens. Dentre as lesões que ocorreram em via pública, verificou-se a maior proporção de declaração de consumo de bebida alcoólica em relação aos eventos ocorridos no domicílio. Entre os atendimentos por causas violentas, a declaração de consumo de bebida alcoólica prevaleceu entre os pacientes do sexo masculino, entre os pretos/pardos e indígenas/amarelos e nos de menor nível de escolaridade, assim como nos pertencentes a populações específicas. A declaração de consumo de bebida alcoólica foi mais elevada nos eventos que ocorreram na via pública, área de recreação e comércio/serviços/bar quando comparados aos que ocorreram no domicílio.

Por meio da Tabela 3, observam-se as características dos atendimentos de causas externas e sua associação com o consumo de bebida alco-

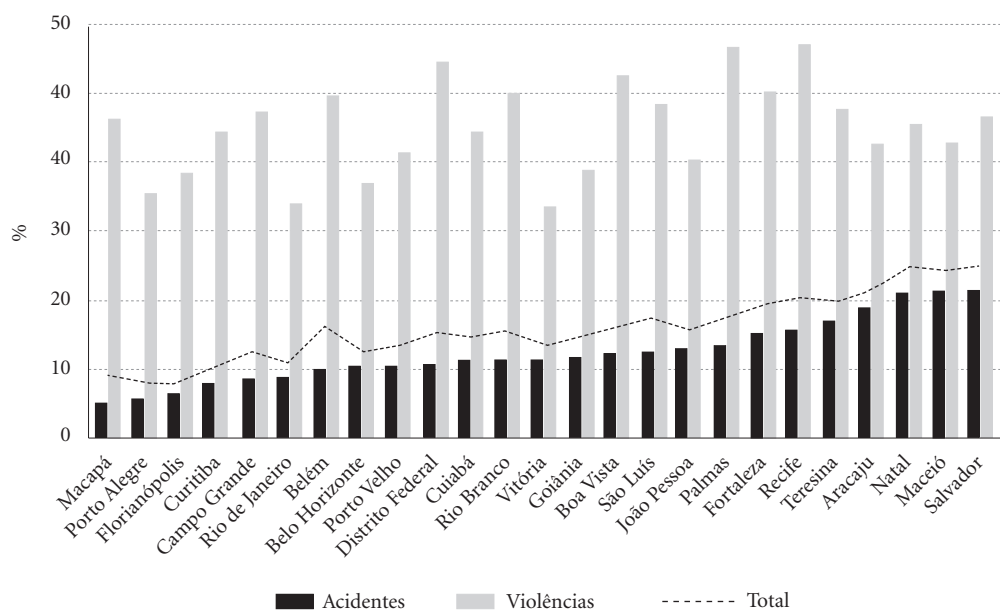


Figura 1. Distribuição da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre pacientes atendidos em serviços de emergência segundo município de notificação – Capitais^a e Distrito Federal, Brasil, 2011.

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2011.

^a Exceto Manaus-AM e São Paulo-SP.

Tabela 1. Distribuição da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre pacientes atendidos em serviços de emergência segundo características selecionadas – Capitais^a e Distrito Federal, Brasil, 2011.

Características	Total (n = 33.289) ^b % ^c	Consumo de bebida alcoólica		Valor de p [*]
		Sim (n = 5.079) ^b % ^c	Não (n = 28.210) ^b % ^c	
Total	100,0	14,9	85,1	-
Tipo de ocorrência				0,000
Acidentes	89,4	11,4	88,6	
Violência	10,6	44,1	55,9	
Sexo				0,000
Feminino	34,3	7,7	92,3	
Masculino	65,7	18,7	81,4	
Faixa etária (anos)				0,000
18 a 29	39,1	16,6	83,4	
30 a 39	23,7	16,9	83,1	
40 a 59	26,0	14,5	85,5	
60 e mais	11,2	5,8	94,2	
Raça/cor da pele				0,000
Branca	31,8	10,8	89,2	
Preta/parda	66,0	16,9	83,1	
Amarela/indígena	2,1	14,9	85,1	
Escolaridade (anos de estudo)				0,000
9 e +	50,2	12,0	88,0	
0 a 8	49,8	16,1	83,9	
População específica ^d				0,000
Não	97,7	14,7	85,3	
Sim	2,3	24,7	75,3	
Período de atendimento				0,000
Diurno	60,3	7,9	92,1	
Noturno	39,7	25,3	74,7	
Dia de atendimento				0,000
Segunda a sexta	70,1	9,8	90,2	
Sábado e domingo	30,0	26,7	73,3	

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2011. ^a Exceto Manaus-AM e São Paulo-SP;

^b Número absoluto de observações; ^c Percentual ponderado; ^d Inclui cigano, quilombola, aldeado, pessoa em situação de rua.

* Teste do qui-quadrado de Pearson.

ólica segundo o tipo de evento. Entre os atendimentos por acidentes, a declaração de bebida alcoólica foi mais elevada entre os acidentes que afetaram segmentos corporais como cabeça/pescoço e múltiplos órgãos/regiões. As maiores prevalências de declaração de consumo de bebida alcoólica foram observadas entre os atendimentos que utilizaram meios de locomoção diferente de transporte coletivo, nos atendimentos realizados no período noturno e nos finais de semana, nos atendimentos que evoluíram para internação, acompanhamento ambulatorial e evasão. Quanto aos atendimentos por violência, a declaração de bebida alcoólica foi mais elevada entre as lesões que afetaram a cabeça/pescoço e entre os aten-

dimentos que utilizaram meios de locomoção para o hospital como veículo particular e SAMU/ambulância/resgate, dentre os atendimentos que ocorreram durante a noite e nos finais de semana. Não foi observada diferença significativa entre a prevalência de consumo de álcool entre os atendimentos por violência segundo evolução.

A Figura 2 apresenta a distribuição da prevalência de declaração autorreferida de bebida alcoólica segundo tipo de ocorrência, tendo como referência a prevalência obtida nos atendimentos por compressão entre/dentro de objetos. A maior prevalência de declaração de bebida alcoólica foi observada nos atendimentos por agressões/maus-tratos, afogamento, lesão autoprovocada,

Tabela 2. Prevalência (%) de declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre pacientes atendidos em serviços de emergência segundo características sociodemográficas e local do evento, estratificadas por tipo de ocorrência – Capitais^a e Distrito Federal, Brasil, 2011.

Características	Acidentes Consumo de bebida alcoólica (n = 3.434) ^b		Violência Consumo de bebida alcoólica (n = 1.645) ^b	
	% ^c	RP (IC95%)	% ^c	RP (IC95%)
Sexo				
Feminino	5,7	1,00	28,8	1,00
Masculino	14,6	2,57 (2,26-2,91)	50,3	1,75 (1,51-2,02)
Faixa etária (anos)				
18 a 29	12,7	1,00	43,3	1,00
30 a 39	12,8	1,00 (0,91-1,11)	46,5	1,07 (0,97-1,19)
40 a 59	11,6	0,91 (0,83-1,01)	44,7	1,03 (0,92-1,16)
60 e mais	4,5	0,35 (0,29-0,42)	34,9	0,81 (0,61-1,06)
Raça/cor da pele				
Branca	8,4	1,00	36,4	1,00
Preta/parda	13,0	1,54 (1,35-1,76)	46,5	1,28 (1,11-1,46)
Amarela/indígena	10,9	1,29 (0,97-1,71)	52,5	1,44 (1,10-1,89)
Escolaridade (anos de estudo)				
9 e +	9,6	1,00	37,3	1,00
0 a 8	12,1	1,26 (1,16-1,37)	46,8	1,26 (1,14-1,38)
População específica ^d				
Não	11,3	1,00	43,6	1,00
Sim	17,2	1,52 (1,22-1,88)	57,4	1,32 (1,06-1,64)
Local do evento				
Domicílio ^e	7,4	1,00	32,6	1,00
Via pública	18,5	2,51 (2,27-2,78)	46,3	1,42 (1,26-1,59)
Área de recreação	8,9	1,21 (0,98-1,50)	46,7	1,43 (1,08-1,91)
Comércio/serviços/bar	4,5	0,61 (0,48-0,77)	66,8	2,05 (1,82-2,30)
Escola	1,7	0,23 (0,04-1,41)	5,1	0,16 (0,04-0,65)
Indústrias/construção	1,2	0,16 (0,10-0,27)	9,5	0,29 (0,08-1,04)
Outros	9,2	1,25 (0,96-1,63)	36,6	1,12 (0,77-1,62)

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2011. ^a Exceto Manaus-AM e São Paulo-SP;

^b Número absoluto de observações; ^c Percentual ponderado; ^d Inclui cigano, quilombola, aldeado, pessoa em situação de rua;

^e Inclui residência e habitação coletiva. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) encontram-se em negrito.

ferimento por arma de fogo, acidente de transporte, envenenamento/intoxicação e quedas.

Discussão

A declaração de consumo de bebida alcoólica nas ocorrências de causas externas foi referida em mais de um décimo dos acidentes e em cerca de metade dos eventos de violência, revelando a dimensão do problema. Tanto para os acidentes quanto para as violências, o consumo de bebida alcoólica esteve associado às seguintes características: sexo masculino, cor da pele preta/parda, menor nível de escolaridade, membros de populações específicas, ocorrência em via pública,

atendimentos realizados à noite e nos finais de semana.

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado e incentivado na maioria das culturas e povos, sendo associado às celebrações, festividades, cerimônias religiosas, dentre outras manifestações culturais¹³. A OMS estima que, a cada ano, ocorram cerca de 770 mil mortes (1,5% dos óbitos ocorridos no mundo) em decorrência do uso do álcool e um custo anual em torno de 0,5% a 2,7% do produto interno bruto dos diferentes países^{13,14}.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um relevante problema de saúde pública, influenciando diretamente na morbimortalidade. Existem diversos padrões de consumo de álcool

Tabela 3. Prevalência (%) de declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre pacientes atendidos em serviços de emergência segundo características do atendimento, estratificadas por tipo de ocorrência – Capitais^a e Distrito Federal, Brasil, 2011.

Características	Acidentes Consumo de bebida alcoólica (n = 3.434) ^b		Violência Consumo de bebida alcoólica (n = 1.645) ^b	
	% ^c	RP (IC95%)	% ^c	RP (IC95%)
	Segmento corporal atingido			
Extremidades	8,8	1,00	40,4	1,00
Tórax/abdome/pelve	8,9	1,01 (0,87-1,18)	42,1	1,04 (0,89-1,21)
Cabeça/pescoço	19,1	2,17 (1,98-2,38)	50,6	1,25 (1,12-1,39)
Múltiplos órgãos/regiões	19,8	2,25 (1,99-2,55)	40,3	1,00 (0,85-1,17)
Locomoção para o hospital				
Ônibus/van (coletivo)	4,9	1,00	32,0	1,00
A pé	9,4	1,92 (1,48-2,49)	39,9	1,25 (0,92-1,70)
Veículo particular	8,8	1,81 (1,51-2,17)	42,3	1,32 (1,07-1,63)
SAMU/Ambulância/Resgate	20,4	4,18 (3,43-5,10)	51,7	1,62 (1,31-2,01)
Viatura policial	14,9	3,05 (2,01-4,60)	37,5	1,17 (0,90-1,52)
Outros	10,0	2,05 (1,46-2,88)	35,3	1,10 (0,72-1,70)
Período de atendimento				
Diurno	6,5	1,00	29,8	1,00
Noturno	19,8	3,04 (2,72-3,39)	51,2	1,72 (1,53-1,93)
Dia de atendimento				
Segunda a sexta	7,3	1,00	35,8	1,00
Sábado e domingo	21,7	2,96 (2,58-3,41)	55,4	1,55 (1,41-1,70)
Evolução				
Alta	9,8	1,00	42,3	1,00
Internação hospitalar	18,4	1,88 (1,67-2,11)	46,9	1,11 (0,99-1,23)
Encaminhamento ambulatorial	13,6	1,38 (1,14-1,68)	46,5	1,10 (0,94-1,29)
Evasão	17,4	1,78 (1,32-2,38)	48,6	1,15 (0,85-1,55)
Óbito	14,6	1,49 (0,67-3,35)	33,0	0,78 (0,37-1,65)

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2011. ^a Exceto Manaus-AM e São Paulo-SP;

^b Número absoluto de observações; ^c Percentual ponderado. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) encontram-se em negrito.

ol, dentre eles, o consumo crônico pode causar malefícios e dependência, resultando em doenças mentais, doenças hepáticas, doenças cardiovasculares, neoplasias, dentre outras¹³⁻¹⁵. Um padrão frequente de uso consiste no consumo de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo. Esta é uma prática conhecida na literatura internacional como “binge drinking” ou “beber em binge”. O termo é empregado no mundo todo para definir o “uso pesado episódico do álcool”¹⁶. Os problemas advindos do uso episódico e agudo também constituem importante fator de risco para a violência (agressões, homicídios, suicídios), acidentes de transporte, de trabalho, dentre outros^{15,17}.

A concentração de álcool no sangue produz diversas alterações neuromotoras em diferentes concentrações. Mesmo em baixas doses (0,3dg/l, ou 1 dose), a presença da substância resulta em diminuição da atenção, falsa percepção da velo-

cidade, euforia, dificuldade de discernir distintas luminosidades¹⁸. Concentrações mais elevadas prejudicam progressivamente a tomada de decisão, interferindo nos reflexos, no comportamento, podendo chegar à embriaguez, torpor, e até ao coma alcoólico¹⁸.

Os resultados do estudo atual confirmam a associação do álcool com as causas externas, dentre elas acidentes e violências, conforme é amplamente descrito na literatura^{1-3,13,14}. Dentre os vários problemas resultantes do uso de bebidas alcoólicas, os acidentes com veículos automotores (incluindo carros, motos, caminhões) ocupam um lugar de destaque. Nos Estados Unidos, para cada 10 acidentes de carro, em 1,5 havia referência ao consumo de álcool. O comportamento de dirigir alcoolizado representa uma das principais consequências do uso inadequado de bebidas alcoólicas e aumenta o risco dos acidentes de transporte¹⁸.

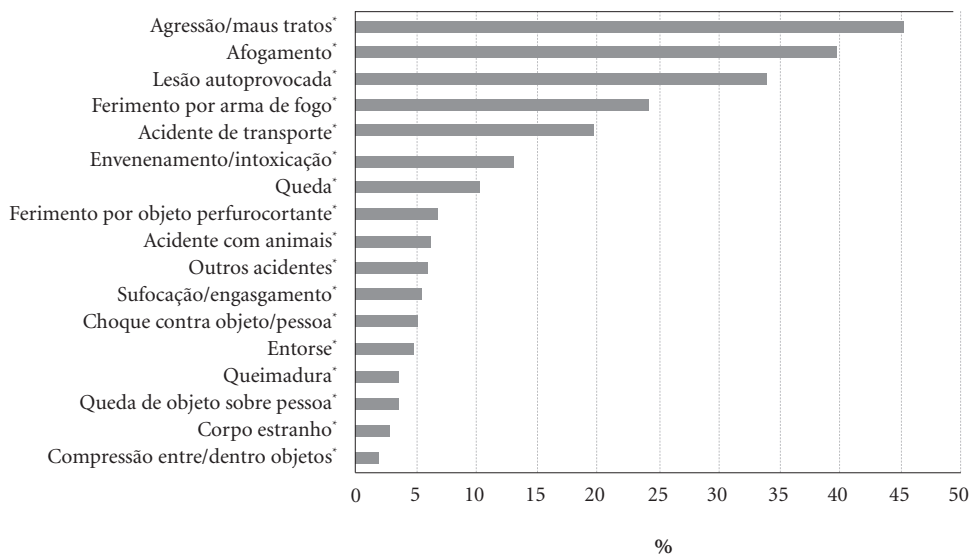


Figura 2. Distribuição da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre pacientes atendidos em serviços de emergência segundo tipo de ocorrência – Capitais^a e Distrito Federal, Brasil, 2011.

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2011. ^a Exceto Manaus-AM e São Paulo-SP. * Valor de $p < 0,05$ (teste do qui-quadrado de Pearson), utilizando a proporção de declaração de bebida alcoólica entre os atendimentos por compressão entre/dentro de objetos como referência.

Estudos da OMS atribuem frações ainda mais elevadas, chegando a 20% das mortes no trânsito relacionadas à alcoolemia elevada em países de alta renda e entre 33% a 69% de mortes associadas ao álcool em países de média e baixa renda¹⁹. Estudos em São Paulo apontaram que 42,5% das vítimas de homicídios submetidas a exame toxicológico tinham feito uso de álcool²⁰. Em Curitiba (PR), 50,2% das vítimas de agressões interpessoais e por arma de fogo ou arma branca estavam alcoolizadas²¹. Por outro lado, estudos em Diadema (SP) apontaram a importante redução de mortes violentas após a restrição da venda de bebidas alcoólicas e o fechamento dos bares em determinados períodos noturnos²².

As características sociodemográficas aqui descritas (homens, jovens, baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade) em relação ao uso do álcool e causas externas, também foram encontradas em estudos nacionais e internacionais^{13,14,19}.

As causas externas constituem um importante fator de morbimortalidade entre homens jovens, contribuindo fortemente na redução da expectativa de vida entre homens²³. As ocorrências em populações de baixa renda e escolaridade também são descritas em outros estudos, con-

firmando a iniquidade social e as desigualdades desse flagelo. Populações de baixa renda vivem em regiões de periferias com menor segurança pública, maior aglomerado populacional e maior vulnerabilidade^{19,23}.

A ocorrência mais frequente nos finais de semana e à noite também é compatível com a literatura, possivelmente por ser o horário mais comum para as aglomerações, festas, celebrações, elevando o consumo do álcool e os riscos dos eventos¹⁹.

Dentre os limites do presente estudo destacam-se a representatividade da amostra, por incluir os serviços públicos de urgência e emergência de 24 capitais e do Distrito Federal, o que não permite inferências para toda a população brasileira. Além disto, a realização do estudo em um único mês impossibilita a análise da sazonalidade das ocorrências. Mesmo com estes limites, destaca-se que as emergências, em geral, são atendidas nos serviços públicos, melhor aparelhados para o atendimento de causas externas, e observa-se ainda que os resultados obtidos têm sido compatíveis com aqueles encontrados em literatura nacional e internacional^{1,3,5,13,17}. Além disso, os dados do VIVA preenchem importante lacuna sobre a informação das ocorrências nas portas de

entrada de urgência e têm apoiado políticas de prevenção de violências em todo o país.

Os resultados aqui apresentados reforçam discussões globais sobre a importância de se estabelecer políticas e medidas legais de restrição ao consumo de álcool e direção veicular, controle de propaganda de bebidas alcoólicas e leis normatizando o funcionamento de postos de venda de bebidas alcoólicas^{14,24-26}. A partir desses achados, as medidas de prevenção devem ser direcionadas aos seguimentos populacionais constituídos, sobretudo, de homens, pessoas de cor da pele preta/parda, com menor nível de escolaridade, vivendo em situações de vulnerabilidade (aldeados, quilombolas, em situação de rua), condutores de veículos, participantes de eventos festivos, particularmente nos finais de semana.

Destaca-se ainda medidas como o lançamento, em 2011, do Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis^{25,26}, que apresenta metas de redução do consumo do álcool e relata as melhores evidências para a redução do álcool como recomendado pela OMS²⁷: a) reforçar a implementação da política de preços e aumentar os impostos sobre produtos derivados de tabaco e álcool, a fim de reduzir o consumo; b) apoiar a intensificação de medidas de vigilância relacionada à venda de bebidas alcoólicas a menores de idade (<18 anos); c) reforçar as medidas educacionais do Programa Saúde na Escola (PSE) para prevenir e reduzir o tabagismo e o abuso de álcool; d) apoiar iniciativas locais para controlar a venda de álcool, estabelecendo horário de interrupção de vendas em bares e locais semelhantes.

Outras importantes medidas de política pública consistem na proibição de beber e dirigir

(Lei Seca – Lei nº 11.705/2008²⁸; Nova Lei Seca – Lei nº 12.760/2012²⁹), o que resultou na redução do consumo de álcool após a publicação das leis de álcool e direção^{30,31}. Torna-se importante o debate envolvendo governo, legislativo, profissionais de saúde e educação, sociedade, famílias e jovens, visando ao avanço das políticas públicas e do marco regulatório das bebidas alcoólicas.

Mais recentemente outras iniciativas incluem o Programa Vida no Trânsito, parceria envolvendo Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), Ministério da Justiça, OPAS, OMS, Fundação Bloomberg, dentre outros parceiros pela redução de acidentes de trânsito e o Plano da Década de Segurança Viária³².

Conclusão

O VIVA Inquérito mostra a importância da associação do consumo do álcool e a ocorrência de causas externas, com destaque para a de violências/agressões dentre as quais em cerca de metade havia referência ao consumo do álcool. O inquérito possibilita a identificação de eventos não identificados pelos sistemas de informação hospitalar (SIH/SUS) ou pelo de mortalidade (SIM), agregando eventos que são atendidos nas unidades de urgência e emergência, incluindo aqueles com menor gravidade. Desta forma, o VIVA Inquérito vem apoiando o planejamento local, na medida em que os gestores e as equipes locais se apropriam da realidade desses serviços, circunstâncias de ocorrência dos eventos e, assim, estabelecem ações mais efetivas de prevenção das causas externas e promoção da saúde.

Colaboradores

MDM Mascarenhas e ACM das Neves participaram da concepção, delineamento do estudo, análise dos dados e redação do manuscrito; RA Monteiro, MMA da Silva e DC Malta contribuíram na análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito. Todos os autores revisaram o texto e aprovaram a versão final.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Alcohol and injuries: emergency departments studies in an international perspective*. Geneva: WHO; 2009.
- World Health Organization (WHO). *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
- Pan American Health Organization (PAHO). *Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action*. Washington: PAHO; 2013.
- Fraade-Blanc L, Concha-Eastman A, Baker T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(4):254-259.
- Laranjeira R, organizador. *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: SEAND; 2007.
- Moura EC, Malta DC. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características socio-demográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):61-70.
- Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, Moraes Neto OL, Monteiro RA, Gazal-Carvalho C, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1269-1278.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: MS; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: MS; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 mai.
- World Health Organization (WHO). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: WHO; 2002.
- World Health Organization (WHO). *Strategies to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2008. [acessado 2013 abr 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf
- Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Gazal-Carvalho C, Monteiro RA, Moraes Neto OL. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1789-1796.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2013.
- Barros MBA, León LM, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol Serv Saude* 2008; 17(4):259-270.
- National Highway Traffic Safety Administration. *A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills*. [acessado 2008 jan 22]. Disponível em: <http://www.nhtsa.dot.gov>
- World Health Organization (WHO). *Beber e dirigir: manual de segurança no trânsito para profissionais de trânsito e saúde*. Geneva: WHO; 2007.
- Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva OA, Sauer N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev Saude Publica* 2002; 36(1):47-54.
- Freitas EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):813-821.
- Duailibi S, Ponicki W, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol related violence. *Am J Public Health* 2007; 97(12):2276-2280.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: MS; 2013.
- McMillan GP, Lapham S. Effectiveness of bans and laws in reducing traffic deaths: legalized Sunday packaged alcohol sales and alcohol-related traffic crashes and crash fatalities in New Mexico. *Am J Public Health*. 2006; 96:1944-1948.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília: MS; 2011. [acessado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818
- Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20(4):425-438.
- World Health Organization (WHO). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.
- Brasil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2008; 20 jun.
- Brasil. Lei n. 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial da União* 2012; 21 dez.
- Moura EC, Malta DC, Moraes Neto OL, Penna GO, Temporão JG. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. *Rev Saude Publica* 2011; 43(Supl.):891-894.
- Malta DC, Bernal RTI, Silva MMA, Claro RM, Silva Júnior JB, Reis AAC. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca – Brasil, 2007 a 2013. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):692-966.
- Moraes Neto OL, Silva MMA, Lima CM, Malta DC, Silva Júnior JB. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(3):373-382.

Artigo apresentado em 24/09/2013

Aprovado em 09/10/2014

Versão final apresentada em 11/10/2014