



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Faculdade de Educação

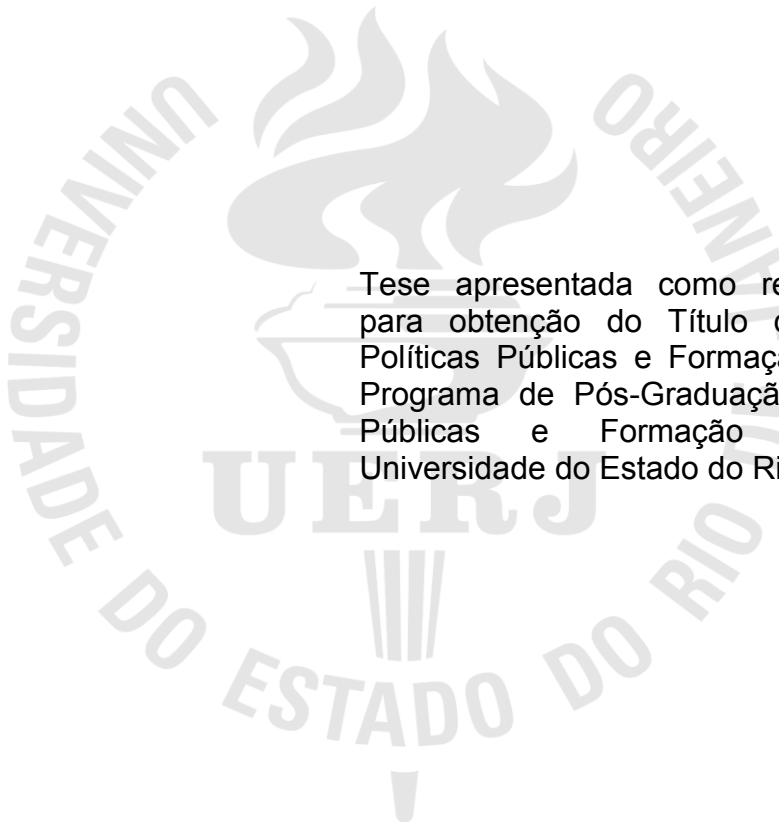
João Cesar de Souza Antunes

**O consumo de bebidas alcoólicas: um fator de risco
para além do alcoolismo**

Rio de Janeiro
2014

João Cesar de Souza Antunes

O consumo de bebidas alcoólicas: um fator de risco para além do alcoolismo



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Políticas Públicas e Formação Humana do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientador: Prof. Dr. Zacarias Gama

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

A627	<p>Antunes, João Cesar de Souza. O consumo de bebidas alcoólicas: Um fator de risco para além do alcoolismo / João Cesar de Souza Antunes. – 2014. 242 f.</p> <p>Orientador: Zacarias Gama. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.</p>
es	CDU 613.83

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

João Cesar de Souza Antunes

O consumo de bebidas alcoólicas: um fator de risco para além do alcoolismo

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Políticas Públicas e Formação Humana do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 21 de janeiro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Zacarias Gama (Orientador)
Faculdade de Educação - UERJ

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto
Faculdade de Educação - UERJ

Profa. Dr. Julio Cesar França Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Marco Aurélio Soares Jorge
Escola Politécnica Joaquim Venâncio

Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos
Faculdade de Educação - UERJ

Rio de Janeiro
2014

AGRADECIMENTO

À Deus, por ter atingido essa graça;

Aos meus pais João Antunes e Maria de Lourdes (*"in memoriam"*) que sempre lutaram para que eu tivesse a melhor educação possível;

Às minhas duas grandes parceiras: Elvira (esposa) e Brunna (filha), pela força que me deram nas horas difíceis;

Ao Professor Doutor Zacarias Gama, pela sua orientação e dedicação, além das suas valiosas contribuições, tornando possível concluir este trabalho com êxito;

À Coordenação do PPFH, demais professores, funcionários e colegas do curso pelo carinho e atenção que me dedicaram no caminhar dessa jornada;

Aos meus amigos que me apoiaram nos momentos mais difíceis, mas que seria difícil nomes, sem cometer injustiças;

Por fim, à bibliotecária Emilia Sandrinelli da Biblioteca CEH-A da UERJ, pela sua orientação na formatação final desta tese.

RESUMO

ANTUNES, João Cesar de Souza. **O consumo de bebidas alcoólicas**: Um fator de risco para além do alcoolismo. 2014. 242 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Esta tese analisa o fenômeno do consumo de bebidas alcoólicas desde quando o seu uso abusivo se tornou um problema de saúde - a ponto de ser reconhecido como doença (alcoolismo) - até a atualidade em que os seus consumidores, influenciados pela propaganda ou por uma opção de “estilo de vida”, acabam correndo riscos de contrair, além do alcoolismo, outras doenças (ex.: Cardiovasculares) ou de sofrer lesões (ex.: Acidentes de trânsito) em função desse ato de beber, mesmo, que socialmente. Na prática, essa situação acaba se refletindo na rede da saúde pública em que o SUS, junto com as operadoras de planos de saúde e as Organizações Sociais que atuam na área da saúde, não conseguem dar um atendimento condigno às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool. Soma-se a isso a ineficácia das “Políticas Públicas” voltadas para esse tipo de problemas sobre as quais tecemos alguns comentários, a saber: “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”; “Política Nacional de Promoção da Saúde”; e “Política Nacional sobre o Álcool”. Dessa forma, de acordo com o objetivo geral dessa tese, analisamos o último estudo sobre a carga de doenças (*Global Burden of Disease – GBD*) com a finalidade de mostrarmos essa associação entre doenças e lesões e o uso de álcool, como fator de risco, tanto no nível global quanto no Brasil. No complemento dessa análise foram analisados os óbitos decorrentes do alcoolismo no Brasil, bem como, os casos dessa doença cadastrados no Programa Saúde Família – PSF.

Palavras-chaves: Álcool. Fator de Risco. Saúde Pública. Políticas sobre Álcool.

ABSTRACT

ANTUNES, João Cesar de Souza. **The alcoholic beverage consumption: A addition risk factor beyond of alcoholism.** 2014. 242 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This thesis examines the phenomenon of alcohol consumption, since when this abuse has become a health issue - the point of being recognized as a disease (the alcoholism) - until today the consumers, influenced by advertising or by an option of "lifestyle", may be end up at a risk of contracting, together with alcoholism, other types of diseases (eg Cardiovascular) or may suffering injuries (eg traffic accidents) due to act of drinking, even if socially. In practice, this situation ends up reflecting in the public health system in which the SUS, together with health plans operators and social organizations working in health care, can not provide a decent service to people with arising problems from the alcohol use. Added to this the ineffectiveness of "Public Policy" aimed at this type of problems on which we weave some comments namely: "Policy for Integral Attention to Users of Alcohol and Other Drugs," "National Policy for the Promotion of Health" and "National Policy on Alcohol". Thus, according to the general objective of this thesis, we analyze the latest study on the burden of disease (Global Burden of Disease - GBD) in order to show this association between illness and injury and the use of alcohol as a risk factor, both globally and Brazil. In addition this analysis deaths resulting from alcohol consumption were analyzed in Brazil, as well as cases of this disease registered in the Family Health Program - PSF.

Keywords: Alcohol. Risk Factor. Public Health. Policies about Alcohol.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual dos povos que acreditam na propaganda.....	39
Gráfico 2 - Percentual dos povos que acreditam na propaganda veiculada em TV aberta.....	40
Gráfico 3 - Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.....	43
Gráfico 4 - Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.....	44
Gráfico 5 - População coberta pela ESF.....	85
Gráfico 6 - Número de equipes ESF.....	87
Gráfico 7 - Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's).....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cobertura de CAP's.....	120
Quadro 2 - Quadro 2 – Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.....	120
Quadro 3 - Centros de Atenção Psicossocial/ Álcool e Drogas – Qualificados.....	121
Quadro 4 - Implantação de unidades de acolhimento adulto (Uaa) e infante juvenil (Uai).....	121
Quadro 5 - Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa - PVC”.....	121
Quadro 6 - Número de internações em hospital psiquiátrico.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Categorização por tema dos artigos sobre alcoolismo.....	33
Tabela 2 -	Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.....	44
Tabela 3 -	Consumo Abusivo de Bebidas Alcoólicas por Sexo: 2006 / 2009.....	45
Tabela 4 -	População total residente no Brasil em 2012.....	56
Tabela 5 -	Taxa percentual de incremento médio anual, segundo a Região.	57
Tabela 6 -	Proporção de idosos em 2012, segundo a Região.....	57
Tabela 7 -	Anos de vida esperados em 2012, segundo a Região.....	58
Tabela 8 -	População analfabeta (15 anos e +) em 2010, segundo a Região.....	58
Tabela 9 -	Renda média domiciliar per capita, segundo a Região.....	59
Tabela 10 -	População com renda menor que 1/2 SM em 2010, segundo a Região.....	59
Tabela 11 -	Percentual da taxa de desemprego (16 anos e +) em 2010, segundo a Região.....	60
Tabela 12 -	Óbitos por “Doenças Transmissíveis” em 2011, segundo a Região.....	60
Tabela 13 -	Óbitos por “Doenças Isquêmicas do Coração” em 2011, segundo a Região.....	61
Tabela 14 -	Óbitos por “Homicídios” em 2011, segundo a Região.....	61
Tabela 15 -	Taxa de incidência de Tuberculose (todas formas), em 2012, segundo a Região.....	62
Tabela 16 -	Taxa incidência de Hanseníase em 2012, segundo a Região.....	63

Tabela 17 -	Médicos por 1.000 habitantes, segundo a Região.....	63
Tabela 18 -	Número de leitos hospitalares em 2012 por habitante, segundo a Região.....	64
Tabela 19 -	Consultas médicas (SUS) por habitante em 2012, segundo a Região.....	64
Tabela 20 -	Proporção da população servida por esgoto em 2010, segundo a Região.....	65
Tabela 21 -	Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.....	119
Tabela 22 -	Mortes em geral (Global) no período: 1990 / 2010.....	132
Tabela 23 -	Mortes em geral (Global) em 2010, por sexo.....	132
Tabela 24 -	Percentual de mortes em geral (Global) em 2010 , por grupo de causas.....	133
Tabela 25 -	Percentual de mortes em geral (Global) por grupo de causas no período: 1990/2010.....	134
Tabela 26 -	Principal Causa Básica (CB) de morte (Global) em 2010, sem uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.....	135
Tabela 27 -	Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração" no período: 1990/2010.....	136
Tabela 28 -	Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração", segundo o sexo.....	137
Tabela 29 -	Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)" no período: 1990/2010.....	137
Tabela 30 -	Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)", segundo o sexo.....	138
Tabela 31 -	Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Quedas", no período: 1990/2010.....	138
Tabela 32 -	Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Quedas", segundo o sexo.....	139

Tabela 33 -	Posição do fator do uso de álcool no ranking (Global) em 2010, por métrica.....	140
	Mortes (Global), associadas ao uso de álcool no período:	
Tabela 34 -	1990/2010.....	141
Tabela 35 -	Mortes (Global) em 2010, associadas ao uso de álcool, por sexo.....	141
Tabela 36 -	Percentual de mortes (Global) em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas.....	142
Tabela 37 -	Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool (Global) em 2010, por grupo de causas.....	143
Tabela 38 -	Principal causa básica (CB) de morte (Global) em 2010, associada ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.....	144
Tabela 39 -	Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Transtornos devido ao uso de álcool” no período: 1990/2010.....	145
Tabela 40 -	Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.....	146
Tabela 41 -	Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Tuberculose”, segundo o ano.....	147
Tabela 42 -	Mortes em geral no Brasil no período: 1990/2010.....	148
Tabela 43 -	Percentual de mortes em geral no Brasil em 2010, por grupo de causas.....	149
Tabela 44 -	Percentual de mortes em geral no Brasil, por grupo de causas no período: 1990 / 2010.....	150
Tabela 45 -	Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, sem uso de álcool, por grupo de causas.....	151
Tabela 46 -	Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por “Doença Isquêmica do Coração” no período: 1990/2010.....	152
Tabela 47 -	Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)” no período: 1990/2010.....	153

Tabela 48 -	Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.....	154
Tabela 49 -	Posição do fator do uso de álcool no Brasil por métrica, de acordo com GBD/2010.....	155
Tabela 50 -	Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, no período: 1990/2010.....	156
Tabela 51 -	Mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por sexo.....	156
Tabela 52 -	Percentual de mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas.....	157
Tabela 53 -	Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool no Brasil em 2010, por grupo de causas.....	158
Tabela 54 -	Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, associado ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.....	159
Tabela 55 -	Tabela 53 - Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Transtornos devido ao uso de álcool” no período: 1990/2010.....	160
Tabela 56 -	Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.....	161
Tabela 57 -	Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Tuberculose” no período: 1990/2010.....	162
Tabela 58 -	Óbitos no Brasil em 2010 por Capítulo do CID-10.....	164
Tabela 59 -	Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC’s), segundo os grupo de categorias do CID 10.....	166
Tabela 60 -	Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC’s) por uso de substância psicoativa , segundo a categoria do CID-10 (F00-F99).....	168
Tabela 61 -	Óbitos no Brasil em 2010 por TMC’s devido ao uso do álcool, segundo o caractere do F10.....	170
Tabela 62 -	Síndrome da dependência no Brasil em 2010 por UF.....	171

Tabela 63 -	Síndrome da dependência no Brasil em 2010 por sexo.....	172
Tabela 64 -	Síndrome de dependência no Brasil em 2010 por faixa etária.....	172
Tabela 65 -	Internações no Brasil em 2010 por TMC's devido ao uso do álcool, segundo o caractere do F10	173
Tabela 66 -	Alcoolismo de 0 a 14 anos, segundo Unidade da Federação (UF).....	176
Tabela 67 -	Alcoolismo mais de 15 anos, segundo Unidade da Federação (UF).....	177
Tabela 68 -	Atendimento ao Usuário de Álcool, segundo Unidade da Federação (UF).....	178
Tabela 69 -	Hospitalizações pelo abuso de álcool, segundo Unidade da Federação (UF).....	179

LISTA DE SIGLAS

AA -	Alcoólicos Anônimos
AB -	Atenção Básica
ABRABE -	Associação Brasileira de Bebidas
ACS's -	Agentes Comunitários de Saúde
AIS's -	Ações Integradas de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
AMBEV -	Companhia de Bebidas das Américas
ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APEX -	Agência de Promoção da Exportação
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID -	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CID 10 -	Código Internacional de Doenças (Décima versão)
CEDATT -	Conselho Estadual para Diminuição dos Acidentes de Trânsito e Transportes
CIR's -	Comissões Intergestores Regionais
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CLAD -	Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento
COAP -	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CONASP -	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS -	Conselho Estadual de Secretários de Saúde
CONASEMS -	Conselho Municipal de Secretários de Saúde
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
DAB -	Departamento de Atenção Básica
DASP -	Departamento Administrativo do Serviço Público
DALYs -	Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS

DCNT's -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENATRAN -	Departamento Nacional de Trânsito
DPVAT -	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DSS's -	Determinantes Sociais da Saúde
EBITDA -	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (“Lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortizações”)
ECRs -	Equipes de Consultório na Rua
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FUNASA -	Fundação Nacional de Saúde
FUNSET -	Fundo Nacional de Segurança e Educação de Trânsito
GBD -	Global Burden of Diseases (Carga Global de Doenças)
GTI -	Grupo Técnico Interministerial
IAP -	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPC -	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPETEC -	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
IAPI -	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IDB -	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IDSUS -	Índice de Desempenho do SUS
IHME -	Institute for Health Metrics and Evaluation
IML -	Instituto Médico Legal
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA -	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MARE -	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS -	Ministério da Saúde
MTSM -	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOAS -	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
OPAS -	Organização Pan Americana de Saúde

OS's -	Organizações Sociais
ONU -	Organização das Nações Unidas
PAB -	Piso Assistencial Básico (depois "Piso de Atenção Básica")
PDAC -	Programa Brasileiro de Desenvolvimento da Cachaça
PDI -	Plano Diretor de Investimentos
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PIASS -	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PREV -	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAÚDE-	
PSF -	Programa Saúde Família
PVC -	Programa de Volta para Casa
RIPSA -	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAF -	Secretaria da Administração Federal
SAGE -	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU -	<u>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</u>
SEBRAE -	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAD -	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA/SUS -	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIM -	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINDICERV -	Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja
SRT's -	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TMC -	Transtorno Mental e Comportamental
UNIFESP -	Universidade Federal de São Paulo
VIGISUS -	Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS
WHO -	World Health Organization
YLDs -	Years Lost due to Disability (Anos Perdidos devido à Incapacidade)
YLLs -	Years of Life Lost (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura)

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO:	17
1	OS MALEFÍCIOS DO ÁLCOOL E O SEU IMPACTO NA SOCIEDADE	28
1.1	Um panorama histórico sobre o álcool e os seus malefícios à saúde	28
1.1.1	<u>O alcoolismo na literatura</u>	32
1.1.2	<u>O fetiche da bebida alcoólica</u>	36
1.2	Processo saúde-doença e estilo de vida	46
1.3	As desigualdades sociais em saúde	51
1.4	Indicadores de desigualdade social no Brasil	55
1.4.1	<u>Indicadores demográficos</u>	56
1.4.2	<u>Indicadores socioeconômicos</u>	58
1.4.3	<u>Indicadores de mortalidade</u>	61
1.4.4	<u>Indicadores de morbidade</u>	62
1.4.5	<u>Indicadores de Recursos</u>	64
1.4.6	<u>Indicadores de cobertura</u>	65
2	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL	66
2.1	Um breve histórico do processo de organização do Sistema de Saúde brasileiro e o Sistema Único de Saúde – SUS	68
2.2	Atenção básica e a Estratégia Saúde-Família	82
2.3	Desdobramentos da reforma do aparelho do Estado brasileiro: As Organizações Sociais e a Reforma Administrativa do Sistema de saúde	88
2.4	Um breve histórico das reformas do setor público brasileiro e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado brasileiro	91
2.4.1	<u>As Organizações Sociais - OS's</u>	97
2.4.2	<u>A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde brasileiro</u>	101
2.5	As Políticas Públicas sobre álcool	104
2.5.1	<u>Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas</u>	106

2.5.2	<u>Política Nacional de Promoção da Saúde</u>	116
2.5.2.1	Indicadores do COAP: específicos.....	120
2.5.2.2	Indicadores do COAP: complementares.....	120
2.5.3	<u>Política Nacional sobre o Álcool</u>	123
3	OS RISCOS DE DOENÇAS E LESÕES DECORRENTES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E O CASOS DE ALCOOLISMO NO PSF	127
3.1	A Carga Global de Doença (<i>Global Burden of Disease – GBD</i>) e metodologia de estudo	129
3.1.1	<u>Causas (doenças e lesões) e riscos de mortes no âmbito global: relações sem/com álcool</u>	132
3.1.2	<u>Causas (doenças e lesões) e riscos de mortes no Brasil: relações sem /com álcool</u>	147
3.2	Perfil de mortalidade da população brasileira por alcoolismo	163
3.3	Alcoolismo no PSF	174
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
	REFERÊNCIAS	192
	ANEXO A - Lista dos Grupos (1ª coluna), Subgrupos (2ª coluna) e CB's (3ª coluna) do <i>GBD/2010</i>	213
	ANEXO B - Lista de doenças / lesões do <i>GBD/2010</i> , segundo o CID 10.....	242

INTRODUÇÃO

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS (2004), cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. O uso indevido tem sido responsável, mundialmente, por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdidos, além, de ser apontado como a causa de mais de 60 tipos de doenças (REHM *et al.*, 2006) dentre elas, o alcoolismo.

A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência, condição conhecida como alcoolismo. Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, envolvendo aspectos de origem biológica, psicológica e sociocultural. De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2011), os sinais da dependência do álcool são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; aumento da importância do álcool na vida da pessoa entre outros aspectos. Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais frequentes são as relacionadas ao fígado (ex.: cirrose). Também são frequentes problemas do aparelho digestivo (ex.: pancreatite) e do sistema cardiovascular (ex.: hipertensão).

Não há dúvidas quanto ao consumo de álcool ter um efeito nocivo sobre a saúde física. Mas, além da saúde física, este consumo está ligado também a danos sociais. Neste sentido, Edwards (1998) menciona que:

“a bebida aumenta o risco de fatalidades e problemas sociais, e o maior consumo de álcool eleva ainda mais os riscos. A maioria das evidências quanto às fatalidades e problemas sociais não apresenta qualquer indício claro de risco menor” (Edwards 1998, p.81-82).

Já para Rehm *et al* (2003) as doenças associadas ao consumo de álcool podem ser agrupadas em três categorias, refletindo a natureza de suas condições e a relação etiológica do consumo de álcool:

- 1) condições de saúde totalmente atribuíveis ao uso de álcool (relação de causalidade de 100%): transtornos neuropsiquiátricos,

psicoses alcoólicas, abuso e dependência de álcool, condições fetais, cirrose hepática, entre outras;

2) condições crônicas que têm o álcool como fator contribuinte: câncer de boca, de orofaringe e de mama, aborto espontâneo, entre outras;

3) condições agudas em que o álcool é fator contribuinte: acidentes automobilísticos, quedas, envenenamento, afogamentos, homicídios, suicídios, entre outras.

Ainda, segundo Rehm *et al* (2006), no tocante a esta última categoria ela pode ser subdividida em situações não-intencionais, como acidentes automobilísticos e quedas, e intencionais, como danos auto-infligidos, homicídios e suicídios.

Visando ajudar o profissional de saúde na classificação da doença observa-se que o conceito da Síndrome da Dependência do Álcool – SAD, inicialmente proposto por Edwards & Gross (1976), se consolida e torna-se critério de diagnóstico no Diagnostic Statistical Manual – DSM IV (quarta revisão) e no Código de Informação de Doenças - CID10 (décima revisão), elaborados, respectivamente, pela Associação Psiquiátrica Americana e a OMS.

Assim sendo, no CID-10 atual, adotado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o alcoolismo está classificado como F.10 (“Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso do álcool”), onde se destacamos códigos de maior prevalência: F10.0 (Intoxicação aguda /embriaguez), F10.1 (Uso nocivo) e F10.2 (Síndrome de dependência).

Segundo Lima (2007), desde que o alcoolismo foi reconhecido como doença, verifica-se a dificuldade de estabelecer os limites clínicos de forma nítida, devido às diversas interfaces do alcoolismo crônico, pois: “não se observam nesta classificação (CID10), de forma clara e objetiva, as outras diversas formas clínicas do alcoolismo...” (Lima, 2007, p.57) que têm no álcool causa ou fator corresponsável, mantendo-se a ideia de ser o alcoolismo uma condição puramente de ordem psiquiátrica ou de saúde mental.

No Brasil, segundo Andrade *et al* (2009) os problemas decorrentes do uso do álcool ainda são relacionados à dependência alcoólica, apesar de

estudos, conforme destaca Bott *et al* (2005), mostrarem a existência de problemas tão ou mais graves relacionados a outros padrões de consumo do álcool.

Para se avaliar esses padrões de consumo, segundo Babor *et al* (2003), a OMS trabalha com quatro categorias. O primeiro padrão é o uso de baixo risco, ou seja, uso moderado, não extrapolando os limites recomendados, quais sejam:

- . Homens: 02 doses-padrão¹ por dia ou 03 doses por ocasião;
- . Mulheres: 01 dose-padrão por dia ou 02 doses por ocasião; e
- . Idosos: 01 dose-padrão por dia ou 02 doses por ocasião.

O segundo padrão é o uso de risco. O uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta as chances de problemas para o usuário, ou seja, a pessoa está bebendo acima dos limites e está se colocando em situações de risco.

O terceiro e o quarto padrão de uso de álcool caracterizam os critérios diagnósticos da CID-10 de uso nocivo e dependência:

a) Uso Nocivo:

- . Requer dano real à saúde física ou mental;
- . Consequências sociais adversas;
- . Uso frequentemente criticado por outras pessoas.

b) Dependência de Álcool: três ou mais dos requisitos abaixo, em algum momento durante o ano anterior.

- . Desejo forte ou compulsão para consumir o álcool;
- . Dificuldades de controlar o uso de álcool em termos de início, término ou níveis de consumo;
- . Estado de abstinência fisiológico quando o uso cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência e pelo uso da substância com o intuito de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

¹ Dose-padrão: 01 lata de cerveja, 01 dose de destilado, 01 taça de vinho. Segundo a OMS (2004), 01 dose equivale a, aproximadamente, 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 40 ml de uma bebida destilada, sendo que cada uma dessas doses-padrão contém entre 10 e 15 g de etanol, ou seja, álcool puro.

- . Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de álcool são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- . Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de álcool, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar o álcool ou para se recuperar de seus efeitos;
- . Persistência no uso do álcool, apesar da ocorrência de consequências nocivas.

É importante, ainda, ressaltar que a definição do padrão de consumo de álcool, de acordo com Elisson & Martinic (2007), é multidimensional, englobando aspectos relacionados ao contexto de beber, à relevância cultural, à bebida preferida, à frequência de consumo (número de dias por semana), à quantidade, ao local da ingestão de álcool (p.ex., em casa, no bar, no restaurante etc.), ao consumo durante as refeições ou não e, finalmente, às características individuais do bebedor, sejam biológicas/genéticas, sócio-demográficas ou socioeconômicas.

Assim, existem variações dentro dos grupos de consumo de álcool, havendo, por exemplo, pessoas que já foram consumidores abusivos e passaram para a categoria de “dependência” no decorrer de algum tempo.

Além disso, segundo, Riley & Marshall (1999), a maioria das evidências disponíveis sobre os padrões de consumo de álcool provém de países desenvolvidos, e pouco se sabe sobre estes padrões em países em desenvolvimento, onde reside a maioria da população mundial.

Ainda, em relação a essa questão de padrão de consumo, é importante destacar a incorporação de novos termos, que vem se observando na literatura científica, como o do “uso moderado” (beber social) e do “*binge drinking*” (beber pesado).

Em relação ao “uso moderado”, a OMS considera o termo impreciso porquanto define um padrão de consumo no qual são empregadas quantidades de álcool que, por si só, não causam problemas à saúde.

Por outro lado, muitas vezes, esse “uso moderado” é definido como não problemático e ditado conforme os costumes, as motivações e as formas socialmente aceitas (uso social).

Quanto à prática conhecida como “*binge drinking*” ou “beber em *binge*” elase refere ao consumo de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo e o termo é empregado para definir o “uso pesado episódico do álcool”. Esse é um tipo de beber mais perigoso e frequentemente associado a uma série de problemas, físicos, sociais e mentais (NAIMI *et al*, 2003). A quantidade que define o “beber em *binge*” foi estabelecida por inúmeros estudos, em 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião (BREWER *et al*, 2005).

Em resumo, beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar as pessoas a uma gama significativa de situações adversas à saúde, provocando danos tanto físicos quanto sociais: violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, problemas no trabalho,...

As estatísticas internacionais apontam que entre 15% a 66% de todos os homicídios e agressões, o agressor e vítima ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas (WHITE; GORMAN, 2000). No Brasil, dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID apontam que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao álcool (CARLINI *et al*, 2002).

Com relação aos acidentes de trânsito, costuma-se considerar, internacionalmente, que entre a metade e um quarto dos acidentes com vítimas fatais está associado ao uso do álcool por algum dos responsáveis pela ocorrência, embora esses números variem conforme a metodologia utilizada (MCMILLAN; LAPHAM, 2006; PHEBO; DELLINGER, 1998; REYNALD *et al*, 2002).

No tocante aos problemas no trabalho, sabe-se que, no Brasil, o alcoolismo é o terceiro motivo para a ocorrência de absenteísmo no trabalho, bem como a causa mais frequente de aposentadorias precoces e de acidentes no trabalho, além de ser a oitava na concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (VAISSMAN, 2004).

Na prática, estas situações, consideradas como exemplos de danos sociais, somadas aos danos físicos (ex.: Cirrose), acabam por refletir, sob o ponto de vista da epidemiologia, nas taxas de morbimortalidade da população,

onde o consumo álcool é um fator de risco preponderante na ocorrência dos mesmos, não somente por ser um comportamento comum à maioria das culturas, conforme mostra a literatura, mas também por estar fortemente associada ao estilo de vida das pessoas que, por sua vez, sofrem grande influência da propaganda.

Neste sentido, face à competente estratégia de marketing, verifica-se que a indústria de bebidas alcoólicas, - em alguns segmentos com uma atuação global, como no caso de cervejarias (ex.: Companhia de Bebidas das Américas - AMBEV) -, vem estendendo os seus mercados por meio da propaganda cujas temáticas variam de acordo com a cultura local.

Apesar da gravidade que o consumo de bebidas alcoólicas acarreta para a saúde pública brasileira, na prática, produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde brasileira, deixando-se a questão do álcool e de outras drogas, basicamente, para as instituições da justiça e de segurança pública.

Dessa forma, a questão do álcool no Brasil foi tratada “tardamente” como política pública e somente tomou impulso a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em todo o território nacional, fundamentado nos princípios de universalidade e equidade, no acesso aos serviços, nas diretrizes de descentralização da gestão, na integralidade do atendimento e na participação da comunidade, ficando, ainda, determinado que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado.

Assim, inicialmente, o SUS, regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde: 8080/90 (BRASIL, 1990) e 8142/90 (BRASIL, 1990a), teve o seu sistema organizado e operacionalizado com base nas Normas Operacionais Básicas - NOB's (91/92/93/96) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS's (01/02). No decorrer deste tempo, cumpre registrar que em 1995 ocorreu a Reforma do Aparelho do Estado brasileiro que preconizava a criação de um modelo de administração gerencial no lugar do modelo burocrático em vigência, visando promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços oferecidos pelo setor público brasileiro. Como consequência desta reforma, verifica-se a criação das Organizações Sociais – OS's que, sob a forma de associações civis sem fins lucrativos, poderiam

exercer atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, nos quais não houvesse o exercício do poder de Estado.

Na sequência do desenvolvimento do SUS, verifica-se em 2006 a criação do “Pacto de Saúde” que promoveu a pactuação de metas de saúde nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), observado os seguintes componentes: o “Pacto em Defesa pela Vida”, o “Pacto em Defesa do SUS” e o “Pacto de Gestão do SUS”.

Em relação a esses componentes, o acompanhamento das metas pactuadas no “Pacto pela Vida” para fins deste estudo talvez seja o mais importante, pois nele, segundo a Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 (MS, 2006), foram priorizadas as ações de atenção à saúde da população brasileira a serem implementadas em todo o território brasileiro.

Mais tarde, em 2012, esse processo do “Pacto da Saúde” passa por um processo de descontinuidade, sendo substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP². O COAP, firmado entre entes federativos, tem por finalidade organizar e integrar as ações e serviços de saúde, definindo responsabilidades, indicadores e metas de saúde, além de critérios de avaliação de desempenho e divisão de recursos financeiros.

Por fim, quanto às “Políticas Públicas de Saúde”, no Brasil produziu-se historicamente uma importante lacuna e somente a partir da criação do SUS é que foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação das mesmas. Nesse sentido, é importante ressaltar três dessas “Políticas” que o Ministério da Saúde vem promovendo, desde 2004, no tocante à questão do álcool.

A primeira delas é a “Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (MS, 2004), onde se observa a preocupação do Ministério da Saúde de implementar estratégias voltadas para a redução de fatores de risco visando o desenvolvimento e o fortalecimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos à vida das pessoas.

Posteriormente, verifica-se a implantação da “Política Nacional da Promoção da Saúde” (MS, 2006) com a definição de uma agenda de compromissos dentre os quais, inicialmente, se destaca um conjunto de ações

² Decreto 7.508, publicado no DOU de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

voltadas para “Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas”.

Por último, deparamos com a “Política Nacional sobre o Álcool”³ (MS, 2007). Ela contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos à saúde, causados pelo consumo desta substância, bem como para as situações de violência e criminalidade.

Em que pese a implementação dessas “Políticas Públicas” visando atenuar os problemas referentes ao uso, abuso e dependência de álcool, no Brasil, pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas - CEBRID (CEBRID, 2002; 2006) apontam para um aumento das taxas de dependência (homens e mulheres) cujos percentuais apurados foram, respectivamente, da ordem de 11,0% em 2001 e 12,3% em 2005.

Além desse crescimento das taxas, essa realidade se mostra bastante preocupante para o futuro se levar em consideração a projeção feita pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil para o período: 2011-2022. Nela, considerando aqueles consumidores maiores de 18 anos que consomem bebida alcoólica de forma abusiva, estima-se que em 2022 a taxa geral (homens e mulheres) seja de 24,8%. É importante salientar que em 2011 essa taxa foi da ordem de 17,0% (VIGITEL BRASIL, 2011).

Por outro lado, observa-se, ainda, em nosso país uma prevalência de estudos voltados para dependência, ignorando outras patologias decorrentes dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, tanto no tocante aos danos físicos quanto em relação aos danos sociais.

Face ao exposto, a tese que norteia esse estudo é a de que o consumo de bebidas alcoólicas é uma realidade social, culturalmente aceita pela nossa sociedade, seja por opção de “estilo de vida” dos indivíduos ou mesmo por influência da propaganda, mas esse ato de beber pode acarretar sérios riscos de saúde aos seus consumidores.

³ Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é demonstrar que o consumo de bebidas alcoólicas representa um fator de risco na ocorrência de outras doenças (ex.: Cirrose), além do próprio alcoolismo, bem como, de lesões decorrentes de acidentes (ex.: Trânsito) não fatais.

Quanto aos objetivos específicos, primeiramente, será analisado as principais causas de doenças e lesões, sem e com relação ao uso de álcool, tanto no nível global quanto no Brasil, tendo por base os dados do estudo sobre a Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease - GBD*).

Posteriormente, abordaremos os “Transtornos Mentais e Comportamentais – TMC’s” no Brasil, quando estaremos pesquisando, especificamente, os diferentes tipos de TMC’s devido ao uso do álcool, definidos pelo Código Internacional de Doenças - CID na sua décima versão (CID 10), junto a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Por fim, analisaremos os casos de alcoolismo no Brasil com base em uma pesquisa dos casos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, mais conhecido como Programa Saúde Família – PSF. Essa pesquisa será feita junto ao Sistema de Atenção Básica – SIAB.

Em relação à metodologia de investigação utilizada neste estudo, é importante ressaltar a importância da pesquisa científica em todos os ramos do conhecimento e, por conseguinte, a sua aplicação e/ou reflexão perante a busca da verdade como processo e que se caracteriza como a finalidade da própria pesquisa científica.

Este aspecto central em todas as ciências pode ser compreendido a partir de diferentes abordagens, onde o materialismo histórico dialético se apresenta como uma possibilidade teórica, isto é, como instrumento lógico de interpretação da realidade que contém em sua essencialidade lógica a dialética, e neste sentido aponta um caminho epistemológico para a referida interpretação.

Neste sentido, o consumo de bebidas alcoólicas, enquanto manifestação fenomênica do mundo social, não escapa a este processo de interpretação, reforçando a nossa opção por este tipo de metodologia em que reconhece o papel do ser humano enquanto agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais.

Assim sendo, este estudo está estruturado em três capítulos. No capítulo 1, apresentamos um panorama histórico sobre as questões do consumo de bebidas alcoólicas, desde seu surgimento, - e que se resumia a uma embriaguez -, até sua ingestão abusiva que começou a se traduzir em sérios problemas de saúde, a ponto de ser reconhecida como doença (alcoolismo). Neste sentido, visando aprofundar esse conhecimento sobre o alcoolismo, apresentamos os resultados de uma pesquisa feita para avaliar o seu estado da arte. Na sequência, mostramos como a propaganda exerce forte influência no consumidor, a ponto de tornar a bebida alcoólica um verdadeiro fetiche. A seguir, de forma resumida, abordamos como se desenvolveram, historicamente, as teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença que na atualidade se destaca a corrente voltada para o “estilo de vida” das pessoas. Finalizando este capítulo, discorremos sobre o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren & Whitehead (1991) que, além do fator referente ao “estilo de vida”, incorpora outros fatores (econômicos, culturais,...) na tentativa de explicar a influência desses fatores no estado de saúde dos indivíduos ou entre sociedades diversas.

Em seguida, no capítulo 2, apresentamos o processo histórico de criação do SUS, passando pelas normas (NOB's e NOAS's) que, basicamente, orientaram a sua organização até a implantação do Pacto de Saúde, onde analisamos as ações pactuadas para os problemas de uso de álcool nas suas três dimensões: “Pacto em Defesa pela Vida; “Pacto pela Defesa do SUS”; e o “Pacto de Gestão do SUS”, além daquelas contidas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP que veio substituir o Pacto de Saúde. A seguir, tratamos sobre a Reforma do Aparelho Estado brasileiro e nas medidas embutidas na sua implantação, a saber: a criação das Organizações Sociais – OS's e a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde brasileiro. Por fim, analisamos as Políticas Públicas do Ministério da Saúde, em prática, sob o enfoque, tão somente, das ações e serviços voltados para os problemas relacionados ao consumo de álcool. Essas “Políticas” são as seguintes: “Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas”; “Política Nacional sobre Promoção da Saúde”; e a “Política Nacional sobre o Álcool”.

No capítulo 3, apresentamos os resultados e alguns comentários acerca das pesquisas que realizamos sobre os objetivos (específicos) mencionados, anteriormente.

Por último, no capítulo 4, apresentamos as nossas conclusões sobre este estudo.

1 OS MALEFÍCIOS DO ÁLCOOL E O SEU IMPACTO NA SOCIEDADE

1.1 Um panorama histórico sobre o álcool e os seus malefícios à saúde

O primeiro texto médico da civilização ocidental está em uma tábua de argila dos Sumérios, em escrita cuneiforme feita em torno de 2100 a.C., na antiga Mesopotâmia; nele se falava do uso do vinho e da cerveja para curar feridas (CASTIGLIONI, 1958).

Karl Marx e Friedrich Engels, em diversas passagens, identificaram no álcool o papel de consolo inevitável, da única maneira de se suportar a dor da jornada de trabalho, cuja dureza e intensidade roubavam, desde a infância, o tempo de vida da classe trabalhadora. Segundo Marx, "... é natural, portanto, que a embriaguez reine nesta classe, desde a infância" (MARX, 1985, p.532). Engels observou a importância do álcool como sendo praticamente o único lazer do operariado (A situação da classe trabalhadora na Inglaterra, publicado em 1843).

Gramsci, igualmente, em "Americanismo e Fordismo" (GRAMSCI, 1996), analisando a "Lei Seca" nos Estados Unidos, identificou o consumo como uma das manifestações dos mecanismos tayloristas de aumento da produtividade através de um controle restrito, não só da linha de produção, como também da vida cotidiana operária, especialmente, de sua vida sexual e das formas de diversão. Gramsci compreendia o álcool como o pior risco para a perda do autocontrole.

Descrito inicialmente como uma síndrome de doença em 1785 pelos médicos Benjamin Rush e Thomas Trotter, a evolução do conceito de alcoolismo foi importante tanto para desestigmatizar os problemas dos dependentes do álcool, quanto para avançar na compreensão da natureza do alcoolismo e desenvolver seu plano de tratamento (RANGE, 2001). Antes disso, predominavam as visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como "possuídos pela força do mal", portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de "força de vontade".

Em meados do séc. XIX, o alcoolismo, como doença, tomou a forma como hoje é vista. Magnus Huss, em 1840, propôs o termo "Alcoolismo", pela primeira vez, para definir o quadro resultante da intoxicação crônica pelo álcool. O alcoolismo, ou a doença alcoólica crônica, era definido como uma intoxicação capaz de causar sequelas e lesões no organismo. Nesse sentido, Magnus Huss realizou um inventário dos efeitos nocivos do álcool no corpo. Contudo, ele eximiu de sua análise as bebidas fermentadas consideradas higiênicas, dedicando-se somente aos efeitos das bebidas destiladas. Considerava ainda o alcoolismo como uma endemia própria dos países nórdicos e um problema de saúde pública (SANTOS,1995).

Embora o termo alcoolismo tenha sido cunhado em meados do século XIX, sua incorporação na classificação médica não se deu de forma imediata, pois o emprego medicamentoso de bebidas alcoólicas era recorrente na época.

Jellinek (1960) nos anos de 1950 chamava a atenção para o problema de alcoolismo como doença, obtendo amplo apoio e penetração dentre os grupos de ajuda mútua recém-formados em 1935, como Alcoólicos Anônimos (AA), entidade responsável pelo modelo teórico de tratamento denominado "Os Doze Passos" que, inicialmente criado nos EUA, passou a integrar diversas propostas de tratamento para o álcool.

Somente em 1967, a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde é que o conceito de alcoolismo como doença foi definitivamente incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional de Doenças - CID, como Síndrome de Dependência do Álcool – DAS.

Atualmente, o alcoolismo encontra-se classificado na CID na sua décima revisão (CID -10) como "Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool" (Capítulo V / F10.2). O alcoolismo tem como características a compulsão, a perda do controle, a dependência física e a tolerância (a necessidade de aumentar a quantidade de álcool ingerida para obter o mesmo efeito).

Além disso, a dependência do álcool envolve aspectos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após seu uso repetido. Nesse sentido, o consumo do álcool implica em uma variedade de doenças, perturbações e lesões, bem como em muitos problemas de ordem

social, cuja relação entre os atos considerados violentos e o consumo de bebidas alcoólicas é complexa.

Segundo White & Gorman (2000), essas relações são múltiplas e variadas, onde o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador de situações de violência, aumentando o risco de um indivíduo ser agressor ou vítima de agressões. Além disso, as pesquisas apontam o envolvimento do álcool em homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados (WAGENAAR; HOLDER, 1991; HURST *et al*, 1994; HOLDER, 1997).

De acordo com Lima (2007), o álcool ou etanol (álcool etílico) é uma substância volátil, de cheiro e gosto característicos, amargo, que passou a fazer parte do nosso dia-a-dia desde os primórdios da civilização. Por ser uma molécula simples ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$), é altamente solúvel na água e na gordura, o que favorece sua rápida e fácil difusão no organismo após sua ingestão, alcançando, através da corrente sangüínea, todos os órgãos, principalmente o fígado e o cérebro, nos quais sua ação, devido às características biológicas, se faz mais significativa.

Para Edwards *et al* (1994), o álcool pode causar danos à saúde através de três mecanismos distintos: toxicidade, intoxicação aguda e dependência. Tais danos podem ser agudos ou crônicos e dependem do padrão de consumo pessoal - que se caracteriza pela frequência e quantidade do uso do álcool - e também pelo contexto em que se bebe (às refeições, fora dela, etc.).

A toxicidade do álcool atinge direta ou indiretamente uma extensa gama de órgãos e sistemas corporais. Porém, a causa principal dos problemas relacionados na população é a intoxicação alcoólica. Por sua vez, a dependência de álcool tem diferentes causas contributivas que incluem a vulnerabilidade genética, exposição repetida e fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Na prática, esses mecanismos de toxicidade, intoxicação e dependência, estão relacionados com os padrões de consumo do álcool: freqüente e pesado (muitas ocasiões, doses intermediárias) que conduzem a uma elevação rápida dos níveis sanguíneos, resultando em problemas associados com intoxicação aguda (muitas doses, poucas ocasiões).

Quanto ao tratamento para o alcoolismo, segundo Laranjeira (1996), suas atividades envolvem intervenções após o desenvolvimento e manifestação do abuso do álcool que interagem de forma complexa com o objetivo de deter o progresso ou prevenir doenças clínicas.

Assim, ao pensar na dependência com um grau da severidade continuada, o tratamento e a intervenção fazem parte de um “*continuum*” de cuidados. A seqüência e a diversidade de cuidados necessários numa comunidade dependem da demanda da população e da capacidade dos profissionais envolvidos em identificar formas criativas de atender a essa demanda. O tratamento do alcoolismo, normalmente, inclui a internação para medicação e aconselhamento.

Na prática, o objetivo principal de um serviço de tratamento é ajudar o alcoólico a encontrar formas de interromper a dependência de beber e mostrar os riscos que corre ao consumir, abusivamente, bebida alcoólica.

Diferentemente da abordagem que se verifica no Brasil em relação aos usuários de álcool, na Europa muitos países (ex.: Portugal) adotam programas especiais de prevenção e de tratamento com base no conceito de “Alcoologia” que surgiu na França e espalhou-se pelos outros países da União Européia.

O termo “Alcoologia”, criado por Pierre Fouquet em 1967, compreende um enfoque mais abrangente que interliga, de forma sistêmica, os diferentes problemas relacionados ao alcoolismo, decorrentes do uso, abuso e dependência, aos diversos determinantes ou fatores envolvidos na causalidade do processo em relação ao enfoque estritamente médico, dado até então pela medicina convencional, que visava tão somente a doença orgânica (ex.: cirrose, pancreatite,...), deixando de considerar as outras manifestações psicológicas e sociais, as quais se restringiam à aspectos de natureza ético-moral.

Esta visão reducionista, em vigor até hoje, de certa forma, mantém o alcoolista como paciente predominantemente psiquiátrico, segundo Lima (2007), mesmo sendo verdade que o alcoolismo e doença mental têm superposições inequívocas.

1.1.1 O alcoolismo na literatura

Com o propósito de conhecer a literatura sobre o alcoolismo, realizamos diversas consultas, por assunto e título, às bases de dados (LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane,...) da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, utilizando a palavra “alcoolismo” como descritor básico. Complementarmente, foram também utilizados os seguintes parâmetros de seleção: títulos com textos completos; resumos (detalhados); periódicos (todas as revistas científicas) e ano de publicação (todos) por ordem decrescente.

Como resultado, computamos um total de 41 (quarenta e um) referências bibliográficas, sendo excluída uma por duplicação, no caso um artigo, e outra referente a uma única tese encontrada. Desse total, então, foram computados e analisados 39 artigos, contemplando os mais diferentes temas da área da saúde sobre o fenômeno alcoolismo.

Em relação aos títulos dos artigos, verifica-se que mais de 70% dos trabalhos produzidos ocorreram, a partir do ano de 2.000. Tal fato talvez possa ter sido influenciado pelas ações que começaram a ser tomadas no início daquela década pelo governo brasileiro em função das discussões sobre os problemas de álcool (e drogas) que se intensificavam e se diversificavam, abrangendo vários segmentos da população e problemáticas específicas, dominando o cenário da saúde pública brasileira, à época, especialmente, quando da aprovação da Lei Paulo Delgado, a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Em decorrência desta Lei, o Ministério da Saúde em 2004 implementou, mesmo, tardiamente, a política voltada para os usuários de álcool e drogas: “Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas”.

Quanto à análise efetuada sobre os conteúdos desses artigos, verificou-se que a produção literária encontrada aborda, de uma forma geral, boa parte das características do fenômeno alcoolismo, típicas de um tema complexo cujas causas estão associadas a um grande conjunto de fatores biopsicossociais (BERTOLOTE, 1997; VAILLANT, 1999).

A dificuldade adicional foi que mesmo com a leitura complementar dos textos completos, sentimos falta de uma categorização temática mais precisa na base de dados da BVS, uma vez que muitas das publicações,

apresentavam a possibilidade de serem classificadas em mais de um tema. Entretanto, como forma de melhor entender a distribuição dessa produção científica selecionada, realizamos, em nível de exercício acadêmico, uma classificação dos artigos, por tema, associando-os ao número de ordem dos seus títulos, conforme consta da tabela 1, abaixo:

Tabela 1 - Categorização por tema dos artigos sobre alcoolismo

Tema	Frequência	% (*)
<i>Abuso e Dependência</i>	13	33
<i>Tratamento</i>	6	15
<i>Trabalho</i>	2	5
<i>Educação</i>	1	3
<i>Epidemiologia</i>	2	5
<i>Danos Físicos</i>	4	10
<i>Danos Sociais</i>	2	5
<i>Enfermagem</i>	5	13
<i>Psiquiatria</i>	3	8
<i>Antropologia</i>	1	3
TOTAL	39	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane,...)

(*) Valores aproximados.

Observe-se que o tema denominado “Abuso e Dependência” apresenta maior frequência e compreende estudos, análises e avaliações sobre diferentes doenças ou aspectos clínicos associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Com relação às demais categorias, no caso dos artigos classificados como “Tratamento”, cabe destacar o trabalho que é realizado pelos “Alcoólicos Anônimos”, baseado na metodologia denominada “Doze Passos”⁴.

Relativamente aos artigos classificados em “Ambiente de Trabalho”, é grande a preocupação dos autores com os problemas de alcoolismo

⁴ Os “Doze Passos” do A.A. consistem em um grupo de princípios, espirituais em sua natureza que, se praticados como um modo de vida pode expulsar a obsessão pela bebida e permitir que o sofrido se torne íntegro, feliz e útil. Não são teorias abstratas; são baseadas na experiência dos êxitos e fracassos dos primeiros membros de A.A. Ver sítio do A.A em <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>.

relacionados à saúde do trabalhador. No único artigo classificado como “Educação em Saúde”, verifica-se, igualmente, a preocupação com o envolvimento do adolescente com o alcoolismo.

No que concerne ao tema “Epidemiologia”, há estudos voltados à investigação do alcoolismo junto à segmentos da população brasileira. Com referência aos “Danos Físicos”, há prevalência de estudos para avaliar o impacto do alcoolismo junto à saúde pública no que diz respeito às doenças crônicas não transmissíveis (ex.: hipertensão). Quanto ao tema “Danos Sociais”, os artigos discutem a associação do alcoolismo à violência. Sobre o tema “Enfermagem”, as publicações relatam principalmente o trabalho profissional do enfermeiro junto aos usuários de álcool. No tocante ao tema sobre “Psiquiatria”, os estudos estão voltados para as questões do alcoolismo relacionadas ao campo da saúde mental em geral. Por último, em relação à “Antropologia”, o artigo encontrado apresenta reflexões orientadoras da construção do consumo de bebidas alcoólicas como objeto sociológico.

De uma maneira geral, observa-se que os artigos mostram que o alcoolismo não pode ser mais tratado como uma doença genética, hereditária e crônica, ou seja, determinada biologicamente, onde indivíduo já nasceria com a "doença" e a única maneira de evitar o seu desenvolvimento seria a abstinência total, durante toda a vida.

Com a evolução da ciência, os artigos apontam para a nova realidade no qual o fenômeno passou a incorporar outros determinantes que descrevem os outros tipos de consumo, como abuso e a dependência de álcool, além de fatores ambientais, crenças, expectativas, história familiar e individual, dentre outros.

Esses artigos também observam que esses tipos de consumo têm início na necessidade de obtenção de um prazer ou na redução de uma tensão ou ansiedade e com o decorrer do tempo torna-se um hábito, podendo levar o usuário de álcool a se tornar um doente crônico.

É importante, ainda, destacar os artigos relacionados ao desenvolvimento de estudos epidemiológicos⁵, envolvendo o alcoolismo no

⁵ Segundo Beaglehole et al (1994), “é o estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde de uma dada população”.

ambiente de trabalho. Neste sentido, Vaissman (2004) propõe a implantação de ações estratégicas de prevenção à saúde com a promoção de campanhas educacionais baseadas em informações sobre os malefícios do álcool em escolas, principalmente, junto aos adolescentes.

Os artigos examinados mostram também que as consequências do “Abuso e Dependência” do álcool, invariavelmente, incorrem em danos físicos (doenças) e sociais como a violência que segundo Minayo & Souza (1998) respondem a mais da metade das mortes envolvendo acidentes de trânsito e homicídios, sendo baixa a incidência de outros eventos (suicídios e demais acidentes). Por sua vez, esses danos acabam envolvendo outros campos da saúde (Enfermagem, Psiquiatria,...) nos tratamentos realizados, impactando em significativos custos para a saúde pública, segundo Lima (2007).

Registra-se, ainda, que os artigos sobre alcoolismo do ponto de vista social, na prática, se restringem à diagnósticos e aos seus aspectos clínicos.

A grande lacuna que se observa na produção científica diz respeito às estratégias de prevenção à saúde dos usuários de álcool. Sob esse aspecto, Barros (2006) destaca a prevenção ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos e do fortalecimento dos fatores de proteção.

Para Ayres (1996), a noção de vulnerabilidade reconhece que diferentes indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações, apresentam suscetibilidades diferenciadas frente a determinados aspectos ligados à saúde, decorrentes das dimensões comportamentais, político-institucionais e sociais.

Além desses fatores de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, torna-se igualmente importante entendermos que fatores influenciam na prática este hábito no seu consumidor.

1.1.2 O fetiche da bebida alcoólica

Com o tempo, a bebida alcoólica se tornou uma mercadoria especial, de um lado, para a realização das necessidades psicológicas de evasão, consolo e anestesiamento dos consumidores e, por outro, para a reprodução do capital.

Para Marx, a mercadoria é um objeto que tem duplo valor: valor de uso e valor de troca, que é o valor propriamente dito. O valor de uso se baseia na qualidade própria da mercadoria: se ela é para beber, para comer, ou para se divertir. Portanto, o valor é determinado para satisfazer uma necessidade específica e não qualquer outra de nossas necessidades.

A base do valor de troca, do valor propriamente dito, é o trabalho humano necessário para se produzir esta mercadoria. Em outras palavras, o valor de uso seria tão somente a utilidade ou propriedade material que um produto possui para satisfazer as necessidades humanas: o objeto externo da mercadoria. Por sua vez, o valor de troca seria uma relação quantitativa de troca de valores de usos diferentes que abstrai esses valores. A esse caráter de predominância do valor de troca, pela qual se opera a exploração do trabalho alienado e, desse modo a obtenção do lucro por parte do capitalista sobre o valor de uso, Marx chama de fetichismo.

Para a escola marxiana, o fetiche é o elemento fundamental da manutenção do modo de produção capitalista. Consiste numa ilusão que naturaliza um ambiente social específico, revelando sua aparência de igualdade e ocultando sua essência de desigualdade. O fetiche da mercadoria, postulado por Marx, opõe-se à idéia de "valor de uso", uma vez que este refere-se estritamente à utilidade do produto. O fetiche relaciona-se à fantasia (simbolismo) que paira sobre o objeto, projetando nele uma relação social definida, estabelecida entre os homens.

Portanto, à primeira vista, a mercadoria parece uma coisa trivial, evidente. Como valor de uso, não há nada de misterioso nela, mas logo que aparece como mercadoria, “ela se transforma numa coisa fisicamente metafísica. O caráter místico da mercadoria não provém, portanto, de seu valor de uso” (MARX, 1985, p. 70).

Para Sung (2005), esse caráter místico ocorre quando a mercadoria (bebida alcoólica) é produzida para ser vendida no mercado, pois ela adquire personalidade e, a partir daí, apresenta-se “cheia de sutileza metafísica e manhas teológicas” (SUNG, 2005, p.19); torna-se muito complicada a sua configuração. O fetichismo da mercadoria para Marx residiria no fato do produto exercer um controle – sobrenatural – sobre o comprador. Muito além daquele do valor de uso, ou seja, na finalidade a que se destina o produto.

Como um exemplo, observa-se que um indivíduo ao comprar uma calça de uma determinada marca não o faz pela simples necessidade de vestir o corpo, mas muito mais, como possibilidade de satisfazer seus desejos refletidos, provavelmente, através do significado que representa a grife desta mercadoria.

Muito mais que cobrir o corpo nu, o comprador vê a calça como meio para satisfação dos seus desejos de atração, de identidade, de sensualidade, de ascensão social, etc. O significado por trás do valor de uso da mercadoria é construído à imagem e semelhança humana; um elemento e atrativo sedutor que promete bem-estar e sucesso.

Há uma subversão dos valores, isto é, o valor de uso passa a ser mera opção, enquanto que o valor abstrato, aquilo que a mercadoria promete, mas que não pode cumprir torna-se fundamental para criar comportamentos padrões em grupos potenciais de consumo.

Hoje em dia, segundo Rocha (2006), cada vez mais, o nosso hábito converte-se num cenário de consumo, no qual um número ilimitado de produtos satisfaz uma série de necessidades criadas a partir de relações complexas com o mercado e dificilmente controláveis.

Em decorrência, observa-se a frenética produção de mercadorias, gerando, por sua vez, um mercado consumidor em escala planetária e que segundo Marx (1985), considerando essa relação produção/consumo, cada um desses termos aparece como meio do outro e por ele é mediado. Assim para Marx, a produção é imediatamente consumo e o consumo é imediatamente produção. Cada um é imediatamente o seu oposto.

As pessoas agora não se identificariam mediante a referência à sua localização no processo produtivo, mas sim através do acesso aos diferentes níveis de consumo. Consumo que opera na produção de estilos de vida, sem a

dialética das fronteiras, mas com a ruptura, o pastiche, através da estetização da vida (FEATHERSTONE, 1995), pensado através de um consumidor esquizofrênico (JAMESON, 2000).

Nessa relação produto/consumo, subordinado a uma produção flexível atenta à segmentação do mercado, observam Teixeira & Frederico (2008) que “o grande vencedor seria o consumidor, que finalmente impôs sua soberania e perante o qual todos se curvam...” (TEIXEIRA; FREDERICO, 2008, p.161). O papel da propaganda junto aos consumidores visa reforçar, constantemente, a imagem como “estilo de vida” a ser cultuado pelos mesmos.

Segundo Trad (2004), as propagandas de bebidas alcoólicas ou mesmo de cigarros, valorizam o produto, tornando-os o mais atrativo possível. Enfatizam os comportamentos positivos associados ao produto, prescindindo de posicionamentos críticos ou motivações racionais. Mexem com a emoção ou remetem a situações de prazer para convencer determinado público-alvo. Isto se explica, em parte, pela percepção que o mundo publicitário tem, de que a emoção contribui para o impulso da compra.

No caso da cerveja, prevalece o apelo ao seu caráter democrático, como bebida para todas as idades, classes, estilos. Quanto às mulheres, - geralmente modelos ou artistas -, que figuram neste tipo de comercial, continuam como apelo erótico nas cenas em que tentam correlacionar atributos de erotismo aos da cerveja: sensualidade, suavidade, prazer.

Para Bognoux (1994), a preocupação em realçar os aspectos positivos e atrativos da identidade dos protagonistas dos anúncios coincide com o mecanismo que considera típico da propaganda: o de um espelho, no qual são projetadas imagens que sugerem um modo de ser e estar diferente e mais atraente do que a realidade do expectador - através da mercadoria, se ganha uma identidade, nada mais sedutor do que poder ser o que não se é. Ainda para este autor, fazendo uma simples comparação entre as campanhas comerciais de cigarro ou cerveja e as de prevenção relativas às drogas lícitas ou ilícitas, a publicidade de prevenção encerra um paradoxo, qual seja: ao convidar o expectador a uma reflexão sobre implicações e consequências do uso de drogas, e, sobretudo, incentivá-lo a reprimir o seu consumo, subverte princípios básicos da lógica publicitária.

Reforçando esse papel indutivo da propaganda, uma pesquisa realizada pelo Instituto Nielsen em 47 países, durante abril e março de 2007 (Artigonal, 2009), revelou que o brasileiro (vide gráfico 1, a seguir) é o segundo povo que mais acredita em propaganda no mundo, atrás somente dos filipinos. No estudo foi comprovado que os países latino-americanos e asiáticos são mais suscetíveis a confiar em propaganda do que os europeus.

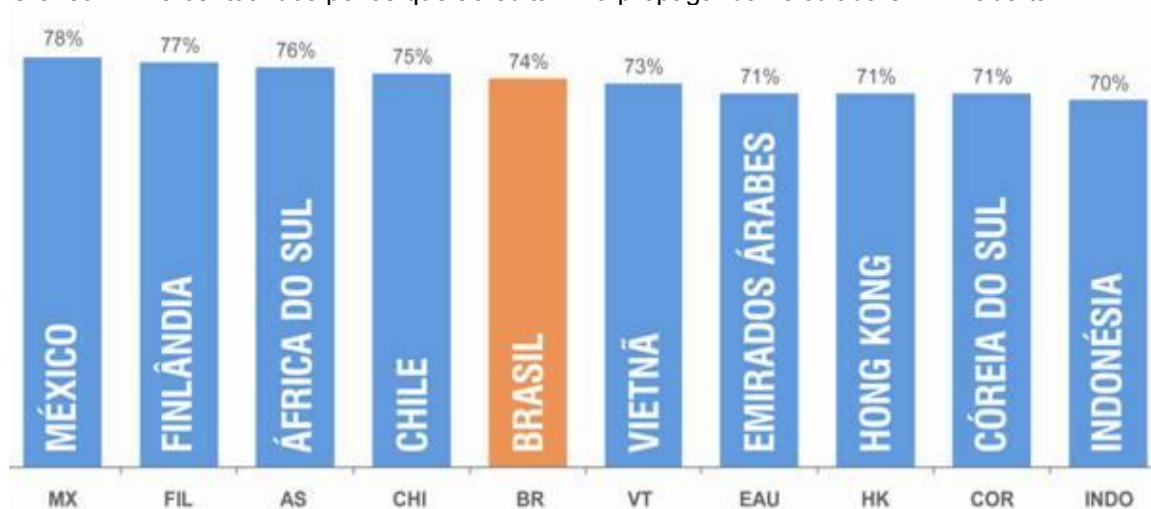
Gráfico 1 - Percentual dos povos que acreditam na propaganda



Fonte: Pesquisa Nielsen (Artigonal, 2009)

Segmentando para a publicidade, somente em TV aberta onde as cervejarias costumam investir em média 83% de sua verba publicitária, o povo brasileiro (vide gráfico 2) torna-se o quinto colocado, em média 74% dos entrevistados afirmam acreditar totalmente na publicidade veiculada em TV aberta, bem acima da média global que foi de 56%.

Gráfico 2 - Percentual dos povos que acreditam na propaganda veiculada em TV aberta.



Fonte: Pesquisa Nielsen (Artigonal, 2009).

Estes dados confirmam que, generalizando, o pouco desenvolvimento econômico e social de algumas nações torna o povo mais suscetível ao controle das grandes mídias. Este é também um dos motivos que leva os departamentos de mídia, das agências que atendem as grandes cervejarias, a preferir o investimento em TV aberta.

Além dessa pesquisa da Nielsen, vale destacar uma outra desenvolvida pela Universidade de Connecticut em Storrs (EUA) entre 1999 e 2001 que entre jovens de 15 a 26 anos descobriu-se que, para cada anúncio de bebida alcoólica visto por mês, há um aumento de 1% na média de drinques consumidos, contrariando os argumentos da indústria de que apenas adultos prestam atenção à propaganda de álcool.

Os resultados mostraram que não é verdadeiro os argumentos de que a propaganda não tem relação com a quantidade consumida por jovens e de que, no máximo, provoca a mudança de marcas, afetando somente pessoas mais velhas, com idade suficiente para beber ou é debatida de forma eficiente pela educação. Descobriu-se, também, que para cada dólar adicional *per capita* gasto na propaganda de álcool, os participantes do estudo bebiam 3% a mais por mês. O estudo, que mediu a exposição a cada uma das quatro mídias: televisão, rádio, revista e outdoor, é um dos pioneiros em cruzar o consumo de álcool por jovens e os investimentos da indústria com propaganda.

Em decorrência desse uso da propaganda junto aos consumidores, verifica-se que as bebidas alcoólicas vêm se tornando uma mercadoria altamente consumida em vários países, inclusive no Brasil, conforme apontam alguns estudos.

Por exemplo, com relação às cervejas, em 2009, o Brasil alcançou o quarto lugar no mercado mundial ao atingirmos o consumo anual por pessoa de 60,9 litros (em 2004 foi de 47,6 litros/ano, segundo a Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja - SINDICERV) contra 156,5 litros da República Tcheca, 112 litros da Alemanha e 85,8 litros da Venezuela (O Globo, 2010, pg. 43).

Esse destaque do consumo de cervejas no Brasil se deve à AMBEV (2010) que nasce em 1999, quando as centenárias cervejarias: Brahma e Antarctica anunciaram a decisão de juntar esforços. Na época da fusão, as duas empresas empregavam 16 (dezesesseis) mil pessoas.

A cadeia produtiva da AMBEV emprega milhões de pessoas, sendo que diversos profissionais brasileiros ocupam cargos de liderança em todas as operações da Anheuser-Bush InBev - AB InBev (a Anheuser-Bush foi incorporada à AMBEV em 2005) no mundo (EUA, Europa, China, Rússia). Além disso, a AMBEV faz parte da maior plataforma de produção e comercialização de cervejas do mundo, por meio da AB InBev, sendo que, até pouco tempo atrás, era a quinta maior cervejaria do mundo e a líder do mercado latino-americano, produzindo e comercializando cervejas, refrigerantes e outras bebidas não-alcoólicas.

Para se ter uma ideia de grandeza desta posição nesse cenário internacional, em agosto de 2010 a AMBEV anunciou o resultado do seu primeiro semestre, registrando EBITDA (lucro antes dos juros, impostos, depreciações e amortizações) de R\$ 5,229 bilhões nos seis primeiros meses de 2010, resultado este 10% superior ao alcançado no mesmo período de 2009. O lucro líquido do primeiro semestre deste ano foi de R\$ 3,242 bilhões, representando um crescimento de 17,4% em relação aos seis primeiros meses do ano anterior. O lucro por ação do acumulado até junho ficou em R\$ 5,24, valor este 16,8% superior à registrada no primeiro semestre de 2009.

Ratificando sua preferência nacional, de acordo com os dados da pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, a cerveja (incluído o chope) é a bebida mais consumida pelos brasileiros quando se comparam os tipos de bebidas pelo número de doses consumidas anualmente. De todas as doses anuais consumidas por brasileiros adultos dos dois gêneros, de qualquer idade e região do País, verifica-se que em torno de 61% das doses são de cerveja (incluído o chope), 25% de vinho, 12% destilados e 2% as bebidas "ice". Entre os destilados, a cachaça (ou pinga) é a bebida mais consumida, seguida pelo uísque e o rum.

Outro estudo de Meloni & Laranjeira (2004) feito com base em dados compilados pela própria indústria do álcool sobre fabricação e vendas de destilados no mundo, mostra que no Brasil produzimos e consumimos um volume de cachaça igual ao do uísque. A diferença é que o uísque é

consumido mundialmente e a cachaça - com suas várias linhas de exportação –, internamente.

Essa situação entre nós brasileiros é particularmente preocupante, uma vez que o Brasil sendo um dos maiores produtores de bebidas alcoólicas é também um dos maiores consumidores de bebidas do mundo.

Segundo, ainda, Meloni & Laranjeira (2004) devido ao seu padrão de consumo o Brasil foi classificado pela OMS em 2003 com o mais elevado grau de risco: nível 04. Na prática, segundo a OMS, as taxas de morbimortalidade de um país estão relacionadas diretamente a esse grau de risco.

Como exemplo dessa situação, observa-se que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, de acordo com a WHO (2005), responde pela grande maioria das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT's no nível mundial, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública.

As DCNT's são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou seja, cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (WHO 2005). No Brasil, as DCNT's seguem padrão semelhante, sendo que em 2007 cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais (THE LANCET, 2011).

Reforçando essa situação, séries estatísticas sobre mortalidade, disponíveis para as capitais dos estados brasileiros, indicam que a proporção de mortes por DCNT's aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006).

Por conta da relevância das DCNT's na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e de serem passíveis de prevenção, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico para pesquisar, entre outros fatores de risco, o referente ao uso de álcool..

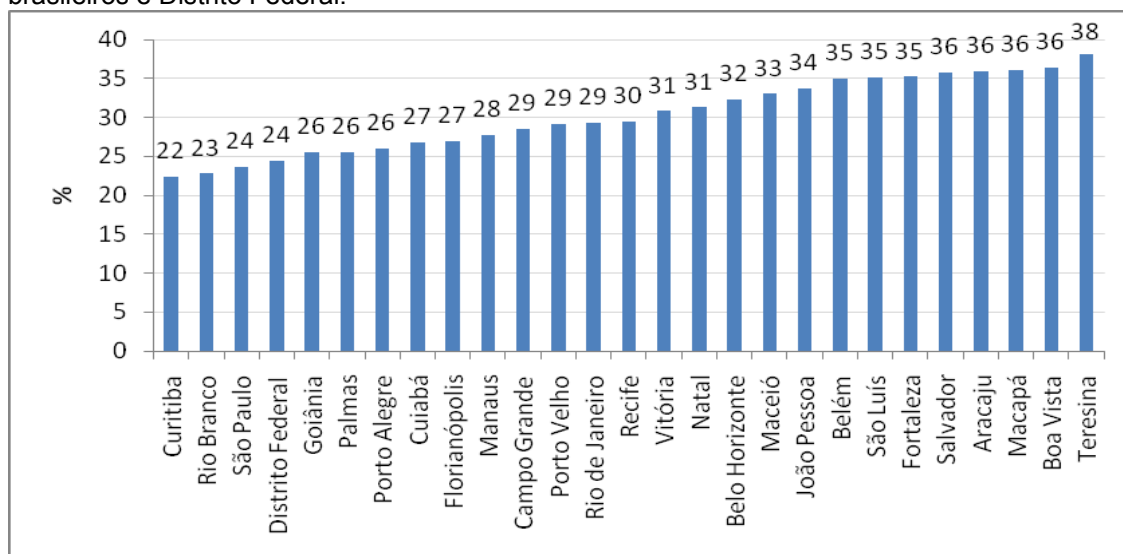
No tocante aos conceitos adotados pelo sistema VIGITEL no tocante ao uso de álcool, ele segue aqueles adotados pela OMS que considera como consumo abusivo, a ingestão de cinco ou mais doses para o homem ou quatro ou mais doses para a mulher, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Essa dose corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de

vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Dados da última pesquisa VIGITEL BRASIL 2009 (2010), mostram que no conjunto da população adulta de 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,9%, sendo quase três vezes maior entre os homens (28,8%) em relação às mulheres (10,4%).

A frequência de adultos que relatam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias variou entre 13,9% em Curitiba e 25,6% em Salvador. A maior frequência verificada entre homens, conforme dados registrados no gráfico abaixo, ocorreu na cidade de Teresina (38%). Esses dados podem ser visualizados no gráfico 3, abaixo:

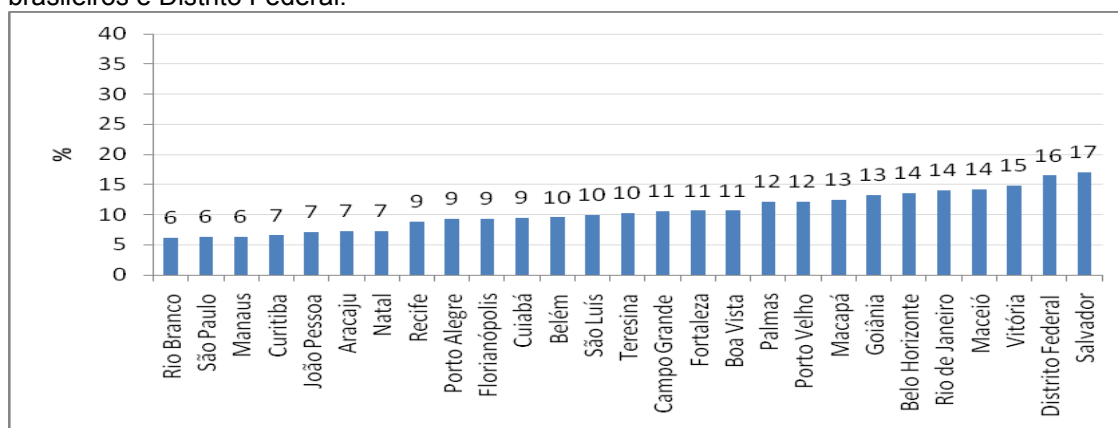
Gráfico 3 - Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.



Fonte: VIGITEL BRASIL 2009 (BRASIL, 2010).

Entre as mulheres, a maior frequência foi registrada em Salvador (17%), ao passo que a menor em Rio Branco (6%). Os dados citados encontram-se plotados no gráfico 4, a seguir:

Gráfico 4 - Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.



Fonte: VIGITEL BRASIL 2009 (BRASIL, 2010).

Considerando ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando 23% na faixa entre 18 e 24 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 4,2% (mais de 65 anos) por ambos os sexos (total), conforme mostra a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	23,0	19,5 - 26,5	32,5	25,7 - 39,3	14,2	11,2 - 17,2
25 a 34	22,9	21,0 - 24,8	33,9	30,5 - 37,3	13,0	11,3 - 14,8
35 a 44	20,6	19,0 - 22,2	31,9	29,1 - 34,7	10,8	9,3 - 12,2
45 a 54	17,0	15,5 - 18,5	25,4	22,7 - 28,1	9,8	8,3 - 11,4
55 a 64	10,5	9,1 - 12,0	18,5	15,5 - 21,4	4,3	3,3 - 5,3
65 e mais	4,2	3,2 - 5,2	8,4	6,0 - 10,7	1,5	1,0 - 2,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	17,1	15,4 - 18,7	26,4	23,2 - 29,6	9,0	7,6 - 10,4
9 a 11	19,8	18,7 - 20,9	30,7	28,8 - 32,6	10,9	9,9 - 12,0
12 e mais	23,1	21,7 - 24,5	33,0	30,7 - 35,3	14,1	12,6 - 15,6
Total	18,9	17,9 - 19,9	28,8	26,9 - 30,7	10,4	9,6 - 11,3

Fonte: VIGITEL BRASIL 2009 (BRASIL, 2010).

No período 2006-2009 foram registradas variações temporais, significativas. A frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumentou nos três níveis considerados: homens, mulheres e ambos sexos, conforme mostra a tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Consumo Abusivo de Bebidas Alcoólicas por Sexo: 2006 / 2009

Sexo	2006	2007	2008	2009
Masculino	25,5	27,1	26,6	28,8
Feminino	8,2	9,2	9,8	10,4
Ambos	18,4	19,9	21,0	21,1

Fonte: VIGITEL BRASIL 2009 (BRASIL, 2010). Elaboração própria.

É importante salientar que, além dos danos físicos (ex.: cirrose, síndrome alcoólica fetal,...) provocados à saúde dos seus usuários, não podemos desconsiderar que o álcool também está intimamente ligado a problemas no campo social (ex.: acidentes de trânsito, violência doméstica,...).

No caso dos acidentes de trânsito, por exemplo, nos países em desenvolvimento estima-se que 33 a 69% de óbitos dos condutores de veículo automotor há envolvimento com álcool, ao passo que nos países desenvolvidos essa relação diminui para 20% (OPAS, 2007). Em outro estudo realizado pelo Instituto Médico Legal - IML do Rio de Janeiro, verificou-se que o número de vítimas fatais dos acidentes de trânsito envolvidos com álcool foi de 42,5% (ABREU et al, 2009).

Finalizando, observa-se que a indústria de bebidas alcoólicas com atuação global (ex: segmento da cerveja), tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, comercializam seus produtos nesses mercados, fortemente, fundamentados em propaganda em que os mesmos são associados à diferentes tipos esportes, estilos de vida e identidades que variam de acordo com a cultura local.

Sob este contexto, do ponto de vista operativo, as estratégias de propaganda se mostram bem sucedidas não apenas por associar de forma direta o consumo de seu produto com uma série de imagens agradáveis, tornando a mensagem alegre, bonita, erótica ou engraçada, mas porque essa correlação está voltada à criação de memórias afetivas positivas ou “âncoras”, das pessoas fundamentais em qualquer processo de tomada de decisões.

No entanto, esse sucesso da propaganda, especialmente da cerveja no Brasil, aliado a débil vigilância dos órgãos reguladores, pode esconder sérios problemas de saúde para os seus consumidores.

1.2. Processo saúde-doença e estilo de vida

A saúde é algo mais amplo e complexo, que não depende única e exclusivamente de uma questão biológica. Assim, quando se discute o binômio saúde/doença, é importante ter em mente que esses fenômenos sejam encarados como processos, como algo dinâmico que se manifesta em qualquer ambiente sob a presença de diversos fatores inerentes à própria condição humana.

Para Minayo (2004) e Souza Santos (2004), os fenômenos sociais -, em sua historicidade e complexidade -, não podem ser apreendidos somente por meio de seus aspectos objetivos. A própria ciência médica, ainda que trabalhe diretamente com a saúde e a doença, não consegue dar conta, isoladamente, de definições de saúde e doença, através de construções teóricas, consideradas redutoras e incapazes de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer.

Ao longo da história, os modelos de explicação dos conceitos sobre o processo saúde-doença, como fenômeno histórico e multideterminado -, independente do objeto de estudo -, sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas, bem como, estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas.

Inicialmente, de acordo com Scliar (2002), o pensamento mágico-religioso era dominante entre os povos da Antiguidade e também o responsável pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica. Com o apogeu da civilização grega, rompeu-se com a superstição e as práticas mágicas e houve o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença, tendo por base as relações entre o homem e a natureza. Como ícone desta nova corrente, encontramos Hipócrates⁶ que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos de doenças entre os habitantes de uma comunidade, atribuindo como fatores responsáveis o clima, o solo, a água, a nutrição e o modo de vida.

⁶ Em seu livro: Ares, Água e Lugares.

Em conseqüência desta observação, verifica-se um importante aspecto prático que se traduziu na condução e orientação de atitudes e na organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças.

Além das práticas curativas, os médicos gregos já atuavam no sentido da preservação da harmonia e do equilíbrio entre os elementos constituintes do corpo humano. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo ideal de vida, em que nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais.

Avançando nesse processo histórico da saúde-doença, a Idade Média foi marcada pelas inúmeras epidemias (varíola, tuberculose,...) que aterrorizavam a população, marcadamente a lepra e a peste bubônica. No entanto, com o desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia, verifica-se o aparecimento de novas medidas de controle, entre elas a vacinação.

Desde o final do século XIX, boa parte das questões relativas às doenças infecciosas havia sido respondida, especialmente no tocante às doenças contagiosas, incorrendo com isto em várias melhorias sanitárias e, conseqüentemente, nas condições de vida dos habitantes.

Na prática, essa nova concepção, se por um lado permitiu o sucesso na prevenção de diversas doenças, por outro terminava por reduzi-las à ação única de um agente específico, fazendo com que a compreensão da doença se baseasse na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença, ou seja, em um modelo unicausal.

Entretanto, o mundo, a partir da Segunda Guerra Mundial, começou a experimentar uma 'transição epidemiológica', caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte em detrimento do incremento das doenças crônico-degenerativas.

Com isto, observa-se um enfraquecimento desse modelo unicausal, que acabou favorecendo o desenvolvimento dos modelos de multicausais, isto é, a explicação das doenças associadas a múltiplos fatores.

O exame dos diferentes fatores relacionados ao surgimento de uma doença, bem como, a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos permitiram significativos avanços na prevenção de doenças. Neste sentido, segundo Gutierrez & Oberdiek (2001), várias

abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como da história natural das doenças que considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada 'tríade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro (LEAVELL; CLARK, 1976). Este modelo ecológico experimentou diversas críticas e uma delas reside no fato:

[...] de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes (PALMEIRA et al, 2004, p. 38)

Na prática, faltava uma abordagem mais ampla que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. Surgiu, então, o modelo da determinação social da saúde/doença que procura articular as diferentes dimensões da vida, além de compreender os modos e estilos de vida, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço. Este modelo implicava em uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas também, promover a saúde (PALMEIRA et al, 2004; TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 2002).

Segundo Almeida Filho (2004), essa expressão "modo de vida" já havia sido empregada por Marx e Engels como elemento básico de análise das formações sociais pré-capitalistas, buscando particularmente situar a natureza não somente material e física da reprodução social.

Ainda, para Almeida Filho (2004), este conceito foi aprofundado, especialmente nos *Grundrisse*⁷, quando o encontramos às vezes referido às "condições naturais de existência" ou "modo objetivo de existência", antecipando-se de modo surpreendente ao conceito antropológico de cultura.

⁷ Trata-se de rascunhos escritos por Marx, que, reorganizados, vieram a dar origem aos livros de "O Capital".

Em um contexto mais recente sobre o conceito de modo de vida, cabe destacar o trabalho da filósofa Agnes Heller ao desenvolver uma teoria sobre o cotidiano. Em duas de importantes suas obras originalmente publicadas na década de 1970, *Sociologia da vida cotidiana* (HELLER, 1977) e *O cotidiano e a história* (HELLER, 1989), Heller apresenta reflexões sobre o cotidiano, ao analisar a determinação do modo de vida em articulação com a esfera restrita da produção econômica.

Já em uma abordagem mais ampla diferenciando os conceitos “modo e estilo de vida”, vamos encontrar Cristina Possas (POSSAS, 1989) fazendo referência ao conceito de “modo de vida” como ampla e fundamental instância determinante dos processos saúde-enfermidade, mediada por duas dimensões intervenientes: estilo de vida e condições de vida.

Para Possas, as condições de vida se referem às condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais, que são feitas essencialmente pela capacidade de consumo social. O conceito de estilo de vida, por outro lado, remete às formas sociais e culturalmente determinadas de viver que se expressam em condutas, tais como a prática de esportes, dieta, hábitos, consumo de tabaco e álcool.

Atualmente, apesar de todos os significados culturais e simbólicos que o consumo de bebidas alcoólicas adquiriu ao longo da história humana, o beber passou a ser considerado um ato social. Essa prática social de beber, segundo (NEVES, 2004), independente dos grupos ou coletividades que a realizam, está inserida em um conjunto de valores, representações e organizações sociais. Estes arranjos nunca são os únicos possíveis: cada sociedade, grupo ou cultura organiza momentos, bebidas e lugares propícios para sua consumação.

Ainda, segundo Neves, essa prática é dotada de regras que, referenciadas por determinados valores, dizem respeito às situações de seu exercício. Tais regras orientam quem pode ou não beber; qual o tipo da bebida a ser consumida; em que locais; na companhia de quem;... . Dessa forma, o conceito “maneira de beber” sintetiza bem essa abordagem, pois trata-se de construções sociais orientadas por atitudes e crenças que definem prescrições e proscricções (NEVES, 2004).

Ainda sob o aspecto social, Pons Diez & Berjano Peirats (1999) chamam o álcool de “droga institucionalizada” cuja presença e consumo estão plenamente integrados nas pautas de comportamento social, que gozam do respaldo da tradição histórico-cultural e cuja produção, venda e consumo não são penalizados.

Em relação a esse consumo, verifica-se hoje em dia o culto à imagem do uso do álcool que é criada visando a “sedução do sujeito”, e os meios de comunicação em massa “retocam” a realidade de maneira a torná-la mais atraente. O sistema capitalista transformou o consumo em uma instituição que determina um conjunto de valores com função de integralização e controle social. Neste sentido, a propaganda tem efeito importante no imaginário de que o álcool não é droga, ou é uma droga “leve” e que por ser lícita não prejudica a vida, pelo contrário traz benefícios. Ressaltando o papel da mídia, Abramovay (2005) diz o seguinte:

No caso dos jovens, não somente há propagandas especialmente desenhadas, como faz parte do vocabulário subliminar associar-se bebidas à juventude, passando essa a ser um sedutor em si, em uma sociedade hedonística, que privilegia aparências e equaciona beleza com juventude ou um tipo de juventude. As bebidas alcoólicas são construídas de elixir de juventude e estão formatadas como brancas, de classe média ou alta, alegres e em situações de lazer, festa e esporte. Os jovens, portanto, mais que o público-alvo, é um capital simbólico, reelaborado nas propagandas de álcool (ABRAMOVAY, 2005, pg. 42).

Nesse processo de indução ao consumo de bebidas alcoólicas, não podemos deixar de registrar o peso do simbolismo de um bar. Quanto ao significado de uma ida a um bar para consumir bebidas alcoólicas, segundo Douglas & Isherwood (2004), assim como qualquer outro ato de consumo, possui a qualidade ritual de fixar significados. Ir ao bar, beber cachaça ou cerveja, junto com outras pessoas ou solitariamente, é uma forma de dar sentido às coisas, pessoas e acontecimentos: “o consumo usa os bens para tornar firme e visível um conjunto particular de julgamentos nos processos fluídos de classificar pessoas e eventos” (DOUGLAS; ISHERWOOD, 2004, pg.115).

Para Silva (1978) a frequência ao bar é, em si, um esforço por parte do indivíduo para se incluir em uma sociedade cujas novas e tradicionais

organizações de sustentação (trabalho, cultura de consumo, família e comunidade) não são suficientes para ampará-lo:

Em primeiro lugar, o botequim pode ser um mecanismo de sustentação, por que tem condições de conceder o sentimento perdido de comunidade. Ele cria profundos laços comuns entre uma minoria: os componentes dos estratos inferiores que são “adeptos do álcool”. Necessidades de natureza econômica tornam-no muito importante, além de provocarem estreitas relações de cooperação (SILVA, 1978, p. 112).

Magnani (1984) faz referência à importância do bar como um lugar para o estabelecimento e reforço das “relações grupais” e que se traduzem em uma sociabilidade marcada pelo auxílio recíproco: “o bar funciona ainda como lugar de troca de informações (onde e como tirar documentos, oportunidades de trabalho), contratação de serviços (pedreiro, encanador, electricista), discussão sobre qualidade e preço de materiais para construção, etc.” (MAGNANI, 1984, p. 144).

Apesar do conhecimento dos males que esse ato de beber social provoca, vivemos numa sociedade que glorifica, facilita o acesso e legitima a prática do uso abusivo de álcool e que, geralmente, não leva em consideração as consequências danosas do seu consumo. Assim, além do estilo de vida e preciso avaliar que fatores (ex.: econômicos, sociais,...) podem estar influenciando esses consumidores.

1.3 As desigualdades sociais em saúde

Nunca a saúde foi tão prioritária na agenda internacional para o desenvolvimento. A questão das desigualdades de saúde entre os países e dentro dos países se transformou em uma preocupação central para a comunidade internacional.

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional quanto na internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.

Segundo Whitehead (2000), esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Castellanos (1997), por exemplo, considera que as desigualdades em saúde são as desigualdades redutíveis, isto é, desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas de vida.

Entretanto, ao longo de toda a história da saúde pública brasileira, verifica-se uma atenção centrada nos aspectos biológicos da doença em detrimento de seus determinantes sociais.

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde – DSS's, surgiu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, e aborda diversos mecanismos pelos quais podem ser feitas intervenções, sejam através de políticas ou programas.

Em 1974, o relatório Lalonde foi um dos primeiros estudos a propor um quadro mais amplo de compreensão dos determinantes da saúde – incluindo o estilo de vida e o ambiente físico e social – e a reconhecer o papel limitado dos serviços de saúde na melhoria da saúde.

Na prática, Tarlov (1996) foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática, identificando quatro categorias de determinantes de saúde: fatores genéticos e biológicos; atenção médica; comportamento individual; e as características sociais dentro das quais a vida se dá. Entre essas categorias, ele argumentava que as características sociais predominavam.

Posteriormente, na 57^a Assembléia Geral da OMS em maio de 2004, a OMS propõe a criação de uma comissão global sobre os determinantes de saúde para aumentar o apoio aos Estados Membros na implementação de abordagens mais abrangentes dos problemas de saúde, incluindo aspectos sociais e ambientais.

A consciência de que as evidências que surgiam a respeito dos determinantes sociais tinham implicações profundas na formulação de políticas públicas, levou ao desenvolvimento de ações no sentido de traduzir essas descobertas científicas relevantes em uma linguagem mais acessível para os formuladores dessas políticas.

Assim, as DSS's expressam, com maior ou menor nível de detalhe, sendo um conceito mais generalizado ao dizer que as condições de vida e

trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. A OMS, por exemplo, já adota uma outra definição, segundo a qual os DSS's são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Para Buss & Filho (2007), o principal desafio sobre as relações entre os DSS's consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações dentre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas..

Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos, de grupos e de sociedades, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas.

Diversos são os modelos que procuram explicar as relações entre esses diversos fatores. O mais conhecido é o de Dahlgren & Whitehead (1991) que dispõe os DSS's em diferentes camadas, desde as duas primeiras camadas representativas dos determinantes individuais (idade, sexo e fatores hereditários e estilo de vida dos indivíduos) até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes (redes sociais e comunitárias; condições de vida e trabalho; e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais), conforme mostra a figura a seguir:

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren & Whitehead (1991)



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991

Neste modelo, por exemplo, vamos encontrar a camada relativa ao “estilo de vida dos indivíduos” situada no limiar entre os fatores individuais e macrodeterminantes. Segundo Buss & Filho (2007), os comportamentos individuais, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS’s, uma vez que essas opções estão fortemente condicionadas, como por exemplo, pela propaganda.

Sobre este aspecto é relevante destacar que este tipo de influência junto a um consumidor de bebidas alcoólicas, por exemplo, não pode ser considerado absoluto na opção desses indivíduos, desconsiderando o peso dos outros possíveis determinantes sociais (ex.: desemprego).

Por outro lado, as desigualdades de saúde podem refletir um tipo particular de diferença ou de importantes fatores influentes que determinados grupos sociais experimentam em menor ou maior risco em relação a outros. Assim, pessoas de um extrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que medeiam a relação entre as condições sociais e a doença (HOUSE et al, 1992; 1994; 2005; HOUSE; WILLIAMS, 2000; LAHELMA, 2001).

Outro fator importante nestas discussões sobre desigualdades sociais de saúde é o que diz respeito ao volume de riqueza gerado por uma sociedade. Sem dúvidas, este volume é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde.

No entanto, o crescimento da riqueza nem sempre se traduz em melhorias significativas das condições de saúde da população, pois dependerá da maneira que ela se distribui. Como exemplo, pode ser citado o Japão que ostenta a maior taxa de expectativa de vida do mundo, não por ser o país mais rico ou porque os japoneses bebem menos ou fazem mais exercícios, mas porque é considerado um dos países mais igualitários do mundo.

No Brasil, ao contrário, em função dos problemas de distribuição da riqueza existem grandes setores da população vivendo em condições de pobreza não lhes permitindo, conseqüentemente, ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde.

Neste sentido, observam-se no Brasil o desenvolvimento de estudos (VICTORA et al, 1990; GUIMARÃES; FISHMANN, 1986; AKERMAN et al, 1994) sobre as relações entre a situação socio-econômica e o estado de saúde da população urbana, utilizando diferentes indicadores socioeconômicos (renda, PIB, ocupações, consumo de bens e serviços, educação, etc.), sócio-ambientais (tipo de habitação, densidade habitacional, acesso as redes de água e esgoto, coleta de lixo, etc.) e de saúde (mortalidade infantil, mortalidade geral, mortalidade por causas, morbidade, etc.).

1.4 Indicadores de desigualdade social no Brasil:

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e conseqüentemente em sua situação de saúde. Neste sentido, estaremos apresentando a seguir, um breve comentário sobre alguns

indicadores⁸, como exemplos de parte dessa desigualdade social que observa nas diversas “Regiões” do Brasil, tendo por base os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB de 2012, uma publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs.

1.4.1 Indicadores demográficos

A população brasileira em 2012 foi da ordem de 194 milhões, sendo que 42% desse total (82 milhões) residente na região Sudeste, conforme mostra os dados da tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - População total residente no Brasil em 2012.

Região	População	% (*)
Região Norte	16.347.807	9
Região Nordeste	53.907.144	28
Região Sudeste	81.565.983	42
Região Sul	27.731.644	14
Região Centro-Oeste	14.423.952	7
Total	193.976.530	100

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Em relação às taxas de crescimento da população brasileira, observa-se que as mesmas vêm declinando em todas as “Regiões” do Brasil, conforme apontam os dados da tabela 5 a seguir.

⁸ Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Tabela 5 – Taxa percentual de incremento médio anual da população, segundo a Região.

Região	1991-2000 (%)	2001-2010 (%)
Região Norte	2,86	2,09
Região Nordeste	1,31	1,07
Região Sudeste	1,62	1,05
Região Sul	1,43	0,87
Região Centro-Oeste	2,39	1,91
Total	1,64	1,17

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

A tabela 6, abaixo, mostra que a proporção⁹ de idosos na população brasileira em 2012 foi maior na Região Sudeste (11,8%), superando a nacional (10,8%).

Tabela 6 - Proporção de idosos em 2012, segundo a Região.

Região	Proporção de Idosos (%)
Região Norte	6,8
Região Nordeste	10,3
Região Sudeste	11,8
Região Sul	12
Região Centro-Oeste	8,8
Total	10,8

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

Em relação à expectativa de vida ao nascer, observa-se que ela em 2012 foi maior entre as mulheres (78,2), sendo, igualmente, na Região Sudeste (79,6), conforme tabela 7 a seguir.

⁹ Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade.

Tabela 7 - Anos de vida esperados em 2012, segundo a Região.

Região	Masculino	Feminino
Região Norte	68,0	75,0
Região Nordeste	67,8	76,1
Região Sudeste	72,9	79,6
Região Sul	73,1	80,0
Região Centro-Oeste	70,9	77,7
Total	70,9	78,2

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

1.4.2 Indicadores socioeconômicos

Neste tipo de indicadores, chama a atenção a população analfabeta acima de 15 anos que no Brasil em 2010 (último dado disponível) foi maior na Região Nordeste (53%), representando mais da metade de pessoas (7,1 milhões) nessa situação em todo o território nacional (13,4 milhões), conforme mostra a tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - População analfabeta (15 anos e+) em 2010, segundo a Região.

Região	População analfabeta (15a_e+)	% (*)
Região Norte	1.205.301	9
Região Nordeste	7.198.540	53
Região Sudeste	3.302.964	24
Região Sul	1.054.225	8
Região Centro-Oeste	736.615	6
Total	13.497.645	100

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Outro indicador discrepante diz respeito à renda média domiciliar per capita em 2010 (último dado disponível). Conforme tabela 9, abaixo, verifica-se uma diferença significativa deste tipo de indicador nas regiões do Norte e Nordeste em relação às demais, principalmente, no Sudeste que atingiu R\$ 943,34, ultrapassando a nacional (R\$ 767,02).

Tabela 9 - Renda média domiciliar per capita em 2010, segundo a Região.

Região	Renda média domiciliar per capita (R\$)
Região Norte	494,11
Região Nordeste	458,63
Região Sudeste	943,34
Região Sul	919,90
Região Centro-Oeste	935,06
Total	767,02

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Ainda com relação à renda, a população da Região Nordeste em 2010 (último dado disponível) representou cerca de 45% (29,6 milhões) do total de cidadãos (65,6 milhões) que conviveram com menos de meio salário mínimo (SM), segundo os dados constantes da tabela 10 abaixo.

Tabela 10 – População com renda menor que 1/2 Salário Mínimo (SM) em 2010, segundo a Região.

Região	População com renda menor que 1/2 SM	% (*)
Região Norte	8.311.449	13
Região Nordeste	29.608.467	45
Região Sudeste	18.942.374	29
Região Sul	5.220.684	8
Região Centro-Oeste	3.612.615	5
Total	65.695.589	100

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Outro indicador a destacar diz respeito à taxa de desemprego em 2010 (último dado disponível), a Região Nordeste foi a que teve o maior percentual (9,63%), ultrapassando àquela verificada no âmbito nacional (7,42%), sendo, ainda, o dobro daquela observada na Região Sul (4,49 %), conforme mostra a tabela 11 a seguir.

Tabela 11 - Percentual da taxa de desemprego (16 anos e +) em 2010, segundo a Região.

Região	Taxa de Desemprego (%)
Região Norte	8,54
Região Nordeste	9,63
Região Sudeste	7,28
Região Sul	4,49
Região Centro-Oeste	6,32
Total	7,42

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

1.4.3 Indicadores de mortalidade

Neste grupo de indicadores cumpre ressaltar os óbitos gerados em 2011 (último dado disponível) por “Doenças Transmissíveis” em que a Região Sudeste (57.830) foi prevalente, totalizando mais da metade do ocorrido no nível nacional (110.907), conforme mostra a tabela 12 abaixo.

Tabela 12 - Óbitos por “Doenças Transmissíveis” em 2011, segundo a Região.

Região	Óbito por Doença Transmissível
Região Norte	6.452
Região Nordeste	24.340
Região Sudeste	57.830
Região Sul	15.164
Região Centro-Oeste	7.121
Total	110.907

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

Por outro lado, dentre as “Doenças não Transmissíveis”, os óbitos por “Doenças Isquêmicas do Coração” em 2011 (último dado disponível) foram, igualmente, prevalentes na Região Sudeste (48%), de acordo com os dados da tabela 13 abaixo.

Tabela 13 - Óbitos por “Doenças Isquêmicas do Coração” em 2011, segundo a Região.

Região	Óbito por Doença Isquêmica do Coração	% (*)
Região Norte	4.151	4
Região Nordeste	25.593	25
Região Sudeste	50.142	48
Região Sul	17.376	17
Região Centro-Oeste	6.224	6
Total	103.486	100

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

No tocante à violência, considerando por exemplo os “Homicídios”, observa-se que a Região Nordeste em 2011 (último dado disponível) teve o maior número de mortes (19.486) por este tipo de ocorrência. Verifica-se também que os óbitos gerados por “Homicídios” nas regiões Nordeste e Sudeste ultrapassaram em mais de 70% àqueles registrados no total geral (52.807), conforme mostra a tabela 14 abaixo.

Tabela 14 - Óbitos por “Homicídios” em 2011, segundo a Região.

Região	Óbito por “Homicídio”	% (*)
Região Norte	5.644	11
Região Nordeste	19.486	37
Região Sudeste	16.557	31
Região Sul	6.264	12
Região Centro-Oeste	4.856	9
Total	52.807	100

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

1.4.4 Indicadores de morbidade

Dentre esses indicadores de morbidade, merece destaque as taxas de incidência da “Tuberculose” (por 100.000 habitantes) em 2012 cujos dados da tabela 15, abaixo, mostram que as Regiões Norte (45,16) e Sudeste (40,15) superaram a taxa nacional (37,28).

Tabela 15 - Taxa de incidência de Tuberculose (todas formas), em 2012, segundo a Região.

Região	Taxa de Incidência de Tuberculose (todas formas¹⁰)
Região Norte	45,16
Região Nordeste	36,39
Região Sudeste	40,15
Região Sul	32,30
Região Centro-Oeste	24,66
Total	37,28

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

Além da “Tuberculose”, destacamos a “Hanseníase” cujas taxas de incidência verificadas (por 100.000 habitantes) em 2012 nas Regiões Norte (42,64) e Centro-Oeste (40,70) foram mais do que o dobro daquela ocorrida no âmbito nacional (17,39). Vide tabela 16 a seguir.

¹⁰ Número de casos novos confirmados de “Tuberculose” (todas as formas – códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 16 - Taxa de incidência de Hanseníase em 2012, segundo a Região.

Região	Taxa de Incidência de Hanseníase
Região Norte	42,64
Região Nordeste	26,15
Região Sudeste	6,69
Região Sul	4,86
Região Centro-Oeste	40,70
Total	17,39

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

1.4.5 Indicadores de Recursos

Nesta categoria de indicadores, cumpre destacar o número de médicos (por 1.000 habitantes) observado em 2010 (último dado disponível). A Região Norte apresentou um número inferior àquele preconizado pela OMS (1 médico por 1.000 habitantes), conforme mostra a tabela 17, abaixo.

Tabela 17 - Médicos por 1.000 habitantes em 2010, segundo a Região.

Região	Médico p/ 1.000 habitantes
Região Norte	0,90
Região Nordeste	1,09
Região Sudeste	2,51
Região Sul	2,06
Região Centro-Oeste	1,76
Total	1,86

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

Outro indicador a salientar refere-se aos leitos hospitalares. Os dados da tabela 18 abaixo, mostram que do total dos leitos existentes (456.291) em 2012

o número de privados (288.945) era bem superior aos públicos (167.346), sendo que as Regiões: Norte e Nordeste foram prevalentes em relação ao número de leitos públicos.

Tabela 18 - Número de leitos hospitalares em 2012 por habitante, segundo a Região.

Região	Existente	Privado	Público
Região Norte	31.612	13.026	18.586
Região Nordeste	118.847	58.051	60.796
Região Sudeste	194.903	136.456	58.447
Região Sul	74.320	58.470	15.850
Região Centro-Oeste	36.609	22.942	13.667
Total	456.291	288.945	167.346

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

1.4.6 Indicadores de cobertura

Neste rol de indicadores, dois se destacam: número de consultas médicas e saneamento. Em 2012, observa-se que os números de consultas médicas realizadas nas Regiões Norte (2,27), Nordeste (2,44) e Centro - Oeste (2,72) em 2012, ficou abaixo do Total (2,77). Vide tabela 19 abaixo.

Tabela 19 - Consultas médicas (SUS) por habitante em 2012, segundo a Região.

Região	Consulta médica (SUS) por habitante
Região Norte	2,27
Região Nordeste	2,44
Região Sudeste	3,06
Região Sul	2,88
Região Centro-Oeste	2,72
Total	2,77

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria

Em relação ao saneamento, a população da Região Sudeste em 2010 (último dado disponível) foi a melhor servida por esgoto (85,65) em detrimento da Região Norte (31,11) que ficou bem abaixo da média nacional (64,54).

Tabela 20 - Proporção da população servida por esgoto em 2010, segundo a Região.

Região	Proporção da população servida por esgoto
Região Norte	31,11
Região Nordeste	43,22
Região Sudeste	85,65
Região Sul	70,45
Região Centro-Oeste	50,72
Total	64,54

Fonte: IDB / 2012. Elaboração própria.

2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL

Um sistema de saúde é uma construção social cujo objetivo é garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, como o de adoecer e de necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover.

Dessa forma, um sistema de saúde tem como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

A OMS (WHO, 2000) define Sistema de Saúde como um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados seja setorial ou intersetorial que produzem um efeito na população. A configuração do sistema de saúde é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais.

Com relação aos objetivos dos Sistemas de Saúde, Mendes (2002) afirma que, independente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países tem objetivos comuns com relação a esses sistemas. Segundo o autor, os principais objetivos de um Sistema de Saúde são:

- Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma eqüitativa;
- Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos;
- Acolhimento dos cidadãos;
- A efetividade dos serviços de saúde;
- A eficiência dos serviços de saúde.

Os principais componentes de um sistema de saúde são a população e as instituições prestadoras de serviços, embora existam outros atores importantes como universidades, conselhos profissionais, indústria farmacêutica, dentre outros. A relação entre esses dois componentes não se dá de forma direta, ela é mediada por um ator coletivo.

Nos sistemas públicos esse mediador coletivo é o Estado que define os critérios de organização e prestação dos serviços, bem como estabelece

prioridades de elegibilidade de diferentes grupos populacionais em relação aos serviços de saúde. Existem outros mediadores coletivos em outros tipos de empresa seguradora ou na medicina de grupo, onde o mediador coletivo é o plano de saúde.

Os modelos de sistema de saúde mais adotados são os instituídos pelo Estado caracterizando duas grandes tipologias: os seguros e os universais. No primeiro, a participação é obrigatória, ao passo que no segundo, se caracteriza pelo financiamento público com recursos dos impostos e acesso universal aos serviços que são prestados por fornecedores públicos.

No modelo universal, pode ainda existir outras fontes de financiamento, além dos impostos, tais como pagamentos diretos de usuários e outros insumos. Porém, a maior parte do financiamento e gestão é por conta do Estado.

Quanto às atividades de um sistema de saúde elas se compõem de estruturas bastante distintas, mas conexas que podem ser classificadas em dois grandes agrupamentos: as estruturas assistenciais e as voltadas para a realização das funções do sistema.

Essas estruturas assistenciais são integradas pela rede de serviços (hospitais, ambulatórios, ...) e o pessoal de saúde (profissionais e técnicos com formação específica em saúde e trabalhadores da saúde).

Quanto às estruturas voltadas para as funções são integradas pelos sistemas de planejamento, informação, controle e avaliação (no caso brasileiro, as unidades vinculadas a órgãos estatais, tais como Ministério, Secretarias estaduais e municipais de saúde, agência reguladora, dentre outras). Suas principais atividades residem na organização e na regulação do funcionamento do sistema de saúde, destacando-se as medidas para sua racionalização.

Por outro lado, no tocante aos níveis de acesso, segundo Cohn & Elias (2003), existem várias maneiras adotadas pelos sistemas de saúde para racionalizar esse acesso aos serviços de saúde. No entanto, o mais comum é adoção de três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, como o adotado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

2.1 Um breve histórico do processo de organização do Sistema de Saúde brasileiro e o Sistema Único de Saúde - SUS

Para o entendimento dos condicionantes e determinantes do modelo de organização do sistema de Saúde brasileiro vigente, é relevante destacar alguns aspectos de sua evolução histórica.

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. No entanto, somente com a Proclamação da República em 1889, a saúde passa ter a sua devida importância. Assim, pela Constituição de 1891, os estados passaram a ter a responsabilidade pelas ações de saúde de saneamento e educação.

No tocante à saúde, entretanto, as ações encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. A preocupação dos governantes era com o saneamento dos espaços pelos quais circulavam produtos e mercadorias para exportação e com o controle de doenças que poderiam vir a prejudicar o comércio exterior.

O primeiro governo de Getúlio Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. Assim, o período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional – assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais mediante remuneração direta.

Desde então, verifica-se a introdução de importantes mudanças no setor saúde com a crescente intervenção do Estado, assumindo um novo papel social. Entravam em cena novos segmentos anteriormente marginalizados, principalmente o trabalhador urbano, produto do processo de industrialização. Neste contexto, surge a Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAP das diversas categorias profissionais, como por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI, Instituto

de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas - IAPETEC e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes- IAPC.

Posteriormente, ocorre a realização de duas Conferências Nacionais de Saúde cujas ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Educação e Saúde. A primeira em 1941, convocada pelo então Ministro da Educação e Saúde (Gustavo Capanema), cumprindo o disposto na Lei nº 378/37 (BRASIL, 1937), e a segunda em 1950, convocada pelo então Ministro da Educação e Saúde (Pedro Calmon).

Mas é a partir 1950 que se observa no Brasil o início de um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de “modernização” do setor Saúde. Dessa forma, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação, conforme Lei nº 1920/53 (BRASIL, 1953)).

Este movimento se insere no processo de modernização de toda a sociedade brasileira que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

Apesar desse movimento de modernização, a III Conferência Nacional de Saúde foi realizada somente em 1963, tendo como temas principais: a situação sanitária do país; a municipalização e a distribuição dos serviços por nível federal estadual e municipal. Entretanto, em março de 1964, em função do golpe militar se instalava no Brasil um período repressor, dominador e autoritário, com evidentes reflexos na política de Saúde.

Mesmo assim, durante o período de vigência do movimento militar (1964-1984), em 1967 a IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Ministro Leonel Miranda tendo pequena participação de público cujo tema limitou-se à questão dos recursos humanos, mais, especificamente, à identificação do tipo de profissional necessário às demandas do país. Como novidade naquele ano, verifica-se a apresentação do “Plano Leonel Miranda”, anunciado em dezembro, cujas ações privilegiam a medicina liberal e a livre empresa médica, indicando caminhos de favorecimento da privatização dos recursos geridos pelo Estado no setor. Na realidade, o citado “Plano” propunha a privatização total do sistema de saúde com regime de livre escolha do

médico e do hospital, bem como a participação compulsória e imediata do usuário no custeio dos serviços.

É importante registrar que, ainda, em 1967, observa-se a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAP e do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, criando um mercado unificado para as ações produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos, fortalecendo o movimento de privatização do setor. Com isto, a partir da intensificação do desenvolvimento capitalista, da incorporação de grandes contingentes de cidadãos com novos direitos e do crescente desenvolvimento tecnológico, se observa que os custos da assistência médica passam a ser bastante onerados, tornando insuportável a manutenção do modelo em prática e a eficiência do setor.

Dessa forma, nos anos 1970, consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social. As relações da Previdência com os prestadores de serviços de saúde passaram a se organizar através de diferentes formas de pagamento: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo. Nessa época surgiu a medicina de grupo, na qual a empresa recebia um subsídio da Previdência e se responsabilizava, direta ou indiretamente, pelo atendimento médico de seus empregados. Com isso nasce e se desenvolve um novo subsistema que se tornaria hegemônico nos anos 1980: o da atenção médica supletiva.

Na prática, a implementação desse novo subsistema teve como consequências: a institucionalização de um modelo médico-assistencial privatista e a definição das novas competências das instituições públicas e privadas. Essa nova realidade criou um abismo no setor saúde: a "atenção à saúde coletiva" (entendida como saúde pública), não rentável, ficaria sob a responsabilidade do setor estatal e a "saúde das pessoas" (entendida como atenção médica), rentável, seria destinada ao setor privado, intermediado pela Previdência Social. Foi nesse contexto que nasceu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - consolidando o modelo médico-assistencial privatista, fundamentado, basicamente, em três características:

[...] o Estado como grande financiador do sistema por meio da Previdência Social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; e o setor privado internacional como o maior produtor de medicamentos e equipamentos para a saúde” (MENDES, 1999, p. 26).

Como consequência, este modelo excluiu grande parcela da população e as diversas políticas compensatórias que entraram em campo acabaram por perpetuar as desigualdades sociais. Assim, o que se constata é que o Estado atuava mediante a medicina previdenciária e os serviços públicos federais, estaduais e municipais, enquanto que a iniciativa privada buscava alternativas de consolidação e expansão, quer vendendo serviços para a Previdência Social quer buscando nichos de mercado em torno da medicina liberal ou estruturando a assistência suplementar por meio da medicina de grupo, das cooperativas médicas, dos planos de autogestão e do seguro-saúde.

A medicina liberal transformava-se em medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1997), incorporando equipamentos de alta densidade de capital e tecnologia nos serviços médico-hospitalares e os custos crescentes da atenção impunham organizações complexas para a sua gestão.

Em função desse quadro, inúmeros estudos (MELLO, 1977; BRAGA; GOES DE PAULA, 1978; CORDEIRO, 1984) apontavam para a crise do setor de atenção à saúde, pois a mesma encontrava-se subordinada a um sistema de serviços de saúde que se caracterizava pela insuficiência, (des)coordenação, má distribuição, ineficiência e ineficácia (BRASIL, 1975).

Para enfrentar esta situação, além da criação do Sistema Nacional de Saúde - SINPAS (Lei nº 6.229/75) foram empreendidas ações na tentativa de responder a crise do setor saúde, tais como: a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária¹¹) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS. Entretanto, tais políticas, entretanto, não foram suficientes para responder aos problemas da atenção saúde no Brasil.

¹¹ Criado pelo Decreto nº 86.329/81 (Brasil, 1981).

Os movimentos sociais passaram, entretanto, a reivindicar uma reforma do modelo médico-assistencial, mais abrangente o que levou ao desencadeamento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Inicialmente, este movimento constituído por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde foi incorporando outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

Esse movimento da Reforma Sanitária Brasileira procurava consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em consonância com as proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978) que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Dessa forma, várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, iniciando-se com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE que na realidade nunca saiu do papel, sendo logo seguido pelo Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP em 1982, a partir do qual foi implementada as Ações Integradas de Saúde - AIS's, em 1983.

Na verdade, estes "Programas" (PIASS e PREV-SAÚDE) se constituíram em uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde quando, em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, como consolidação das AIS's. O SUDS tinha como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Na prática, a implementação do SUDS, serviu como estratégia de transição para a implantação do SUS cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990 (Leis: 8.080/90 e 8.142/90) e deram sequência à reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirada nos princípios e diretrizes de integralidade, equidade, descentralização e participação (BRASIL, 2003).

Nesse particular, buscava-se a ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços, além da concepção e experimentação de modelos de atenção à saúde, que contemplassem aqueles princípios e diretrizes (PAIM, 2002).

Neste sentido, o capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado ..." (BRASIL, 1988).

O SUS se estabeleceu imediatamente depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, para assegurar o acesso universal e igualitário à assistência de saúde. A sua reorganização institucional se enquadra na regulamentação legal da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e o seu processo de descentralização foi regulamentado por Normas Operacionais Básicas - NOB's, aprovadas nas instâncias colegiadas da Direção Nacional do Sistema: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, e o Conselho Nacional de Saúde - CNS.

As NOB's são orientações específicas e pactuadas, emanadas do Ministério da Saúde (MS) e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, visando a repartição orçamentária entre os níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial.

A primeira NOB 01/91 (INAMPS,1991), em 1991, contida na resolução do INAPMS nº 258 de 07 de janeiro de 1991 foi reeditada com alterações na resolução do INAMPS nº 273 de 17 de julho de 1991 (INAMPS, 1991a) e publicada no Boletim de Serviço daquele Instituto. Ela estabelece regras de transferências de recursos entre a União, habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo brasileiro (União, Estados e Distrito Federal, e Municípios). Além disso, a NOB 01/91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços.

A NOB 01/92, em 1992 (INAMPS,1992), define que os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais,

cabendo aos estados controlar serviços periodicamente e realizar o “controle municipal”.

Depois, em 1993, a NOB 01/93 (MS, 1993), editada pela portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, apresentou um instrumento mais efetivo de indução do processo de descentralização política ao criar a Comissão Intergestores Bipartite – CIB nos estados (por representação paritária entre estados e municípios) e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, compostas por representantes dos governos federal, estaduais e municipais.

Além disso, essa norma introduziu uma escala aplicável a estados e municípios habilitados - municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou semiplena - segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa que definiu o modo de como as transferências dos recursos da União ocorreriam no biênio 93/94.

Para ter condições de assumir um desses *status* na gestão, os governos locais deveriam ter uma capacidade estatal associada às variáveis de responsabilização e controle externo das suas decisões. Por exemplo, para a gestão semiplena foram demandados compromissos inusitados dos municípios nas relações intragovernamentais, a saber:

- ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde;
- instituir conselho de saúde;
- criar um fundo de saúde;
- desenvolver um plano de saúde;
- elaborar relatório de gestão para efeito de auditoria contendo os balancetes do Fundo de Saúde, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, os dados sobre os gastos fiscais próprios destinados à saúde;
- informar sobre os recursos organizacionais locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares contratados.

Esse aumento de responsabilidade incentivado pela NOB 01/93 serviu como mecanismo de aceleração da adesão municipal às novas funções propostas do SUS, sendo que de um total de 4.973 municípios existentes em 1996 no País, 65,05% enquadravam-se em uma das modalidades de gestão proposta pelo SUS.

Posteriormente, com a implementação da NOB 01/96 (MS,1996) editada em 05 de novembro de 1996 por meio da Portaria GM/MS nº 2.203, as principais alterações introduzidas na citada norma foram:

- O conceito original de Piso Assistencial Básico - PAB foi modificado e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;
- A Portaria 1.882/97 (MS, 1997) definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;
- O valor nacional da parte fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido, fundo a fundo, de forma regular e automática aos municípios habilitados pela NOB 01/96;
- Foi criado o “valor máximo da parte fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998;
- Foi criada a parte variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS;
 - (b) Programa de Saúde da Família - PSF;
 - (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - (e) Assistência Farmacêutica Básica; e
 - (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB; e
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

É importante ressaltar que a NOB 01/96 introduz como inovação relevante uma lista de estímulos financeiros à adoção de programas de Atenção Básica municipal e de incentivos aos PSF e PACS, buscando mudar o enfoque clínico da atenção à saúde centrado na doença e no indivíduo, para um enfoque centrado no ambiente social e familiar, recorrendo à estratégia de promoção da saúde.

Vianna & Piola (1999) sugerem numa perspectiva otimista sobre o impacto da descentralização, que um dos efeitos relevantes introduzidos pela

NOB 01/96 foi a ampliação da responsabilidade dos gestores estaduais e locais em relação aos recursos federais que lhes são transferidos.

Entretanto, as antigas modalidades incipientes e parciais da NOB 01/93, embora incentivassem o aumento da produção de serviços, criavam em contrapartida expectativas e pressões por mais recursos federais ao fortalecer, nas instâncias subnacionais, fomentando com isso a cultura do provedor privado remunerado, segundo a quantidade e densidade tecnológica de procedimentos médicos.

Registre-se também que com o desdobramento da NOB 01/96 em 1999, as unidades assistenciais da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e os recursos federais destinados à epidemiologia e ao controle das doenças infecciosas e parasitárias foram também descentralizados, em conformidade com os critérios e determinações da Portaria GM/MS nº 1.399/99 (MS, 1999).

Diferente do ocorrido na assistência à saúde, um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo governo federal antes mesmo da publicação da portaria, por meio do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS - VIGISUS.

Dessa forma, ao fim do ano de 2000, todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios de médio e grande porte estavam certificadas para assumirem as responsabilidades propostas naquela portaria.

Entretanto, com o aprofundamento da descentralização do sistema de saúde e a insuficiência de recursos financeiros, novos problemas passaram a serem identificados, em particular em relação às políticas adotadas por municípios de maior porte, como restrição de atendimento à pacientes de municípios vizinhos, além de redes assistenciais menos resolutivas.

De uma geral, o que se observa é que se de um lado as NOB's produziram resultados positivos como o incremento da oferta de serviços municipais, aumento da capacidade institucional nos estados e nos municípios e uma expressiva transferência de recursos federais para estados e municípios, por outro lado, ocorreram problemas, onde se destacam as dificuldades de uma gestão eficaz, a imposição de barreira de acesso aos usuários e a baixa qualidade dos serviços.

Para superar esses problemas foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01 em 26 de janeiro de 2001 (MS, 2001), com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A NOAS/SUS 01/01 estruturou três estratégias que transferiram o foco descentralizador da municipalização para a regionalização: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização - PDR com a instituição de módulos assistenciais, micro e macrorregiões e do Plano Diretor de Investimentos - PDI; o fortalecimento da gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo; e a instituição de novos critérios e de novas formas de habilitação de estados e municípios (SOUZA, 2001).

Além disso, a NOAS/SUS 01/01 ampliou o conceito de Atenção Básica e incrementou o volume dos recursos federais transferidos aos estados e municípios. Porém, durante sua curta existência, a NOAS/SUS 01/01 mostrou problemas operacionais como a dificuldade de estabelecer o comando único, de assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e de superar a fragilidade da efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Por essas razões, foi substituída pela NOAS/SUS 01/02 de 27 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) que, contudo, manteve as propostas centrais da norma anterior.

Sintetizando, observa-se que tanto as NOB's quanto as NOAS's/SUS tiveram em comum a característica de estabelecer regras pouco flexíveis cujo cumprimento dificilmente poderia ocorrer de imediato ou mesmo no curto prazo em todo o território nacional.

Questões como o financiamento, foram criando inúmeros critérios de repasse provocando especialização no uso dos recursos, o que acabava por tirar qualquer flexibilidade na gestão local.

Assim sendo, no entendimento dos gestores do SUS, a indução de mudanças por meio de “Normas Operacionais” (NOB's e NOAS's/SUS) esgotou-se em 2004. Foi então concebido um novo instrumento, denominado “Pacto pela Saúde”, entre as instâncias de governo, respeitando-se as diferenças regionais e estabelecendo o alcance de resultados como base para o controle e a avaliação.

O “Pacto pela Saúde” é resultado de uma discussão que teve início em agosto de 2004, quando o Ministério da Saúde organizou uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”.

O objetivo dessa oficina era iniciar discussões de revisão do processo normativo do SUS, buscando estabelecer diretrizes e metodologias para propostas de pactuação entre os gestores dos três níveis de governo. Esse processo contou com a participação do Ministério da Saúde e dos Conselhos: Estadual de Secretários de Saúde - CONASS e Municipal de Secretários de Saúde – CONASEMS, onde foram reafirmados os princípios do SUS e a necessidade de consolidar os processos de regionalização e planejamento desse sistema.

O “Pacto pela Saúde” surge, assim, da compreensão dos gestores federal, estaduais e municipais da importância de avançar na pactuação de objetivos e metas no campo sanitário, da necessidade de defender o SUS e organizar a transferência de recursos federais. Assim, o “Pacto pela Saúde” é composto de três dimensões: o “Pacto em Defesa pela Vida”, o “Pacto em Defesa do SUS” e o “Pacto de Gestão do SUS”.

O “Pacto em Defesa pela Vida” procura centrar-se na definição de objetivos e metas comuns no campo sanitário, tendo por prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde; e, finalmente, o fortalecimento da atenção primária. Nesta dimensão do pacto está previsto a revisão de suas metas e objetivos ao final de cada trimestre do ano subsequente.

No caso do “Pacto em Defesa do SUS”, o objetivo é consolidar a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, tendo o financiamento público da saúde um dos seus pilares. A estratégia preconizada para tanto é a mobilização social, buscando mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantia desse direito. Como o financiamento público é fator primordial, essa mobilização se direcionaria para o alcance, em curto prazo, da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000). Além

disso, havia a idéia de se aprovar um orçamento SUS composto pelo orçamento das três esferas de governo.

Por último, a finalidade do “Pacto de Gestão do SUS” é estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Após longo processo, finalmente, em 22 de fevereiro de 2006, foi publicado o novo “Pacto pela Saúde” (BRASIL, 2006). Como principais mudanças podem ser citadas :

- .o desaparecimento da figura da “habilitação” de municípios e estados a alguma condição de gestão;
- .o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB’s em cada estado; e
- .o foco passa a ser dado aos acordos relativos a diretrizes e processos essenciais ao funcionamento do sistema, enfatizando a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem cobrança de quaisquer requisitos de estrutura.

No que tange ao financiamento, as transferências federais para estados e municípios por blocos de financiamento (ex.: Atenção Básica) passaram a ser automáticas, condicionadas somente à homologação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB de cada estado, sendo ordenadas em cinco grandes blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão, ainda que se mantenham diversos critérios de alocação e de incentivos.

Desde, então, a cada biênio são pactuadas entre os três entes federados as ações desses grandes blocos citados, sendo que a partir de em 2011 foi implementado o “Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde – COAP” (BRASIL, 2011) em substituição ao “Pacto pela Saúde”.

O COAP tem por objetivo a organização e integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em uma região de saúde¹².

As metas e indicadores do COAP terão como referência o Plano Nacional de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, o “Pacto pela Vida”, e “Pacto de Gestão do SUS”, as políticas prioritárias pactuadas na tripartite, o Índice de Desempenho do SUS - IDSUS e a agenda do milênio. As pactuações das metas da região deverão ser definidas no planejamento regional integrado e na análise da situação de saúde da região (“Mapa da Saúde”¹³).

Em relação ao IDSUS, ele é um indicador síntese que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde - SUS quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica e das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências.

Essa aferição é realizada, a partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores, segundo um método de cálculo que descreve como mensurá-los. Esses indicadores estão divididos em 03 (três) tipos: Indicadores Universais; Indicadores Específicos; e Indicadores Complementares.

Os “Indicadores Universais” são referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. O IDSUS, os Indicadores do “Pacto em Defesa pela Vida” e do “Pacto de Gestão do SUS” e as políticas prioritárias são os critérios orientadores para a definição desses indicadores.

Os “Indicadores Específicos” são utilizados para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas.

Por último, os “Indicadores Complementares” são usados como referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões de saúde, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde.

¹² Considera-se região de saúde, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

¹³ Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

É importante destacar que cada ente federativo poderá, por meio do consenso na CIT, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

Quanto às formas de avaliação das metas, elas são definidas em função do método de cálculo dos seus indicadores e são identificadas na ficha de qualificação dos indicadores/metras, conforme exemplo abaixo:

- . Meta regional: redução da mortalidade infantil em x%;
- . Indicador: número de óbitos em crianças menores que 5 (cinco) anos/ população total x 1000 (mil); e
- . Formas de avaliação: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

Finalizando, é importante salientar que toda meta deverá conter o seu prazo de execução que será pactuado entre os entes federativos. No início de cada ano, as regiões de saúde por meio das Comissões Intergestores Regionais – CIR's devem avaliar e repactuar as metas com o objetivo de firmar termo aditivo do contrato, sempre de acordo com os planos de saúde e as decisões das CIR's.

2.2 Atenção básica e a Estratégia Saúde-Família (ESF)

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde – APS ou Atenção Básica - AB nesse processo.

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde.

Neste sentido, é interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo AB para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e

atenção primitiva à saúde (TESTA, 1992). Dessa forma, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico.

A AB se caracteriza por um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Além disso, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, a respeito das quais assumem responsabilidade.

Em suma, a AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de riscos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

No Brasil, estudos demonstram o impacto positivo da expansão da AB, baseada, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família - ESF (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Sob este contexto, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB regulamentada pela Portaria n.648, de 28 de março de 2006 (MS, 2006), estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB.

A ESF apresenta especificidades, como delimitação de território e abrangência, adstrição de população, ênfase no trabalho multidisciplinar, organização da demanda e enfoque familiar da assistência.

Nesse contexto, uma equipe de profissionais é formada para conhecer as famílias de sua área de atuação, visando identificar suas limitações e situações de risco, abrindo a possibilidade para elaboração de intervenções direcionadas. Registre-se, ainda, que a constituição dessa equipe multiprofissional amplia a atuação sobre os determinantes do processo saúde-doença no seu território de atuação.

De acordo com Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, a ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da

família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS's. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS's deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS's por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Por outro lado, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.

Segundo a PNAB/2011 (MS, 2011), as atribuições comuns dos profissionais da ESF são as seguintes:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da

demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV. Participar das atividades de educação permanente;

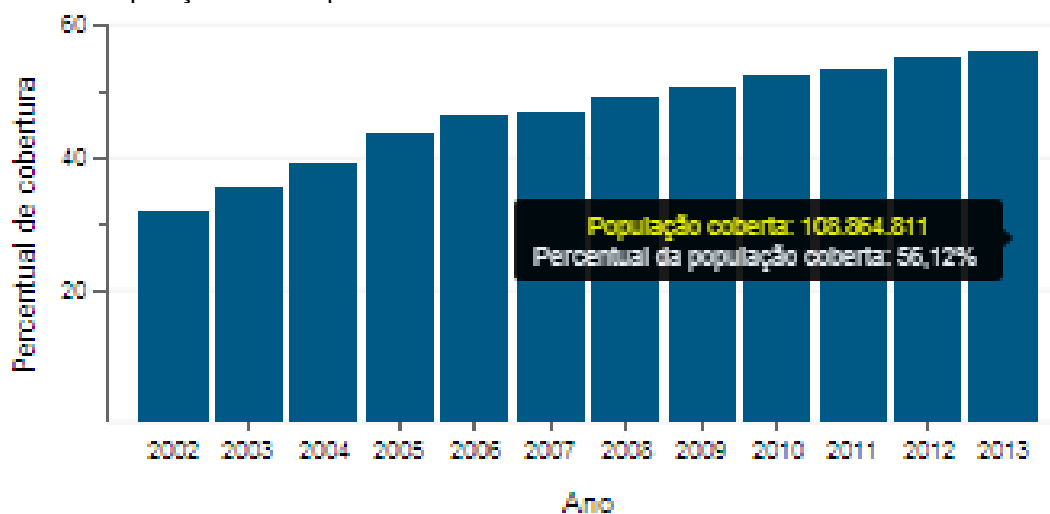
XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Para mostrar a importância da ESF, dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE mostram que em novembro de 2013 a população coberta foi da ordem de 108.864.811, equivalente a 56,12% da total brasileira. Em 2002, a ESF atingiu 55.034.133 de pessoas, ou seja, 31,93% da população coberta à época. Praticamente, nesse período entre 2002 e 2013, a cobertura, dobrou, conforme mostra o gráfico 5 abaixo.

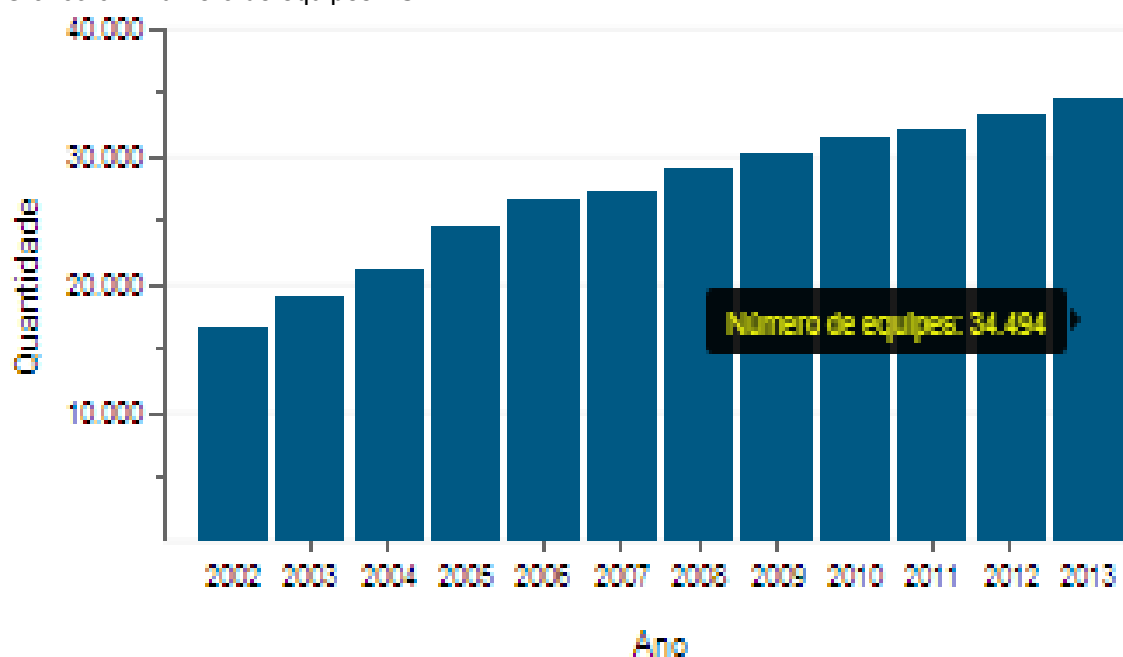
Gráfico 5 – População coberta pela ESF



Fonte: DAB/SAS/MS

Essa cobertura foi feita, através 34.494 equipes, existentes à época, número este que dobrou em relação àquele observado em 2002 (16.734 equipes). O gráfico 6 a seguir mostra essa evolução dessas equipes.

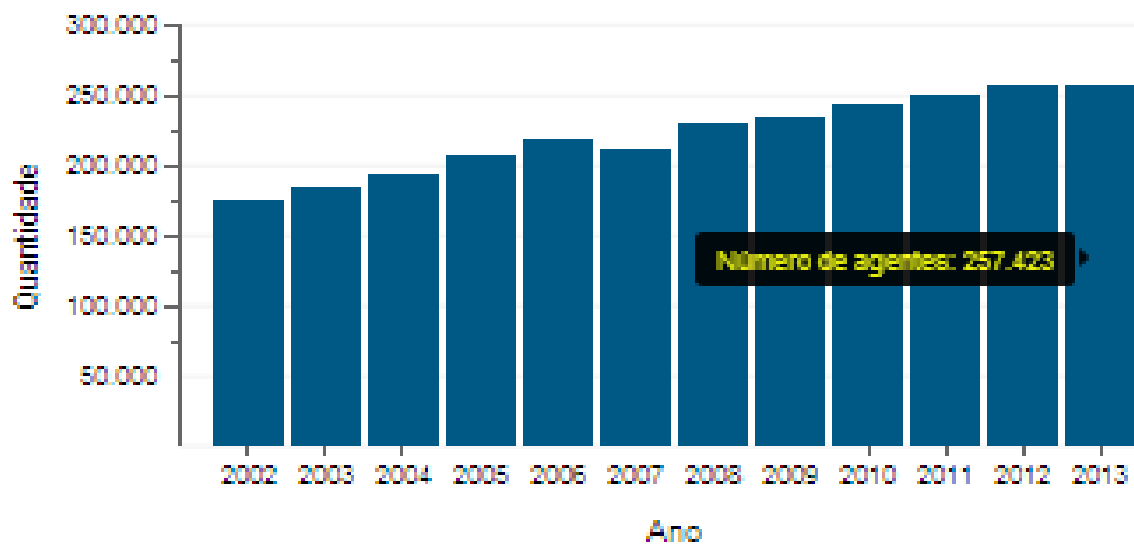
Gráfico 6 – Número de equipes ESF



Fonte: DAB/SAS/MS

Por sua vez, essas 34.494 equipes atenderam 5.327 municípios, segundo dados da SAGE e, contou, ainda, com 257.423 agentes comunitários de saúde, conforme mostra gráfico 7 abaixo.

Gráfico 7 – Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)



Fonte: DAB/SAS/MS

Em função dos números apresentados, acreditamos que a PNAB/2011, tenha contribuído para o aumento dessa cobertura populacional ao revisar as diretrizes e normas para a organização da AB e das equipes da ESF. Além disso, cabe ressaltar que a PNAB/2011 incorpora novos critérios relativos a outras formas de organização de AB existentes nos municípios, em que outros tipos de equipes multiprofissionais foram criadas para atender às necessidades de grupos populacionais em situações específicas. Dentre elas, chama atenção a que diz respeito à vinculação das Equipes de Consultório na Rua - ECRs à AB.

É importante destacar que este tipo de atenção à saúde da população de rua preconizado pela Coordenação de Saúde Mental do MS, focava apenas dependência química e o consumo de álcool e drogas. Contudo, havia demandas deste tipo de população que exigiam dinâmicas específicas e estruturação diferenciada da rede de atenção à saúde.

Assim, deste processo surgiu a proposta das ECRs vinculando suas equipes a uma Unidade Básica de Saúde – UBS que passaram atuar de forma itinerante, sendo exigida de seus profissionais uma formação específica e adequada para garantir um atendimento com qualidade.

Finalizando, julgamos que a AB como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da ESF, ao ampliar o acesso das populações aos serviços de saúde, disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados, para que se alcance uma saúde de qualidade para a população brasileira.

2.3 Desdobramentos da reforma do aparelho do Estado brasileiro: As Organizações Sociais e a reforma administrativa do sistema de saúde

O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a adotar o receituário neoliberal ditado pelos países desenvolvidos e agências internacionais de financiamento e fomento do desenvolvimento. Esse atraso

pode ser considerado pela efervescência política da década de 80, onde as forças democráticas e populares disputavam projetos próprios para os rumos do país, com razoável inserção social. Na década de 90, as propostas de desregulamentação econômica e redução do estado se viabilizam, por fatores que vão desde as pressões geradas a partir da globalização da economia até uma dada conjuntura política interna que altera a correlação de forças e coloca no centro do poder, grupos favoráveis e até mesmo subservientes ao capital internacional.

Privatizações, endividamento público e um novo contexto da economia internacional proporcionaram os principais argumentos para que o debate sobre a Reforma do Estado ganhasse consistência no Brasil no início da década de 1990.

Paralelamente, embora não apresentasse nada de novo, a (in)eficácia da burocracia brasileira foi apresentada como mais um argumento para que as reformas se efetivassem. Aspectos sobre o gigantismo do aparato estatal também ganhava força em um momento em que a própria qualidade dos serviços prestados era colocada em discussão.

Globalização, reformas, competitividade, a busca da excelência eram os temas que norteavam as ações governamentais, no início da última década do século XX no Brasil, a partir do Governo Fernando Collor de Melo. Esta nova perspectiva concretizou-se, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, na Reforma Gerencial do Estado, coordenada pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira a partir de 1995, considerado o primeiro estágio da Reforma do Estado no Brasil.

Havia, portanto, um clima propício para que se estabelecesse um debate não somente ligado aos aspectos relacionados aos serviços prestados pelo Estado, como também se apresentava a necessidade imediata de uma abertura econômica sem precedentes, para que o setor privado nacional igualmente pressionado pela concorrência internacional desenvolvesse produtos de qualidade e competitivos em escala mundial.

Na prática, havia uma grande expectativa em função dessa reconfiguração do espaço público brasileiro devido à tradição intervencionista do Executivo brasileiro. Afinal, desde década de 1930, convivíamos com uma

forte cultura estatal em que todos os programas desenvolvimentistas tinham a chancela do Estado.

A descentralização, reforçada com a criação do SUS e o redirecionamento de um modelo centralizado no Estado, para outro, com foco no mercado, alterava substancialmente as relações de poder e os padrões de interação entre o público e o privado no Brasil. A idéia central, portanto, era alterar o sistema de gestão governamental na busca de uma eficácia gerencial para o setor público brasileiro.

O discurso que envolvia a gestão pela qualidade total, - bastante em voga nas empresas privadas no mundo capitalista na década anterior, a partir de modelos de administração participativa criados principalmente no Japão -, ganhava espaço no setor público brasileiro. Igualmente, iniciativas na busca de um novo perfil, dinâmico, ágil, flexível e eficaz para o Estado formavam a base para que uma cultura burocrática cedesse espaço para uma cultura gerencial, pautada pelos modelos de gestão do setor privado da economia.

Entretanto, ainda em função da crise do Estado no Brasil, a questão central colocada era a inviabilidade de proceder às reformas estruturais por falta de credibilidade e, por conseguinte, de comprometimento da sociedade com o conjunto de mudanças a serem implementadas.

Assim, diante dessa necessidade de rediscutir o papel e as formas de funcionamento do Estado, inicia-se um debate acerca das reformas no cenário internacional. Os desafios de implementar novos programas voltados para o aumento da eficiência e melhoria da qualidade dos serviços públicos pareciam ser a tendência dominante, a partir, das experiências de outros países, especialmente, a americana e a inglesa.

Segundo Abrúcio (1996), uma série de movimentos e conceitos ocorreu com as reformas no setor público dos Estados Unidos e da Grã-Bretanha, que, inicialmente, enfatizavam os programas de redução de custos. Um deles denominado de “Gerencialismo Puro” tinha como objetivo básico a preocupação com a eficiência, economia e produtividade, pretendendo, assim, sensibilizar os contribuintes de impostos.

O movimento do “*New Public Management*” surgiu em seguida e incorporava a ideia da efetividade e da busca da melhoria da qualidade dos serviços, na perspectiva dos clientes/usuários destes serviços. Esse modelo

evoluiu para a visão do “*Public Service Oriented*”, baseado na noção de equidade, resgatando o conceito de esfera pública e ampliando o dever social na prestação de contas (*accountability*).

Quanto à reforma no setor público norte-americano, ela começou a ganhar espaço na bibliografia internacional, a partir do lançamento do livro de David Osborne e Ted Gaebler: “Reinventando o Governo” (1994). Nele, os autores exploram a idéia do governo empreendedor, inspirados na formulação original do economista francês Jean Baptiste Say que o empreendedor é aquele que transfere recursos de setores menos produtivos para setores mais produtivos.

A proposta era de desenvolver um Estado com capacidade criativa e inovadora para enfrentar as limitações impostas pela forte cultura burocrática dominante. Este novo modelo, denominado governo empresarial/empreendedor, se fundamentava num conjunto de dez princípios (ex.: “Governo Competitivo”) voltados para a viabilização de um novo paradigma para a administração pública. Mais tarde, Osborne se tornou um importante assessor do vice-presidente AlGor e na condução da reestruturação da administração pública norte-americana que tinha entre outros objetivos, a melhoria da qualidade e a racionalização dos gastos.

Em relação à administração pública inglesa, a sua marca registrada consistia na nítida separação entre administração e política que tinha como objetivo garantir a neutralidade e proteção contra as alternâncias de poder. Esta separação garantia, em tese, duas impossibilidades: de funcionários participarem da vida política e de políticos tirarem proveito dos cargos administrativos, com exceção dos cargos diplomáticos, alta direção e direção de estatais. Além disso, a progressão funcional dentro da carreira decorria, fundamentalmente, do tempo de serviço e de processos sistemáticos de avaliação, realizados pelos superiores hierárquicos.

A base que fundamentou esse processo de renovação da administração pública inglesa foi o relatório “Fulton”¹⁴ elaborado em 1968, sobre o qual, William Plowden (PLOWDEN,1984) destaca o ataque ao culto do funcionário

¹⁴ O governo inglês estabeleceu uma Comissão para examinar o serviço público, sendo a mesma presidida por John Fulton. O relatório de trabalho por ele desenvolvido ficou conhecido como relatório “Fulton”.

generalista em que o administrador é capaz de cobrir todas as áreas, mas cuja capacidade era mais política do que técnica, além de não ter interesse na gerência, constituindo-se em um importante fator pelo fraco desempenho do governo central e, conseqüentemente, do país.

Neste relatório, ainda, havia uma recomendação organizacional básica que consistia na criação de um novo Departamento de Serviço Civil, retirando do Tesouro a responsabilidade de administrar o serviço civil. Esta medida simbolizava a nova importância dada a esse Departamento e sinalizava um novo estilo de administração. Dentre outras recomendações propostas no relatório “Fulton”, constava a criação de uma nova Escola Superior de Administração Civil, completa e independente.

Cumprе ressaltar ainda que, no final dos anos 60 e início dos anos 70, o serviço público inglês foi também marcado por significativas reestruturações, baseadas nos princípios de eficiência (criação de unidades maiores, capazes de desenvolver e manter aperfeiçoadas as estruturas gerenciais), de abrangência (a ordenação da miscelânea confusa e desnorteante de jurisdições divididas e superpostas que haviam crescido no decorrer dos anos) e de autonomia municipal (criando maiores e mais eficientes unidades locais e reduzindo, com isso, a intervenção central).

Entretanto, é no período Thatcher que ocorre a mais profunda reforma da administração inglesa, num contexto caracterizado pelo alto custo da máquina pública e pela baixa eficiência na qualidade dos serviços prestados.

2.4 Um breve histórico das reformas do setor público brasileiro e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado brasileiro

Inicialmente, a reforma do setor público brasileiro, ocorrida durante o governo de Getúlio Vargas, foi marcada pela introdução dos princípios da administração pública burocrática e a formação de um corpo burocrático profissional cujo marco foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP em 1938, numa tentativa de superar a administração

patrimonialista vigente à época, mas cujos traços podemos perceber ainda hoje sob a forma de clientelismo.

A criação do órgão, além de ter sido a primeira reforma administrativa brasileira, significou também a “afirmação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica” na opinião de Bresser Pereira (1996, p. 273).

A partir da percepção de que a rigidez do modelo burocrático havia se convertido de solução para problema, surge, então, a segunda reforma, cujo marco é o Decreto-Lei nº 200 de 1967 (BRASIL, 1967) que foi levada a cabo durante o regime militar, ao dotar a administração pública de suas primeiras características gerenciais, principalmente pela introdução de conceitos como o planejamento, o orçamento, a descentralização e o controle dos resultados, além de distinguir a administração direta da indireta cujas atividades correspondiam àquelas desenvolvidas pelas autarquias, fundações (criadas pelo poder público), empresas públicas e de economia mistas.

Apesar dos avanços obtidos, Bresser Pereira (1996) afirma que houve um retrocesso na administração pública com o retorno ao regime democrático em 1985, com a adoção de “práticas populistas” pelos partidos vitoriosos, e principalmente com a Constituição de 1988, reforçou os aspectos: centralizador, hierárquico e rígido presentes no modelo burocrático, além de priorizar a administração direta em detrimento da indireta. Nas palavras de Bresser Pereira (1996), a Constituição de 1988 consagrou “os princípios de uma administração pública arcaica, burocrática ao extremo... [e] ignorou completamente as novas orientações da administração pública” (BRESSER PEREIRA, 1996, p.274). Ainda, segundo Bresser, este recuo deveu-se principalmente pela percepção, por parte dos partidos vitoriosos na redemocratização, de que a crise do Estado era decorrente do processo de descentralização implantado.

Assim, foi retomado o controle central pela administração direta e a autonomia das empresas estatais foi reduzida com a implantação de controles burocráticos. Porém, a insistência na manutenção da política nacional-desenvolvimentista no início da década, quando o modelo já havia mostrado sinais de esgotamento, foi uma das principais causas da crise do Estado.

Para Azevedo e Andrade (1997) as políticas de *Welfare State* teriam levado os Estados ao colapso, devido ao excesso de demandas e tendo como conseqüência o crescimento geométrico dos gastos sociais, incompatíveis com a arrecadação.

Com isso, os problemas internos agravados pela crise nos países desenvolvidos, acabaram por estancar o fluxo de capital, vital para o modelo de intervenção estatal até então vigente no Brasil, provocando a estagnação da economia local.

Para Bresser Pereira (1998), dentre as principais causas que levaram à reforma do Estado, destacam-se:

- . “o esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações das décadas de 70 e início da de 80;
- . a crise da dívida externa decorrente dos empréstimos contraídos para promover tal desenvolvimento;
- . a crise do modelo burocrático de administração, permeado por práticas patrimonialistas e clientelistas;
- . a crise fiscal decorrente, não somente do endividamento externo, mas também da incapacidade do governo de gerar poupança interna e, com isso, realizar os investimentos públicos; e
- . a crise política” (BRESSER PEREIRA, 1998, p.239).

Eli Diniz (DINIZ, 1997) sintetiza essa situação da seguinte forma:

[...] observou-se, portanto, o esgotamento simultâneo de um dado modelo de desenvolvimento econômico, de seus parâmetros ideológicos e do tipo de intervenção estatal responsável por sua implementação, dentro de um quadro mais geral de reestruturação da ordem política” (DINIZ, 1997, p.21).

Assim, a superposição dos problemas internos com a crise externa acabou por abalar o modelo nacional-desenvolvimentista, situação que se tornou ainda mais complexa devido à derrocada do regime militar e a redemocratização do país, trazendo a necessidade de um novo tipo de Estado.

Na prática, verifica-se, a partir de 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso o estabelecimento de uma terceira tentativa de reforma da administração pública brasileira cuja estratégia priorizava um processo mais abrangente de reforma do Estado. A sinalização evidente desta prioridade foi

dada quando a então Secretaria da Administração Federal - SAF foi transformada em um novo ministério denominado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, que, além das funções tradicionais de gestão da função pública, assumiu o papel de coordenador do processo de reforma do aparelho do Estado.

Além do novo ministério, foram instaladas a Câmara da Reforma do Estado, - instância interministerial e deliberativa sobre planos e projetos de implementação da reforma, - e um Conselho da Reforma do Estado, integrado por representantes da sociedade civil, com atribuições de assessorar a Câmara nesta matéria.

Como resultado dessa estratégia, observa-se, ainda, no primeiro semestre de 1995, a elaboração de uma versão preliminar do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado brasileiro.

Entende-se por aparelho do Estado (MARE, 1995) a administração pública representada por sua estrutura organizacional por seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e no seus três níveis (União, Estados membros e Municípios). Por outro lado, o Estado, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal que regula a população nos limites de um território.

Estes conceitos permitiram distinguir a reforma do Estado do aparelho do Estado. A reforma do Estado como um projeto amplo dizia respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado tinha um escopo mais restrito. Estava orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania (BRASIL, 1998).

Assim, a reforma do aparelho do Estado tornou-se imperativa, não apenas por ela se constituir em uma resposta à crise generalizada do Estado, mas também porque se caracterizava como uma forma de defender o Estado, enquanto *res publica*, ou seja, coisa pública, ou ainda patrimônio que, sendo público, seria de todos e para todos.

A defesa da coisa pública nas democracias modernas ocorreria em dois níveis distintos: o nível político e o administrativo. No nível político, teríamos as instituições fundamentais da democracia, através das quais defenderiam não

apenas os direitos individuais e sociais dos cidadãos, mas também os “direitos públicos” à participação igualitária na coisa pública.

As eleições livres e a liberdade de pensamento e de imprensa seriam formas de defender o cidadão e a coisa pública. No nível administrativo, encontraríamos a administração pública burocrática, surgida no século passado conjuntamente com o Estado Liberal, exatamente como uma forma de defender a coisa pública contra o patrimonialismo.

Na medida, porém, que o Estado brasileiro viesse a assumir a responsabilidade pela defesa dos direitos sociais, percebeu-se que os custos dessa defesa poderiam ser mais altos que os benefícios do controle. Por isso, neste século as práticas burocráticas vinham sendo substituídas por um novo tipo de administração: a administração gerencial.

Observa-se, assim, que o governo procurava justificar a implementação desse modelo de administração gerencial que se tornara uma realidade em vários países desenvolvidos cujos fundamentos postos em prática, ajudariam a promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços oferecidos pelo setor público brasileiro.

Esse novo modelo de administração gerencial se baseava em uma das três dimensões em que fundamentava o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado brasileiro (MARE, 1995), ou seja, aquela voltada para a gestão. As outras duas dimensões definidas nesse Plano Diretor são as seguintes:

- a) institucional-legal: voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como as Agências Executivas regulatórias e as Organizações Sociais (OS's);
- b) cultural, de mudança de mentalidade: visando passar da desconfiança generalizada que caracteriza a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial.
- c) Além disso, esse novo modelo buscava uma maior autonomia e procurava implantar três novas formas de responsabilização dos gestores – a administração por resultados, a competição administrada por excelência e o controle social – em substituição

parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática.

Por outro lado, para enfrentar os principais problemas que representavam obstáculos à implementação de um aparelho do Estado moderno e eficiente, tornava-se necessário definir um modelo conceitual que distinguísse os segmentos fundamentais característicos da ação do Estado. Assim, no mencionado Plano Diretor foram definidos quatro níveis de serviços:

.*Núcleo Estratégico*: Corresponderia ao governo, no seu sentido amplo. Seria o setor que definiria as leis e as políticas públicas, e cobraria o seu cumprimento, além de ser o setor onde as decisões estratégicas seriam tomadas. Representaria os poderes: Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

.*Atividades Exclusivas*: Seria o setor responsável pela prestação de serviços em que só o Estado poderia realizar. São serviços em que se exerce o poder do Estado: o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplo, temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, os serviços de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, os subsídios à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc.

.*Serviços não Exclusivos*: Corresponderia aos setores onde o Estado atuaria, simultaneamente, com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuiriam o poder de Estado. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.

.*Produção de Bens e Serviços para o Mercado*: Corresponderia à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro, mas que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de

infraestrutura, que por falta de capital do setor privado para realizar o investimento, tornava-se necessário privatizá-lo ou submetê-lo a uma regulamentação rígida.

Uma distinção importante entre estes níveis de serviços está relacionada às formas de propriedade. Ainda que se considerem as duas formas, - a propriedade estatal e a propriedade privada, - existiria no capitalismo contemporâneo, uma terceira forma, intermediária, extremamente relevante: a propriedade pública não-estatal, constituída por organizações sem fins lucrativos. Essas organizações, denominadas Organizações Sociais - OS's não seriam propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estariam voltadas para os serviços de interesse público.

2.4.1 As Organizações Sociais - OS's

As OS's, criadas pela Lei 9.637/98 (BRASIL, 1998), constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se no marco legal vigente, sob a forma de associações civis sem fins lucrativos, como pessoas jurídicas de direito privado, qualificadas mediante decreto específico.

As OS's têm como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado.

No âmbito federal, as duas primeiras experiências deste modelo ocorreram na Associação de Comunicação Educativa Roquete Pinto, sediada no Rio de Janeiro, que absorveu as funções da antiga Fundação Roquete Pinto, estatal responsável pela ampla rede nacional de rádio e televisão; e a Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncroton - ABTLuS, sediada em Campinas/SP que assumiu as atividades do Laboratório Nacional de Luz Síncroton, uma instituição de pesquisa.

O pressuposto, segundo o governo, para a implementação das OS's é de que esses serviços seriam mais eficientes se fossem realizados pelo setor público não-estatal, com financiamento do Estado.

Com isto, observa-se que as OS's passam a ter autonomia financeira, respeitadas as condições previstas em lei específica, além de poderem ter outras fontes de recursos provenientes da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc.

Afora isso, as entidades qualificadas como OS, gozam também de autonomia administrativa, apesar do governo participar de sua representatividade junto ao conselho de administração cujos membros, preferencialmente, sejam recrutados no nível da comunidade, onde ela venham realizar seus serviços.

É importante também destacar que as atividades das OS's podem ser executadas por organizações estatais (o que requer a extinção da organização estatal correspondente) ou por entidades que já atuavam no âmbito da sociedade civil. Em ambos os casos é necessário que o estatuto da entidade a ser qualificada obedeça aos requisitos da legislação, a saber: finalidade não lucrativa; existência de um conselho de administração como órgão de deliberação máxima formado com representantes do Estado, da sociedade civil e da própria entidade; e aplicação de eventuais excedentes financeiros exclusivamente nas suas finalidades.

A qualificação da OS, conforme citamos anteriormente, se dá mediante a assinatura do contrato de gestão¹⁵ que segundo Meirelles (2001) é:

o instrumento jurídico básico dessa forma de parceria entre o setor público e o privado. Embora a lei denomine este instrumento de contrato, na verdade trata-se de um acordo operacional entre a Administração e a entidade privada (MEIRELLES, 2001, p.366).

De acordo com a Lei 9.637/98, na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

¹⁵ O art. 5º da Lei 9.637/98 define o contrato de gestão como “o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas [...]”

- . especificação do programa de trabalho proposto pela OS, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;
- . a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das OS's, no exercício de suas funções.

Cumprir registrar, ainda, que a OS será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada, tendo que apresentar ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão deverão ser analisados, periodicamente, pela comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da OS, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão. A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da OS, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão. A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da OS, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Além do contrato de gestão, a reforma do aparelho do Estado brasileiro se apoia na estratégia de “publicização”, definida para transformar os serviços não-exclusivos do Estado em OS's.

O termo “publicização” está etimologicamente relacionado àquilo que é de domínio público, quer seja algo concreto (um bem, serviço), quer seja intangível (informação, imagem). Originalmente, esse termo era utilizado na

Grécia antiga para denominar a dimensão da vida social que era de domínio público, dada a conhecer pelo conjunto dos cidadãos.

Existem formas distintas nas quais o conceito de “publicização” aparece relacionado ao Estado. Para Harvey (1992), a “publicização” é um processo segundo o qual o Estado (local) volta a prestar diretamente serviços que tenham sido anteriormente terceirizados. Bresser Pereira (1998) utiliza esse termo para denominar a transferência de atividades não exclusivas de Estado para o terceiro setor, estabelecendo também uma conexão com a sociedade civil. Já Cunill Grau (1997) utiliza uma derivação do termo, “publificação” para designar o imperativo de tornar o Estado público, livre da captura por interesses privados predatórios, impedindo-o de se auto referenciar, abrindo-o à participação da sociedade e dotando-o de um maior grau de transparência e responsabilização por resultados.

Sintetizando, observa-se que a estratégia da reforma do Estado se apóia na publicização dos serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, na sua absorção por um setor público não-estatal, que uma vez fomentado pelo Estado, assumiria a forma de OS's, com o objetivo de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, em prol de um melhor atendimento ao cidadão-cliente.

2.4.2. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde brasileiro

A Constituição Brasileira de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Assim, o SUS tornou-se, assim, o sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro.

Visando garantir esses serviços, o governo avaliou que este sistema necessitava de mudanças que permitissem conferir maior grau de resolubilidade, de integralidade das ações e de qualidade, além de solucionar os graves problemas de financiamento que esse verificavam à época, promovendo o uso mais racional dos recursos disponíveis, evitando-se, com isso, as fraudes.

Assim, em outubro de 1995, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, apresentou a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, no Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento - CLAD.

Os objetivos dessa proposta passam pela garantia de um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema, com menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, além de visar à racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários.

Para alcançar esses objetivos, a reforma optou pela implementação de três estratégias (MARE, 1998 p.10), a saber:

- 1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- 2) montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; o primeiro sistema será dotado de resolubilidade para os problemas mais comuns de saúde, integralidade das ações básicas de saúde (promoção prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação de 90% a 95% destes problemas mais comuns), continuidade do cuidado de saúde dos indivíduos e das famílias, evitando a fragmentação e a superposição das ações básicas, além do compromisso com a qualidade do atendimento; a este subsistema compete, também, o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais; esta rede ambulatorial especializada e os hospitais constituem o segundo subsistema denominado “Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”; e
- 3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar

despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados.

Além disso, essa proposta da reforma continha sete pressupostos (MARE, 1998, p.11). Primeiro, pressupõe que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados. Segundo, que a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, tornando-o duplamente efetivo. Terceiro, a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas mais simples em nível do indivíduo e da família e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismo de competição administrada altamente saudáveis, envolvendo os Entrada e Controle entre si (competição pela qualidade, resolubilidade, efetividade, integralidade e continuidade) e entre ambulatórios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução de custos e desempenho entre outros). Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais diretamente controlados pelo poder público evitará uma grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias. Quinto, que a partir da efetiva responsabilização dos Prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal será mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual. Sexto, que a participação e o controle social em nível municipal passam a ser mais efetivos na medida que asseguram o acesso direto dos usuários ao sistema de controle. Sétimo, que esse controle é fortalecido pela montagem dos Conselhos Municipais de Saúde.

Na prática, essa proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, em parte reproduzia a experiência de outros países. Conforme observam Dilulio et al (1994), a maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos estão baseadas na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado que promova a competição entre os prestadores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Além disso, verifica-se que com essa descentralização haveria uma desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde, ao optar pela transferência dos mesmos para os municípios.

Outro ponto a ressaltar nessa proposta de reforma é que ela não se concentra mais na oferta de serviços, como por exemplo na construção de novos hospitais públicos, mas sim em substanciais investimentos estatais em postos ou unidades de saúde. Segundo Cordeiro (1991), no regime autoritário toda a ênfase foi dada à oferta de serviços de saúde. No entanto, desde meados dos anos oitenta as pressões por demanda de serviços passaram a ser dominantes, principalmente, nos municípios mais pobres.

Assim, apesar de não constar dessa proposta, a idéia era que os hospitais estatais pudessem, em princípio, ser transformados em OS's, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Na prática, o que se observa na atualidade, é um desdobramento dessa figura da OS em "Fundação Estatal", igualmente, de direito privado cuja proposta o governo vem tentando aprovar junto ao Congresso Nacional.

Com relação à proposta de um novo modelo Sistema de Atendimento de Saúde, verifica-se que o governo optou pela separação dos hospitais estatais - que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Entrada e Controle desse mesmo município, cabendo a este último a tarefa de credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais que, embora, tivessem em condições de igualdade, competiriam, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não-estatais ou mesmo com os hospitais privados.

Para Rizzotto (2000), esta clara separação tem outra conotação, ou seja, implicaria em uma diferenciação na atribuição do Estado, o qual concentraria sua atenção na organização e funcionamento do Subsistema de Entrada e Controle, através de cuidados básicos de saúde ao indivíduo e à família, com encaminhamento dos pacientes cujos problemas não forem resolvidos neste nível para serem atendidos no Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar.

Finalizando, observa-se que tanto a Reforma do Aparelho do Estado brasileiro quanto à Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, na realidade, foram fortemente influenciadas pelos problemas, especialmente, de ordem econômica e fiscal que se abateram, a época, no Brasil, pressionando de sobremaneira o Estado brasileiro, a realizar mudanças no âmbito de sua administração pública e na área da saúde. Dessa forma, ao optar pela criação das OS's, o Estado, conforme se observa hoje em dia, vem se afastando cada vez mais da realização direta de determinados serviços, considerados como não exclusivos, especialmente na área da saúde junto aos municípios.

2.5 As Políticas Públicas sobre o álcool

Inicialmente, é importante salientar que não existe uma única definição sobre o que seja política pública (MEAD, 1995; PETERS, 1986; LUCESSE, 2004). Entretanto, para fins de referência, considerando aos objetivos deste estudo, adotaremos a definição dada por Gobert & Muller (1987) em que política pública é o “Estado em ação”, ou seja, é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade.

A política pública, como área de conhecimento e disciplina acadêmica, segundo Souza (2006), nasce nos EUA, rompendo as etapas seguidas pela tradição européia de estudos e pesquisas nessa área e que se concentravam, até então, mais na análise sobre o Estado e de suas instituições do que na produção dos governos.

Nos EUA, ela surge no mundo acadêmico, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, enfatizando, diretamente, os estudos relacionados às ações dos governos. Ainda, segundo Souza (2006), na área de governo, propriamente dito, a introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização

da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências, sendo que Robert McNamara foi o seu precursor no governo dos EUA,

Quanto aos modelos de formulação de política pública, assim como o seu conceito, possui, igualmente, diferentes tipologias. A mais conhecida refere-se ao modelo de Lowi (1972), em que a política pública pode assumir quatro formatos. O primeiro é o das políticas distributivas, decisões tomadas pelo governo, que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento de todos. O segundo é o das políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. O terceiro é o das políticas redistributivas que atinge maior número de pessoas, impondo perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos no futuro para outros. Em geral, elas tratam sobre políticas sociais universais, sistema tributário, sistema previdenciário e são as mais difíceis de serem encaminhadas. O quarto é o das políticas constitutivas que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas geram pontos ou grupos de vetos e de apoios diversificados e, conseqüentemente, são processadas no âmbito do sistema político também de forma diferente.

Outro aspecto a ressaltar no tocante às políticas públicas diz respeito à sua análise. Frey (2000) sugere que ela seja feita em cinco fases: “(1) percepção e definição de problemas, (2) *agenda setting*, (3) elaboração de programas e decisão, (4) implementação de políticas e, finalmente, (5) a avaliação de políticas e as correções que se fizerem necessárias” (FREY 2000, p.226).

Para Luchesse (2004), as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados e, dessa forma, o acompanhamento dos processos pelos quais ela é implementada e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente, devem ser permanentes.

No Brasil, de acordo com Gelinski & Seibel (2008), observa-se que os avanços nos estudos nessa área de políticas públicas já podem ser considerados significativos, em função do número de livros publicados, *papers* ou artigos disponíveis, a ponto que já é possível dispor de levantamentos sobre o “estado da arte” das políticas públicas do mesmo modo que as tradicionais

surveys, possibilitando uma visão ampla na discussão sobre o tema (REIS, 2003; SOUZA, 2006; 2007; FARIA, 2003; MELO, 1999).

No campo da saúde, as políticas públicas integram o campo de ação social do Estado e, de uma forma geral, visam a melhoria das condições de saúde da população. No Brasil, as políticas públicas de saúde, seguem os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 que determina que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado. Especificamente no tocante à questão do álcool, estaremos abordando 03 (três) políticas publicas, conforme se segue.

2.5.1 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais.

Esse movimento se insere no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época em favor de mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; em defesa da saúde coletiva; pela equidade na oferta dos serviços; e pelo protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, ocorreu o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país em que surge o “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM”, um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas,

É, sobretudo, este “Movimento” que passa a protagonizar e a denunciar a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras e revelam a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, a Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro.

Em decorrência desse “Movimento”, observam-se as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Em 1987, ocorre II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP) que adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Naquele mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, bem como se inicia um processo de intervenção, em 1989, junto ao hospital psiquiátrico: Casa de Saúde Anchieta em Santos (SP), local de maus-tratos e mortes de pacientes.

A repercussão nacional desse processo de intervenção possibilitou a construção de uma rede de cuidados efetiva em substituição ao hospital psiquiátrico. Como destaque, verifica-se no município de Santos a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS’s que funcionam 24 horas. Essa experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios

no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos: legislativo e normativo.

Com isto, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

A partir dessa situação, observa-se que a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Assim na década de 90, - marcado pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental -, entra em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundamentadas nas experiências dos primeiros CAPS's, NAPS's e Hospitais-Dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Portaria nº 224/92 (MS,1992), os CAPS's e os NASF's são considerados unidades de saúde locais / regionalizadas que contam com uma população adscrita, definida pelo nível local, e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial¹⁶ e a internação hospitalar (Hospital-Dia¹⁷; Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral em prontos-socorros¹⁸; Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral¹⁹; Hospital Especializado em Psiquiatria²⁰), em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.

¹⁶ Em unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

¹⁷ Um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral.

¹⁸ Este tipo de serviço tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

¹⁹ O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ter salas para trabalho de terapias em grupo, por exemplo. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio-terápicas.

Entretanto, se observa que o processo de expansão dos CAPS's e NAPS's foi descontínuado. Soma-se a essa situação, o fato de que as novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS's e NAPS's.

Posteriormente, somente no ano de 2001, após 12 (doze) anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado é sancionado, transformando-se na Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001 (MS, 2001).

A citada lei é considerada o marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil e ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental, - e, conseqüentemente, aos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas -, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade. Valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários. Configura redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes. E ajusta, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população.

Com a promulgação da Lei 10.216/01, verifica-se também a criação tanto de linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico quanto de novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Além disso, observa-se que a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste sentido, a Portaria GM nº 336/02 (MS, 2002) reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade dos CAPS's que têm a missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e

²⁰ Destinado ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS's podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPS i). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos pelo MS (2004) da seguinte forma:

- . Municípios até 20.000 habitantes: Rede básica com ações de saúde mental;
- . Municípios entre 20 a 70.000 habitantes: CAPS I e Rede básica com ações de saúde mental;
- . Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes – CAPS II, CAP Si, CAPS AD e Rede básica com ações de saúde mental; e
- . Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAP's II, CAP's III, CAPS AD, CAPS i, Rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Para esses diferentes tipos de CAPS's, verificam-se os seguintes tipos de atendimento (MS, 2004):

- CAPS I e CAPS II: atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III: atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS i: atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; e
- CAPS AD: atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esses tipos de CAPS's possuem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Todos os tipos de CAPS's devem obedecer à exigência de diversidade e quantidade de profissionais, conforme segue abaixo (MS, 2004):

1) CAPS I:

- 01 (um) médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental;
- 01 (um) enfermeiro;
- 03 (três) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

2) CAPS II:

- 01(um) médico psiquiatra;
- 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- 04 (quatro) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

3) CAPS III:

- 02 (dois) médicos psiquiatras;
- 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- 05 (cinco) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior; e
- 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4) CAPS i:

- 01(um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- 01 (um) enfermeiro;

- 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

5) CAP's AD:

- 01 (um) médico psiquiatra;
- 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- 01(um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os CAPS's, de acordo com o modelo de atenção à saúde mental do MS, são considerados dispositivos estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação da rede de atenção em saúde mental.

De acordo com a página institucional da Saúde Mental (Passo à Passo) do MS, a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais. Fazem parte desta rede, além dos próprios CAPS's, os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT's²¹, Programa de Volta para Casa – PVC²², leitos em hospitais gerais e ambulatórios, dentre outros dispositivos.

²¹ O MS define como casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e que perderam os

Por outro lado, reconhecendo que o consumo de álcool e drogas vem se constituindo em sério problema de saúde pública, nota-se a importância que o MS vem dando aos CAPS's AD, a ponto de criar, através da Portaria GM nº 2841/10 (MS, 2010), um novo tipo de CAPS AD: o CAPS AD III. Eles visam ampliar os cuidados existentes na rede SUS de atenção em álcool e outras drogas e dar maior resolutividade e retaguarda aos usuários.

Esses CAPS's AD III decorrem da implementação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas - PEAD, instituído pela Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009 (MS, 2009) cujo objetivo foi priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas nos 100 (cem) maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes) de todas as capitais, além demais 07 (sete) municípios da fronteira, selecionados. Uma das principais diretrizes deste "Plano" foi aprofundar as ações intersectoriais em parceria com outros agentes do governo e da sociedade.

De acordo com o MS, os CAPS AD III têm por finalidade oferecer atenção integral e contínua às pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas e funcionam durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana.

Além disso, os CAP's AD III oferecem leitos de acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana [podem ter no mínimo 08 (oito) e, no máximo, 12 (doze) leitos] para realizar intervenções em situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, para repouso e/ou observação.

A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, caso seja necessário prolongar-se para além do período médio de 02 (dois) a 05

vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAP's.

²² Criado pela Portaria nº 2077/GM de 31/10/03, destaca o MS, tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica [02(dois) anos ou mais de internação ininterruptos]. É parte integrante do PVC, o auxílio-reabilitação, um valor pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário.

(cinco) dias, fica limitada a 10 (dez) dias corridos ou 14 (quatorze) dias intercalados em um período de 30 dias.

Finalizando, nestas orientações do MS em relação à saúde mental, consoantes com a Lei 10.216/2002, vamos encontrar a Portaria GM 816/2002 que institui o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas”. Segundo MS (2002), este “Programa” tem como objetivo:

- I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;
- II - Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;
- III - Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais à saúde, representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- IV - Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;
- V - Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- VI - Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, locais.

Na prática, a implementação das “Portarias”: GM 336/2002; SAS 189/2002; e GM 816/2002, consoantes à aplicação da Lei 10.216/2002, segundo Souza & Kantorski (2007), embasam a elaboração da “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas” que tem as seguintes propostas (MS, 2003 p.27):

- 1) alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública;

- 2) Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;
- 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição; e
- 4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo à mesma condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.

Inclusive, em relação à essa proposta de redução de danos foi constituído um grupo de trabalho interministerial para estabelecer uma “Política” de atenção aos usuários de álcool, com o intuito de aperfeiçoar a legislação relativa ao consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas, em território nacional. Essa “Política”, intitulada “Política Nacional sobre o Álcool” veio a ser criada, através do Decreto nº6.117 de 22 de maio de 2007 (MS, 2007). Mas antes, em 2006, se verifica a implementação da “Política Nacional de Promoção da Saúde”.

2.5.2. Política Nacional de Promoção da Saúde

Na conhecida Carta de Ottawa (OTAWA, 1986), a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Ela também considera que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem

saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Sob esse contexto, observa-se que o conceito de saúde se amplia e torna-se um recurso fundamental para o desenvolvimento social, econômico e subjetivo, saindo do lugar de objetivo para o de recurso para a vida diária.

Cabe ressaltar que a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde cujo modelo de construção priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

A saúde, como uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Assim, a análise do processo saúde-doença evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo.

Por outro lado, tradicionalmente, verifica-se que os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver, - como sujeitos e coletividades – não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.

Ao contrário, está nos modos como esses sujeitos e coletividades elegem suas opções de viver, como organizam suas escolhas e como criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses cujo processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Assim, o MS considera que a promoção da saúde, além configurar-se pela potencialidade de suas estratégias na superação da cultura da medicalização predominante no imaginário da sociedade, encontra também

seu espaço na busca de mais qualidade vida para as pessoas, especialmente pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária brasileira, onde predominam as Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT's (ex. Hipertensão, Diabete,...) ao lado de das doenças ditas sociais (ex. Violência Doméstica, Trânsito,...).

Cumprido salientar, ainda, que no texto constitucional de 1988 o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde.

Assim, o setor saúde se vê diante do desafio de construir a intersectorialidade cujo processo de construção implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele se torne possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.

Nessa articulação intersectorial, o compromisso do setor saúde é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-doença é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas.

Neste sentido, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde ao apresentar a “Agenda de Compromisso pela Saúde” que agrega três eixos: O “Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)”, o “Pacto em Defesa da Vida” e o “Pacto de Gestão”. Destaca-se aqui o “Pacto em Defesa da Vida” que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição responsabilidades de cada um.

Entre as macro-prioridades definidas para o “Pacto em Defesa pela Vida” possui especial relevância: o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS visando o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em

saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; nos cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento; e no controle do uso abusivo de bebida alcoólica.

Na prática, o “Pacto em Defesa pela Vida“, além do “Pacto em Defesa do SUS” e do “Pacto de Gestão do SUS” se tornaram os alicerces da criação da “Política de Promoção da Saúde”, através da Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 (MS, 2006) cujo objetivo geral é : “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (MS, 2006, p. 19)

Para o biênio 2006-2007, dentre as diversas ações priorizadas e pactuadas com os gestores do SUS nos três níveis de gestão, encontramos aquela voltada para a “Redução da Morbi-Mortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas” sobre a qual foram acordados os seguintes pontos:

- . Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências;
- . Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool;
- . Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da “direção alcoolizada”;
- . Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;
- . Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e
- . Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Conforme se observa na pactuação dessa citada ação, o MS enfatiza a importância da estratégia de “Redução de Danos” em função do consumo de álcool, igualmente, destacada na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nos “Pactos de Saúde”, que se seguem até o biênio 2010-2011, conforme consta do sitio do DATASUS²³, o que se vê são pactuações que, de uma forma geral, primam pela melhoria das taxas de cobertura dos CAPS’s.

Por último, com a implantação do “Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP”, o “Pacto pela Saúde” foi descontinuado em 2011, e as diretrizes nacionais e respectivos indicadores (específicos e complementares) para 2012 foram fixadas através da Resolução CIT n ° 04 de Junho de 2012 (MS, 2012).

Dentre essas diretrizes (Diretriz 4, Anexo IV), aquela que mais se aproxima do nosso objeto de estudo é que trata sobre o “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas”. A seguir, apresentamos a tabela 19 que mostra as metas e respectivos indicadores da mencionada diretriz nacional.

Tabela 21 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas

N	Metas	Indicador	Área
INDICADORES ESPECÍFICOS			
4.1	x% Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	SAS
INDICADORES COMPLEMENTARES			
4.1	x% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.	Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.	SAS
4.2	X% Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	SAS
4.3	X unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas.	Implantação de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil.	SAS
4.4	Incluir no PVC x % dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta	Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa” (PVC)	SAS
4.5	Redução de x % das internações em hospitais psiquiátricos	Número de internações em Hospital Psiquiátrico	SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

²³ www.datasus.gov.br / Cadernos pelo Pacto da Saúde / Brasil

Para melhor visão desses indicadores (Específicos e Complementares) segue abaixo os quadros: 1, 2, 3, 4, 5 e 6 com as definições dos parâmetros considerados pelo MS (2012) na elaboração desses indicadores.

2.5.2.1 Indicadores do COAP: específicos

Quadro 1 - Cobertura de CAP's

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	X% de Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	População coberta pelos Centros de Atenção Psicossocial
MÉTODO DE CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,6) + (n^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS ad}) / \text{População} \times 100.000$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Área Técnica de Saúde Mental e dados populacionais do IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

2.5.2.2 Indicadores do COAP: complementares

Quadro 2 – Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	X% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de novos leitos em hospital geral para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas para a região
MÉTODO DE CÁLCULO	$N^{\circ} \text{ de novos leitos em hospital geral} / N^{\circ} \text{ planejado de novos leitos} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Coordenação Geral Hospitalar (novos leitos habilitados)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

Quadro 3 – Centros de Atenção Psicossocial/ Álcool e Drogas - Qualificados

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	X% Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/AD) – Álcool e Drogas Qualificados.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) qualificados na região
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de CAPS qualificados
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Área Técnica de Saúde Mental
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

Quadro 4 – Implantação de unidades de acolhimento adulto (Uaa) e infante juvenil (Uai)

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	X unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas no município ou na região
MÉTODO DE CÁLCULO	UA adulto= Nº implantados / Nº planejado X 100 UA infante juvenil= Nº implantados / Nº planejado X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Habilitação publicada em portaria
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

Quadro 5-Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa - PVC”

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	Incluir no PVC x% dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de novos beneficiários do PVC em relação ao número de pacientes psiquiátricos de longa permanência que receberam alta.
MÉTODO DE CÁLCULO	Números de novos beneficiários do PVC/N pacientes psiquiátricos de longa permanência que receberam alta
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Banco de dados do PVC e informações dos censos de moradores de hospitais psiquiátricos
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

Quadro 6 - Número de internações em hospital psiquiátrico

OBJETIVO NACIONAL	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
META REGIONAL	Redução de x% das internações em hospitais psiquiátricos até 2015
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de internações em hospital psiquiátrico em relação ao ano de 2011 na região
MÉTODO DE CÁLCULO	N de internações em hospital psiquiátrico no ano corrente/ N de internações em hospital psiquiátrico no ano de 2011
FORMAS DE AVALIAÇÃO	AIH
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

Fonte: COAP / 2012 (MS, 2012)

De uma maneira geral, - confirmando uma tendência histórica no MS em que a área de saúde mental é hegemônica no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso do álcool -, nos preocupa o alcance desses objetivos propostos para o COAP, principalmente, em municípios brasileiros com menos de 20.000 habitantes (mais de 70% dos 5.565) que mal possuem uma estrutura de saúde local adequada para possam atender, minimamente, esses usuários, especialmente, de álcool.

Acreditamos que essa realidade de saúde somada ao contexto de regionalização que caracteriza o COAP, possa piorar ainda mais esse quadro, uma vez que o município que não tiver como prestar o atendimento/tratamento ao seu usuário de álcool poderá referenciá-lo para um município vizinho que faça parte daquela Região de Saúde em que está enquadrado.

Não é difícil imaginar, diante desta situação, que muitos desses usuários, até por questões financeiras ou até mesmo por locomoção, não venham usufruir desses serviços propostos nessas ações.

Por fim, a Resolução CIT 05 de 19 de Junho de 2013 (MS, 2013) ao fixar as novas diretrizes do COAP para o período de 2013 a 2015, se observa a continuidade da referida diretriz de 2012, entretanto, reduzida a uma única meta, mas incentivando: “Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial”.

2.5.3 Política Nacional sobre o Álcool

Inicialmente, a necessidade da criação de uma “Política” específica para os problemas do álcool foi discutida, conforme destacamos antes, no âmbito do Grupo Técnico Interministerial - GTI, criado para este fim. Posteriormente, no ano de 2005, em Brasília diversos especialistas de vários países das Américas se reuniram a fim de discutir a implementação de políticas públicas sobre o álcool.

Diversos aspectos foram abordados nesta reunião, com destaque para: o impacto do uso de álcool nos países da região, álcool, jovens e propaganda, álcool, sexo e cultura, álcool e população indígena, álcool e violência, álcool e segurança no trânsito e álcool e implementação de políticas públicas sobre o álcool. No fim no evento, os participantes aprovaram por consenso a “Declaração de Brasília sobre Políticas Públicas do Álcool” (Brasília, 2005) contendo 06 (seis) recomendações:

1. Prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool sejam considerados uma prioridade de saúde pública para ações por parte de todos os países da região das Américas;
2. Estratégias regionais e nacionais sejam desenvolvidas, incorporando um elenco culturalmente apropriado de políticas baseadas em evidências, a fim de reduzir os danos relacionados consumo do álcool;
3. Essas estratégias sejam apoiadas por melhores sistemas de informação e por mais estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos das políticas de álcool nos contextos nacionais e culturais dos países das Américas;
4. Uma rede regional de pontos focais nacionais, nomeados pelos Estados Membros das Américas, seja criada com a cooperação técnica e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, para trabalhar para a redução dos danos relacionados ao consumo de álcool;

5. Políticas baseadas em evidência sejam implementadas e avaliadas por todos os países das Américas;
6. Áreas prioritárias de ação incluem: ocasiões quando se bebe excessivamente, o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), populações indígenas, jovens, outras populações vulneráveis, violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool;

Dessa forma, foi instituída a “Política Nacional sobre o Álcool”, através do Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 (MS, 2007) que dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido do álcool e sua associação com violência e criminalidade, além prevê outras providências.

Ela contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Nas diretrizes desta “Política”, verifica-se que o MS reafirma a necessidade de considerar a abordagem de “Redução de Danos” como uma estratégia tanto no conjunto de medidas de saúde pública - visando minimizar os riscos à saúde e à vida dos usuários de álcool - quanto no referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso do álcool, em todos os níveis do governo.

Quanto ao tratamento às pessoas com problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, percebe-se a preocupação do MS em ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral no âmbito do SUS, no entanto, não aborda como irá fazê-lo.

Um ponto a ressaltar nesta “Política”, diz respeito à propaganda de bebidas alcoólicas que entendemos ser o principal objetivo a ser alcançado, ao verificarmos duas diretrizes que denotam bem essa preocupação do MS com o consumo de bebidas alcoólicas. A primeira trata sobre o incentivo à regulamentação, ao monitoramento e à fiscalização da propaganda e

publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool em face do hiato existente entre as práticas de comunicação e a realidade epidemiológica evidenciada no País. A segunda estimula e fomenta medidas que restringem, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais.

Em consequência do volume de vendas bebidas alcoólicas e do seu consequente consumo, a mencionada “Política” denota a preocupação com a relação perigosa entre direção e trânsito ao fazer referência, timidamente, ao Código Brasileiro de Trânsito, no tocante a comprovação do estado de embriaguez.

Sobre este aspecto, verifica-se a criação da lei que alterou o “Código Brasileiro de Trânsito”, conhecida como “Lei Seca”²⁴ e de mais dois decretos²⁵ decorrentes desta “Lei”, criados com fins regulatórios, visando reduzir os danos à saúde decorrentes do consumo de álcool. O primeiro regulamenta a margem de tolerância de álcool no sangue e o segundo restringe a comercialização de bebidas alcoólicas nas rodovias federais. Ainda, sob esse contexto da “Lei Seca”, é importante registrar que se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados em Brasília, o Projeto de Lei nº 2.733/08 que restringe o horário da propaganda de bebidas alcoólicas.

Em relação aos acidentes de trânsito em 2009, a OMS registrou 1,3 milhão de mortes em 178 países. Segundo a OMS, este número poderá chegar a 1,9 milhão de mortes até 2020.

Quanto aos dados de mortes no Brasil eles são controversos devido a falta de um sistema confiável de estatísticas. No entanto, segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2006), o custo social dos acidentes em rodovias foi estimado em cerca de R\$ 24,6 bilhões anuais, dos quais R\$ 8,1 bilhões correspondiam aos acidentes nas rodovias federais e R\$ 16,5 bilhões nas estaduais. A pesquisa constatou que o

²⁴ Lei 11.705 de 20/06/2008.

²⁵ Decreto nº 6.488 de 19/06/2008 e o Decreto nº 6.489 de 19/06/2008.

custo médio desse tipo de acidente com feridos fica em torno de R\$ 90 mil e, com mortes, este valor chega a R\$ 421 mil.

Em outro estudo semelhante realizado pelo IPEA em 2004, para os aglomerados urbanos, a estimativa do custo social de acidentes de trânsito naqueles locais foi de R\$ 5,3 bilhões anuais (IPEA, 2004). Tomando-se por base esses dois estudos, o custo social total no Brasil é da ordem de R\$ 30 bilhões anuais (IPEA, 2006).

Por outro lado, segundo o Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN, no ano de 2010 foram arrecadados R\$ 300.278.303,98 para o Fundo Nacional de Segurança e Educação de Trânsito – FUNSET e R\$289.693.545,51 relativo à parcela do seguro obrigatório: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Esse valor da FUNSET representa apenas 5% do total de multas arrecadadas em todo o Brasil, sendo que o total de recursos disponíveis para os órgãos executivos de trânsito chegou a R\$ 6 bilhões anuais. No entanto, esses recursos não são inteiramente, destinados às ações de engenharia, fiscalização e educação de trânsito, ou seja, em ações voltadas para a redução de acidentes (DENATRAN, 2010).

Preocupada com essa questão, a Organização das Nações Unidas - ONU estabeleceu a “Década de Ação pela Segurança do Trânsito / 2011-2020”, convocando todos os países signatários, entre eles o Brasil, para fazer esse esforço mundial.

Neste sentido, o Brasil apresentou o “Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011- 2020” (2011), elaborado a partir das sugestões recolhidas em reuniões da comissão de trânsito da Agencia Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, do Instituto de Engenharia e do Conselho Estadual para Diminuição dos Acidentes de Trânsito e Transportes - CEDATT do Estado de São Paulo.

3 OS RISCOS DE DOENÇAS E LESÕES DECORRENTES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E O CASOS DE ALCOOLISMO NO PSF

O consumo de bebidas alcoólicas é admitido e incentivado pela sociedade e seus efeitos nocivos ocorrem em um *continuum* que vai da abstinência, passando pelo uso e abuso, à dependência.

Essa “dependência”, do ponto de vista médico, é definida pelo Código Internacional de Doenças – CID, na sua décima versão (CID 10), como “Síndrome da dependência (F10.2)”. Popularmente conhecida como “Alcoolismo”, se caracteriza como uma doença crônica decorrente do consumo compulsivo de álcool.

Existem inúmeras evidências que permitem caracterizar o papel do álcool como fator de risco para doenças/lesões e mortes. Almeida Filho (1989), por exemplo, define o risco como a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo.

Do ponto de vista epidemiológico, o termo risco é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma determinada doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta doença. Esses fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco.

Além disso, à medida que um país se desenvolve, observa-se que o perfil do quadro de doenças que afetam a população se altera, bem como novos fatores de risco (ex.: riscos alimentares) vão se incorporando a uma nova realidade de saúde, juntando-se a outros, como é o caso do álcool.

Sob esse aspecto, vale ressaltar que um mesmo fator de risco pode ser comum para outras doenças (por exemplo, o álcool, que é fator de risco de diversos tipos de câncer e de doenças cardiovasculares).

Dessa forma, visando prevenir a saúde da população, torna-se necessário identificar e avaliar os riscos à saúde provocados pelo consumo de bebidas alcoólicas, constituindo-se em informações importantes para o gestor de saúde no seu processo de tomada de decisão, bem como, no planejamento de ações que venham melhorar o estado de saúde dos seus habitantes. Segundo Murray et al (2003), a análise dos fatores de riscos à saúde é um elemento chave na prevenção de doenças e incapacidades.

Neste sentido, estudos realizados, por exemplo, pela OMS (WHO, 2004) e por alguns países como Inglaterra (JONES et al, 2008) e Escócia (NHS, 2009), mostram essa relação do risco do uso de álcool e as causas de doenças/lesões em que percentuais do álcool são atribuídas à ocorrência das mesmas, de forma total (100%), como no caso do “Alcoolismo” (doença), ou parcial (inferior a 100%) como por exemplo, nos “Acidentes de Trânsito” (lesão).

Por outro lado, observa-se na literatura, especialmente, no âmbito mundial o interesse dos pesquisadores por estudos voltados para a carga global de doenças - *Global Burden of Disease (GBD)*. Para Murray & Lopez (1994), o estudo da Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease - GBD*) quantifica o risco de adoecer e de morrer por grupos de causas para países e regiões geográficas.

Este tipo de análise se torna importante, na medida em que está voltado para prevenção e não apenas para o tratamento das doenças. Assim, a avaliação da carga resultante dos fatores de risco para determinadas doenças pode estimar este potencial na prevenção de agravos (MURRAY; LOPEZ, 1996).

O interesse por essa nova metodologia intensificou-se após a publicação de um estudo elaborado por Murray e Lopez em 1996, no qual foram feitas estimativas consistentes de Carga de Doença, referentes a um conjunto de agravos e sequelas, segundo sexo e idade, e disponibilizadas para várias regiões do mundo.

É nesse contexto do *Global Burden of Disease (GBD)* que estaremos apresentando uma análise, tanto no âmbito global quanto no Brasil, a respeito das principais causas (doenças e lesões) básicas (CB's) de mortes cujos resultados são apresentados, inicialmente desagregados do uso de álcool e, posteriormente, associados ao referido fator de risco.

Em seguida, abordaremos os “Transtornos Mentais e Comportamentais – TMC's” ocorridos no território brasileiro em 2010, mesmo ano base do mencionado estudo, quando estaremos pesquisando mais detidamente os diferentes tipos de TMC's devido ao uso do álcool, definidos pelo CID 10, tais como: F10.1: Intoxicação aguda; F10.2: Uso nocivo para a saúde; F10.2: Síndrome da dependência; ...).

Por fim, visando conhecer o estágio atual dos casos de alcoolismo no Brasil, faremos uma pesquisa dos casos cadastrados no programa denominado: Estratégia Saúde da Família, mais conhecido como Programa Saúde Família – PSF cuja porta de entrada é a Atenção Básica.

3.1 A Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease – GBD*) e metodologia de estudo

A conceituada revista inglesa THE LANCET (2012) publicou uma edição especial dedicada aos resultados do estudo sobre a Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease - GBD*) de 2010, contendo, inclusive, um breve perfil sobre a situação de saúde do Brasil²⁶.

O *GBD/2010* é considerado a primeira avaliação sistemática e abrangente de dados sobre doenças, lesões e fatores de risco desde 1990 e foi desenvolvido através de um consórcio formado por sete parceiros: *Institute for Health Metrics and Evaluation* – IHME da Universidade de Washington; Universidade de Harvard; Universidade Johns Hopkins; Universidade de Queensland; Imperial College de Londres; Universidade de Tóquio e a OMS, sendo que o IHME foi o responsável pelo processamento das informações e pelo desenvolvimento das ferramentas de consultas ao *GBD/2010*.

Desde sua primeira versão em 1990 quando foram avaliadas 107 doenças e lesões, juntamente com 10 fatores de risco, o projeto expandiu-se, sendo que em 2010 foram apuradas 235 causas de morte e 67 fatores de risco, abrangendo 187 países, além das 1160 sequelas, decorrentes de doenças ou lesões, não fatais.

As métricas trabalhadas no *GBD/2010*, além “Mortes”, foram os: YLLs (*Years of Life Lost* – Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura); YLDs (*Years Lost due to Disability* – Anos Perdidos devido à Incapacidade); e os DALYs (*Disability Adjusted Life Year* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade).

²⁶GBD Profile: Brazil (http://www.laborimport.com.br/noticias/gbd_brazil.pdf)

Quanto aos procedimentos metodológicos²⁷ adotados no *GBD/2010* para a obtenção dessas métricas, resumidamente, em primeiro lugar são feitas estimativas sobre o número de mortes, considerando cada uma das 235 causas de morte e tendo por base nas informações epidemiológicas (ex.: sistemas de informações sobre mortalidade) fornecidas pelos países participantes do estudo.

Em seguida, para cada causa de morte é estimado o número de anos perdidos por morte prematura (YLLs)²⁸ em função da diferença entre as idades do óbito e da esperança de vida ideal definida para esta idade, considerando a tábua padrão de mortalidade desenvolvida por Coale & Guo (1989).

Em relação aos anos perdidos devidos à incapacidade (YLDs)²⁹, o número de anos vividos por cada pessoa acometida por uma doença ou sequela é dado pelo produto desse diagnóstico, estimado para cada idade, e o peso dessa incapacidade.

Por último, os DALYs (Disability Adjusted Life Year – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade), são apresentados como uma medida sumária, na qual os impactos de eventos fatais e não fatais são combinados. Dessa forma, o DALY é calculado pela soma dois outros indicadores mencionados: o YLL e YLD, respectivamente, conhecidos como componentes da mortalidade e morbidade.

Considerando as métricas abordadas no *GBD/2010*, o presente estudo de caráter exploratório, foi dividido em duas etapas. Na primeira, priorizamos a métrica relativa à morte (“*Death*”) em que foi pesquisada sua principal “Causa Básica - CB” por “Grupo de Causas (GR)”, desagregando-a, inicialmente, do risco de álcool e, depois, associando-a a este fator de risco. Essas relações

²⁷ Maiores detalhes consultar: [The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - Latin America and Caribbean Regional Edition](http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/global-burden-disease-latin-america-carib) <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/global-burden-disease-latin-america-carib>.

²⁸ Em um acidente de trânsito, um homem morre aos 50 anos. Digamos que sua expectativa de vida fosse de mais 30 anos. Logo, perderia 30 YLLs por morte prematura.

²⁹ No mesmo acidente de trânsito, uma mulher que acompanhava o homem que morreu, ficou paraplégica aos 30 anos. Digamos que ficou paraplégica por 20 anos e que o peso dessa incapacidade seja de 0,5. Logo, perderia 10 YLDs (20 x 0.5).

sem/com álcool foram pesquisadas, tanto no âmbito global quanto no Brasil, tendo como parâmetro comum: ambos os sexos e todas as idades.

Visando enquadrar³⁰ essas CB's, apuradas nas pesquisas, à lista de causas (doenças e lesões) do *GBD/2010* (Anexo I), foram definidos os seguintes “Grupos de Causas (GR)”: “Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais”; “Doenças Não Transmissíveis”; e “Lesões (Causas Externas)”. Por sua vez, cada Grupo de Causa (GR) foi desdobrado em “Subgrupo (SG)” e, por fim, cada SG em CB, conforme mostra o exemplo abaixo:

Ex.: Grupo das Doenças Não Transmissíveis

- . Doenças Cardiovasculares e Circulatórias (Grupo - GR)
 - .. Doença Cerebrovascular (Subgrupo - SG)
 - ... Doença Isquêmica do Coração (Causa Básica - CB)

Na segunda etapa desse estudo, realizamos uma pesquisa³¹ junto ao ranking do *GBD/2010* visando identificar a principal CB de doença/lesão para cada uma das demais métricas (YLL's, YLD's e DALY's), dentre esses três “Grupos de Causas” mencionados. Essa pesquisa, igualmente, abrangeu os níveis: global e Brasil, observadas as relações sem / com álcool.

Em relação às pesquisas, elas foram realizadas junto ao sítio do IHME (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>), através de suas ferramentas (GBD Compare, Search GBD Data, GBD Arrow Diagram,...) de consulta que foram utilizadas, isoladamente ou combinadas, dependendo das necessidades de obtenção dos dados.

³⁰ Primeiramente, foi pesquisado no ranking *GBD/2010* o principal GR. Posteriormente, o SG daquele GR encontrado e, por fim, a CB relativa a esse SG.

³¹ Para tanto, utilizou-se a ferramenta “Search GBD Data” em que o indicador comum a essas as métricas (YLL, YLD e DALY) foi a posição relativa (%), o mesmo adotado na identificação das principais CB's de morte.

3.1.1 Causas (doenças e lesões) e riscos de mortes no âmbito global: relações sem/com álcool

Os dados do *GBD/2010* mostram que, globalmente, ocorreram 52,8 milhões de mortes, considerando ambos os sexos e todas as idades, representando 13,5% a mais do que em 1990, conforme mostra a tabela 20 abaixo.

Tabela 22 - Mortes em geral (Global) no período: 1990 / 2010.

ANO	MORTE (Em milhões) (*)
2010	52,8
2005	51,7
2000	51,1
1995	49,9
1990	46,5

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Desse total de mortes ocorridas em 2010 (52,8 milhões), 29,0 milhões foram do sexo masculino, enquanto 23,8 milhões do feminino, resultando em uma diferença de 21, 8% a mais para os homens. Vide tabela 21 abaixo.

Tabela 23 - Mortes em geral (Global) em 2010, por sexo.

SEXO	MORTE (Em milhões) (*)
Masculino	29,0
Feminino	23,8
Ambos os sexos	52,8

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Visando avaliar a distribuição desse total de mortes (52,8 milhões) por “Grupos de Causas”, procedemos a uma pesquisa, considerando ambos os sexos e todas as idades, cujos resultados são mostrados na tabela 22 abaixo.

Tabela 24 - Percentual de mortes em geral (Global) em 2010 , por grupo de causas.

GRUPO (GR)	MORTE	
	Em milhões (*)	% (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	13,20	25,00
Doenças Não Transmissíveis	34,50	65,00
Lesões (Causas Externas)	5,10	10,00
TOTAL GERAL	52,80	100

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Como detalhe, ao pesquisarmos o comportamento desses “Grupos de Causas” apurados pelo *GBD/2010* entre 1990 e 2010, verificamos uma diminuição das “Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais” em detrimento de um aumento ocorrido nesse período com as “Doenças Não Transmissíveis”. Em relação às “Lesões (Causas Externas)”, verifica-se um pique em 2000 e, a partir daí, uma desaceleração, conforme mostra tabela 23 a seguir.

Tabela 25 – Percentual de mortes em geral (Global) por grupo de causas no período: 1990/2010

GRUPO (GR)	MORTE (%)				
	(*)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	34,09	32,64	29,91	28,28	25,00
Doenças Não Transmissíveis	57,11	58,18	59,70	62,32	65,00
Lesões (Causas Externas)	8,80	9,18	10,39	9,40	10,00

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Em seguida, examinando a principal “Causa Básica (CB)” de morte (doença / lesão) por “Grupo de Causa”, sem o uso de álcool, verificamos que a “Doença Isquêmica do Coração”³² foi a primeira em relação às demais CB’s dos outros grupos, conforme mostra a tabela 24, a seguir.

³² Consultar os códigos I20-I25 da CID 10 (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>), conforme Anexo II: GBD-CID 10.

Tabela 26 - Principal Causa Básica (CB) de morte (Global) em 2010, sem uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.

CAUSA BÁSICA (CB)	MORTE (%) (*)
GR: Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	25,00
. SG: DIARRÉIA, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS, MENIGITE E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS COMUNS	10,00
.. CB: <u>Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)</u> ³³	<u>5,33</u>
GR: Doenças Não Transmissíveis	65,00
. SG: DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CIRCULATÓRIAS	29,59
.. CB: <u>Doença Isquêmica do Coração</u> ³⁴	<u>13,32</u>
GR: Lesões (Causas Externas)	10,00
. SG: OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTES NÃO INTENCIONAIS	4.02
.. CB: <u>Quedas</u> ³⁵	<u>1,02</u>

Fonte: IHME / Search GBD Data e .GBD Compare. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Esse percentual (13,32%) de óbitos por “Doença Isquêmica do Coração” equivale a 7,03 milhões do total geral (52,8 milhões) apurado naquele ano. Verifica-se que este tipo de CB de morte no período de 1990 a 2010,

³³ CID 10: J09-J11, J13, J14, J12.1, J12 (exceto J12.1), J15-J22, J85, P23 (Vide Anexo II).

³⁴ CID 10: I20-I25 (Vide Anexo II).

³⁵ CID 10 : W00-W19 (Vide Anexo II).

apresentou um crescimento, aproximado, de 35%, conforme mostra a tabela 25 abaixo.

Tabela 27 - Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração" no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em milhões) (*)
2010	7,03
2005	6,64
2000	6,35
1995	5,93
1990	5,21

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Desse total de mortes (7,03 milhões) ocorridas por "Doença Isquêmica do Coração", constata-se uma prevalência entre os homens (53%) em relação às mulheres (47%), conforme mostra a tabela 26 abaixo.

Tabela 28 - Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração", segundo o sexo.

SEXO	MORTE	
	Em milhões (*)	% (*)
Masculino	3,74	53
Feminino	3,29	47
Ambos os Sexos	7,03	100

Fonte: IHME - Search GBD Data. Elaboração própria.
(*) Valores aproximados.

Como curiosidade, no nível global, a "Doença Isquêmica do Coração" foi prevalente na Ucrânia, de acordo com pesquisa que fizemos na base de dados

do IHME / Search GBD Data³⁶, perfazendo 45,94 % (segundo ambos os sexos e todas as idades) do total de doenças e lesões ocorridas em 2010 naquele território.

A segunda principal CB de morte, sem relacionar ao uso de álcool, decorreu das “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)” pertencente ao grupo das “Diarréia, Infecções Respiratórias, Meningite e outras doenças infecciosas comuns”, atingindo um percentual de mortes de 5,33%. Este percentual equivale a 2,81 milhões de óbitos do total de mortes apurado no geral, 52,8 milhões.

Entretanto, ao contrário da “Doença Isquêmica do Coração”, as “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)” vêm apresentando um quadro de decrescente de mortes, sendo que no período entre 1990 e 2010 se constata uma diminuição da ordem de 21,35 %, conforme mostra a tabela 27 abaixo.

Tabela 29 - Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)" no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em milhões) (*)
2010	2,81
2005	2,86
2000	3,11
1995	3,36
1990	3,42

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Em relação a esse total de óbitos (2,81 milhões) ocorridos por “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)”, verifica-se uma prevalência

³⁶ Sentença utilizada: “by location years cause "Ischemic heart disease" All ages Deaths 2010”. Depois ordene do maior para o menor, clicando em “Avg. cause fraction (%) / seta para baixo”.

entre os homens (53%) comparado às mulheres (47%), de acordo com a tabela 28 abaixo.

Tabela 30 - Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)”, segundo o sexo.

SEXO	MORTE	
	Em milhões (*)	% (*)
Masculino	1,48	53
Feminino	1,33	47
Ambos os Sexos	2,81	100

Fonte: IHME - Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Por último, na terceira colocação, aparece as “Quedas” como a principal CB de morte do grupo “Lesões (Causas Externas)” com um percentual de 1,02% dos 52,8 milhões dos óbitos ocorridos em 2010, o que representou cerca de 541 mil mortes. Além disso, se observa que entre 1990 a 2010, as “Quedas” apresentaram um aumento, aproximadamente, de 32%, conforme mostra a tabela 29, abaixo.

Tabela 31 - Mortes (Global), sem uso de álcool, por “Quedas”, no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	541
2005	506
2000	441
1995	387
1990	349

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria

(*) Valores aproximados.

Ainda sobre esse total de óbitos (541 mil) decorrente das "Quedas", verifica-se uma prevalência entre os homens (75%) em relação às mulheres (25%), conforme mostra a tabela 30 abaixo.

Tabela 32 - Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Quedas", segundo o sexo.

SEXO	MORTE	
	Em mil (*)	% (*)
Masculino	319	59
Feminino	222	41
Ambos os Sexos	541	100

Fonte: IHME - Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Complementando essa parte inicial da análise, ainda no âmbito global, pesquisamos no ranking do *GBD/2010*³⁷ a principal CB de doença / lesão verificada entre os três "Grupos de Causas" para cada um dos indicadores (DALY's, YLL's e YLD's), sem relacioná-la ao uso de álcool e considerando ambos sexos e todas as idades.

A pesquisa mostrou que a "Doença Isquêmica do Coração" foi igualmente prevalente entre os DALY's e YLL's. A exceção ficou por conta dos YLD's, em que a "Lombalgia"³⁸ aparece em primeiro lugar, enquanto que a "Doença Isquêmica do Coração" para esse indicador ficou na vigésima primeira colocação no ranking global³⁹.

³⁷ Ferramentas do IHME utilizadas: Search GBD Data (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/search-gbd-data>) e GBD Compare (<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>)

³⁸ Consultar o código: M46.9 da CID 10 (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>), conforme informa o Anexo II: GBD-CID 10.

³⁹ Acesse: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

Na sequência desse trabalho, na sua segunda parte, apresentamos a seguir os resultados das pesquisas em que associamos o risco do fator do uso de álcool à principal CB por “Grupo de Causas” e aos indicadores acima citados.

Antes, porém, pesquisamos, a nível global, a posição do uso de álcool (“*Alcohol use*”) no ranking do *GBD/2010* sobre os fatores de risco em relação às métricas que estamos trabalhando (Mortes, YLL’s, YLD’s e DALY’s), considerando ambos os sexos e todas as idades.

Observa-se que o uso de álcool, como fator de risco, tem um certo destaque entre os anos vida perdidos por morte prematura (YLL’s) e os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (YLD’s), conforme mostra a tabela 31 abaixo:

Tabela 33 - Posição do fator do uso de álcool no ranking (Global) em 2010, por métrica

Métrica	Posição
MORTES	9º
YLL’s	5º
YLD’s	7º
DALY’s	5º

Fonte: GBD / Heatmap. Elaboração própria.

De acordo com *GBD/2010*, o fator de risco referente ao uso de álcool associado às mortes, - nossa métrica básica de estudo -, foi responsável por 2,73 milhões de mortes, conforme apontou a pesquisa que fizemos junto ao ranking do *GBD/2010*, a nível global, considerando ambos os sexos e todas as idades. Este total (2,73 milhões) corresponde cerca de 5,18% do total geral de mortes (52,80 milhões) apuradas no mencionado estudo.

Como um alento, esse total de mortes (2,73 milhões), entretanto, é menor do aquele apurado em 2005 (2,77 milhões), pois até então, desde 1995 (1,99 milhões), este fator de risco vinha apresentando um crescimento, conforme mostra a tabela 32 abaixo.

Tabela 34 - Mortes (Global), associadas ao uso de álcool no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em milhões) (*)
2010	2,73
2005	2,77
2000	2,54
1995	2,36
1990	1,99

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Verifica-se que esse total de mortes (2,73 milhões) em 2010, associadas ao risco de uso de álcool, foi maior entre os homens (1,82 milhão), sendo o dobro daquele ocorrido com as mulheres (910 mil), conforme mostra tabela 33 abaixo.

Tabela 35 - Mortes (Global) em 2010, associadas ao uso de álcool, por sexo.

SEXO	MORTE (Em milhões) (*)
Masculino	1,82
Feminino	0,91
Ambos os sexos	2,73

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Especificamente, quando pesquisamos a participação do álcool nas mortes ocorridas por “Grupos de Causa”, verifica-se, no nível global, que o mesmo teve uma significativa participação na ocorrência de mortes por “Doenças Não Transmissíveis”, sendo responsável por 1,80 milhões de óbitos, ou seja, 66% do total de mortes (2,73 milhões) ocorridas em 2010. Vide tabela 34 abaixo.

Tabela 36 - Percentual de mortes (Global) em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas.

GRUPO (GR)	MORTE	
	(Em mil) (*)	% (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	266	10
Doenças Não Transmissíveis	1,80	66
Lesões (Causas Externas)	670	24
TOTAL GERAL	2,73	100

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

No entanto, ao verificarmos se havia uma relação entre os percentuais do fator risco por uso de álcool e o de mortes, constatamos uma inversão desses parâmetros. O grupo das “Doenças Não Transmissíveis”, apesar ter alcançado em 2010 um percentual maior de mortes (66%) em relação aos demais grupos, o seu percentual de risco foi 5,21% - menor do que aquele verificado no grupo das “Lesões (Causas Externas)” que foi de 13,19%, conforme aponta a tabela 35 a seguir.

Tabela 37 - Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool (Global) em 2010, por grupo de causas.

GRUPO (GR)	MORTE (Em mil) (*)	RISCO⁴⁰ (%) (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	266	2,02
Doenças Não Transmissíveis	1,80	5,21
Lesões (Causas Externas)	670	13,19
TOTAL GERAL	2,73	-

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Pesquisando a principal “Causa Básica (CB)” de morte por “Grupo de Causa”, observa-se que os “Transtornos devido ao uso de álcool” do grupo “Doenças Não Transmissíveis” teve o maior percentual de risco associado ao uso de álcool em relação às demais CB’s dos outros grupos, conforme mostra a tabela 36 a seguir.

⁴⁰ De acordo com o *GBD/2010*, o percentual de risco é definido como uma proporção entre o número de pessoas acometidas por determinado evento (numerador) e o grupo estudado (denominador).

Tabela 38 - Principal causa básica (CB) de morte (Global) em 2010, associada ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.

CAUSA BÁSICA (CB)	RISCO (%) (*)
GR: Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	2,02
.SG: HIV/AIDS E TUBERCULOSE	4,98
..CB: <u>Tuberculose</u> ⁴¹	<u>11,10</u>
GR: Doenças Não Transmissíveis	5,21
.SG: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	47,67
..CB: <u>Transtornos devido ao uso do álcool</u> ⁴²	<u>100,00</u>
GR: Lesões (Causas Externas)	13,19
.SG: AUTO LESÃO E VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	20,19
..CB: <u>Violência Interpessoal</u> ⁴³	<u>25,19</u>

Fonte: IHME / Search GBD Data e GBD Compare. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

⁴¹ CID 10: A15-A19, B90, P37.0 (Vide Anexo II)

⁴² CID 10: F10, X45, Q86.0 (Vide Anexo II)

⁴³ CID 10: X93-X95, X99, X85-X92, X96-X98, Y00-Y08 (Vide Anexo II)

Esse percentual de risco (100%) relacionado aos “Transtornos devido ao uso de álcool”, apenas confirma o que a literatura já consagra diante das evidências apresentadas sobre os problemas decorrentes do consumo dessa substância psicoativa que pode acarretar uma simples intoxicação ou mesmo levar o seu consumidor a uma dependência.

Cabe também ressaltar que o número de mortes por “Transtornos devido ao uso de álcool” mostra um aumento da ordem de 33% no período entre 1990 e 2010, conforme mostra a tabela 37 abaixo.

Tabela 39 - Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Transtornos devido ao uso de álcool” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	111,13
2005	109,50
2000	99,26
1995	97,44
1990	74,65

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

O sexo mais atingido pelas mortes (111,13 mil) por “Transtornos devido ao uso de álcool” foi o masculino cujo total de óbitos (90,54 mil) foi quase quatro vezes mais em relação àquele ocorrido entre as mulheres (20,59 mil).

No tocante à “Violência Interpessoal”⁴⁴, segunda CB em percentual de risco (25,18%) e que retrata situações de violência (ex.: assalto com arma de fogo), representou, aproximadamente, 115 mil mortes. Igualmente aos “Transtornos devido ao uso de álcool”, apresentou no período entre 1990 e 2010 um aumento de mortes da ordem de 32%, conforme mostra a tabela 38 a seguir.

⁴⁴ De acordo com o GBD/2010, este tipo de CB capta situações de violência (ex.: o uso de arma de fogo), conforme Anexo I.

Tabela 40 - Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	115,00
2005	113,55
2000	109,27
1995	105,48
1990	78,27

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Em relação a esse total de mortes (115 mil) ocorridas em 2010 por “Violência Interpessoal”, observa-se que a maioria foi entre os homens (108,03 mil), sendo que as mulheres responderam por apenas 6,97 mil óbitos naquele ano.

Finalizando, a “Tuberculose” que foi a terceira colocada com um percentual de risco associado ao uso de álcool de 11,10%, respondeu por um total de 133,00 mil óbitos em que os homens foram prevalentes (108,54 mil) em relação às mulheres (24,46 mil). No entanto, no período entre 1990 e 2010, observa-se que as mortes por essa doença vêm diminuindo, conforme mostra a tabela 39 a seguir.

Tabela 41 - Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por “Tuberculose”, segundo o ano.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	133,00
2005	150,58
2000	151,01
1995	153,88
1990	155,44

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Concluindo essa segunda e última etapa desse estudo, no nível global, pesquisamos⁴⁵ no ranking do *GBD/2010*, por ambos sexos e todas as idades, a principal CB de doença/ lesão, associada ao uso de álcool, entre os três “grupos de Causas” para cada um dos indicadores: YLL’s, YLD’s e DALY’s. Os dados revelaram que os “Transtornos devido ao uso de álcool”, assim como já havia ocorrido na métrica relativa às “Mortes”, foi a principal CB de cada um desses indicadores.

3.1.2 Causas (doenças e lesões) e riscos de mortes no Brasil: relações sem / com álcool

Inicialmente, pesquisando as mortes em geral verificadas no Brasil em 2010 junto à base de dados do *GBD/2010*, por ambos os sexos e todas as idades, apuramos que ocorreram, aproximadamente, 1,21 milhão de mortes, representando cerca de 2,3% do total geral (52,8 milhões) apuradas, globalmente, naquele ano.

⁴⁵ Ferramentas do IHME utilizadas: Search GBD Data (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/search-gbd-data>) e GBD Compare (<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>)

Desse total de óbitos (1,21 milhão) ocorridos em 2010, 690 mil foram junto aos homens e o restante (520 mil) relacionado às mulheres. No período entre 1990 (887 mil) e 2010 (1,21 milhão) em 2010, observa-se um crescimento da ordem de 27% nos óbitos no Brasil, conforme mostra a tabela 40 abaixo.

Tabela 42 - Mortes em geral no Brasil no período: 1990/2010

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	1,21
2005	1,09
2000	1,01
1995	962
1990	887

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Pesquisando a distribuição desse total de mortes (1,21 milhão) no Brasil em 2010 por “Grupo de Causas”, verifica-se que as “Doenças Não Transmissíveis” foram prevalentes em relação aos outros grupos com 73,80% (893 mil óbitos), conforme mostra a tabela 41 a seguir.

Tabela 43 - Percentual de mortes em geral no Brasil em 2010, por grupo de causas

GRUPO (GR)	MORTE	
	Em mil (*)	% (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	166	13,70
Doenças Não Transmissíveis	893	73,80
Lesões (Causas Externas)	151	12,50
TOTAL GERAL	1,21	100

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Além disso, observa-se que entre 1990 e 2010, as mortes por “Doenças Não Transmissíveis” em nosso país cresceram de forma constante, ao passo que o grupo relativo às “Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais” diminuiu, praticamente, pela metade no período considerado.

Em relação às “Lesões (Causas Externas)”, verifica-se que óbitos ocorridos nesse grupo vinham crescendo até 2000 e a partir daí, diminuíram. A tabela 42 a seguir, mostra essa situação.

Tabela 44 - Percentual de mortes em geral no Brasil, por grupo de causas no período: 1990 / 2010.

GRUPO (GR)	MORTE (%) (*)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	27,10	22,33	18,09	15,37	13,70
Doenças Não Transmissíveis	59,78	64,35	68,31	71,37	73,80
Lesões (Causas Externas)	13,12	13,32	13,60	13,26	12,50

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Pesquisando a principal “Causa Básica – CB” de morte (doença / lesão) de cada “Grupo de Causas”, sem associá-la ao uso de álcool, a “Doença Isquêmica do Coração”⁴⁶ aparece em primeiro lugar em comparação com as demais CB’s dos outros grupos, confirmando sua liderança no ranking global⁴⁷ do *GBD/2010*. Ela foi a responsável pela morte de 7,03 milhões de pessoas, ou seja, 20% do total (34,5 milhões) ocorridos em 2010. Vide tabela 43 a seguir.

⁴⁶ Consultar os códigos I20-I25 da CID 10 (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>), conforme Anexo II: GBD-CID 10.

⁴⁷ Consultar: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

Tabela 45 - Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, sem uso de álcool, por grupo de causas.

CAUSA BÁSICA (CB)	MORTE (%) (*)
GR: Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	13,70
. SG: DIARRÉIA, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS, MENIGITE E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS COMUNS	6,46
.. CB: <u>Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)</u>⁴⁸	<u>5,42</u>
GR: Doenças Não Transmissíveis	73,80
. SG: DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CIRCULATÓRIAS	33,25
.. CB: <u>Doença Isquêmica do Coração</u>⁴⁹	<u>13,40</u>
GR: Lesões (Causas Externas)	12,50
. SG: AUTO LESÃO E VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	6,03
.. CB: <u>Violência Interpessoal</u>⁵⁰	<u>5,0</u>

Fonte: IHME / Search GBD Data e GBD Compare. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Pesquisando a “Doença Isquêmica do Coração”, por ambos os sexos e todas as idades, verificamos que ela foi responsável pela morte de 162 mil em 2010, isto é, 18,14 % do total geral (893 mil) de óbitos apurados no Brasil, sendo 88 mil homens e 74 mil mulheres.

⁴⁸ CID 10: J09-J11, J13, J14, J12.1, J12 (exceto J12.1), J15-J22, J85, P23 (Vide Anexo II).

⁴⁹ CID 10: I20-I25 (Vide Anexo II).

⁵⁰ CID 10: X93-X95, X99X, 85-X92, X96-X98, Y00-Y08 (Vide Anexo II).

Verifica-se, ainda, que as mortes decorrentes por “Doença Isquêmica do Coração” no período de 1990 a 2010, tiveram um crescimento, aproximado, de 49%. Vide tabela 44 abaixo.

Tabela 46 - Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por “Doença Isquêmica do Coração” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	162
2005	143
2000	131
1995	122
1990	109

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Em relação às “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)” que ficaram na segunda posição (5,42%), elas foram responsáveis pela morte de 65,53 mil pessoas, sendo 33,17 mil do sexo masculino e o restante do feminino (32,36 mil).

Verifica-se, ainda, que no período entre 1990 e 2010, as mortes por “Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)” tiveram uma oscilação, sendo que entre 1990 e 2000 apresentaram queda, voltando a crescer a partir de 2005, conforme mostra a tabela 45 a seguir.

Tabela 47 - Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)" no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	65,53
2005	56,14
2000	52,52
1995	57,36
1990	61,64

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Quanto à terceira colocada, a "Violência Interpessoal" (5,00%) em 2010 gerou um total de 65,43 mil mortes, sendo prevalente entre os homens (54,36 mil), praticamente, nove vezes mais do que o número de óbitos verificados junto às mulheres (6,17 mil).

Observa-se que as mortes por "Violência Interpessoal" cresceram, significativamente, no Brasil entre 1990 e 2010, conforme pode ser observado na tabela 46 a seguir.

Tabela 48 - Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	60,53
2005	59,69
2000	56,85
1995	48,59
1990	40,83

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Finalizando essa primeira etapa desta análise no âmbito Brasil, pesquisamos entre os três “Grupos de Causas”, a principal CB de doença / lesão para cada um dos seguintes indicadores⁵¹: DALY’s, YLL’s e YLD’s, sem relacioná-los ao uso de álcool, observado os seguintes parâmetros: ambos os sexos e todas as idades.

A pesquisa apontou três CB’s diferentes. A “Doença Isquêmica do Coração” foi prevalente entre os DALY’s. Em relação aos YLL’s, a principal CB foi a “Violência Interpessoal”. Por último, em relação aos YLD’s, a “Lombalgia” se destaca, repetindo o resultado encontrado no nível global (vide item 3.1.1), sem álcool.

Dando continuidade, estaremos, agora, apresentando os resultados apurados sobre as principais CB’s de morte e métricas: YLL’s, YLD’s e DALY’s, cujos dados foram associados ao uso de álcool.

Primeiramente, é importante registrar que ao pesquisarmos o uso de álcool (“*Alcohol use*”) como fator de risco no Brasil, associado-o às métricas

⁵¹ Ferramentas do IHME utilizadas: Search GBD Data
(<http://www.healthmetricsandevaluation.org/search-gbd-data>) e GBD Compare
(<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>)

que estamos trabalhando (Mortes, YLL's, YLD's e DALY's), encontramos o seguinte resultado, conforme mostra a tabela 47 abaixo:

Tabela 49 - Posição do fator do uso de álcool no Brasil por métrica, de acordo com *GBD/2010*.

Métrica	Posição
MORTES	6º
YLL's	3º
YLD's	4º
DALY's	3º

Fonte: GBD / Heatmap. Elaboração própria.

O detalhe que chama atenção é que no Brasil se constata uma diminuição dessas métricas no ranking do *GBD/2010*, quando comparadas aos resultados apurados no nível global, igualmente, associados ao uso de álcool.

Neste sentido, o uso de álcool no Brasil em 2010 foi responsável por 90,92 mil mortes, conforme mostrou os dados da pesquisa que fizemos junto ranking do *GBD/2010*, considerando ambos os sexos e todas as idades. Este total (90,92 milhões) corresponde cerca de 7,51% do total geral de mortes (1,21 milhões) ocorridas em nosso país naquele ano.

Ao verificarmos essa participação do uso do álcool nas mortes entre 1990 e 2010, verifica-se uma situação preocupante uma vez que além apresentar um crescimento constante nesse período, o número de óbitos em 2010, praticamente, é o dobro do ocorrido em 1990, conforme mostra a tabela 48 seguir.

Tabela 50 - Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	90,92
2005	76,91
2000	67,31
1995	56,77
1990	46,11

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria
(*) Valores aproximados.

Quanto ao sexo, observa-se na tabela 49 abaixo que desse total de mortes (91 mil), os homens (74 mil) são prevalentes, quase cinco vezes mais do que as mulheres (17 mil).

Tabela 51 - Mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por sexo.

SEXO	MORTE (Em mil) (*)
Masculino	74
Feminino	17
Ambos os sexos	91

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.
(*)Valores aproximados.

Ao examinarmos a associação do uso de álcool nas mortes ocorridas por “Grupos de Causa”, verifica-se as “Doenças Não Transmissíveis”

responderam por mais da metade do total de óbitos (91 mil) ocorridos no Brasil em 2010, isto é, 47 mil (51%). Vide tabela 50 abaixo.

Tabela 52 - Percentual de mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas.

GRUPO (GR)	MORTE	
	(Em mil) (*)	% (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	5	6
Doenças Não Transmissíveis	46	51
Lesões (Causas Externas)	39	43
TOTAL GERAL	91	100

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Por outro lado, ao pesquisarmos essas mortes verificadas em cada um desses “Grupos de Causa”, associando-as ao risco do uso de álcool, observa-se que o grupo relacionado à “Lesões (Causas Externas)” obteve o maior percentual 25,77% em relação aos demais grupos. Este percentual de risco é maior do aquele verificado nas “Doenças Não Transmissíveis” (5,22%), apesar desse grupo ter incorrido em um maior número de mortes, quando comparado aos outros “Grupos de Causas”, conforme mostra os dados da tabela 51 a seguir.

Tabela 53 - Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool no Brasil em 2010, por grupo de causas.

GRUPO (GR)	MORTE (Em mil) (*)	RISCO (%) (*)
Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	5	3,18
Doenças Não Transmissíveis	46	5,22
Lesões (Causas Externas)	39	25,77
TOTAL GERAL	91	-

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados.

Na sequência, pesquisamos a principal “Causa Básica (CB)” de morte por cada “Grupo de Causa” e verificamos que os “Transtornos devido ao uso de álcool” do grupo “Doenças Não Transmissíveis”, - igualmente ao resultado encontrado no nível global -, obteve o maior percentual de risco (100%) associado ao uso de álcool em relação às demais CB’s dos outros grupos, conforme mostra a tabela 52 a seguir.

Tabela 54 - Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, associado ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.

CAUSA BÁSICA (CB)	RISCO (%) (*)
GR: Doenças Transmissíveis, Maternais, Neonatais e Distúrbios Nutricionais	3,18
.SG: HIV/AIDS E TUBERCULOSE	4,46
..CB: <u>Tuberculose</u>⁵²	<u>19,89</u>
GR: Doenças Não Transmissíveis	5,22
.SG: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	78,29
..CB: <u>Transtornos devido ao uso do álcool</u>⁵³	<u>100,00</u>
GR: Lesões (Causas Externas)	25,77
.SG: AUTO LESÃO E VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	35,42
..CB: <u>Violência Interpessoal</u>⁵⁴	<u>36,48</u>

Fonte: IHME / Search GBD Data e GBD Compare. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

⁵² CID 10: A15-A19, B90, P37.0 (Vide Anexo II)

⁵³ CID 10: F10, X45, Q86.0 (Vide Anexo II)

⁵⁴ CID 10: X93-X95, X99, X85-X92, X96-X98, Y00-Y08 (Vide Anexo II)

Esse percentual de risco do uso de álcool (100%) verificado nos “Transtornos devido ao uso de álcool”, gerou cerca de 8 mil mortes em 2010, sendo que desde 1990 esses números vêm crescendo, significativamente. No período entre 1990 e 2010, esse crescimento atingiu mais de 200%, conforme mostra a tabela 53 abaixo.

Tabela 55 - Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Transtornos devido ao uso de álcool” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	8,15
2005	6,88
2000	5,76
1995	4,84
1990	3,67

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Um dado que chama atenção é que desse total de mortes (8,15 mil) por “Transtornos devido ao uso de álcool”, a maioria foi entre os homens (7,36 mil), praticamente, dez vezes mais do que o verificado com as mulheres (79).

A segunda principal CB de morte em percentual de risco (36,48%) foi a “Violência Interpessoal”⁵⁵, confirmando sua posição no nível global (25,19%). Esse percentual de risco (36,48%) representou 22,11 mil mortes, sendo que no período entre 1990 e 2010, verificou-se um aumento de mortes da ordem, praticamente, de 100%, conforme mostra a tabela 54 a seguir.

⁵⁵ De acordo com o GBD/2010, este tipo de CB capta situações de violência (ex.: o uso de arma de fogo), conforme Anexo I.

Tabela 56 - Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, Por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	22,11
2005	19,15
2000	16,77
1995	13,18
1990	10,24

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Desse total de mortes (22,11mil) ocorridas em 2010 por “Violência Interpessoal”, se observa que a maioria foi entre os homens com 21,57 mil óbitos, sendo este número é quase quatro vezes mais daquele ocorrido com as mulheres (54 mil) naquele ano.

No tocante à “Tuberculose”, a terceira CB de morte apurada com um fator risco de 19,89%, ela ocasionou a morte de 1,20 mil mortes em 2010, mesmo número verificado em 1990, conforme mostra a tabela 55 a seguir.

Tabela 57 - Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por "Tuberculose" no período: 1990/2010.

ANO	MORTE (Em mil) (*)
2010	1,20
2005	1,20
2000	1,29
1995	1,30
1990	1,20

Fonte: IHME / Search GBD Data. Elaboração própria.

(*) Valores aproximados

Finalizando esse estudo no âmbito do Brasil, pesquisamos⁵⁶ no ranking do *GBD/2010*, por ambos sexos e todas as idades, a principal CB de doença/lesão, associada ao uso de álcool, entre os três "grupos de Causas" para cada um dos indicadores: YLL's, YLD's e DALY's. Os dados revelaram que os "Transtornos devido ao uso de álcool", assim como já havia ocorrido na métrica relativa às "Mortes", foi a principal CB de cada um desses indicadores.

⁵⁶ Ferramentas do IHME utilizadas: Search e GBD Data Compare
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/search-gbd-data>
<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

3.2 Perfil de mortalidade da população brasileira por alcoolismo

Complementando essa análise que realizamos sobre a carga de doenças (*GBD/2010*), em nível global e no Brasil, julgamos ser importante conhecer qual foi esse perfil da mortalidade da população brasileira por alcoolismo naquele ano do citado estudo.

Para tanto, pesquisamos os óbitos ocorridos em 2010 por residência⁵⁷ - considerando o mesmo ano utilizado nos estudos sobre a carga de doenças no Brasil - junto à base de dados do SIM cujo processamento é feito pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, órgão subordinado ao Ministério da Saúde.

A declaração de óbito é um instrumento padronizado nacionalmente e como nosso foco de investigação são os óbitos advindos do uso e abuso de psicoativos devidos ao uso de álcool, utilizaremos como principal fonte de dados o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, pois o mesmo possui informações a respeito da temática a que nos propomos analisar, além de ser o sistema oficial de mortalidade utilizado no País.

Outra informação relevante utilizada no nosso estudo foi a utilização dos códigos definidos na Classificação Internacional de Doenças – CID na sua décima versão (CID-10) voltados para os “Transtornos Mentais e Comportamentais” (Capítulo V do CID 10) que agrega os diagnósticos referentes aos problemas de álcool, objeto desta tese.

Por último, cabe esclarecer que nas pesquisas realizadas junto ao SIM foram utilizadas as ferramentas⁵⁸ de tabulação de dados desenvolvidas pelo DATASUS, denominadas TABNET e TABWIN.

Inicialmente, para termos uma dimensão do quadro de mortes ocorridas no Brasil no ano de 2010, verificamos que esse total atingiu 1.136.947 óbitos. Deste total de óbitos, 326.371 (28,71%) foram referentes às “Doenças do

⁵⁷ Número de óbitos ocorridos, contados segundo o local de residência do falecido. Vide “Nota Técnica” do Datasus (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obt10descr.htm>) sobre o sistema SIM.

⁵⁸ Maiores detalhes sobre o uso dessas ferramentas (TABNET e TABWIN) podem ser obtidas no seguinte endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Aparelho Circulatório”, vindo em seguida as “Neoplasias” com 178.990 (15,74%) e as “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade”, em terceiro lugar, com 143.256 (12,60%). Em relação aos “Transtornos Mentais e Comportamentais – TMC’s” verifica-se que os mesmos tiveram uma participação de 1,12% (12.759) nesse total de mortes (1.136.947), considerando todos os “Capítulos” do CID 10 pesquisados, conforme mostra a tabela 56 abaixo.

Tabela 58 - Óbitos no Brasil em 2010 por Capítulo do CID-10

Capítulo	Óbito	% (*)
IX. Doenças do aparelho circulatório	326.371	28,71
II. Neoplasias (tumores)	178.990	15,74
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	143.256	12,60
X. Doenças do aparelho respiratório	119.114	10,48
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	79.622	7,00
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	70.276	6,18
XI. Doenças do aparelho digestivo	58.061	5,11
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48.823	4,29
VI. Doenças do sistema nervoso	25.303	2,23
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	24.519	2,16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	23.723	2,09
V. Transtornos mentais e comportamentais (TMC's)	12.759	1,12
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10.196	0,90
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6.284	0,55
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.541	0,40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.225	0,28
XV. Gravidez parto e puerpério	1.728	0,15
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	125	0,01
VII. Doenças do olho e anexos	31	0,00
TOTAL	1.136.947	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

(*) Valores aproximados

De acordo com o CID-10, esses TMC's se desdobram em "Grupos de Categorias" cujos códigos e respectivos diagnósticos variam de F00 a F99 e são apresentados a seguir.

- F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa;
- F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- F30-F39: Transtornos do humor (afetivos);
- F40-F48: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes;
- F50-F59: Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;
- F60-F69: Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
- F70-F79: Retardo mental;
- F80-F89: Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- F90-F98: Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e
- F99: Transtorno mental não especificado.

Conforme pode ser observado, a segunda faixa de códigos desses "Grupos de Categorias" é relativa ao uso de substância psicoativa (F10 - F19) que gerou 67,36% (8.595) do total de óbitos (12.759), observados entre os grupos de TMC em 2010 no Brasil, conforme destaca a tabela 57 a seguir.

Tabela 59 – Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC's), segundo os grupo de categorias do CID 10

Grupo de Categoria	Óbito	% (*)
F10-F19: Transt ment e comport dev ao uso subst. psicoativa	8.595	67,36
F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, incl. sintomáticos	2.890	22,65
F30-F39: Transtornos do humor (afetivos)	475	3,72
F20-F29: Esquizofrenia, transt. esquizotípicos e delirantes	300	2,35
F99: Transtorno mental não especificado	197	1,54
F70-F79: Retardo mental	162	1,27
F40-F48: Transt. neuróticos, relacion. stress e somatoformes	51	0,40
F50-F59: Síndr. Comport. assoc. disfunç. fisiológ. e fat. físicos	37	0,29
F80-F89: Transtornos do desenvolvimento psicológico	21	0,16
F90-F98: Transt compor e emoc q aparecem dur infânc adolesc	18	0,14
F60-F69: Transtornos da personalidade e do comport adulto	13	0,10
TOTAL	12.759	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

(*) Valores aproximados

Por sua vez, desmembrando esses códigos (F10-F19) dos “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativas”, conforme segue abaixo, vamos encontrar aqueles relacionados ao uso de álcool (F10).

- F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;
- F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides;
- F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
- F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;

- F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;
- F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
- F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo;
- F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
- F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Dessa forma, ao pesquisarmos esses códigos acima na base de dados do SIM, observamos a prevalência dos “Transtornos mentais e comportamentais devido uso álcool (F10)” em relação aos demais códigos, sendo o responsável por 55,44% do total de óbitos (12.759) ocorridos em 2010 no Brasil. Em seguida, aparecem a “Demência NE (F03)” e os “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo (F17)”, respectivamente, com 19,91 % e 9,10% desse total de mortes verificadas naquele ano.

É importante ressaltar que somente essas três categorias (F10; F03; e F17) foram responsáveis por mais de 85% das mortes ocorridas naquele ano cuja tabela 58 a seguir, mostra apenas um recorte desta situação encontrada, em que aparecem as dez primeiras categorias e a última do CID 10.

Tabela 60 - Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC's) por uso de substância psicoativa, segundo a categoria do CID-10 (F00-F99)

Categoria do CID 10	Óbito	% (*)
F10 : Transt. mentais comport. dev. uso álcool	7.073	55,44
F03: Demencia NE	2.540	19,91
F17: Transt mentais e comport dev uso de fumo	1.161	9,10
F32: Episodios depressivos	402	3,15
F01: Demencia vascular	270	2,12
F20: Esquizofrenia	252	1,98
F99: Transt mental NE em outr parte	197	1,54
F19: Transt ment comp mult drog out subst psicoat	163	1,28
F14: Transt mentais e comport dev uso da cocaina	131	1,03
F79: Retardo mental NE	120	0,94
...
...
...
F94: Transt func soc c/inicio infancia adolesc	1	0,01
Total	12.759	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

(*) Valores aproximados

Por outro lado, aprofundando essa nossa análise sobre os diagnósticos relacionados aos F10, o CID 10⁵⁹ recomenda o uso de caracteres complementares (secundários) que devem ser codificados quando o paciente tiver consumido qualquer tipo de droga psicoativa em quantidades suficientes que possam provocar:

- a) uma intoxicação - caractere: 0;
- b) efeitos nocivos à saúde - caractere: 1;
- c) a dependência - caractere: 2;
- d) ou outros transtornos - caracteres: 3 a 9.

⁵⁹ De acordo com o CID 10, o quarto caractere especifica o quadro clínico.

No caso dos problemas relacionados ao uso do álcool, temos o seguinte quadro de referência para fins de diagnóstico, definido pelo CID10:

- F10.0 - Intoxicação aguda;
- F10.1 - Uso nocivo para a saúde;
- F10.2 - Síndrome de dependência;
- F10.3 - Síndrome (estado) de abstinência;
- F10.4 - Síndrome de abstinência com delirium
- F10.5 - Transtorno psicótico;
- F10.6 - Síndrome amnésica;
- F10.7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia;
- F10.8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais; e
- F10.9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

Dessa forma, ao efetuarmos uma pesquisa sobre esses códigos no sistema SIM, mas agora utilizando o TABWIN⁶⁰, constatamos que a “Síndrome de dependência”, popularmente conhecido como “Alcoolismo”, representou em 2010, aproximadamente, 88% (6.199) do total das mortes (7.073) ocorridas somente por TMC devidos ao uso do álcool (F10), conforme mostra a tabela 59 a seguir.

⁶⁰ O TABNET não disponibiliza esse nível de informação para consulta.

Tabela 61 - Óbitos no Brasil em 2010 por TMC's devido ao uso do álcool, segundo o caractere do F10

Caractere do F10	Óbito
F10.0 Intox aguda	250
F10.1 Uso nocivo p/a saude	84
F10.2 Sindr de dependência	6.199
F10.3 Sindr de abstinencia	118
F10.4 Sindr de abstinencia c/delirium	86
F10.5 Transt psicotico	17
F10.6 Sindr amnesica	121
F10.7 Trans psicotico residual instalacao tard	32
F10.8 Outr transt mentais ou comport	13
F10.9 Transt mental ou comport NE	153
Total	7.073

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Em relação a esse o total de óbitos (6.199) verificados no Brasil em 2010 por alcoolismo (F10.2: Síndrome de dependência), Minas Gerais foi o estado prevalente com 979 mortes, cerca de 16% desse total, conforme mostra a tabela 60 a seguir.

Tabela 62 - Síndrome da dependência no Brasil em 2010 por UF

UF	Frequência
MG	979
SP	859
CE	560
BA	476
PR	476
RJ	396
RS	363
PE	329
GO	204
ES	164
SC	161
SE	148
PI	122
PB	122
DF	120
AL	118
MT	117
MS	104
MA	102
RN	99
PA	54
TO	44
AM	43
AC	17
RO	16
RR	3
AP	3
Total	6.199

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

No tocante ao gênero, a pesquisa que fizemos para este fim apontou que o sexo masculino (5.561) foi prevalente entre esses óbitos por alcoolismo (F10.2), quase 90% do total (6.199) daqueles verificados entre as mulheres (634), conforme mostra tabela 61 a seguir.

Tabela 63 - Síndrome da dependência no Brasil em 2010, por sexo

Sexo	Frequência
Masculino	5.561
Feminino	634
Total	6.199⁶¹

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Complementando esse perfil da mortalidade da população brasileira por alcoolismo (F10.2), pesquisamos este tipo de causa de morte por faixa etária e verificamos que o intervalo entre 40 e 49 anos foi a prevalente, sendo que a frequência entre 30 à 49 de idade, totaliza mais de 50% (3.522) do total (6.199) observado em 2010, conforme mostra a tabela 62 abaixo.

Tabela 64 - Síndrome de dependência no Brasil em 2010 por faixa etária

Faixa Etária	Frequência
< 01	1
15-19	10
20-29	204
30-39	1.004
40-49	1.864
50-59	1.658
60-69	909
70-79	385
80 e+	127
Ignorados ⁶²	37
Total	6.199

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

⁶¹ De acordo com o resultado da pesquisa que realizamos junto SIM, quatro (4) informações foram ignoradas pelo citado sistema.

⁶² Igualmente à tabela anterior, trinta e sete (37) informações foram ignoradas pelo sistema SIM.

Por outro lado, gostaríamos de chamar a atenção para os casos de internação (morbidade) decorrentes de TMC's devido ao uso do álcool (F10), ocorridos em 2010, em que foram pesquisados os mesmos diagnósticos (todos os caracteres do F10) e constatamos, igualmente aos óbitos, a prevalência de internações (47.760) voltadas para o alcoolismo (F10.2: Síndrome de dependência), a ponto de representar mais da metade (47.760) do total geral (82.370) ocorridas naquele ano.

Além disso, os dados dessa pesquisa revelaram também um número significativo de internações (8.352) voltadas para intoxicação aguda (F10.0), sugerindo um quadro de excesso de consumo de bebidas alcoólicas, possivelmente, típico dos casos de *binge drinking*. A tabela 63 abaixo mostra essa duas situações acima relatadas.

Tabela 65 - Internações no Brasil em 2010 por TMC's devido ao uso do álcool, segundo o caractere do F10

Caractere do F10	Internação
F10.0 Intox aguda	8.352
F10.1 Uso nocivo p/a saude	2.110
F10.2 Sindr de dependencia	47.760
F10.3 Sindr de abstinencia	6.918
F10.4 Sindr de abstinencia c/delirium	2.417
F10.5 Transt psicotico	9.792
F10.6 Sindr amnesica	346
F10.7 Trans psicotico residual instalacao tard	1.176
F10.8 Outr transt mentais ou comport	947
F10.9 Transt mental ou comport NE	2.552
Total	82.370

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Finalizando, diante desse perfil acima apresentado sobre o alcoolismo, entendemos ser de suma importância conhecer melhor esses casos que têm como porta de entrada a Estratégia da Saúde Família, mais conhecido como Programa Saúde Família – PSF, - vinculado à área de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

3.3 Alcoolismo no PSF

Entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, o Programa Saúde Família – PSF é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Como parte integrante dessas equipes multiprofissionais, vamos encontrar os Agentes Comunitários de Saúde – ACS's que, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, onde identificam a situação de saneamento e moradia, além dos problemas de saúde das famílias.

Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, cada município totaliza esses dados e os enviam, mensalmente, para os Estados que, por sua vez, os encaminham para o DATASUS para serem processados e consolidados na base de dados nacionais de saúde, através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Dentre esses dados, o SIAB disponibiliza diversas informações (ex.: Diabetes; Hipertensão;...) sobre a situação de saúde das famílias cadastradas no PSF, sendo que, especificamente, em relação aos casos cadastrados com problemas decorrentes do uso de álcool, observam-se as seguintes situações:

- **Alcoolismo**⁶³: Número de casos atuais da doença ou condições referidas pela família, por duas faixas etárias: 0 a 14 anos e 15 anos e mais. Não é necessária comprovação do diagnóstico;
- **Atendimento de usuário de álcool**: Consulta programada ou espontânea a pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado ao uso de álcool.
- **Hospitalização por Abuso Álcool**: número de indivíduos hospitalizados por abuso de álcool, independente da idade.

⁶³ Vide “Nota Técnica” do sistema SIAB / Situação de Saúde / Brasil no seguinte endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>

Para fins do nosso estudo, pesquisamos os últimos dados disponíveis (Julho de 2013) sobre os casos cadastrados como “Alcoolismo” disponíveis na base de dados do SIAB, segundo a Unidade da Federação – UF.

Inicialmente, na faixa de 0 a 14 anos, a pesquisa mostra que Minas Gerais foi a Unidade da Federação- UF prevalente, com um número de casos cadastrados superior em quatro vezes mais que o segundo colocado (Pernambuco), conforme mostra a tabela 64 a seguir.

Tabela 66 – Alcoolismo de 0 a 14 anos, segundo Unidade da Federação (UF)

UF	Julho / 2013
Minas Gerais	927
Pernambuco	208
Bahia	192
Ceará	163
São Paulo	129
Rio de Janeiro	125
Paraíba	70
Maranhão	57
Pará	48
Rio Grande do Norte	46
Goiás	45
Paraná	44
Piauí	40
Alagoas	35
Santa Catarina	32
Sergipe	27
Mato Grosso	21
Amazonas	21
Espírito Santo	21
Mato Grosso do Sul	18
Rio Grande do Sul	16
Tocantins	13
Roraima	9
Rondônia	7
Acre	6
Distrito Federal	6
Total	2.328

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB / Cadastramento Familiar

Posteriormente, pesquisando casos de alcoolismo cadastradas com mais de 15 anos, Minas Gerais se destaca, novamente, de acordo com os dados da tabela 65 a seguir.

Tabela 67 - Alcoolismo mais de 15 anos, segundo Unidade da Federação (UF)

UF	Julho / 2013
Minas Gerais	133.905
São Paulo	50.851
Bahia	47.531
Pernambuco	40.701
Ceará	36.545
Paraná	28.069
Rio Grande do Sul	20.044
Rio Grande do Norte	18.811
Espírito Santo	18.487
Rio de Janeiro	16.221
Paraíba	16.188
Goiás	13.913
Santa Catarina	13.580
Maranhão	10.174
Pará	9.452
Piauí	9.129
Alagoas	8.685
Sergipe	7.778
Distrito Federal	7.054
Mato Grosso	5.681
Mato Grosso do Sul	4.770
Amazonas	3.423
Tocantins	2.329
Rondônia	1.896
Acre	1.759
Amapá	648
Total	528.087

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) / Cadastramento Familiar

Em relação aos “Atendimentos de usuários de álcool” eles consistem em um conjunto de atividades desenvolvidas individualmente ou por meio de uma abordagem familiar, tais como ações de acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e

acompanhamento dos casos, além de referenciamento para a rede de assistência quando necessário. Inclui atendimentos realizados dentro e fora do espaço físico do serviço de saúde, como em visitas domiciliares, quando necessário. De acordo com a pesquisa que fizemos a respeito desses atendimentos, igualmente às outras pesquisas, Minas Gerais foi prevalente, conforme mostra a tabela 66 abaixo.

Tabela 68 - Atendimento ao Usuário de Álcool, segundo Unidade da Federação (UF)

UF	Outubro / 2013
Minas Gerais	8.745
São Paulo	3.963
Rio de Janeiro	3.656
Paraná	3.617
Bahia	3.242
Pernambuco	2.514
Santa Catarina	1.937
Rio Grande do Sul	1.634
Pará	1.565
Ceará	1.508
Maranhão	1.262
Goiás	1.209
Paraíba	1.016
Rio Grande do Norte	909
Espírito Santo	839
Piauí	757
Alagoas	715
Amazonas	578
Mato Grosso	569
Mato Grosso do Sul	568
Sergipe	495
Distrito Federal	428
Tocantins	349
Rondônia	243
Acre	16
Roraima	6
Total	42.340

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) / Produção e Marcadores para Avaliação - PMA Complementar

Por último, no tocante às “Hospitalizações pelo abuso de álcool”, Minas Gerais prevalece em relação às outras Unidades da Federação, conforme mostra os dados da tabela 67 abaixo.

Tabela 69 - Hospitalizações pelo abuso de álcool, segundo Unidade da Federação (UF)

UF	Outubro / 2013
Minas Gerais	1.034
Paraná	396
São Paulo	278
Bahia	223
Rio Grande do Sul	187
Santa Catarina	119
Ceará	100
Goiás	95
Pará	87
Rio de Janeiro	76
Pernambuco	75
Maranhão	64
Paraíba	48
Piauí	45
Mato Grosso do Sul	41
Espírito Santo	37
Rio Grande do Norte	32
Tocantins	27
Alagoas	27
Sergipe	25
Mato Grosso	19
Rondônia	8
Amazonas	6
Acre	3
Roraima	2
Distrito Federal	2
Total	3.056

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) / Situação de Saúde

Concluindo, nos preocupa o número de casos (528.087) de alcoolismo com mais de 15 anos de idade, uma vez que os dados pesquisados dizem respeito à Junho de 2013. Vemos que sua tendência é de crescimento, devendo até mesmo superar aquele observado em 2012 que alcançou 561.462 casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de bebidas alcoólicas é um fenômeno antigo cuja aceitação social na atualidade, - dependendo do padrão de consumo (número de doses), frequência e circunstâncias -, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo.

A literatura tem mostrado que o alcoolismo é uma doença cuja dependência leva o seu usuário a um quadro de deterioração, não somente de sua saúde, mas também nas relações com seus familiares, no seu trabalho e no círculo social, constituindo-se em um dos principais problemas da nossa sociedade.

O alcoolista exige acompanhamento e tratamento psicoterápico e medicamentoso e muitos apresentam distúrbios psiquiátricos ou sofrem de sintomas de abstinência quando param de beber, consequência da dependência física do uso de álcool.

Por outro lado, é importante ressaltar que mesmo sem ser dependente do álcool, uma pessoa que consome bebida alcoólica pode ter complicações tão ou mais sérias que os alcoolistas.

Assim, quando uma pessoa consome bebida alcoólica, mesmo que não constantemente, mas de maneira abusiva, ela pode estar sujeita, além de problemas de intoxicação, a contrair doenças (ex.: alcoolismo) ou ter problemas de lesões (ex.: acidentes de trânsito), levando-a, até mesmo, em qualquer dessas situações, a gerar óbito.

Neste sentido, apesar das evidências mostrarem os sérios problemas que o consumo de bebidas alcoólicas pode trazer à saúde das pessoas, o que se observa é uso maciço da propaganda, por parte das indústrias desse ramo de negócios que a utiliza como um poderoso aliado com o objetivo de influenciar as pessoas, principalmente os jovens, na preferência a consumir seus produtos, a ponto de investir significativos recursos financeiros em peças comerciais.

Esse interesse pelos jovens reside no fato de que para eles, a bebida representa um ritual de sociabilidade, podendo se constituir em uma posição de auto-afirmação frente aos amigos, além de que nos grupos, ela também pode

ser um fator de aproximação e de identificação entre seus membros. Dessa forma, verifica-se o desenvolvimento de propagandas especialmente desenhadas para atraí-los, como no caso das cervejas, associando-as à juventude, geralmente, em situações de lazer, festa e esporte, que privilegiam aparências e relacionam beleza com juventude. Na prática, o jovem, mais do que um público-alvo, passa a ser um capital simbólico, reelaborado nas propagandas de álcool (ABRAMOVAY, 2005, pg. 42).

Dessa forma, observa-se que, no interior do modo de produção capitalista, a propaganda que favorece o consumo manipulado passa a orientar as vendas, acelerando o tempo de giro do capital, ao mesmo tempo em que diminui o tempo de circulação da mercadoria (bebida), tornando mais rápido a transformação do seu valor de troca em dinheiro ou seja em outra mercadoria, segundo Marx.

Além disso, verificamos alguns movimentos estratégicos dessas indústrias em busca de maior lucratividade em que gostaríamos de chamar a atenção para quatro deles. O primeiro passa por uma produção diversificada de bebidas alcoólicas, como forma de atender os diferentes perfis de consumidores. Como exemplo dessa situação, recentemente, o mercado lançou as cervejas especiais⁶⁴, seguindo uma tendência de mercado de oferecer de produtos com maior valor agregado, cujas margens de lucro, segundo o Portal Giro News⁶⁵, variam entre 6 a 10%, enquanto que a cerveja comum não ultrapassa os 2%.

O segundo movimento é na linha das cervejas em lata que, invariavelmente, por ocasião dos grandes eventos (ex.: *Rock in Rio*), se observa o lançamento de novas embalagens que no intuito de reforçar a imagem de suas marcas, acabam na realidade fomentando um consumo

⁶⁴ De acordo com Brasil Kirin, as cervejas especiais utilizam matérias primas de melhor qualidade, sem aditivos químicos e priorizam o cuidado na fabricação. Esse produto tem sabor característico e único para cada estilo, para cada marca. As cervejas especiais possuem também peculiaridades em relação à temperatura, tendo cada uma o seu nível ideal, para que todas as propriedades (sabor e aroma) sejam identificados e aproveitados. Acesse: <http://www.gironews.com/cervejas-especiais/cervejas-especiais-mercado-nao-para-de-crescer-21163/>

⁶⁵ Acesse: <http://www.gironews.com/cervejas-especiais/o-crescimento-da-categoria-e-irreversivel-21165/>

desenfreado, principalmente junto aos jovens, apesar dos apelos do tipo “beba com moderação”.

O terceiro diz respeito ao volume de vendas de bebidas alcoólicas proporcionado pela concentração de pontos de vendas formado, geralmente, por um conjunto de bares/restaurantes, constituindo-se em verdadeiros “**clusters etílicos**”. Esses pontos de vendas, mesmo em dias de pouca frequência (início da semana), realizam promoções chegando a oferecer, por exemplo, uma rodada dupla de chopp ao preço de um. Na prática, pouco se observa em relação de aplicação de medidas que restrinjam, espacialmente e temporalmente, a criação desses pontos de venda, especialmente, por parte dos governos municipais.

O último, de forma permanente, decorre de uma forte articulação (*lobby*) que se constata por parte dos empresários desse setor de negócios junto aos congressistas para a aprovação de projetos. Um exemplo mais recente deste tipo de movimento, resultou no Decreto Nº 7.783, de 7 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012) que regulamenta a Lei Geral da Copa em que dentre outras medidas aprovadas, prevê a permissão de vendas de cervejas nos estádios de futebol (“Arenas”) durante a Copa do Mundo de 2014. Esta medida contraria o Estatuto do Torcedor que veda a venda e o consumo de bebidas alcoólicas nos estádios.

Neste contexto, ainda, se verifica outro projeto (Projeto de Lei nº 2693/2011) de interesse de empresários ligados ao setor de vinhos e que se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados. Ele trata sobre a regulamentação da produção e a comercialização de vinho colonial em todo território nacional.

O vinho colonial, segundo o mencionado projeto, é definido como aquele elaborado de acordo com as características e peculiaridades culturais, históricas e sociais da agricultura familiar, principalmente nos estados da região Sul do Brasil. Entretanto, não é difícil prever que o objetivo é outro, ou seja, depois de aprovado o mencionado projeto deverá ser adequado à Lei nº 9.279/96 (BRASIL, 1996) que trata sobre a “Indicação Geográfica”.

De acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - SEBRAE⁶⁶, ao conferir a “Indicação Geográfica” a um produto ou serviço se estabelece uma ligação entre as suas características e a sua origem, criando um fator diferenciador em relação aos demais concorrentes, porventura, disponíveis no mercado, tornando-o mais atraente e confiável, além do que essa indicação só poderá ser utilizada pelos membros daquela localidade que produzem ou prestam serviço de maneira homogênea.

Além dos ramos da cerveja e do vinho, não podemos esquecer o da cachaça⁶⁷ cujo consumo no Brasil perde apenas para a cerveja, sendo o nosso país, o maior e mais importante produtor e exportador desse produto. Parte desse sucesso da cachaça vem do consumo da caipirinha pelos estrangeiros que nos visitam e divulgam lá fora, além do Programa Brasileiro de Desenvolvimento da Cachaça - PDAC⁶⁸, desenvolvido pela Associação Brasileira de Bebidas – ABRABE que em associação com a Agência de Promoção da Exportação – APEX buscam ampliar sua inserção no mercado nacional e internacional. Neste sentido, comenta-se no mercado⁶⁹ que existe um movimento por parte da multinacional Distell (sul-africana) que estaria negociando com a IRB Tatuzinho, a aquisição da marca Velho Barreiro. Esse movimento, aliás, já vem acontecendo desde 2011 quando a Campari (italiana) comprou a Sagatiba e no ano passado, o grupo Diageo (britânico) adquiriu a Ypióca.

Toda essa situação acima exposta preocupa, ainda mais, quando vemos o Estado mais empenhado em arrecadar recursos pela aplicação de impostos junto à cadeia produtiva dessas indústrias de bebidas alcoólicas (cerveja,

⁶⁶ Acesse: http://www.sebrae.com.br/customizado/inovacao/acoes-sebrae/consultoria/indicacao-geografica/123-06-o-que-e-indicacao-geografica/BIA_12306

⁶⁷ De acordo com o SEBRAE, existem dois tipos da bebida: a caninha industrial e a cachaça artesanal de alambique, ambas com teor alcoólico de 38% a 54%. Mais detalhes, consulte: http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/Repositorio/ESTUDO_SEBRAE_cachaca_000fjd7aiji02wyiv809gkz514kr8pf2.pdf

⁶⁸ Foi criado em 1997, com o intuito de aperfeiçoar o processo produtivo da cachaça, sua uniformização, padronização e melhoria da qualidade, de modo a valorizar esse produto.

⁶⁹ Vide coluna “ Negócios & Cia” de Flavia Oliveira. Caderno Economia do jornal “O Globo” de 18 /12/ 2013.

vinho, cachaça,...) e menos comprometido com os problemas da área da saúde em geral.

Neste sentido, como parte do modelo assistencial de saúde em vigência, o Sistema Único de Saúde - SUS é o responsável pelas ações e serviços de saúde que são realizados no Brasil que seguem os seguintes princípios: universalização, regionalização, hierarquização, acessibilidade, equidade, participação e integralidade das ações. No caso do atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, grande parte é realizado no âmbito da Atenção Básica, através do Programa Saúde Família, implantado na maioria dos municípios brasileiros.

Outro sistema desse modelo assistencial do SUS, e que atua de forma complementar ao SUS, é o sistema privado denominado de saúde suplementar, representado pelas operadoras de planos de assistência médica.

Esse modelo de atenção, adotado na saúde suplementar, de uma maneira geral, caracteriza-se por uma prestação de serviços centrado em uma assistência médico-hospitalar especializada cujos procedimentos de alta complexidade demandam alta tecnologia em que poucos têm acesso devido aos altos custos desses planos.

Por outro lado, em função de um quadro deficitário de profissionais, especialmente, de médicos, - em que o Ministério da Saúde, recentemente, implantou o programa “Mais Médicos”-, verifica-se que muitas pessoas em busca de um atendimento digno e a contento no SUS, acabam adquirindo planos de saúde, dito populares. Ofertados pelas operadoras a preços acessíveis, no entanto, esses planos, igualmente, à rede pública, apresentam problemas de acesso aos seus serviços até mesmo para fazer um simples exame de rotina (ex.: sangue).

Contraditoriamente se observa que, apesar da baixa qualidade dos péssimos serviços que oferecem aos seus beneficiários, essas operadoras de plano são duplamente beneficiadas. Primeiro, pela falta de uma atuação mais rigorosa por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, agência reguladora responsável por esse setor. Segundo, pela renúncia fiscal em saúde

(gasto tributário) em que o Estado⁷⁰ deixa de recolher os impostos devidos, permitindo aos contribuintes a dedução dos gastos com planos e serviços privados de saúde.

Segundo o IPEA⁷¹, em 2011, esses gastos alcançaram R\$ 16 bilhões, equivalente a 22,5% dos R\$ 70 bilhões direcionados pelo governo federal à Saúde Pública naquele ano. Desse valor (16 bilhões), as deduções pagas aos planos de saúde foram da ordem de R\$ 7,8 bilhões.

Quando comparamos os valores das deduções pagas as operadoras em 2011 (7,8 bilhões) com o ano de 2003⁷² (3,1 bilhões, aproximadamente), observa-se um aumento desse tipo de isenção de mais de 100% nos gastos tributários com a saúde no período considerado.

Por último, soma-se a essa oferta caótica de serviços público/privado na área da saúde, as Organizações Sociais - OS's que foram criadas no bojo do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado com a finalidade de gerirem os serviços não exclusivos do Estado.

Entretanto, o que se vê é que essas OS's que atuam na área de saúde, invariavelmente, aparecem no noticiário envolvidas em escândalos, principalmente, em municípios de pequeno porte.

Esta situação decorre do fato de que essas prefeituras contratam esse tipo de organização, através de convênios / contratos, com os recursos federais recebidos do Ministério da Saúde com a finalidade de gerirem a saúde local, mas na prática, não fazem devido o monitoramento da prestação de contas dessas OS's, proporcionando, com isso, os mais diferentes tipos de irregularidades.

É importante ressaltar, ainda, no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado, que a proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, sob o falso pretexto de prestar um melhor atendimento aos cidadãos, na realidade

⁷⁰ De acordo com a coluna de Ancelmo Goisdo jornal "O Globo" de 02/01/2014, cada brasileiro contribui com R\$1,6 mil por ano para bancar os benefícios fiscais concedidos pelo governo, segundo dos economistas Érica Diniz e José Roberto Afonso da FGV.

⁷¹ O dado foi divulgado na Nota Técnica do IPEA - Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011.

⁷² Vide Tabela 3 (pg 5) da referida Nota Técnica do IPEA: "Participação Percentual, Gasto Tributário Saúde e Gasto Tributário Plano de Saúde - 2003-2011 (Em R\$ milhões)".

visava transformar os hospitais públicos em “Fundação Estatal”, igualmente de direito público, como um desdobramento das OS's.

Esse projeto com o tempo acrescentou outros segmentos (ex.: Educação) do Estado e, atualmente, encontra-se parado no Congresso Nacional⁷³. O detalhe que chama atenção nesse projeto é que esse tipo de fundação não será submetido ao regime da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por outro lado, visando melhorar as condições de saúde da população, vamos encontrar as políticas públicas de saúde que no Brasil se orientam desde 1988, quando a Constituição Federal determinou que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Neste sentido cabe ressaltar que no Brasil, anteriormente a esse marco constitucional, produziu-se, historicamente, uma importante lacuna em relação à questão das drogas, deixando-a para as instituições da justiça, segurança e associações religiosas. A falta de uma presença mais efetiva do Estado possibilitou a disseminação em todo o país de alternativas de tratamento, tendo como principal objetivo a ser alcançado: a abstinência.

Somente, então, a partir da criação do SUS é que foi possível reorganizar as práticas da atenção à saúde e substituir o modelo centrado na referência hospitalar, estabelecendo-se com isso, as condições institucionais para a implantação das “Políticas Públicas de Saúde” que, especificamente, em relação às questões decorrentes do consumo de álcool, destacamos nesse nosso estudo: a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”; a “Política Nacional de Promoção da Saúde”; e, por fim, a “Política Nacional sobre o Álcool”.

Complementarmente às observações que fizemos no segundo capítulo sobre cada uma dessas “Políticas”, entendemos que haja um ponto comum entre elas e que se traduz em uma preocupação do Ministério da Saúde – MS ao adotar o conceito de redução de danos⁷⁴ que na verdade, visa minimizar os riscos à saúde, decorrentes do consumo de álcool.

⁷³ Projeto de Lei Complementar 92/2007

⁷⁴ Na “Política Nacional da Promoção da Saúde” essa redução de danos está implicitamente colocada no seu “Objetivo Geral” quando diz o seguinte: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e **riscos à saúde** (grifo nosso)...”.

Em decorrência desse nosso entendimento, julgamos que não podemos ter uma visão reducionista do fenômeno do consumo de álcool, restringindo-o somente à questão da doença, ou seja, o alcoolismo, sem olhar os outros riscos à saúde que envolvem o consumo de bebidas alcoólicas.

Além disso, partindo da premissa de que a distribuição das doenças associadas aos fatores de risco na população é a expressão de uma realidade socialmente determinada, impõe-se como condição de fundamental importância o conhecimento da sua magnitude, conforme, em parte, mostrou o estudo que fizemos a respeito da carga de doenças, especialmente, no Brasil.

Neste sentido, em complemento aos comentários pontuais que fizemos sobre os resultados apurados nessa nossa análise, tanto no nível global quanto no Brasil, gostaríamos de destacar três aspectos de cunho geral sobre esse estudo voltado para a carga de doenças.

Primeiramente, sobre as principais CB's (doenças e lesões) de mortes, associadas ao uso de álcool, segundo o recorte feito por este autor para este estudo, observa-se que os "Transtornos devidos ao uso de álcool" ficou em primeiro lugar os resultados obtidos em ambos os níveis (global e Brasil) e todos os "Grupo de Causas" com um percentual de risco de 100% nos casos de definidos no CID – 10 como F10 ("Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool").

A faixa de idade⁷⁵ desses óbitos por "Transtornos devidos ao uso de álcool" de acordo com o *GBD/2010*, considerando todos os sexos e idades, no nível global foi entre 45 a 49 anos, enquanto no Brasil ocorreu no intervalo de 40 e 44 anos.

Apesar de não constar da lista (Anexo II) das CB's, além dos F10, o citado estudo faz referência aos seguintes casos: "Envenenamento (Intoxicação) acidental por exposição ao álcool (X45)" e a "Síndrome fetal alcoólica (Q 86.0)". Sobre este último, cujo assunto é pouco abordado nas intuições de saúde no Brasil, o seu diagnóstico é usado para descrever o dano sofrido por alguns fetos, quando a mãe ingere bebidas alcoólicas durante a gravidez, levando a futura criança a ter problemas (ex.: dificuldade de concentração, deficiência mental, disformismo facial,...).

⁷⁵ Pesquisa feita junto Search GBD Data e GBD Cause Patterns.

O segundo aspecto que gostaríamos de ressaltar refere-se à análise sobre a CB de morte, associada ao uso de álcool, por cada “Grupo de Causas”, cujos dados apurados na pesquisa, coincidentemente, mostram que elas são iguais nos três grupos, tanto no âmbito global quanto no Brasil, diferenciando apenas no tocante ao percentual de risco.

Neste sentido, com exceção dos “Transtornos devidos ao uso de álcool”, o segundo maior percentual de risco verificado foi o da “Violência Interpessoal”, sendo 25,19%, globalmente, e 36,48% no nosso país. Além disso, ao analisarmos a CB de morte de cada “Grupo de Causa”, sem o uso de álcool, no Brasil, a “Violência Interpessoal”, igualmente, foi destaque do grupo “Lesões (Causas Externas)”.

Reforçando essa questão, segundo o MS (2013) em 2010, as causas externas no Brasil ocupavam a terceira posição entre as mortes da população total e a primeira posição entre óbitos de adolescentes (de 10 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 39 anos).

Ainda de acordo com o MS (2013), o incremento da mortalidade por violências e acidentes, assim como do número de internações e de sequelas devido, principalmente, a homicídios, acidentes de transporte terrestre e quedas têm contribuído significativamente para a redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens, e da qualidade de vida da população.

Dessa forma, entendemos que a “Violência Interpessoal” mereceria por parte das autoridades públicas de saúde no Brasil uma melhor atenção, uma vez que desde 1990, o seu percentual de risco que era de 25,10% não parou de crescer, sendo que em 2010 alcançou 36,48%, conforme apuramos em nosso estudo.

Por fim, o terceiro aspecto de caráter propositivo, primeiramente, no nosso entendimento, passa pela conscientização do Ministério da Saúde, dos gestores públicos da área da saúde e dos conselhos de saúde (estadual e municipal) sobre a importância desse tipo de estudo e a sua realização, regular, em nosso país, envolvendo instituições com a devida *expertise* no assunto, como é o caso da Fiocruz. Em segundo lugar, também se faz necessário que se promova uma maior desagregação das informações nas bases de dados dos sistemas geridos pelo DATASUS visando conhecer melhor a realidade de saúde, especialmente, nos níveis distritais (municípios) e até

mesmo, nos bairros. Por último, é importante também que se desenvolva uma cultura de disseminação das informações geradas por esse tipo de estudo junto aos gestores públicos de saúde e conselhos de saúde (estadual e municipal), mostrando a importância das mesmas no dia-a-dia dos seus trabalhos.

Em relação à pesquisa que fizemos sobre as mortes por “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool” em 2010 no Brasil, segundo objeto específico do nosso estudo, vemos com preocupação os números levantados em 2010 tanto no tocante aos óbitos gerados pelo alcoolismo (F10.2 - Síndrome de Dependência) quanto em relação aos casos de internações ocorridos naquele ano pesquisado (2010) por essa doença, além dos casos de internação por intoxicação aguda (F10.0).

Entendemos que as pessoas ao serem internadas por intoxicação aguda, deveriam ter sua alta condicionada à realização de uma breve entrevista com o objetivo de esclarecê-las sobre os riscos de doenças que estão correndo ao consumirem bebidas alcoólicas. Este cadastro inicial, poderia ser um primeiro passo em direção de uma ação mais concreta em direção de uma ação mais específica (ex.: rastreamento⁷⁶ populacional) para o acompanhamento dessas e outras pessoas com problemas de uso de álcool.

Por último, chama-nos a atenção os casos de alcoolismo do PSF registrados nas base de dados do DATASUS com o mencionado termo, sugerindo que os todos sejam problemas de dependência. Neste sentido, entendemos ser importante uma revisão do sistema SIAB no tocante aos seus códigos atuais, observados aqueles definidos pelo CID 10, de modo que possam melhor refletir os diagnósticos prescritos para casos relacionados ao uso de álcool.

Finalizando, não obstante ao esforço que realizamos para a conclusão desta tese, reconhecemos que algumas questões não foram devidamente aprofundadas como é o caso de ter pesquisado um maior número de causas de mortes (CB) por cada “Grupo de Causa”. No entanto, gostaríamos de ressaltar que o conhecimento sobre a distribuição da carga de doenças e dos

⁷⁶ Rastreamento consiste na realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado (GATES, 2000).

fatores de risco na população, como expressão de uma realidade socialmente determinada, é de fundamental importância na elaboração do planejamento e na avaliação de ações que visem atenuar os problemas decorrentes, por exemplo, do consumo de bebidas alcoólicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, Mary Garcia. **Drogas nas escolas: versão resumida**. Brasília: UNESCO, Rede Pitágoras, 2005;
- ABREU A. M.M; LIMA, J.M.B; GRIEP, ROSANE H. **Acidentes de Trânsito e a Frequência dos Exames de Alcoolemia com Vítimas Fatais na Cidade do Rio de Janeiro**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; Rio de Janeiro (RJ), v.13, n.1, p. 44-50. 2009.
- ABRUCIO, F. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente**. Projeto Resenhas Bibliográficas, ENAP. Brasília 1996;
- ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia sem números**. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. **Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil**. Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004;
- AKERMAN M. et al. 1994. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 28. 1994.
- AMBEV. **Sítio da Companhia de Bebidas das Américas (Ambev)**. Disponível em: <<http://www.ambev.com.br/pt-br/a-ambev/institucional/a-ambev>>. Acesso em: 09/11/2012.
- ANDRADE et al. Padrões de consumo de álcool e problemas de beber pesado no Brasil. In Andrade AG.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri. Minha Editora.2009. cap.5, p. 103-122. 2009.
- ARTIGONAL. **A Influência da Publicidade no Consumo de Bebidas Alcoólicas**. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/publicidade-artigos/a-influencia-da-publicidade-no-consumo-de-bebidas-alcoolicas-999231.html>>. Acesso em: 09/11/2010. 2009
- AYRES, J. R. de C.M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa da Edição, 1996. Edição eletrônica. 1996.
- AZEVEDO, S.; ANDRADE, L. A. G. . A reforma do Estado e a questão federalista: reflexões sobre a proposta de Bresser Pereira. In: DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio de (Org.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

BARROS, M. A. **Os profissionais do programa saúde família frente ao uso, abuso e dependência de drogas**. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006.

BERTOLETE, J. M. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. (Orgs.), **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. pp.131-138.

BOUGNOUX, D. **Introdução às ciências da informação e da comunicação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

BOTT, K.; MEYER, C.; RUMPF, H. J.; HAPKE, U.; JOHN, U. **Psychiatric Disorders Among At-risk Consumers of Alcohol in the General Population**, in J. Stud. Alcohol, v. 66, n. 2, p. 246-53. 2005.

BRAGA, J. C. ; GOES DE PAULA, S. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. CEBES-HUCITEC, Rio de Janeiro-São Paulo, 1978, 226 p. 1978.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 378, DE 13 de Janeiro de 1937**. Nova Organização do Ministério da Educação e Saúde Pública. 1937.

_____. Presidência da República. **Lei nº 1.920 de 25 de Julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde. 1953.

_____. Presidência da República. **Lei nº 6229, de 17 de Julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. 1975.

_____. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 200 de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. 1967.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Decreto nº 86.329, de 02 de Setembro de 1981**. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP. 1981.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 1990a.

_____. Ministro da Saúde. Portaria nº 224/GM de 29 de Janeiro de 1992. **Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em Psiquiatria**. 1992.

_____. Presidência da República. [Lei nº 9.279 de 14 de Maio de 1996](#). **Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial**. 1996.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.637, de 15 de Maio de 1998. **Lei base para a qualificação de entidades como organizações sociais.** 1998.

_____. **Constituição da República do Brasil de 1988**: art. 196 / Seção II. 1988.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de Setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

_____. Ministro da Saúde. Portaria n.º 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III.** MS, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 604p. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 30 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde (2006). Portaria GM/MS nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006.** 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM de 30 de Março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (1997). **Portaria nº 1882/GM de 18 de Dezembro de 1997.** Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde (1999). Portaria GM/MS nº 1.399 de 15 de Dezembro de 1999. **Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS.** 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001). Portaria GM/MS n.º 95 de 26 de Janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). Portaria GM/MS n.º 373 de 27 de Fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Portaria n.º 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. **Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). **Portaria GM/MS n.º 816 de 30 de Abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2002.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Portaria n.º 2.197/GM de 14 de outubro de 2004. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). Portaria GM/MS n.º 399 de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006**. 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). Portaria n.º 648/GM de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional sobre o Álcool**. Decreto n.º 6.117 de 22 de maio de 2007. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (2009). **Portaria n.º 1.190, de 04 de Junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (2010). **Portaria nº 2.841 de 20 de Setembro de 2010**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (2011). **Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. **Boletim Epidemiológico**. Volume 43, nº 99, 2013. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde/ MS. Brasil. 2013. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (2012). **Resolução CIT nº 04 de 19 de Julho de 2012**. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). **Resolução CIT nº 05 de 19 de Junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 – 2015. 2013.

_____. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, Seção II: **Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. COAP. 2011.

_____. Presidência da República. [Decreto nº 7.783 de 7 de Agosto de 2012](#). Regulamenta a Lei nº 12.663, de 5 de junho de 2012, que dispõe sobre as medidas relativas à Copa das Confederações FIFA 2013, à Copa do Mundo FIFA 2014 e à Jornada Mundial da Juventude - 2013. 2012.

BRASÍLIA. **Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre Álcool**. Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre álcool. 28 a 30 de novembro de 2005 em Brasília. Disponível em: [<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326984.pdf>](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326984.pdf). Acesso em: 12 de maio de 2013. 2005.

BREWER, R. D.; SWAHN, M. H. Binge drinking and violence. **JAMA**, v. 294, p. 616-618, 2005.

BREILH, J. **El genero entre fuegos: iniquidad y esperanza**. Quito: CEAS, 1996.

BRESSER PEREIRA. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Brasília: MARE/ENAP. 1996.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (Org.). **Reforma do Estado e Administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998;

BUSS, P.; FILHO, P. A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARLINI EA, GALDURÓ JCF, NOTO AR, NAPPO SA. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002. p. 480-2. 2002.

CASTELLANOS, P. L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais**. In: BARATA, R. B. (org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.

CASTIGLIONI, A. **A history of medicine**, 2. ed. New York: Alfred A. Knopf, 1958.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001** / E. A. Carlini et al. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006.

COALE; GUO. Revised regional model life tables at very low levels of mortality. **Population Index**, v. 55, n. 4, p. 613-643, 1989.

COHN A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 2003.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília, 1976.

CORDEIRO, H. **As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica.** Rio de Janeiro: Graal.1984.

_____. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri Editorial. 1991.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político.** Nova edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CUNILL GRAU, Nuria. **Repensando lo público a través de la sociedad: Nuevas formas de gestión pública y representación social.** Venezuela, CLAD/ Nueva Sociedad, 1997.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health.** Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: População total residente no Brasil em 2012.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: Percentual de incremento médio anual, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: Proporção de idosos em 2012, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABWIN. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: Anos de vida esperados em 2012, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: População analfabeta (15 a e+) em 2010, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: Renda média domiciliar per capita, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: População com renda menor que 1/2 SM em 2010, segundo a Região.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012. **Indicadores básicos de Saúde: Percentual da taxa de desemprego (16**

anos e +) em 2010, segundo a Região. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos por “Doenças Transmissíveis” em 2011, segundo a Região. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos por “Doenças Isquêmicas do Coração” em 2011, segundo a Região. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos por “Homicídios” em 2011, segundo a Região. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Taxa de incidência de Tuberculose (todas as formas), em 2012, segundo a Região. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Taxa incidência de Hanseníase em 2012, 2012, segundo a Região. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Médicos por 1.000 habitantes, segundo a Região. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: População. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos no Brasil em 2010 por Capítulo do CID-10. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC's), segundo os grupos de categorias do CID 10. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos no Brasil em 2010 por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC's) por uso de substância psicoativa,

segundo a categoria do CID-10 (F00-F99). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Óbitos no Brasil em 2010 por TMC's devido ao uso do álcool, segundo o caractere do F10. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Síndrome da dependência no Brasil em 2010 por UF. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Síndrome da dependência no Brasil em 2010 por sexo. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Síndrome de dependência no Brasil em 2010 por faixa etária. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Alcoolismo de 0 a 14 anos, segundo Unidade da Federação (UF). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Alcoolismo mais de 15 anos, segundo Unidade da Federação (UF). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Atendimento ao Usuário de Álcool, segundo Unidade da Federação (UF). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. TABNET. IDB/2012.
Indicadores básicos de Saúde: Hospitalizações pelo abuso de álcool, segundo Unidade da Federação (UF). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013.

DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. "Estatísticas do DENATRAN-2010"- Disponível em: <<http://www.portaldotransito.com.br/estatisticas/estatisticas-do-denatran.html>>. Acesso em 10/11/2012. 2010.

DILULIO JR., J. J.; NATHAN, R. P. (orgs). **Making Health Reform Work.** Washington: The Brookings Institution. 1994.

DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio de (Org.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

DOUGLAS, Mary; ISHERWOOD, Baron. **O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo**. Rio de Janeiro: UFRJ. 2004.

DUALIBI, S. et. al. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. **Am J Public Health**, v. 97, n. 12, p. 2276-280, 2007.

ELLISON, R. C., & MARTINIC, M. (2007). **The harms and benefits of moderate drinking: findings of an international symposium**. Elsevier Monograph Series. 2007.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, v. 1, 1058–1061. 1976.

_____. et al. **A política do álcool para o bem comum**. Tradução: Gisele Kleim. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FARIA, C. A. P. .Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-19, fev. 2003.

FEATHERSTONE, M. **O desmanche da cultura: globalização, pós-modernismo e identidade**. São Paulo: Studio Nobel, 1995.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas** (IPEA), v. 21, p. 211 – 259, Jun. 2000. 2000.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. **Am Fam Physician**, United States, v. 63, n. 3, p. 513-522, 2000.

GELINSKI, C.R. Ortiz G; SEIBEL, E. J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, abr./out. 2008. Disponível em: http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch42/RCH42_artigo_10.pdf. Acesso em: 17 Abr. 2013.

GOBERT, B.; MULLER, P. **L'État en action: politiques publiques et corporatismes**. Paris: PUF. Paris. 1987.

GUIMARÃES, J. J. L.; FISHMANN, A. Desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados no Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, em 1980. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 65, n.1, p.19-38. 1986.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann lark. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HOUSE, James et al. Social stratification, age, and health. In: SCHAE, K. W.; BLAZER, D.; HOUSE, J. S. **Ageing, health behaviors, and health outcomes**. Hillsdale, Erlbaum. 1992.

_____. The social stratification of aging and health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, p. 213-234.1994.

_____. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In: SMEDLEY, Brian D.; SYME, S. Leonard. **Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research**. Washington, National Academy Press. 2000.

_____. Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course. **Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences**, 60B, Special Issue II, p. 15-26, 2005.

HURST, P. M.; HARTE, W. J.; FIRTH, W. J. **The Grand Rapids dip revisited**. **Accident Analysis and Prevention**, v. 26, p. 647-654, 1994.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes em geral (Global) no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes em geral (Global) em 2010, por sexo**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes em geral (Global) em 2010, por grupo de causas**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes em geral (Global) por grupo de causas no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes em geral (Global) por grupo de causas no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Principal Causa Básica (CB) de morte (Global) em 2010, sem uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração" no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)" no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes (Global) em 2010, sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)", segundo o sexo.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), sem uso de álcool, por "Quedas", no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Posição do fator do uso de álcool no ranking (Global) em 2010, por métrica.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes (Global) em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool (Global) em 2010, por grupo de causas.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Principal causa básica (CB) de morte (Global) em 2010, associada ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por "Transtornos devido ao uso de álcool" no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por "Violência Interpessoal" no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), associadas ao uso de álcool, por "Tuberculose", segundo o ano.**

Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes em geral no Brasil no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes em geral no Brasil em 2010, por grupo de causas**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes em geral no Brasil, por grupo de causas no período: 1990 / 2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, sem uso de álcool, por grupo de causas**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por "Doença Isquêmica do Coração" no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por "Infecções Respiratórias (vias aéreas inferiores)" no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, sem uso de álcool, por "Violência Interpessoal" no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Posição do fator do uso de álcool no Brasil por métrica, de acordo com GBD/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, no período: 1990/2010**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por sexo**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Percentual de mortes no Brasil em 2010, associadas ao uso de álcool, por grupo de causas**. Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Relação entre os percentuais de morte e de risco pelo uso de álcool no Brasil em 2010, por grupo de causas.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Principal causa básica (CB) de morte no Brasil em 2010, associado ao uso de álcool, por grupo / subgrupo de causas.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Transtornos devido ao uso de álcool” no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Violência Interpessoal” no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes no Brasil, associadas ao uso de álcool, por “Tuberculose” no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

_____. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Mortes (Global), associadas ao uso de álcool no período: 1990/2010.** Disponível em: <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>>. Acesso em: 2013.

INAMPS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **NOB 01/91.** Resolução nº 258, de 07 de Janeiro de 1991.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **NOB 01/91.** Resolução nº 273, de 17 de Julho de 1991a.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **NOB 01/92.** Portaria nº 234 de 07 de Fevereiro de 1992.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pesquisa de acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas de Belém, Recife, São Paulo e Porto Alegre. Renavam / Ipea, ANTP. - Brasília: Ipea : ANTP, 2004. 80 p.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras.** Relatório Executivo – Brasília: IPEA/DENATRAN/ANTP, 2006

_____. Instituto de Pesquisa Econômica. **Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011.** Carlos Octávio Ocké-Reis. Nota Técnica. Nº 5 . Brasília. Maio de 2013. 2013.

JAMESON, F. **Pós-modernismo. A lógica cultural do capitalismo tardio.** São Paulo: Ática, 2000.

JELLINEK, EM. **The disease concept of alcoholism.** New Haven, CT, Hillhouse. 1960.

JONES, L., BELLIS, M. A., DEDMAN, D., et al. (2008). **Alcohol Attributable Fractions for England: Alcohol Attributable Mortality and Hospital Admissions.** North West Public Health Observatory: Liverpool. 2008.

KOSIK, K. **A dialética do concreto.** [S. l.]: Paz e Terra, 1963.

LAHELMA, Eero. Health and social stratification. In: COCKERHAM, William. **The blackwell companion to medical sociology.** Oxford: Blackwell, 2001. p. 64-93.

LARANJEIRA, R .R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao Alcool a outras drogas no Estado de Sao Paulo. **J.Bras. de Psiquiatr.**,v. 45, n.4, p.191-9, 1996.

LAURELL, A. Cristina. A saúde: doença como processo social. **Revista Latino americana de Salud**, México, v. 2, p.7-25, 1982.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw- Hill, 1976.

LIMA, J. M. B. **Alcoologia:** o alcoolismo na perspectiva da saúde pública. [S. l.]: MedBook, 2007.

LOWI, THEODOR. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, 32: 298-310. 1972.

LUCCHESI, P. T. T. (coord). **Políticas públicas em saúde pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/public/upload/associated Document/20040727102352/ Políticas_ versao2.pdf](http://itd.bvs.br/public/upload/associated%20Document/20040727102352/Políticas_versao2.pdf)>. Acesso em: 20 março de 2013. 2004.

MAGNANI, José Guilherme C. **Festa no pedaço.** São Paulo: Brasiliense. Texto: Não dá para sair do morro. 1984.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60, p. 13-19. 2007.

MALTA D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. **Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde15, p. 47-64, 2006.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.

MARE. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília, novembro 1995;

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado /Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais.** / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2). MARE, 1997.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde.** Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13). MARE, 1998.

MARX., Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. **O capital: crítica da economia política.** 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. 1. 1985.

MCMILLAN, G.P.; 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*, 96 (11):1944-1948, 2006.

MEAD, L. M. **Public Policy: vision, potential, limits, policy currents,** Fevereiro: 1-4. 1995.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 29. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2001.

MELLO, C.G. **Saúde e Assistência Médica no Brasil.** São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1977, 269p.1977.

MELO, M. A. Estado, Governo e Políticas Públicas. In: MICELI, S. (org.). **O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995):** Ciência Política. São Paulo/Brasília: Sumaré/Capes. 1999.

MELONI, José. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 26, sup. 01, 2004;

MELONI, José; LARANJEIRA, R. The social and health burden of alcohol abuse. **Rev. Bras. Psiquiatria,** v. 26, Supl. 1, p. 7-10, 2004;

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde -Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MURRAY C. J. L.; LOPEZ A. D. **Global Comparative Assessments in the Health Sector.** Geneva: World Health Organization; 1994.

MURRAY C. J. L. **The Global Burden of Disease:** a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health, Harvard. 1996.

MURRAY C. J. L.; EZZATI, M.; RODGERS, A.; HOORN, S. V. **Comparative quantification of health risks: Conceptual framework and methodological issues.** Population Health Metrics, v. 1, p. 1, 2003.

MOURA, J. Barata. **Epidemiológicos surge da relação com outras partes do todo, gerando uma realidade complexa, superior, diferente e dependente de todas as partes.** [S. I.]: Livros Horizonte, 1977;

NAIMI, TS, BREWER B, MOKDAD AH, SERDULA M, DENNY C, MARKS J. **[Binge drinking among U.S. adults](#).** JAMA 2003; 289(1):70–75.

NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1):7-36, jan-fev, 2004. 2004.

NETTO, J. Netto; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** 5. ed. [S. I.]: Cortez, 2009.

NHS. National Services Scotland. **Alcohol attributable mortality and morbidity: alcohol population attributable fractions for Scotland.** June 2009.

O GLOBO. **Um brinde àquela que desce redondo. Marca dos cariocas.** Pesquisa do Jornal “OGlobo”. Dez. 2010. 2010.

OLIVEIRA; ENGRY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde – doença. **Ver. Esc. Enf.**, v.34, n. 1, p.9-15, 2000.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Primera Semana Mundial de las Naciones Unidas sobre La Seguridad Vial.** Tradução do original em inglês. Washigton, 2007.

OMS. World Health Organization. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Geneva. WHO. 2004.

OTAWA. Carta de Ottawa, Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2013. 1986.

PAIM, JS. 2002. **Saúde, política e reforma sanitária**. CEPS/ ISC, Salvador. 2002.

PALMEIRA, G. et al. **Processo saúde-doença e a produção social da saúde**. In: EPSJV. (Org.) Informação e Diagnóstico de Situação. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PHEBO, L.; DELLINGER, A. M. (1998). **Young driver involvement in fatal motor vehicle crashes and trends in risk behaviors, United States, 1988 - 1995**. Injury Prevention, 4, 284 – 287.

PLANO NACIONAL DE REDUÇÃO DE ACIDENTES E SEGURANÇA VIÁRIA PARA A DÉCADA 2011- 2020” (2011). ANTP - Associação Nacional de Transportes Públicos / CEDATT - Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito / IE - Instituto de Engenharia. Disponível em: <<http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/DECADA-2011-2020-PropostaBRASIL.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2013. São Paulo, 05 de maio de 2011. 2011.

PONS DIEZ, Javier; BERJANO, Peirats Enrique. **El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social**. Espanha: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas. 1999.

PLOWDEN, W. A Reforma Administrativa na Grã-Bretanha (1965-1982)- **Revista de Administração Pública**. jan/março 1984. 1984.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. Hucitec, São Paulo. 1989.

RANGE, B. **Psicoterapias cognitiva-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 332-50.

REHM J, TAYLOR B, PATRA J. **Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002**. Addiction.2006;101(8):1086 - 95. 2006.

REIS, ELISA. Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-30. 2003.

REYNALD, M.; LE BRETON, P.; GILOT, B. et al. Alcohol is the main factor in excess traffic accident fatalities in France. **J Research Society on Alcoholism**. v. 26, n. 12, p. 1833-39, 2002

RILLEY, L.; MARSHALL, M. (Eds). **Alcohol and public health in 8 developing countries**. Geneva. Switzerland. World Health Organization.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

ROCHA, E. **Representações do consumo: estudos sobre a narrativa publicitária**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.

ROCHA, L. Kukies: **Casa básica**. DIF, 12, 2007.

RÜDIGER Francisco. **Elementos para a crítica da cibercultura**. São Paulo: Hacker, 2002.

SANO H. **Nova Gestão Pública e Accountability: O Caso das Organizações Sociais Paulistas**. 2003. Dissertação (Mestrado) - São Paulo, 2003.

SANTOS, F. S. Dumas. **Alcoolismo: a invenção de uma doença**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Campinas, Campinas, 1995.

SCHRAIBER, L. B. **Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos dilemas, outros desafios**. 1997. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da USP. 1997.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

SILVA, Machado Luiz A. O significado do botequim. In: Kowarick, Lúcio (Org.). **Cidade: usos e abusos**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

SINDSERV. **Sítio do Sindicato Nacional da Indústria Brasileira**. Disponível em : <<http://www.sindicerv.com.br/mercado.php>>. Acesso em: 09/11/2010.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-555, 2001.

SOUZA SANTOS, B. de. **Um Discurso sobre as Ciências**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD: Revista Saúde Mental Álcool e Drogas.** Ribeirão Preto. v. 3, n. 2, 1-16. 2007.

SUNG, Jung Mo. **Reencantamento e transformação social.** In: Estudos de Religião. Ano XIX, n. 29. Universidade Metodista de São Paulo/Pós-Graduação em Ciências da Religião. São Bernardo do Campo, dezembro de 2005, p. 12-36.

TARLOV A. Social Determinants of Health: The sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (eds). **Health and social organization.** London: Routledge: 71-93. 1996.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.). **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador: ISC, 2002.

TEIXEIRA, F.; FREDERICO, C. **Marx no século XXI.** São Paulo: Cortez. 2008.

_____. **Marx, Weber e o Marxismo Weberiano.** São Paulo: Cortez. 2008.

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva?) de Saúde. In: _____. **Pensar em saúde.** Porto Alegre. Artes Médicas; p. 160-174, 1992.

THE LANCET. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** Saúde no Brasil 4. 09 de maio de 2011. 2011

_____. **Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010).** v. [380](#), n. [9859](#). Published Dec 15, 2012. pp. 2053/2260. 2012.

TRAD, S. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: _____. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.** Salvador: EDUFBA, 2004.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisada.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. (1999). **Descentralização e Gestão do Gasto Público com Saúde no Brasil.** Texto Produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal.Cepal/Ipea. 1999.

VICTORA, C. G.; FACCHINI, L. A.; BARROS, F. C.; LOMBARDI, C. **Pobreza e Saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos**

de saúde infantil. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, p. 302-315, Campinas: Abrasco. 1990.

WAGENAAR, A.C., and HOLDER, H.D. Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 15, n. 6, p. 942–947, 1991.

WASSON RG. **Distilled alcohol dissemination.** Drinking and drug practices surveyor, v. 19, n. 6, 1984. 1984.

WHITEHEAD D. (2000). **Using mass media within health-promoting practice: a nursing perspective.** Journal of Advanced Nursing 32,807–816.

WHITE, H. R.; GORMAN, D. M. **Dynamics of the drugs-crime relationship.** In: Lafree G, editor. Criminal justice 2000: The nature of crime: continuity and change. Washington, DC: National Institute of Justice;2000. v. 1 p. 151-218.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The World Health Report 2000: health systems, improving performace.** Geneva. 2000.

_____. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development.** Geneva. 2001.

_____. **Preventing chronic diseases a vital investment.** Geneva. 2005.

ANEXO A - Lista dos Grupos (1ª coluna), Subgrupos (2ª coluna) e CB's (3ª coluna) do *GBD/2010*

Main groups		Full cause names	Full cause names (when applicable)	Medium cause names	Short cause names
Communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders				Comm/mater/neonatal/nutr	Group I
	HIV/AIDS and tuberculosis			HIV/AIDS & tuberculosis	HIV+TB
		Tuberculosis		Tuberculosis	TB
		HIV/AIDS		HIV/AIDS	HIV
			HIV disease resulting in mycobacterial infection	HIV-TB	HIV-TB
			HIV disease resulting in other specified or unspecified diseases	HIV (other)	Other HIV
	Diarrhea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases			Diarrhea/LRI/other infectious	Diarr+LRI+Oth
		Diarrheal diseases		Diarrheal diseases	Diarrhea
			Cholera	Cholera	Cholera
			Other salmonella infections	Salmonella	Salmonella
			Shigellosis	Shigellosis	Shigellosis
			Enteropathogenic E coli infection	Enteropathogenic E coli	EPEC
			Enterotoxigenic E coli infection	Enterotoxigenic E coli	ETEC
			Campylobacter enteritis	Campylobacter	Campylo
			Amoebiasis	Amoebiasis	Amoebiasis
			Cryptosporidiosis	Cryptosporidiosis	Crypto
			Rotaviral enteritis	Rotavirus	Rotavirus
			Other diarrheal diseases	Other diarrheal diseases	Oth Diarr
		Typhoid and paratyphoid fevers		Typhoid fevers	Typhoid
		Lower respiratory infections		Lower respiratory infections	LRI
			Influenza	Influenza	LRI-Flu
			Pneumococcal pneumonia	Pneumococcal pneumonia	LRI-Pneum
			H influenzae type B pneumonia	HiB pneumonia	LRI-HiB
			Respiratory syncytial virus pneumonia	RSV pneumonia	LRI-RSV
			Other lower respiratory infections	Other lower respiratory	Oth LRI
		Upper respiratory infections		Upper respiratory infections	URI
		Otitis media		Otitis media	Otitis
		Meningitis		Meningitis	Meningitis
			Pneumococcal meningitis	Pneumococcal meningitis	Mng-Pneum
			H influenzae type B meningitis	HiB meningitis	Mng-HiB
			Meningococcal infection	Meningococcal	Mng-Mening
			Other meningitis	Other meningitis	Oth Mng
		Encephalitis		Encephalitis	Enceph
		Diphtheria		Diphtheria	Diphtheria
		Whooping cough		Whooping cough	Whooping
		Tetanus		Tetanus	Tetanus
		Measles		Measles	Measles
		Varicella		Varicella	Varicella
	Neglected tropical diseases and malaria			NTD & malaria	NTD+Malaria
		Malaria		Malaria	Malaria
		Chagas disease		Chagas	Chagas
		Leishmaniasis		Leishmaniasis	Leish
		African trypanosomiasis		Trypanosomiasis	Afr Tryp
		Schistosomiasis		Schistosomiasis	Schisto

		Cysticercosis		Cysticercosis	Cysticer
		Echinococcosis		Echinococcosis	Echino
		Lymphatic filariasis		Lymphatic filariasis	LF
		Onchocerciasis		Onchocerciasis	Oncho
		Trachoma		Trachoma	Trachoma
		Dengue		Dengue	Dengue
		Yellow fever		Yellow fever	Yellow F
		Rabies		Rabies	Rabies
		Intestinal nematode infections		Intestinal nematode	Nematode
			Ascariasis	Ascariasis	Ascar
			Trichuriasis	Trichuriasis	Trichur
			Hookworm disease	Hookworm	Hookworm
		Food-borne trematodiasis		Food-borne trematodiasis	FBT
		Other neglected tropical diseases		Other NTD	Oth NTD
	Maternal disorders			Maternal disorders	Maternal
		Maternal hemorrhage		Maternal hemorrhage	M Hem
		Maternal sepsis		Maternal sepsis	M Sepsis
		Hypertensive disorders of pregnancy		Maternal hypertension	M HTN
		Obstructed labor		Obstructed labor	Obs Labor
		Abortion		Abortion	Abortion
		Other maternal disorders		Other maternal disorders	Oth M
	Neonatal disorders			Neonatal disorders	Neonatal
		Preterm birth complications		Preterm birth complications	Preterm
		Neonatal encephalopathy (birth asphyxia and birth trauma)		Neonatal encephalopathy	N Enceph
		Sepsis and other infectious disorders of the newborn baby		Neonatal sepsis	N Sepsis
		Other neonatal disorders		Other neonatal disorders	Oth Neo
	Nutritional deficiencies			Nutritional deficiencies	Nutr Def
		Protein-energy malnutrition		Protein-energy malnutrition	PEM
		Iodine deficiency		Iodine deficiency	Iodine
		Vitamin A deficiency		Vitamin A deficiency	Vit A
		Iron-deficiency anemia		Iron-deficiency anemia	Iron
		Other nutritional deficiencies		Other nutritional deficiencies	Oth Nutr
	Other communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders			Other communicable	Oth Comm
		Sexually transmitted diseases excluding HIV		STDs (excluding HIV/AIDS)	STD
			Syphilis	Syphilis	Syphilis
			Sexually transmitted chlamydial diseases	Chlamydia	Chlamydia
			Gonococcal infection	Gonorrhea	Gonorrhea
			Trichomoniasis	Trichomoniasis	Tricho
			Other sexually transmitted diseases	Other STDs	Oth STD
		Hepatitis		Hepatitis	Hep
		Acute hepatitis A		Acute hepatitis A	Hep A
		Acute hepatitis B		Acute hepatitis B	Hep B
		Acute hepatitis C		Acute hepatitis C	Hep C
		Acute hepatitis E		Acute hepatitis E	Hep E
		Leprosy		Leprosy	Leprosy

		Other infectious diseases	Other infectious diseases	Oth Inf
Non-communicable diseases			Non-communicable diseases	Group II
	Neoplasms		Cancer	Cancer
		Esophageal cancer	Esophageal cancer	Esophagus
		Stomach cancer	Stomach cancer	Stomach
		Liver cancer	Liver cancer	Liver
		Liver cancer secondary to hepatitis B	Liver cancer hepatitis B	Liver-HepB
		Liver cancer secondary to hepatitis C	Liver cancer hepatitis C	Liver-HepC
		Liver cancer secondary to alcohol use	Liver cancer alcohol	Liver-Alcohol
		Other liver cancer	Liver cancer other	Liver-Other
		Larynx cancer	Larynx cancer	Larynx
		Trachea, bronchus, and lung cancers	Lung cancer	Lung
		Breast cancer	Breast cancer	Breast
		Cervical cancer	Cervical cancer	Cervix
		Uterine cancer	Uterine cancer	Uterus
		Prostate cancer	Prostate cancer	Prostate
		Colon and rectum cancers	Colorectal cancer	Colorectal
		Mouth cancer	Mouth cancer	Mouth
		Nasopharynx cancer	Nasopharynx cancer	Naso
		Cancer of other part of pharynx and oropharynx	Other pharynx cancer	Oth Pharynx
		Gallbladder and biliary tract cancer	Gallbladder cancer	Gallbladder
		Pancreatic cancer	Pancreatic cancer	Pancreas
		Malignant melanoma of skin	Melanoma	Melanoma
		Non-melanoma skin cancer	Non-melanoma skin cancer	NMSC
		Ovarian cancer	Ovarian cancer	Ovary
		Testicular cancer	Testicular cancer	Testis
		Kidney and other urinary organ cancers	Kidney cancers	Kidney
		Bladder cancer	Bladder cancer	Bladder
		Brain and nervous system cancers	Brain cancer	Brain
		Thyroid cancer	Thyroid cancer	Thyroid
		Hodgkin's disease	Hodgkin's lymphoma	Hodgkin's
		Non-Hodgkin lymphoma	Non-Hodgkin lymphoma	Lymphoma
		Multiple myeloma	Myeloma	Myeloma
		Leukemia	Leukemia	Leukemia
		Other neoplasms	Other cancers	Oth Neoplasm
	Cardiovascular and circulatory diseases		Cardio & circulatory diseases	Cardio & Circ
		Rheumatic heart disease	Rheumatic heart disease	Rheum HD
		Ischemic heart disease	Ischemic heart disease	IHD
		Cerebrovascular disease	Stroke	Stroke
		Ischemic stroke	Ischemic stroke	Isch Stroke
		Hemorrhagic and other non-ischemic stroke	Hemorrhagic stroke	Hem Stroke
		Hypertensive heart disease	Hypertensive heart disease	HTN Heart
		Cardiomyopathy and myocarditis	Cardiomyopathy	CMP
		Atrial fibrillation and flutter	Atrial fibrillation	AFib
		Aortic aneurysm	Aortic aneurysm	AA

	Peripheral vascular disease	Peripheral vascular disease	PVD
	Endocarditis	Endocarditis	Endocarditis
	Other cardiovascular and circulatory diseases	Other cardio & circulatory	Oth Circ
	Chronic respiratory diseases	Chronic respiratory diseases	Chronic Resp
	Chronic obstructive pulmonary disease	COPD	COPD
	Pneumoconiosis	Pneumoconiosis	P-coniosis
	Asthma	Asthma	Asthma
	Interstitial lung disease and pulmonary sarcoidosis	Interstitial lung diseases	Int Lung
	Other chronic respiratory diseases	Other respiratory diseases	Oth Resp
	Cirrhosis of the liver	Cirrhosis	Cirrhosis
	Cirrhosis of the liver secondary to hepatitis B	Cirrhosis hepatitis B	Cirrhosis-HepB
	Cirrhosis of the liver secondary to hepatitis C	Cirrhosis hepatitis C	Cirrhosis-HepC
	Cirrhosis of the liver secondary to alcohol use	Cirrhosis alcohol	Cirrhosis-Alcohol
	Other cirrhosis of the liver	Cirrhosis other	Cirrhosis-Other
	Digestive diseases (except cirrhosis)	Digestive diseases	Digestive
	Peptic ulcer disease	Peptic ulcer	PUD
	Gastritis and duodenitis	Gastritis & duodenitis	Gastritis
	Appendicitis	Appendicitis	Appendicitis
	Paralytic ileus and intestinal obstruction without hernia	Intestinal obstructions	Ileus
	Inguinal or femoral hernia	Inguinal & femoral hernia	I+F Hernia
	Non-infective inflammatory bowel disease	Inflammatory bowel disease	IBD
	Vascular disorders of intestine	Vascular intestinal disorders	Vasc Intest
	Gall bladder and bile duct disease	Gall bladder diseases	Gall+Bile
	Pancreatitis	Pancreatitis	Pancreatitis
	Other digestive diseases	Other digestive diseases	Oth Diges
	Neurological disorders	Neurological disorders	Neuro
	Alzheimer's disease and other dementias	Alzheimer's disease	Alzh
	Parkinson's disease	Parkinson's disease	Parkins
	Epilepsy	Epilepsy	Epilepsy
	Multiple sclerosis	Multiple sclerosis	MS
	Migraine	Migraine	Migraine
	Tension-type headache	Tension-type headache	Headache
	Other neurological disorders	Other neurological disorders	Oth Neuro
	Mental and behavioral disorders	Mental & behavioral disorders	Mental
	Schizophrenia	Schizophrenia	Schizo
	Alcohol use disorders	Alcohol use disorders	Alcohol
	Drug use disorders	Drug use disorders	Drugs
	Opioid use disorders	Opioid use	Opioids
	Cocaine use disorders	Cocaine use	Cocaine
	Amphetamine use disorders	Amphetamine use	Amphet
	Cannabis use disorders	Cannabis use	Cannabis
	Other drug use disorders	Other drug use	Oth Drug
	Unipolar depressive disorders	Unipolar depressive disorders	Unipolar
	Major depressive disorder	Major depressive disorder	MDD
	Dysthymia	Dysthymia	Dysthymia

		Bipolar affective disorder	Bipolar disorder	Bipolar
		Anxiety disorders	Anxiety disorders	Anxiety
		Eating disorders	Eating disorders	Eat Disorder
		Pervasive development disorders	Pervasive developmental disorders	PDD
		Autism	Autism	Autism
		Asperger's syndrome	Asperger's	Asperger
		Childhood behavioral disorders	Childhood behavioral disorders	Child Behav
		Attention-deficit hyperactivity disorder	ADHD	ADHD
		Conduct disorder	Conduct disorder	Conduct
		Idiopathic intellectual disability	Intellectual disability	Intellect
		Other mental and behavioral disorders	Other mental & behavioral	Oth Mental
		Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases	Diabetes/urogen/blood/endo	DUBE
		Diabetes mellitus	Diabetes	Diabetes
		Acute glomerulonephritis	Glomerulonephritis	Glom
		Chronic kidney diseases	Chronic kidney disease	CKD
		Chronic kidney disease due to diabetes mellitus	Diabetic CKD	Diab CKD
		Chronic kidney disease due to hypertension	Hypertensive CKD	HTN CKD
		Chronic kidney disease unspecified	Other CKD	Oth CKD
		Urinary diseases and male infertility	Urinary diseases	Urinary
		Tubulointerstitial nephritis, pyelonephritis, and urinary tract infect	Pyelonephritis & UTI	Nephritis
		Urolithiasis	Urolithiasis	Urolith
		Benign prostatic hyperplasia	Benign prostatic hyperplasia	BPH
		Male infertility	Male infertility	Infertility-Mal
		Other urinary diseases	Other urinary diseases	Oth Urin
		Gynecological diseases	Gynecological diseases	Gynecol Dis
		Uterine fibroids	Fibroids	Fibroids
		Polycystic ovarian syndrome	Polycystic ovary	PCO
		Female infertility	Female infertility	Infertility-Fem
		Endometriosis	Endometriosis	Endometr
		Genital prolapse	Genital prolapse	Prolapse
		Premenstrual syndrome	Premenstrual syndrome	PMS
		Other gynecological diseases	Other gynecological disorders	Oth Gynecol
		Hemoglobinopathies and hemolytic anemias	Hemoglobinopathies	Hemog
		Thalassemias	Thalassemia	Thalass
		Sickle cell disorders	Sickle cell	Sickle
		G6PD deficiency	G6PD deficiency	G6PD
		Other hemoglobinopathies and hemolytic anemias	Other hemog	Oth Hemog
		Other endocrine, nutritional, blood, and immune disorders	Other endocrine	Oth Endo
		Musculoskeletal disorders	Musculoskeletal disorders	MSK
		Rheumatoid arthritis	Rheumatoid arthritis	R Arthritis
		Osteoarthritis	Osteoarthritis	Osteo
		Low back and neck pain	Low back and neck pain	Low Back+Neck
		Low back pain	Low back pain	Low Back Pain
		Neck pain	Neck pain	Neck Pain
		Gout	Gout	Gout

		Other musculoskeletal disorders	Other musculoskeletal	Oth Musculo
	Other non-communicable diseases		Other non-communicable	Oth NCD
		Congenital anomalies	Congenital anomalies	Congenital
		Neural tube defects	Neural tube defects	NTD
		Congenital heart anomalies	Congenital heart anomalies	C Heart
		Cleft lip and cleft palate	Cleft lip & palate	Cleft
		Down's syndrome	Down's syndrome	Down's
		Other chromosomal abnormalities	Other chromosomal anomalies	Oth Chromo
		Other congenital anomalies	Other congenital anomalies	Oth Congen
		Skin and subcutaneous diseases	Skin diseases	Skin D
		Eczema	Eczema	Eczema
		Psoriasis	Psoriasis	Psoriasis
		Cellulitis	Cellulitis	Cellulitis
		Abscess, impetigo, and other bacterial skin diseases	Bacterial skin diseases	Skin Bacterial
		Scabies	Scabies	Scabies
		Fungal skin diseases	Fungal skin diseases	Skin Fungal
		Viral skin diseases	Viral skin diseases	Skin Viral
		Acne vulgaris	Acne vulgaris	Acne
		Alopecia areata	Alopecia areata	Alopecia
		Pruritus	Pruritus	Pruritus
		Urticaria	Urticaria	Urticaria
		Decubitus ulcer	Decubitus ulcer	Decubitus
		Other skin and subcutaneous diseases	Other skin diseases	Oth Skin D
		Sense organ diseases	Sense organ diseases	Sense Org
		Glaucoma	Glaucoma	Glaucoma
		Cataracts	Cataract	Cataract
		Macular degeneration	Macular degeneration	Macular
		Refraction and accommodation disorders	Refraction disorders	Refraction
		Other hearing loss	Other hearing loss	Hearing
		Other vision loss	Other vision loss	Oth Vision
		Other sense organ diseases	Other sense organ disorders	Oth Sense
		Oral disorders	Oral disorders	Oral Cond
		Dental caries	Dental caries	D Caries
		Periodontal disease	Periodontal disease	Periodontal
		Edentulism	Edentulism	Edent
		Sudden infant death syndrome	SIDS	SIDS
Injuries			Injuries	Group III
	Transport injuries		Transport injuries	Transport
		Road injury	Road injury	Road Inj
		Pedestrian injury by road vehicle	Pedestrian road injury	Pedestrian
		Pedal cycle vehicle	Bicycle road injury	Bicycle
		Motorized vehicle with two wheels	2-Wheel road injury	2-Wheel
		Motorized vehicle with three or more wheels	4-Wheel road injury	4-Wheel
		Road injury other	Other road injury	Oth Road Inj
		Other transport injury	Other transport injuries	Oth Trans

	Unintentional injuries other than transport injuries		Unintentional injuries	Unintent Inj
	Falls		Falls	Fall
	Drowning		Drowning	Drown
	Fire, heat and hot substances		Fire	Fire
	Poisonings		Poisonings	Poison
	Exposure to mechanical forces		Mechanical forces	Mech Force
		Mechanical forces (firearm)	Mechanical forces (firearm)	Mech Firearm
		Mechanical forces (other)	Other mechanical forces	Oth Mech
	Adverse effects of medical treatment		Adverse medical treatment	Med Treat
	Animal contact		Animal contact	Animal
		Animal contact (venomous)	Animal contact (venomous)	Animal (Venom)
		Animal contact (non-venomous)	Animal contact (non-venomous)	Animal (Non)
	Unintentional injuries not classified elsewhere		Other unintentional injuries	Oth Unintent
	Self-harm and interpersonal violence		Intentional injuries	Intent Inj
	Self-harm		Self-harm	Self-harm
	Interpersonal violence		Interpersonal violence	Violence
		Assault by firearm	Assault by firearm	V Gun
		Assault by sharp object	Assault by sharp object	V Knife
		Assault by other means	Assault by other means	Oth Violence
	Forces of nature, war, and legal intervention		War & disaster	War+Disaster
	Exposure to forces of nature		Forces of nature	Disaster
	Collective violence and legal intervention		War & legal intervention	War

ANEXO B - Lista de doenças / lesões do *GBD/2010*, segundo o CID 10

B. Mapping revisions and variants of the ICD

Web Table 3 provides a listing of the ICD9 BTL, ICD9 detail, and ICD10 codes for each of 291 GBD causes. The table is organized by GBD cause, presenting the specific ICD codes that were mapped to each cause for each of the three ICD variants.

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list			
GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Communicable, maternal, neonatal and nutritional disorders	A15-A19, B90, P37.0, B20-B24, C46-C469, D84.9, A00, A02- A04, A06-A09, A01, J09-J11, J13, J14, J12.1, J12 (except J12.1), J15-J22, J85, P23, J00-J06, H65-H68, H70, G00.1, G00.0, A39, A87, G00.2-G03.9, A83-A86, B94.1, G04, A36, A37, A33-A35, B05, B01-B02, P35.8, B50-B54, P37.3, P37.4, B57, B55, B56, B65, B69, B67, B74 (except B74.3, B74.4, B74.8, B74.9), B73, A71**, A74.0**, B94.0**, A90-A91, A95, A82, B76, B66, O00-O99, P01.0, P01.1, P07, P22, P25-P28, P61.2, P77, P52, P00, P01.7-P01.9, P02-P03, P08.0-P08.2, P10-P15, P20-P21, P24, P70, P90-P91, P36, P38-P39, P01.2-P01.6, P04, P05, P29, P50-P74 (except P61.2, P52, P70), P76, P78-P83, P92-P94, P96 (except P96.9), E40-E46, E64.0, E00-E02, E50, E64.1, D50, D64.9, D51-D53, E51-E63.9, E64.2-E64.3, N70-N73.9, A50-A58, A59**, A60**, A63**, B15, B16, B17.0, P35.3, P35.3, B17.1, B17.2, A30, B92, A20-A28, A31-A32, A38, A42-A49 (except A48.0, A48.3, A49.9), A65-A70 (except A68), A74 (except A74.0), A81, A88-A89, A99, B04, B25, B27-B49 (except B35-B36), B58-B64, P35.1, P35.2, P35.8, P35.9, P37.2, P37.5-P37.9, B03, B26, B06, P35.0, A80, B91	010 - 018, 137.0-137.4, 320.4, 730.4-730.6, 042-044, 112-118(after 1980), 130(after 1980), 136.3-136.8(after 1980), 176.0-176.9(after 1980), 279(after 1980)001, 003-004, 006-009,002,487, 481, 482.2, 480.1, 466, 480.0-480.9(except 480.1), 482.0-4829(except 482.2), 483-486, 513, 770.0, 460-465, 476, 381-383, 320.1, 320.0, 036, 320.5, 047-049, 320.2-320.3, 320.7-320.9, 321-322, 062-064, 139.0, 323.1, 323.3-323.4, 323.6-323.9, 32, 33, 037, 771.3, 55, 052-053084, 086.0, 086.2, 085, 086.3-086.5, 120,123.1, 122, 125.0-125.2, 125.3.0, 76**, 077.0**61, 60, 71, 126, 121, 630-677, 761.0-761.1, 765, 769, 770.2-770.9, 772.1, 774.2, 776.6, 777.5-777.6, 772.2, 760, 761.7-761.9, 762, 763, 766,767, 768.4-768.9, 770.1, 775.0, 775.1,775.6, 779.0-779.2, 771.4-771.8, 761.2-761.6, 764, 770.0, 771, 772.0, 772.3-772.9, 774.0, 774.1, 774.3-774.7, 775(except 775.0, 775.1, 775.6), 776.0-776.5, 776.7-776.9, 777.0-777.4, 777.8-777.9, 778, 779.4-779.8260-263.9, 243, 244.2, 264-264.9, 280, 285.9, 265-269, 281, 090-097, 098, 099.1, 099.4-099.5, 099.0, 099.2-099.3, 99.8-99.9, 614-616.4, 070 (except 70.22, 70.23, 70.32, 70.33, 70.44, 70.49,70.54, 70.59)***, 030, 020-027, 031, 034-035, 039-041(except040.0), 046, 051, 054, 057, 073-075, 077(except 077.0) 078.5-078.8, 100-104, 136.0-136.2, 136.9, 323.0, 730.9, 771.1-771.2, 50, 72.056, 771.0.045, 138, 323.2, 730.7	B020-B029, B184-B185B011, B320-B322, B310-B312, B240, B036, B220, B045, B033, B034, B037, B037, B042, B052, B053, B072, B073, B074, B044, B047, B075, B380-B399, B40-B41, B190-B192, B200, B060, B061, B069, B371-B372, B046, B032, B030-B031, B035, B039, B070, B041, B043, B040, B078
HIV/AIDS and tuberculosis	A15-A19, B90, P37.0, B20-B24, C46-C469, D84.9	010 - 018, 137.0-137.4, 320.4, 730.4-730.6, 042-044, 112-118(after 1980), 130(after 1980), 136.3-136.8(after 1980), 176.0-176.9(after 1980), 279(after 1980)	B020-B029, B184-B185
Tuberculosis	A15-A19, B90, P37.0	010 - 018, 137.0-137.4, 320.4, 730.4-730.6	B020-B029
HIV/AIDS	B20-B24, C46-C469, D84.9	042-044, 112-118(after 1980), 130(after 1980), 136.3-136.8(after 1980), 176.0-176.9(after 1980), 279(after 1980)	B184-B185
HIV disease resulting in mycobacterial infection	B20.0		
HIV disease resulting in other specified or unspecified diseases	B20-B24(except B20.0), C46-C46.9, D84.9		
Diarrhea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases	A00, A02-A04, A06-A09, A01, J09-J11, J13, J14, J12.1, J12 (except J12.1), J15-J22, J85, P23, J00-J06, H65-H68, H70, G00.1, G00.0, A39, A87, G00.2-G03.9, A83-A86, B94.1, G04, A36, A37, A33-A35, B05, B01-B02, P35.8	001, 003-004, 006-009, 002, 487, 481, 482.2, 480.1, 466, 480.0-480.9(except 480.1), 482.0-4829(except 482.2), 483-486, 513, 770.0, 460-465, 476, 381-383, 320.1, 320.0, 036, 320.5, 047-049, 320.2-320.3, 320.7-320.9, 321-322, 062-064, 139.0, 323.1, 323.3-323.4, 323.6-323.9, 032, 033, 037, 771.3, 055, 052-053	B011, B320-B322, B310-B312, B240, B036, B220, B045, B033, B034, B037, B037, B042
Diarrheal diseases	A00, A02-A04, A06-A09	001, 003-004, 006-009	
Cholera	A00	001	B010
Other salmonella infections	A02	003	
Shigellosis	A03	004	B012

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Enteropathogenic E coli infection	A04.0	008.01***	
Enterotoxigenic E coli infection	A04.1	008.02***	
Campylobacter enteritis	A04.5	008.43***	
Amoebiasis	A06	006	B014
Cryptosporidiosis	A07.2	007.4	
Rotaviral enteritis	A08.0	008.61***	
Other diarrheal diseases	A04 (except A04.0, A04.1, A04.5), A07-A09 (except A07.2, A08.0), A05	007-007.3, 007.8-008.00***, 008.03-008.42***, 008.44***-008.6, 008.62-009, 005	
Typhoid and paratyphoid fevers	A01	002	B011
Lower respiratory infections	J09-J11, J13, J14, J12.1, J12 (except J12.1), J15-J22, J85, P23	487, 481, 482.2, 480.1, 466, 480.0-480.9(except 480.1), 482.0-4829(except 482.2), 483-486, 513, 770.0	B320-B322
Influenza	J09-J11	487	
Pneumococcal pneumonia	J13	481	
H influenza type B pneumonia	J14	482.2	
Respiratory syncytial virus pneumonia	J12.1	480.1	
Other lower respiratory infections	J12 (except J12.1), J15-J22, J85, P23	466, 480.0-480.9(except 480.1), 482.0-482.9(except 482.2), 483-486, 513, 770.0	
Upper respiratory infections	J00-J06	460-465, 476	B310-B312
Otitis media	H65-H68, H70	381-383	B240
Meningitis	G00.1, G00.0, A39, A87, G00.2-G03.9	320.1, 320.0, 036, 320.5, 047-049, 320.2-320.3, 320.7-320.9, 321-322	B036, B220
Pneumococcal meningitis	G00.1	320.1	
H influenza type B meningitis	G00.0	320	
Meningococcal infection	A39	036, 320.5	B036
Other meningitis	A87, G00.2-G03.9	047-049, 320.2-320.3, 320.7-320.9, 321-322	
Encephalitis	A83-A86, B94.1, G04	062-064, 139.0, 323.1, 323.3-323.4, 323.6-323.9	B045
Diphtheria	A36	032	B033
Whooping cough	A37	033	B034
Tetanus	A33-A35	037, 771.3	B037
Measles	B05	055	B037
Varicella	B01-B02, P35.8	052-053	B042

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Neglected tropical diseases and malaria	B50-B54, P37.3, P37.4, B57, B55, B56, B65, B69, B67, B74 (except B74.3, B74.4, B74.8, B74.9)B73, A71**, A74.0**, B94.0**A90-A91, A95, A82, B76, B66	084, 086.0, 086.2, 085, 086.3-086.5, 120,123.1, 122, 125.0-125.2, 125.3, 076**, 077.0**, 061, 060, 071, 126, 121	B052, B053, B072, B073, B074, B044, B047, B075
Malaria	B50-B54, P37.3, P37.4	084	B052
Chagas disease	B57	086.0, 086.2	
Leishmaniasis	B55	085	B053
African trypanosomiasis	B56	086.3-086.5	
Schistosomiasis	B65	120	B072
Cysticercosis	B69	123.1	
Echinococcosis	B67	122	B073
Lymphatic filariasis	B74 (except B74.3, B74.4, B74.8, B74.9)	125.0-125.2	B074
Onchocerciasis	B73	125.3	
Trachoma	A71**, A74.0**, B94.0**	076**, 077.0**	
Dengue	A90-A91	061	
Yellow fever	A95	060	B044
Rabies	A82	071	B047
Intestinal nematode infections	B77, B79, B76, B68, B70-B71, B78, B80-B81	127.0, 127.3, 126, 123, 123.0, 123.2-124, 127.1-127.2, 127.4-127.9, 128-129	B076, B075
Ascariasis	B77	127	
Trichuriasis	B79	127.3	
Hookworm disease	B76	126	B075,
Food-borne trematodiasis	B66	121	
Other neglected tropical diseases	A68, A69.2, A75-A79, A92-A94, A96, A98, B58- B64, B72, B74.3-B7.9, B83, P37.1, B70-B71, B78, B80-B81	065-066, 080-083, 087-088, 125.4-125.7, 123, 123.0, 123.2-124, 127.1-127.2, 127.4-127.9, 128-129	B050-B051
Maternal disorders	O00-O99	630-677	B380-B399, B40-B41
Maternal hemorrhage	O20, O44-O46, O67, O72	640-641, 666	B390
Maternal sepsis	O85-O86	670-672	B394
Hypertensive disorders of pregnancy	O10-O16	642	B391
Obstructed labor	O64-O66	660	B393
Abortion	O00-O08	630-639	B380-B389
Other maternal disorders	O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O92, O94-O99	643-659, 661-665, 667-669, 673-677	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Neonatal disorders	P01.0, P01.1, P07, P22, P25-P28, P61.2, P77, P52, P00, P01.7-P01.9 , P02-P03 , P08.0-P08.2, P10-P15, P20-P21, P24, P70, P90-P91, P36, P38-P39, P01.2-P01.6, P04, P05, P29, P50-P74(except P61.2, P52, P70), P76, P78-P83, P92-P94, P96(except P96.9)	761.0-761.1, 765, 769, 770.2-770.9, 772.1, 774.2, 776.6, 777.5-777.6, 777.2, 760, 761.7-761.9, 762, 763, 766, 767, 768.4-768.9, 770.1, 775.0, 775.1, 775.6, 779.0-779.2, 771.4-771.8, 761.2-761.6, 764, 770.0, 771, 772.0, 772.3-772.9, 774.0, 774.1, 774.3-774.7, 775(except 775.0 ,775.1, 775.6), 776.0-776.5, 776.7-776.9, 777.0-777.4, 777.8-777.9, 778, 779.4-779.8	B45
Preterm birth complications	P01.0, P01.1, P07, P22, P25-P28, P61.2, P77, P52	761.0-761.1, 765, 769, 770.2-770.9, 772.1, 774.2, 776.6, 777.5-777.6 , 772.2	
Neonatal encephalopathy (birth asphyxia and birth trauma)	P00, P01.7-P01.9 P02-P03 , P08.0-P08.2, P10-P15, P20-P21, P24, P70, P90-P91	760, 761.7-761.9, 762, 763, 766, 767, 768.4-768.9, 770.1, 775.0, 775.1,775.6, 779.0-779.2	
Sepsis and other infectious disorders of the newborn baby	P36, P38-P39	771.4-771.8	
Other neonatal disorders	P01.2-P01.6, P04, P05, P29, P50-P74(except P61.2, P52, P70), P76, P78-P83, P92-P94, P96(except P96.9)	761.2-761.6, 764, 770.0, 771, 772.0, 772.3-772.9, 774.0, 774.1, 774.3-774.7, 775(except 775.0 ,775.1, 775.6), 776.0-776.5, 776.7-776.9, 777.0-777.4, 777.8-777.9, 778, 779.4-779.8	
Nutritional deficiencies	E40-E46, E64.0, E00-E02, E50, E64.1, D50, D64.9, D51-D53, E51-E63.9, E64.2-E64.3	260-263.9, 243, 244.2, 264-264.9, 280, 285.9, 265-269, 281	B190-B192, B200
Protein-energy malnutrition	E40-E46, E64.0	260-263.9	B190-B192
Iodine deficiency	E00-E02	243, 244.2	
Vitamin A deficiency	E50, E64.1	264-264.9	
Iron-deficiency anemia	D50, D64.9	280, 285.9	B200
Other nutritional deficiencies	D51-D53, E51-E63.9, E64.2-E64.3	265-269, 281	
Other communicable, maternal, neonatal and nutritional disorders	N70-N73.9, A50-A58, A59**, A60**, A63**B15, B16, B17.0, P35.3, P35.3, B17.1, B17.2A30, B92, A20-A28, A31-A32, A38, A42-A49 (except A48.0, A48.3, A49.9),A65-A70(except A68), A74 (except A74.0), A81, A88-A89, A99, B04, B25, B27-B49(except B35-B36), B58-B64, P35.1, P35.2, P35.8, P35.9, P37.2, P37.5-P37.9, B03, B26, B06, P35.0, A80, B91	090-097, 098, 099.1, 099.4-099.5, 099.0, 099.2-099.3, 99.8-99.9, 614-616.4, 070 (except 70.22, 70.23, 70.32, 70.33, 70.44, 70.49,70.54, 70.59)***, 030, 020-027, 031, 034-035, 039-041(except 040.0), 046, 051, 054, 057, 073-075, 077(except 077.0), 078.5-078.8, 100-104, 136.0-136.2, 136.9, 323.0, 730.9, 771.1-771.2, 050, 072, 056, 771.0, 045, 138, 323.2, 730.7	B060, B061, B069, B371 B372, B046, B032, B030 B031, B035, B039, B070, B041, B043, B040, B078
Sexually transmitted diseases excluding HIV	N70-N73.9, A50-A58, A59**, A60**, A63**	090-097, 098, 099.1, 099.4-099.5, 099.0, 099.2-099.3, 99.8-99.9, 614-616.4	B060, B061, B069, B371-B372
Syphilis	A50-A53	090-097	B060
Sexually transmitted chlamydial diseases	A55-A56		
Gonococcal infection	A54	098, 099.1, 099.4-099.5	B061
Trichomoniasis	A59**		

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Other sexually transmitted diseases	A57-A58, A60**, A63**	099.0, 099.2-099.3, 99.8-99.9	B069
Hepatitis	B15, B16, B17.0, P35.3, P35.3, B17.1, B17.2	070 (except 70.22, 70.23, 70.32, 70.33, 70.44, 70.49,70.54, 70.59)***	B046
Acute hepatitis A	B15	070.0-070.1	
Acute hepatitis B	B16, B17.0, P35.3	070.2-070.3 (except 70.22, 70.23, 70.32, 70.33)***	
Acute hepatitis C	B17.1	070.41***	
Acute hepatitis E	B17.2	070.43***	
Leprosy	A30, B92	030	B032
Other infectious diseases	A20-A28, A31-A32, A38, A42-A49 (except A48.0, A48.3, A49.9),A65-A70(except A68), A74 (except A74.0), A81, A88-A89, A99, B04, B25, B27-B49(except B35-B36), B58-B64, P35.1, P35.2, P35.8, P35.9, P37.2, P37.5-P37.9, B03, B26, B06, P35.0, A80, B91	020-027, 031, 034-035, 039-041(except 040.0), 046, 051, 054, 057, 073-075, 077(except 077.0) 078.5-078.8, 100-104, 136.0-136.2, 136.9, 323.0, 730.9, 771.1-771.2, 050, 072, 056, 771.0, 045, 138, 323.2, 730.7	B030-B031, B035, B039, B070, B041, B043, B040, B078

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Non-communicable diseases	C15-C159, D00.1*C16, D00.2*, D37.1*, C22, D01.5*, D37.6*C32, D02.0*, D38.0*, C33-C34 , D02.1-D02.2*, D38.1*C50, D0.5-D05.9*, D48.6*C53, D06*C54, D07.0, D39.0*C61, D07.5*, D40.0*C18-C21, D01.0-D01.3*, D37.3-D37.5*C00-C08, C11, C09-C10, C12-C13, C23, C24, C25, C43, D03*, D48.5*C44, D04*C56, D39.1*C62, D40.1*C64-C66, D41.0-D41.2*C67, D09.0*, D41.4*C70-C72, D42-D43.9*, D44.3-D44.5*C73, D44.0*C81, C82-C85, C96, C88-C90, C91-C95, C17, C30-C31, C37-C41, C45, C47-C49, C51-C52, C57-C60(except C57.9), C63(except C63.9), C68-C69, C74-C75 (except C75.9), C77-C79, C97, D01.4*, D07.1-D07.4*, D09.1-D09.3*, D37.2*, D37.7*, D38.2-D38.5*, D39.2-D39.7*, D40.7*, D41.7*, D44.1-D44.2*, D44.6-D44.9*, D48.0-D48.4*, D48.7*, D00-D24, D26-D44.2, D44.6-D48.9**I01, I02.0, I05-I09, I20-I25, I60-I63 I65-I67, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I11, I42, I40, I48, I71, I73, I70.2, I33, I00, I02.9, I27-I28 (except I27.1), I30-I32(except I31.2, I31.3), I34-I39, I47, I70.8, I72, I77-I80, I82-I84, I86-I98, G45, J40-J44, J47, J60-J65, J45-J46, D86.0, D86.2, D86.9, J84, J30-J39, J66-J70(except J69), J82, J92, J93.0, J93.1, J95, J98 (except J98.1, J98.2, J98.3, J98.9)B18, I85, K70, K71.7, K72.1-K72.9, K73-K74, K75.2-K75.9, K76.6-K76.7, K76.9, B18, I85, K70, K71.7, K72.1-K72.9, K73-K74, K75.2-K75.9, K76.6-K76.7, K76.9, K25-K27, K29, K35-K37, K56, K40-K41, K50-K52, K55, K80-K83, K85-K86.9, K00-K01**, K03-K04**, K06-K11**, K12-K13, K14**, K20-K22, K28, K30-K31, K38, K57-K63, K66.8, K760-K765, K768, K77, K90-K92 (except K92.0, K92.1, K92.2, K92.9), F00-F03, G30-G31, G20-G21, G40-G41, G35, G43**, G44**, G06-G08, G10-G12, G23-G25, G36-G37, G47-G58**, G60-G72, G90-G91 (except G91.1, G91.3, G91.8), G93-G98 (except G93.1, G93.2, G93.3, G93.4, G93.5, G93.6), F20-F29, F10, X45, F11, F14, F15, F12, F13, F16, F18-F19, F32**-F33**, F34.1**F30**-F31**F40**-F42**, F43**-F44**F50, F90**, F91**, F92**, F70**-F79**, F70**-F79**, F04-F09, F17, F34-F39 (except F34.1), F45-F48**, F51-F53**, F54-F59, F60-F69**, F80-F84** (except F84.0, F84.5, F84.9), F93-F98**, F88-F89**E10- E13 (except E10.2, E11.2, E12.2, E13.2), N00-N01, E10.2, E11.2, E12.2, E13.2, I12.0, I12.9, I13.1, I13.2, I13.9, N02- N07, N15.0, N10-N12, N15.1-N15.9, N30, N34, N39.0, N20- N23, N40**, N46**, N13, N24-N28, N31-N32, N35-N36, N39.1-N39.9, N41-N45, N47-N50, D25, E28.2, N97**, N80, N81, N94.3, D55-D59, D66-D89 (except D84.9, D86.0, D86.2, D86.9), E03-E07, E15-E34, E65-E67, E70-E85	150, 2301*, 151, 230.2* 235.2*, 155, 235.3*, 161, 231.0*,235.6*162-1629, 231.1*, 231.2*, 231.8*, 235.7*174-175, 233.0*, 238.3*, 239.3*180, 233.1*182, 185, 233.4*, 236.5* 153-154, 230.3-230.6*, 140-145*, 235.0-235.1*, 147, 146, 148, 156, 157, 172, 173, 232*, 238.2*, 183.0, 236.2*, 186, 236.4*, 189.0-189.2, 188, 233.7*, 236.7*, 239.4*, 191-192, 237.0-237.1*, 237.5-237.9*, 239.6*, 193, 201, 200, 202, 203, 204-208, 152, 158, 160, 163-164 ,170-171, 181, 183.2-184.8, 187.0-187.8, 189.3-189.8, 190-190.9, 194, 196-198, 230.7*, 233.5*, 234.0*,234.8*, 235.8*, 236.1*, 237.2-237.4*, 238.0-238.1*, 210-217, 219-231, 236, 238.4-239.2** 390-391, 392.0, 393-398, 410-414, 430-432, 437.2, 433-435, 437.0-437.1, 437.5-437.8, 402, 422, 425, 427.3, 441, 443, 421, 392, 392.9, 416, 416.0, 416.8-417, 420, 423, 423.1-424.9, 427-427.2, 427.6-427.9, 442, 446-451, 453-455, 456.3-459.9, 435, 437.6, 437.7490-492.8, 494, 496, 500-506, 493, 135, 515-516, 470-475, 477-478, 495, 506, 508, 517-519, 70.22-70.23, 070.32-070.33, 070.44-070.49, 070.54-070.59, 456.0-456.2, 571, 572.3-572.8, 573.9070.22-070.23, 070.32-070.33, 070.44-070.49, 070.54-070.59, 456.0-456.2, 571, 572.3-572.8, 573.9, 531-533, 535-535.6, 540-542, 560, 550-551.03, 552-552.03, 553-553.03, 553.9, 555-556, 558-558.9, 557, 574-576, 577-577, 520, 524-527**, 528, 529**, 530, 534, 536-537, 543, 551.1-551.9, 552.1-552.9, 553.1-553.8, 562-566, 569-570, 573-573.2, 579-579.9, 290, 330-331, 332, 345, 340 ,346**, 307.81**, 324-326, 333-337, 341, 357-348**, 349.0-349.8, 350-359, 295, 291, 303, 305.0, E860.0-E860.1, 304.0, 305.5, 304.2, 305.6, 304.4, 305.7, 304.3, 305.2, 292, 304.1, 304.5-304.9, 305.1, 305.3-305.4, 305.8-305.9, 296.2**-296.3**, 300.4**, 311**, 296.0**-296.1**, 296.4**-296.9**, 300.0**, 300.2**-300.3**, 308**, 307.1, 307.5, 314.0**, 317**-319**, 317**-319**, 293-294, 297-298**, 299.1-299.9**, 300.1**, 300.5-300.9**, 301.0-301.1**, 301.3-301.9**, 302**, 306**, 307.0**, 307.2-307.4**, 307.6-307.9**, 309-310**, 312-313**, 314.1-316**, 250.0-250.3, 250.5-250.9, 580, 250.4, 403-404, 581-583, 589, 590, 595, 596.9, 597, 599.0, 599.9, 592, 594, 788.0, 600**, 606**, 591, 593, 596, 598, 599.1-599.8, 601-605, 607, 608 218, 256.4, 628**, 617, 618, 625.4, 282.0-282.1, 282.7-285.8, 282.2-282.3, 282.5-282.6, 282.4, 240-242.9, 244(except 244.2), 245-246, 251-259(except 256.4), 270-273, 275, 277-278, 286-289.9(except 286.6), 740-741, 742.2-742.9, 745-747, 749, 758.0, 758.1-758.9, 742.0-742.1, 743-744, 748, 750-753, 756-757, 759(except759.9), 690-692**, 696**, 681, 682, 680, 683, 684, 686, 707.1, 707.8, 707.9, 133.0**, 110**, 111**, 78**, 706.0**, 706.1**, 704.0**, 698**, 708**, 707, 685, 693, 694, 695, 697, 700**, 701**, 702-706**, 709**, 714, 715**, 722**, 724**, 274**, 710-711, 712-713**, 716, 717-719**, 720-721, 723**, 725-729**, 730.3,730.9, 731-733, 734-736**, 737, 738-739**, 365**, 366**, 362.5**, 367-368**, 378**, 385**, 387**, 389**, 361-362.5**, 362.6-364**, 369**, 360**, 370-377**, 379-380**, 384**, 386, 388**, 521-522**, 523**, 798.0	B090, B091, B095, B100, B101, B113, B120, B124, B093-B094, B096, B111, B112, B123, B125, B126, B130, B155, B140, B149, B141, B092, B109-B110, B119, B121, B156*, B25, B27, B292, B294, B290-B291, B260, B347, B347, B341, B342, B344, B343, B348, B210, B222, B221, B225, B223, B211, B215, B213B18.1, B35.1, B35.3, B35.2, B60, B35.9, B376, B37.4, B440- B444, B446-B449, B430, B433, B230**, B231**

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
	(except E85.3, E85.4, E85.8, E85.9), E88 (except E88.9), E89-E96, D60-D64(except D64.9), Q00, Q03, Q05, Q20-Q28, Q35-Q37, Q90, Q91-Q99 (except Q99.9), Q01-Q02, Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38-Q45, Q50-Q89 (except Q89.9)L20**-L28**, L40**-L41**, L03.0, L03.1**, L03.2-L03.9, L00,L01, L02, L04**, L08, L88,L97, L98.0-L98.4**, B66, B35**, B36.0**, B36.1**, B36.2**, B36.3**, B36.8**, B36.9** B00, B07**-B09**L70**L63.0**, L63.1**, L63.8**, L63.9**, L29**, L50**L89, B85**, B87**, B88**, L05.0, L05.9, L10-L13, L28**, L30**, L42**-L44**, L51, L52**-L53**, L55**-L60**, L64**-L68**, L71**-L75**, L80**-L85**, L87, L90**-L92**, L93, L94-L95, M05-M06, M15-M19**, M46.9, M47**, M48.0-M48.2**, M48.8**-M48.9**, M50-M54**, M10**, M00-M02, M08, M11**, M12-M13, M20-M25**,M30-M35,M40**, M41-M46 (except M46.9), M48** (except M48.0, M48.1, M48.2, M48.8, M48.9), M60**,M61-M62, M65-M71**, M72, M75-M79**,M80-M85, M87-M94 , M95-M99**, H40**, H25-H26**, H35.3**, H49-H52**, H90-H91**,H30-H35** (except H35.3), H53-H54**, H00-H21**, H27*, H43-H47**, H55- H61** ,H68-H69** , H71-H83**, H92- H93**, K02**, K05**, R95		
Neoplasms	C15-C159, D00.1*C16, D00,2*, D37.1*, C22, D01.5*, D37.6*C32, D02.0*, D38.0*, C33-C34 , D02.1-D02.2*, D38.1*C50, D0.5-D05.9*, D48.6*C53, D06*C54, D07.0, D39.0*C61, D07.5*, D40.0*C18-C21, D01.0-D01.3*, D37.3-D37.5*C00-C08, C11, C09-C10, C12-C13, C23, C24, C25, C43, D03*, D48.5*C44, D04*C56, D39.1*C62, D40.1*C64-C66, D41.0-D41.2*C67, D09.0*, D41.4*C70-C72, D42-D43.9*, D44.3-D44.5*C73, D44.0*C81, C82-C85, C96, C88-C90, C91-C95, C17, C30-C31, C37-C41, C45, C47-C49, C51-C52, C57-C60(except C57.9), C63(except C63.9), C68-C69, C74-C75 (except C75.9), C77-C79, C97, D01.4*, D07.1-D07.4*, D09.1-D09.3*, D37.2*, D37.7*, D38.2-D38.5*, D39.2-D39.7*, D40.7*, D41.7*, D44.1-D44.2*, D44.6-D44.9*, D48.0-D48.4*, D48.7*, D00-D24, D26-D44.2, D44.6-D48.9**	150, 2301*, 151, 0230.2* , 235.2*, 155, 235.3*, 161, 2310* ,235.6*, 162-162.9, 231.1*, 231.2*, 231.8*, 235.7*, 174-175, 233.0*, 238.3*, 239.3*, 180, 233.1*, 182, 185, 233.4*, 236.5* 153-154, 230.3-230.6*, 140-145*, 235.0-2351*, 147, 146, 148, 156, 157, 172, 173, 232*, 238.2*, 183.0, 236.2*, 186, 236.4*, 189.0-189.2, 188, 233.7*, 236.7*, 239.4*, 191-192, 237.0-237.1*, 237.5-237.9*, 239.6*, 193, 201, 200, 202, 203, 204-208, 152, 158, 160, 163-164 ,170-171, 181, 183.2-184.8, 187.0-187.8, 189.3-189.8, 190-190.9, 194, 196-198 , 230.7*, 233.5*, 234.0*,234.8*, 235.8*, 236.1* , 237.2-237.4*, 238.0-238.1* , 210-217, 219-231, 236, 238.4-239.2**	B090, B091, B095, B100, B101, B113, B120, B124, B093-B094, B096, B111, B112, B123, B125, B126, B130, B155, B140, B149, B141, B092, B109-B110, B119, B121, B156*
Esophageal cancer	C15-C159, D00.1*	150, 230.1*	B090
Stomach cancer	C16, D00,2*, D37.1*	151, 0230.2* 235.2*	B091
Liver cancer	C22, D01.5*, D37.6*	155, 235.3*	B095

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Liver cancer secondary to hepatitis B			
Liver cancer secondary to hepatitis C			
Liver cancer secondary to alcohol use			
Other liver cancer			
Larynx cancer	C32, D02.0*, D38.0*	161, 231.0*, 235.6*	B100
Trachea, bronchus and lung cancers	C33-C34, D02.1-D02.2*, D38.1*	162-162.9, 231.1*, 231.2*, 231.8*, 235.7*	B101
Breast cancer	C50, D0.5-D05.9*, D48.6*	174-175, 233.0*, 238.3*, 239.3*	B113
Cervical cancer	C53, D06*	180, 233.1*	B120
Uterine cancer	C54, D07.0, D39.0*	182	
Prostate cancer	C61, D07.5*, D40.0*	185, 233.4*, 236.5*	B124
Colon and rectum cancers	C18-C21, D01.0-D01.3*, D37.3-D37.5*	153-154, 230.3-230.6*	B093-B094
Mouth cancer	C00-C08	140-145*, 235.0-235.1*	
Nasopharynx cancer	C11	147	
Cancer of other part of pharynx and oropharynx	C09-C10, C12-C13	146, 148	
Gallbladder and biliary tract cancer	C23, C24	156	
Pancreatic cancer	C25	157	B096
Malignant melanoma of skin	C43, D03*, D48.5*	172	B111
Non-melanoma skin cancer	C44, D04*	173, 232*, 238.2*	B112
Ovarian cancer	C56, D39.1*	183.0, 236.2*	B123
Testicular cancer	C62, D40.1*	186, 236.4*	B125
Kidney and other urinary organ cancers	C64-C66, D41.0-D41.2*	189.0-189.2	
Bladder cancer	C67, D09.0*, D41.4*	188, 233.7*, 236.7*, 239.4*	B126
Brain and nervous system cancers	C70-C72, D42-D43.9*, D44.3-D44.5*	191-192, 237.0-237.1*, 237.5-237.9*, 239.6*	B130, B155
Thyroid cancer	C73, D44.0*	193	
Hodgkin's disease	C81	201	B140
Non-Hodgkin's lymphoma	C82-C85, C96	200, 202	B149
Multiple myeloma	C88-C90	203	
Leukemia	C91-C95	204-208	B141

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Other neoplasms	C17, C30-C31, C37-C41, C45, C47-C49, C51-C52, C57-C60(except C57.9), C63(except C63.9), C68-C69, C74-C75 (except C75.9), C77-C79, C97, D01.4*, D07.1-D07.4*, D09.1-D09.3*, D37.2*, D37.7*, D38.2-D38.5*, D39.2-D39.7*, D40.7*, D41.7*, D44.1-D44.2*, D44.6-D44.9*, D48.0-D48.4*, D48.7*, D00-D24, D26-D44.2, D44.6-D48.9**	152, 158, 160, 163-164 ,170-171, 181, 183.2-184.8, 187.0-187.8, 189.3-189.8, 190-190.9, 194, 196-198, 230.7*, 233.5*, 234.0* 234.8*, 235.8*, 236.1*, 237.2-237.4*, 238.0-238.1*210-217, 219-231, 236, 238.4-239.2**	B092, B109-B110, B119, B121, B156*
Cardiovascular and circulatory diseases	I01, I02.0, I05-I09, I20-I25, I60-I63 I65-I67, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I11, I42, I40, I48, I71, I73, I70.2, I33, I00, I02.9, I27-I28 (except I27.1), I30-I32(except I31.2, I31.3), I34-I39, I47, I70.8, I72, I77-I80, I82-I84, I86-I98, G45	390-391, 392.0, 393-398, 410-414, 430-432, 437.2, 433-435, 437.0-437.1, 437.5-437.8, 402, 422, 425, 427.3, 441, 443, 421, 392, 392.9, 416, 416.0, 416.8-417, 420, 423, 423.1-424.9, 427-427.2, 427.6-427.9, 442, 446-451, 453-455, 456.3-459.9, 435, 437.6, 437.7	B25, B27, B292, B294, B290-B291, B260
Rheumatic heart disease	I01, I02.0, I05-I09	390-391, 392.0, 393-398	B25
Ischemic heart disease	I20-I25	410-414	B27
Cerebrovascular disease	I60-I63 I65-I67, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3	430-432, 437.2, 433-435, 437.0-437.1, 437.5-437.8	B292, B294, B290-B291
Ischemic stroke	I63, I65-I67(except I67.4), I69.3	433-434, 437.0-437.2, 437.5, 437.8	B292, B294
Hemorrhagic and other non-ischemic stroke	I60-I62, I69.0-I69.2, I67.4	430-432, 437.2	B290-B291
Hypertensive heart disease	I11	402	B260
Cardiomyopathy and myocarditis	I42, I40	422, 425	
Atrial fibrillation and flutter	I48	427.3	
Aortic aneurysm	I71	441	
Peripheral vascular disease	I73, I70.2	443	
Endocarditis	I33	421	
Other cardiovascular and circulatory diseases	I00,I02.9,I27-I28 (except I27.1),I30-I32(except I31.2, I31.3), I34-I39, I47, I70.8, I72, I77-I80, I82-I84, I86-I98, G45	392, 392.9, 416, 416.0, 416.8-417, 420, 423, 423.1-424.9, 427-427.2, 427.6-427.9, 442, 446-451, 453-455, 456.3-459.9, 435, 437.6, 437.7	
Chronic respiratory diseases	J40-J44, J47J, 60-J65, J45-J46, D86.0, D86.2, D86.9, J84J30-J39, J66-J70(except J69), J82, J92, J93.0, J93.1, J95, J98 (except J98.1, J98.2, J98.3, J98.9), B18, I85, K70, K71.7, K72.1-K72.9, K73-K74, K75.2-K75.9, K76.6-K76.7, K76.9	490-492.8, 494, 496, 500-506, 493, 135, 515-516, 470-475, 477-478, 495, 506, 508, 517-519, 070.22-070.23, 070.32-070.33, 070.44-070.49, 070.54-070.59, 456.0-456.2, 571, 572.3-572.8, 573.9	B347
Chronic obstructive pulmonary disease	J40-J44, J47	490-492.8, 494, 496	
Pneumoconiosis	J60-J65	500-506	
Asthma	J45-J46	493	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Interstitial lung disease and pulmonary sarcoidosis	D86.0, D86.2, D86.9, J84	135, 515-516	
Other chronic respiratory diseases	J30-J39, J66-J70(except J69), J82, J92, J93.0, J93.1, J95, J98 (except J98.1, J98.2, J98.3, J98.9)	470-475, 477-478, 495, 506, 508, 517-519	
Cirrhosis of the liver	B18, I85, K70, K71.7, K72.1-K72.9, K73-K74, K75.2-K75.9, K76.6-K76.7, K76.9	070.22-070.23, 070.32-070.33, 070.44-070.49, 070.54-070.59, 456.0-456.2, 571, 572.3-572.8, 573.9	B347
Cirrhosis of the liver secondary to hepatitis B			
Cirrhosis of the liver secondary to hepatitis C			
Cirrhosis of the liver secondary to alcohol use			
Other cirrhosis of the liver			
Digestive diseases (except cirrhosis)	K25-K27, K29, K35-K37, K56, K40-K41, K50-K52, K55, K80-K83, K85-K86.9, K00-K01**, K03-K04**, K06-K11**, K12-K13, K14**, K20-K22, K28, K30-K31, K38, K57-K63, K66.8, K760-K765, K768, K77, K90-K92 (except K92.0, K92.1, K92.2, K92.9)	531-533, 535-535.6, 540-542, 560, 550-551.03, 552-552.03, 553-553.03, 553.9, 555-556, 558-558.9, 557, 574-576, 577-577, 520, 524-527**, 528, 529**, 530, 534, 536-537, 543, 551.1-551.9, 552.1-552.9, 553.1-553.8, 562-566, 569-570, 573-573.2, 579-579.9	B341, B342, B344, B343, B348
Peptic ulcer disease	K25-K27	531-533	B341
Gastritis and duodenitis	K29	535-535.6	
Appendicitis	K35-K37	540-542	B342
Paralytic ileus and intestinal obstruction without hernia	K56	560	B344
Inguinal or femoral hernia	K40-K41	550-551.03, 552-552.03, 553-553.03, 553.9	B343
Noninfective inflammatory bowel disease	K50-K52	555-556, 558-558.9	
Vascular disorders of intestine	K55	557	
Gall bladder and bile duct disease	K80-K83	574-576	B348
Pancreatitis	K85-K86.9	577-577	
Other digestive diseases	K00-K01**, K03-K04**, K06-K11**, K12-K13, K14**, K20-K22, K28, K30-K31, K38, K57-K63, K66.8, K760-K765, K768, K77, K90-K92 (except K92.0, K92.1, K92.2, K92.9)	520, 524-527**, 528, 529**, 530, 534, 536-537, 543, 551.1-551.9, 552.1-552.9, 553.1-553.8, 562-566, 569-570, 573-573.2, 579-579.9	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Neurological disorders	F00-F03, G30-G31, G20-G21, G40-G41, G35, G43**, G44**, G06-G08, G10-G12, G23-G25, G36-G37, G47- G58**, G60-G72, G90-G91 (except G91.1, G91.3, G91.8), G93-G98 (except G93.1, G93.2, G93.3, G93.4, G93.5, G93.6)	290, 330-331, 332, 345, 340 ,346**, 307.81**, 324-326, 333-337, 341, 357-348**, 349.0-349.8, 350-359	B210, B222, B221, B225, B223
Alzheimer's disease and other dementias	F00-F03, G30-G31	290, 330-331	B210, B222
Parkinson's disease	G20-G21	332	B221
Epilepsy	G40-G41	345	B225
Multiple sclerosis	G35	340	B223
Migraine	G43**	346**	
Tension-type headache	G44**	307.81**	
Other neurological disorders	G06-G08, G10-G12, G23-G25, G36-G37, G47-G58**, G60-G72, G90-G91 (except G91.1, G91.3, G91.8), G93-G98 (except G93.1, G93.2, G93.3, G93.4, G93.5, G93.6)	324-326, 333-337, 341, 357-348**, 349.0-349.8, 350-359	
Mental and behavioral disorders	F20-F29, F10, X45, Q86.0, F11, F14, F15, F12, F13, F16, F18-F19, X41, X42,X49, F32**-F33**, F34.1**F30**-F31**, F40**-F42**, F43**-F44**F50, F90**, F91**-F92**, F70**-F79**, F70**-F79**, F04-F09, F17, F34-F39 (except F34.1), F45-F48**, F51-F53**, F54-F59, F60-F69**, F80- F84** (except F84.0, F84.5, F84.9), F93-F98**, F88-F89**	295, 291, 303, 305.0, E860.0-E860.1, E850.0-E850.2, E850.9, E851.0, E852.0-E852.5, E852.8-E852.9, E853.0-E853.2, E853.8-E853.9, E854.0-E853.3, 304.0, 305.5, 304.2, 305.6, 304.4, 305.7, 304.3, 305.2, 292, 304.1, 304.5-304.9, 305.1, 305.3-305.4, 305.8-305.9, 296.2**-296.3**, 300.4**, 311**, 296.0**-296.1**, 296.4**-296.9**300.0**, 300.2**-300.3**, 308**, 307.1, 307.5, 314.0**, 317**-319**317**-319**, 293-294, 297-298**, 299.1-299.9**, 300.1**, 300.5-300.9**, 301.0-301.1**, 301.3-301.9**, 302**, 306**, 307.0**, 307.2-307.4**, 307.6-307.9**, 309-310**, 312-313**, 314.1-316**	B211, B215, B213
Schizophrenia	F20-F29	295	B211
Alcohol use disorders	F10, X45, Q86.0	291, 303, 305.0, E860.0-E860.1	B215
Drug use disorders	F11, F14, F15, F12, F13, F16, F18-F19, X41, X42, X49	304.0, 305.5, 304.2, 305.6, 304.4, 305.7, 304.3, 305.2, 292, 304.1, 304.5-304.9, 305.1, 305.3-305.4, 305.8-305.9, E850.0-E850.2, E850.9, E851.0, E852.0-E852.5, E852.8-E852.9, E853.0-E853.2, E853.8-E853.9, E854.0-E853.3	
Opioid use disorders	F11	304.0, 305.5	
Cocaine use disorders	F14	304.2, 305.6	
Amphetamine use disorders	F15	304.4, 305.7	
Cannabis use disorders	F12	304.3, 305.2	
Other drug use disorders	F13, F16, F18-F19	292, 304.1, 304.5-304.9, 305.1, 305.3-305.4, 305.8-305.9	
Unipolar depressive disorders	F32**-F33**, F34.1**	296.2**-296.3**, 300.4**, 311**	
Major depressive disorder	F32**-F33**	296.2**-296.3**, 300.4**, 311**	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Dysthymia	F34.1**		
Bipolar affective disorder	F30**-F31**	296.0**-296.1**, 296.4**-296.9**	
Anxiety disorders	F40**-F42**, F43**-F44**	300.0**, 300.2**-300.3**, 308**	
Eating disorders	F50	307.1, 307.5	
Pervasive development disorders	F84.0**, F84.5**		
Autism	F84.0**		
Asperger's syndrome	F84.5**		
Childhood behavioral disorders	F90**, F91**-F92**, F70**-F79**	314.0**, 317**-319**	
Attention-deficit hyperactivity disorder	F90**	314.0**	
Conduct disorder	F91**-F92**		
Idiopathic intellectual disability	F70**-F79**	317**, -319**	
Other mental and behavioral disorders	F04-F09, F17, F34-F39 (except F34.1), F45-F48**, F51-F53**, F54-F59, F60-F69**, F80-F84** (except F84.0, F84.5, F84.9), F93-F98**, F88-F89**	293-294, 297-298**, 299.1-299.9**, 300.1**, 300.5-300.9**, 301.0-301.1**, 301.3-301.9**, 302**, 306**, 307.0**, 307.2-307.4**, 307.6-307.9**, 309-310**, 312-313**, 314.1-316**	B213
Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases	E10-E13 (except E10.2, E11.2, E12.2, E13.2), N00-N01, E10.2, E11.2, E12.2, E13.2, I12.0, I12.9, I13.1, I13.2, I13.9, N02-N07, N15.0, N10-N12, N15.1-N15.9, N30, N34, N39.0, N20-N23, N40**, N46**, N13, N24-N28, N31-N32, N35-N36, N39.1-N39.9, N41-N45, N47-N50, D25, E28.2, N97**, N80, N81, N94.3, D55-D59, D66-D89 (except D84.9, D86.0, D86.2, D86.9), E03-E07, E15-E34, E65-E67, E70-E85 (except E85.3, E85.4, E85.8, E85.9), E88 (except E88.9), E89-E96, D60-D64(except D64.9)	250.0-250.3, 250.5-250.9, 580, 250.4, 403-404, 581-583, 589, 590, 595, 596.9, 597, 599.0, 599.9, 592, 594, 788.0, 600**, 606**, 591, 593, 596, 598, 599.1-599.8, 601-605, 607, 608 218, 256.4, 628**617, 618, 625.4, 282.0-282.1, 282.7-285.8, 282.2-282.3, 282.5-282.6, 282.4, 240-242.9, 244(except 244.2), 245-246, 251-259(except 256.4), 270-273, 275, 277-278, 286-289.9(except 286.6)	B18.1, B35.1, B35.3, B35.2, B60, B35.9, B376, B37.4
Diabetes mellitus	E10-E13 (except E10.2, E11.2, E12.2, E13.2)	250.0-250.3, 250.5-250.9	B18.1
Acute glomerulonephritis	N00-N01	580	
Chronic kidney diseases	E10.2, E11.2, E12.2, E13.2, I12.0, I12.9, I13.1, I13.2, I13.9, N02-N07, N15.0	250.4, 403-404, 581-583, 589	
Chronic kidney disease due to diabetes mellitus	E10.2, E11.2, E12.2, E13.2, E14.2	250.4	
Chronic kidney disease due to hypertension	I12.0, I12.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9	403-404	
Chronic kidney disease unspecified	N02-N07, N15.0	581-583, 589	
Urinary diseases and male infertility	N10-N12, N15.1-N15.9, N30, N34, N39.0N20-N23, N40**, N46**, N13, N24-N28, N31-N32, N35-N36, N39.1-N39.9, N41-N45, N47-N50	590, 595, 596.9, 597, 599.0, 599.9, 592, 594, 788.0, 600**, 606**, 591, 593, 596, 598, 599.1-599.8, 601-605, 607, 608	B35.1, B35.3, B35.2, B60, B35.9

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Tubulointerstitial nephritis, pyelonephritis, and urinary tract infections	N10-N12, N15.1-N15.9, N30, N34, N39.0	590, 595, 596.9, 597, 599.0, 599.9	B35.1, B35.3
Urolithiasis	N20-N23	592, 594, 788.0	B35.2
Benign prostatic hyperplasia	N40**	600**	B60
Male infertility	N46**	606**	
Other urinary diseases	N13, N24-N28, N31-N32, N35-N36, N39.1-N39.9, N41-N45, N47-N50	591, 593, 596, 598, 599.1-599.8, 601-605, 607, 608	B35.9
Gynecological diseases	D25, E28.2, N97**, N80, N81, N94.3	218, 256.4, 628**, 617, 618, 625.4	B376, B37.4
Uterine fibroids	D25	218	
Polycystic ovarian syndrome	E28.2	256.4	
Female infertility	N97**	628**	B376
Endometriosis	N80	617	
Genital prolapse	N81	618	B37.4
Premenstrual syndrome	N94.3	625.4	
Other gynecological diseases	N60**, N61-N64, N75-N76, N82-N83, N84**-N92, N93-N94(Except N94.3), N98, N46**	610**, 611, 616.5-616.9, 619-624, 625.0-625.3**, 625.5-625.9** 626-627**, 629	
Hemoglobinopathies and hemolytic anemias	D55-D59	282.0-282.1, 282.7-285.8, 282.2-282.3, 282.5-282.6, 282.4	
Thalassemias	D56	282.4	
Sickle cell disorders	D57	282.5-282.6	
G6PD deficiency	D55	282.2-282.3	
Other hemoglobinopathies and hemolytic anemias	D58-D64.8	282.0-282.1, 282.7-285.8	
Other endocrine, nutritional, blood, and immune disorders	D66-D89 (except D84.9, D86.0, D86.2, D86.9), E03-E07, E15-E34, E65-E67, E70-E85 (except E85.3, E85.4, E85.8, E85.9), E88 (except E88.9), E89-E96, D60-D64(except D64.9)	240-242.9, 244(except 244.2), 245-246, 251-259(except 256.4), 270-273, 275, 277-278, 286-289.9(except 286.6)	
Musculoskeletal disorders	M05-M06, M15-M19**, M46.9, M47**, M48.0-M48.2**, M48.8**-M48.9**, M50-M54**, M10**, M00-M02, M08, M11**, M12-M13, M20-M25**, M30-M35, M40**, M41-M46 (except M46.9), M48** (except M48.0, M48.1, M48.2, M48.8, M48.9), M60**, M61-M62, M65-M71**, M72, M75-M79**, M80-M85, M87-M94, M95-M99**	714, 715**, 722**, 724**, 274**, 710-711, 712-713**, 716, 717-719**, 720-721, 723**, 725-729**, 730.3, 730.9, 731-733, 734-736**, 737, 738-739**	B430, B433
Rheumatoid arthritis	M05-M06	714	B430
Osteoarthritis	M15-M19**	715**	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Low back and neck pain	M46.9, M47** , M48.0-M48.2**, M48.8**-M48.9**, M50-M54**	722**-724**	
Low back pain	M46.9, M47**, M48.0-M48.2**,M48.8**-M48.9**, M51-M54**(except M53.1** ,M53.2**)	722**, 724**	
Neck pain	M50**, M53.1** ,M53.2**	723**,	
Gout	M10**	274**	
Other musculoskeletal disorders	M00-M02, M08, M11** ,M12-M13, M20-M25**,M30-M35,M40**, M41-M46 (except M46.9), M48** (except M48.0, M48.1, M48.2, M48.8, M48.9), M60**, M61-M62, M65-M71**, M72, M75-M79**, M80-M85, M87-M94, M95-M99**	710-711, 712-713**,716, 717-719**, 720-721, 725-729**, 730.3, 730.9, 731-733, 734-736**, 737, 738-739**	B433
Other non-communicable diseases	Q00, Q03, Q05, Q20-Q28, Q35-Q37, Q90, Q91-Q99 (except Q99.9), Q01-Q02, Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38-Q45, Q50-Q89 (except Q89.9)L20**-L28**, L40**-L41**, L03.0, L03.1**, L03.2-L03.9, L00, L01, L02, L04**, L08, L88,L97, L98.0-L98.4**, B66, B35**, B36.0**, B36.1**, B36.2**, B36.3**, B36.8**, B36.9** B00, B07**- B09**, L70**, L63.0**, L63.1**, L63.8**, L63.9**, L29**, L50**, L89, B85**, B87**, B88**, L05.0, L05.9, L10-L13, L28**, L30**, L42**-L44**, L51, L52**-L53**, L55**- L60**, L64**-L68**, L71**-L75**, L80**-L85**, L87, L90**-L92**, L93, L94-L95, H40**, H25- H26**,H35.3**,H49-H52**, H90-H91**, H30-H35** (except H35.3), H53-H54**, H00-H21**, H27*, H43-H47**, H55- H61**, H68-H69** , H71-H83**, H92-H93**, K02**, K05**, R95	740-741, 742.2-742.9, 745-747, 749, 758.0, 758.1-758.9, 742.0-742.1, 743-744, 748, 750-753, 756-757, 759(except759.9), 690-692**, 696**, 681, 682, 680,683, 684, 686, 707.1, 707.8, 707.9, 133.0**, 110**, 111**, 078**, 706.0**, 706.1**, 704.0**, 698**, 708**, 707, 685, 693, 694, 695, 697, 700**, 701**, 702-706**, 709**, 365**, 366**, 362.5**, 367-368**, 378**, 385**, 387**, 389**, 361-362.5**, 362.6-364**, 369**, 360**, 370-377**, 379-380**, 384**, 386, 388**, 521-522**,523**, 798.0	B440-B444, B446-B449, B230**, B231**
Congenital anomalies	Q00, Q03, Q05, Q20-Q28, Q35-Q37, Q90, Q91-Q99 (except Q99.9), Q01-Q02, Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38-Q45, Q50-Q89 (except Q89.9)	740-741, 742.2-742.9, 745-747, 749, 758.0, 758.1-758.9, 742.0-742.1, 743-744, 748, 750-753, 756-757, 759(except759.9)	B440-B444, B446-B449
Neural tube defects	Q00, Q01, Q05	740-741, 742.0,742.2, 742.4-742.8	B440-B441
Congenital heart anomalies	Q20-Q28	745-747	B442
Cleft lip and cleft palate	Q35-Q37	749	B443
Down's syndrome	Q90	758.0	
Other chromosomal abnormalities	Q91-Q99 (except Q99.9)	758.1-758.9	
Other congenital anomalies	Q01-Q03, Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38-Q45, Q50-Q89 (except Q89.9)	742.1, 742.3,742.9, 743-744, 748, 750-753, 756-757, 759(except759.9)	B444, B446-B449

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Skin and subcutaneous diseases	L20**-L28**, L40**-L41**, L03.0, L03.1**, L03.2-L03.9, L00,L01, L02, L04**, L08, L88,L97, L98.0-L98.4**, B66, B35**, B36.0**, B36.1**, B36.2**, B36.3**, B36.8**, B36.9** B00, B07**-B09**L70**L63.0**, L63.1**, L63.8**, L63.9**, L29**, L50**L89, B85**, B87**,B88**, L05.0, L05.9, L10-L13, L28**, L30**, L42**-L44**, L51, L52**-L53**, L55**-L60**, L64**-L68**, L71**-L75**, L80**-L85**, L87, L90**-L92**, L93, L94-L95	690-692**, 696**, 681, 682, 680,683, 684, 686, 707.1, 707.8, 707.9, 133.0**, 110**, 111**, 78**, 706.0**, 706.1**, 704.0**, 698**, 708**, 707, 685, 693, 694, 695, 697, 700**, 701**, 702-706**, 709**	B42
Eczema	L20**-L28**	690-692**	
Psoriasis	L40**-L41**	696**	
Cellulitis	L03.0, L03.1**, L03.2-L03.9	681, 682	
Abscess, impetigo, and other bacterial skin diseases	L00, L01, L02, L04**, L08, L88, L97, L98.0-L98.4**	680, 683, 684, 686, 707.1, 707.8, 707.9	
Scabies	B66**	133.0**	
Fungal skin diseases	B35**, B36.0**, B36.1**, B36.2**, B36.3**, B36.8**, B36.9**	110**, 111**	
Viral skin diseases	B00, B07**-B09**	78**	
Acne vulgaris	L70**	706.0**, 706.1**	
Alopecia areata	L63.0**, L63.1**, L63.8**, L63.9**,	704.0**	
Pruritus	L29**	698**	
Urticaria	L50**	708**	
Decubitus ulcer	L89	707	
Other skin and subcutaneous diseases	B85**, B87**,B88**, L05.0, L05.9, L10-L13, L28**, L30**, L42**-L44**, L51, L52**-L53**, L55**-L60**, L64**-L68**, L71**-L75**, L80**-L85**, L87, L90**-L92**, L93, L94-L95	685, 693, 694, 695, 697, 700**, 701**, 702-706**, 709**	
Sense organ diseases	H40**, H25-H26**, H35.3**,H49-H52**, H90-H91**, H30-H35** (except H35.3), H53-H54**, H00-H21**, H27*, H43-H47**, H55-H61**, H68-H69**, H71-H83**, H92-H93**	365**, 366**, 362.5**, 367-368**, 378**, 385**, 387**, 389**, 361-362.5**, 362.6-364**, 369**, 360**, 370-377**, 379-380**, 384**, 386, 388**	B230**, B231**
Glaucoma	H40**	365**	B230**
Cataracts	H25-H26**	366**	B231**
Macular degeneration	H35.3**	362.5**	
Refraction and accommodation disorders	H49-H52**	367-368**, 378**	
Other hearing loss	H90-H91**	385**, 387**, 389**	
Other vision loss	H30-H35** (except H35.3), H53-H54**	361-362.5**, 362.6-364**, 369**	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Other sense organ diseases	H00-H21**, H27*, H43-H47**, H55-H61**, H68-H69** , H71-H83**, H92-H93**	360**, 370-377**, 379-380**, 384**, 386, 388**	
Oral disorders	K02**, K05**	521-522**, 523**	
Dental caries	K02**	521-522**	
Periodontal disease	K05**	523**	
Edentulism	No ICD code**	No ICD code**	
Sudden infant death syndrome	R95	798.0	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Injuries	V01-V04, V06,V09, V10-V19, V20-V29, Y85.0, V30-V79, V87.2-V87.3, V80, V82 V05,V81, V83-V86, V88.2, V88.3 , V91, V93-V98W00-W19, V90, V92, W65-W74, X00-X19, X46-X47, X48, X40, X43-X44 W32-W34, W24-W31, W45-W46, Y40-Y84, Y88, X20-X29 , W53-W64, W21, W39, W44, W49-W52, W75-W99, X50-X58, X70, X76-X77, X72-X74, X68, X71, X75, X78-X83, X60-X67, X69, X93-X95, X99, X85-X92, X96-X98, Y00-Y08, X30-X39,Y36, Y89.1,Y35, Y89.0	E811.7, E812.7, E813.7, E814.7, E815.7, E816.7, E817.7, E818.7, E819.7, E822.7, E823.7, E824.7, E825.7, E826.0, E827.0, E828.0, E829.0, E800.3, E801.3, E802.3, E803.3, E804.3, E805.3, E806.3, E810.6, E811.6, E812.6, E813.6, E814.6, E815.6, E816.6, E817.6, E818.6, E819.6, E820.6, E821.6, E822.6, E823.6, E824.6, E825.6, E826.1 E810.2-E810.3, E811.2-E811.3, E812.2-E812.3, E813.2-E813.3, E814.2-E814.3, E815.2-E815.3, E816.2-E816.3, E817.2-E817.3, E818.2-E818.3, E819.2-E819.3, E820.2-E820.3, E821.2-E821.3, E822.2-E822.3, E823.2-E823.3, E824.2-E824.3, E825.2-E825.3 E810.0-E810.1, E811.0-E811.1, E812.0-E812.1, E813.0-E813.1, E814.0-E814.1, E815.0-E815.1, E816.0-E816.1, E817.0-E817.1, E818.0-E818.1, E819.0-E819.1, E820.0-E820.1, E821.0-E821.1, E822.0-E822.1, E823.0-E823.1, E824.0-E824.1, E825.0-E825.1 E810.4, E810.5, E811.4, E811.5, E812.4, E812.5, E813.4, E813.5, E814.4, E814.5, E815.4, E815.5, E816.4, E816.5, E817.4, E817.5, E818.4, E818.5, E819.4, E819.5, E820.4, E820.5, E821.4, E821.5, E822.4, E822.5, E823.4, E823.5, E824.4, E824.5, E825.4, E825.5, E826.3, E826.4, E827.3, E827.4, E828.4, E829.4E800.0, E800.1, E800.2, E801.0, E801.1, E801.2, E802.0, E802.1, E802.2, E803.0, E803.1, E803.2, E804.0, E804.1, E804.2, E805.0, E805.1, E805.2, E806.0, E806.2, E806.1, E807.0, E807.1, E807.2, E810.7, E820.7, E821.7, E826.2, E827.2, E828.2 E831.0, E831.1, E831.2 ,E831.3, E831.4 ,E831.5 ,E831.6, E831.8E 831.9 E833.1, E833.0, E833.2, E833.4 ,E833.3, E833.5, E833.6, E833.8, E834.0, E833.9, E834.1, E834.2 E834.3, E834.4, E834.5 E834.6, E834.8, E835.0, E834.9, E835.1, E835.2 ,E835.3, E835.4, E835.6, E835.8, E835.5, E835.9, E836.0, E836.1, E836.2, E836.3, E836.4, E836.6, E836.5, E836.8, E837.0, E837.1, E837.2, E837.3, E837.4, E837.5, E837.6, E837.8, E837.9, E838.0, E838.1, E838.2, E838.3, E838.4, E838.5, E838.6, E838.8 E838.9, E840.0, E840.1, E840.2, E840.4, E840.6, E840.3, E840.5, E840.7, E840.8, E840.9, E841.0, E841.1, E841.2, E841.3, E841.4, E841.5, E841.7 E841.6, E841.8, E841.9, E842.6, E842.7, E842.8, E842.9, E843.0, E843.1 E843.2, E843.3, E843.4, E843.5, E843.7, E843.6, E843.8, E843.9, E844.0, E844.1, E844.2, E844.3, E844.5, E844.4, E844.6, E844.7, E844.9, E845.0, E845.9, E846, E847, E848, E880-E886, E888, E830, E832, E910, E890-E899, E924, E862, E867-E869, E863, E850.3-E850.8, E855-E858, E860.2-E861.9, E864-E866.9, E922, E916, E918-E921, E923, E928.1-E928.2, E870-E879, E930-E949, E905, E906, E900.1, E901.1, E902-E903, E904,1-E904.9, E911-E915, E917, E925-E927, E928.0, E928.8, E953, E958.1, E955- E955.4, E955.9, E950, E951-E952, E954, E955.5, E956-E958.0, E958.2- E959, E965.0-E965.4, E966, E904.0-E904.9, E960-E964, E965.5-E965.9, E967-E969, E900.0, E900.9, E901.0, E901.8-E901.9, E907-E909, E990- E999, E970-E978	B471-B472, B470, B473-B474, B50, B521, B51, B480-B482, B523-B524, B49, B53, B54, B55, B561

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Transport injuries	V01-V04, V06,V09, V10-V19, V20-V29, Y85.0, V30-V79, V87.2-V87.3, V80, V82, V05,V81, V83-V86, V88.2, V88.3 , V91, V93-V98	E811.7, E812.7, E813.7, E814.7, E815.7, E816.7, E817.7, E818.7, E819.7, E822.7, E823.7, E824.7, E825.7, E826.0, E827.0, E828.0, E829.0 E800.3, E801.3, E802.3, E803.3, E804.3, E805.3, E806.3, E810.6, E811.6, E812.6, E813.6, E814.6, E815.6, E816.6, E817.6, E818.6, E819.6, E820.6, E821.6, E822.6, E823.6, E824.6, E825.6, E826.1 E810.2-E810.3, E811.2-E811.3, E812.2-E812.3, E813.2-E813.3, E814.2-E814.3, E815.2-E815.3, E816.2-E816.3, E817.2-E817.3, E818.2-E818.3, E819.2-E819.3, E820.2-E820.3, E821.2-E821.3, E822.2-E822.3, E823.2-E823.3, E824.2-E824.3, E825.2-E825.3 E810.0-E810.1, E811.0-E811.1, E812.0-E812.1, E813.0-E813.1, E814.0-E814.1, E815.0-E815.1, E816.0-E816.1, E817.0-E817.1, E818.0-E818.1, E819.0-E819.1, E820.0-E820.1, E821.0-E821.1, E822.0-E822.1, E823.0-E823.1, E824.0-E824.1, E825.0-E825.1 E810.4, E810.5, E811.4, E811.5, E812.4, E812.5, E813.4, E813.5, E814.4, E814.5, E815.4, E815.5, E816.4, E816.5, E817.4, E817.5, E818.4, E818.5, E819.4, E819.5, E820.4, E820.5, E821.4, E821.5, E822.4, E822.5, E823.4, E823.5, E824.4, E824.5, E825.4, E825.5, E826.3, E826.4, E827.3, E827.4, E828.4, E829.4E800.0, E800.1, E800.2, E801.0, E801.1, E801.2, E802.0, E802.1, E802.2, E803.0, E803.1, E803.2, E804.0, E804.1, E804.2, E805.0, E805.1, E805.2, E806.0, E806.2, E806.1, E807.0, E807.1, E807.2, E810.7, E820.7, E821.7, E826.2, E827.2, E828.2, E831.0, E831.1, E831.2, E831.3, E831.4, E831.5, E831.6, E831.8, E831.9, E833.1, E833.0, E833.2, E833.4, E833.3, E833.5, E833.6, E833.8, E834.0, E833.9, E834.1, E834.2, E834.3, E834.4, E834.5, E834.6, E834.8, E835.0, E834.9, E835.1, E835.2, E835.3, E835.4, E835.6, E835.8, E835.5, E835.9, E836.0, E836.1, E836.2, E836.3, E836.4, E836.6, E836.5, E836.8, E837.0, E837.1, E837.2, E837.3, E837.4, E837.5, E837.6, E837.8, E837.9, E838.0, E838.1, E838.2, E838.3, E838.4, E838.5, E838.6, E838.8, E838.9, E840.0, E840.1, E840.2, E840.4, E840.6, E840.3, E840.5, E840.7, E840.8, E840.9, E841.0, E841.1, E841.2, E841.3, E841.4, E841.5, E841.7, E841.6, E841.8, E841.9, E842.6, E842.7, E842.8, E842.9, E843.0, E843.1, E843.2, E843.3, E843.4, E843.5, E843.7, E843.6, E843.8, E843.9, E844.0, E844.1 E844.2, E844.3, E844.5, E844.4, E844.6, E844.7, E844.9, E845.0	B471-B472, B470, B473-B474

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Road injury	V01-V04, V06, V09, V10-V19, V20-V29, Y85.0, V30-V79, V87.2-V87.3, V80, V82	E811.7, E812.7, E813.7, E814.7, E815.7, E816.7, E817.7, E818.7, E819.7, E822.7, E823.7, E824.7, E825.7, E826.0, E827.0, E828.0, E829.0 E800.3, E801.3, E802.3, E803.3, E804.3, E805.3, E806.3, E810.6, E811.6, E812.6, E813.6, E814.6, E815.6, E816.6, E817.6, E818.6, E819.6, E820.6, E821.6, E822.6, E823.6, E824.6, E825.6, E826.1 E810.2-E810.3, E811.2-E811.3, E812.2-E812.3, E813.2-E813.3, E814.2-E814.3, E815.2-E815.3, E816.2-E816.3, E817.2-E817.3, E818.2-E818.3, E819.2-E819.3, E820.2-E820.3, E821.2-E821.3, E822.2-E822.3, E823.2-E823.3, E824.2-E824.3, E825.2-E825.3 E810.0-E810.1, E811.0-E811.1, E812.0-E812.1, E813.0-E813.1, E814.0-E814.1, E815.0-E815.1, E816.0-E816.1, E817.0-E817.1, E818.0-E818.1, E819.0-E819.1, E820.0-E820.1, E821.0-E821.1, E822.0-E822.1, E823.0-E823.1, E824.0-E824.1, E825.0-E825.1 E810.4, E810.5, E811.4, E811.5, E812.4, E812.5, E813.4, E813.5, E814.4, E814.5, E815.4, E815.5, E816.4, E816.5, E817.4, E817.5, E818.4, E818.5, E819.4, E819.5, E820.4, E820.5, E821.4, E821.5, E822.4, E822.5, E823.4, E823.5, E824.4, E824.5, E825.4, E825.5, E826.3, E826.4, E827.3, E827.4, E828.4, E829.4	B471-B472
Pedestrian injury by road vehicle	V01-V04, V06, V09	E811.7, E812.7, E813.7, E814.7, E815.7, E816.7, E817.7, E818.7, E819.7, E822.7, E823.7, E824.7, E825.7, E826.0, E827.0, E828.0, E829.0	
Pedal cycle vehicle	V10-V19	E800.3, E801.3, E802.3, E803.3, E804.3, E805.3, E806.3, E810.6, E811.6, E812.6, E813.6, E814.6, E815.6, E816.6, E817.6, E818.6, E819.6, E820.6, E821.6, E822.6, E823.6, E824.6, E825.6, E826.1	
Motorized vehicle with two wheels	V20-V29	E810.2-E810.3, E811.2-E811.3, E812.2-E812.3, E813.2-E813.3, E814.2-E814.3, E815.2-E815.3, E816.2-E816.3, E817.2-E817.3, E818.2-E818.3, E819.2-E819.3, E820.2-E820.3, E821.2-E821.3, E822.2-E822.3, E823.2-E823.3, E824.2-E824.3, E825.2-E825.3	
Motorized vehicle with three or more wheels	V30-V79, V87.2-V87.3	E810.0-E810.1, E811.0-E811.1, E812.0-E812.1, E813.0-E813.1, E814.0-E814.1, E815.0-E815.1, E816.0-E816.1, E817.0-E817.1, E818.0-E818.1, E819.0-E819.1, E820.0-E820.1, E821.0-E821.1, E822.0-E822.1, E823.0-E823.1, E824.0-E824.1, E825.0-E825.1	
Road injury other	V80, V82	E810.4, E810.5, E811.4, E811.5, E812.4, E812.5, E813.4, E813.5, E814.4, E814.5, E815.4, E815.5, E816.4, E816.5, E817.4, E817.5, E818.4, E818.5, E819.4, E819.5, E820.4, E820.5, E821.4, E821.5, E822.4, E822.5, E823.4, E823.5, E824.4, E824.5, E825.4, E825.5, E826.3, E826.4, E827.3, E827.4, E828.4, E829.4	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Other transport injury	V05,V81, V83-V86, V88.2, V88.3 , V91, V93-V98	E800.0, E800.1, E800.2, E801.0, E801.1, E801.2, E802.0, E802.1, E802.2, E803.0, E803.1, E803.2, E804.0, E804.1, E804.2, E805.0, E805.1, E805.2, E806.0, E806.2, E806.1, E807.0, E807.1, E807.2, E810.7, E820.7, E821.7, E826.2, E827.2, E828.2, E831.0, E831.1, E831.2 ,E831.3, E831.4, E831.5, E831.6, E831.8, E831.9, E833.1, E833.0, E833.2, E833.4, E833.3, E833.5, E833.6, E833.8, E834.0, E833.9 E834.1 E834.2 E834.3 E834.4, E834.5, E834.6, E834.8, E835.0, E834.9, E835.1, E835.2, E835.3, E835.4, E835.6, E835.8, E835.5, E835.9, E836.0, E836.1, E836.2, E836.3, E836.4, E836.6, E836.5, E836.8, E837.0, E837.1, E837.2, E837.3, E837.4, E837.5, E837.6, E837.8, E837.9, E838.0, E838.1, E838.2, E838.3, E838.4, E838.5, E838.6, E838.8, E838.9, E840.0, E840.1, E840.2, E840.4, E840.6, E840.3, E840.5, E840.7, E840.8, E840.9, E841.0, E841.1, E841.2, E841.3, E841.4, E841.5, E841.7, E841.6, E841.8, E841.9, E842.6, E842.7, E842.8, E842.9, E843.0, E843.1, E843.2, E843.3, E843.4, E843.5, E843.7, E843.6, E843.8, E843.9, E844.0, E844.1, E844.2, E844.3, E844.5, E844.4, E844.6, E844.7, E844.9, E845.0, E845.9, E846, E847, E848	B470, B473-B474
Unintentional injuries other than transport injuries	W00-W19, V90, V92, W65-W74, X00-X19, X46-X47, X48, X40, X43-X44 W32-W34, W24-W31, W45-W46, Y40-Y84, Y88, X20-X29 W53-W64, W21, W39, W44, W49-W52, W75-W99, X50-X58	E880-E886, E888, E830, E832, E910, E890-E899, E924, E862, E867-E869, E863, E850.3-E850.8, E855-E858, E860.2-E861.9, E864-E866.9, E922, E916, E918-E921, E923, E928.1-E928.2, E870-E879, E930-E949, E905, E906, E900.1, E901.1, E902-E903, E904.1-E904.9, E911-E915, E917, E925-E927, E928.0, E928.8	B50, B521, B51, B480-B482, B523-B524, B49, B53
Falls	W00-W19	E880-E886, E888	B50
Drowning	V90, V92, W65-W74	E830, E832, E910	B521
Fire, heat and hot substances	X00-X19	E890-E899, E924	B51
Poisonings	X46-X47, X48, X40, X43-X44	E862, E867-E869, E863, E850.3-E850.8, E855-E858, E860.2-E861.9, E864-E866.9	B480-B482
Exposure to mechanical forces	W32-W34, W24-W31, W45-W46	E922, E916, E918-E921, E923, E928.1-E928.2	B523-B524
Mechanical forces (firearm)	W32-W34	E922	B524
Mechanical forces (other)	W24-W31, W45-W46	E916, E918-E921, E923, E928.1-E928.2	B523
Adverse effects of medical treatment	Y40-Y84, Y88	E870-E879, E930-E949	B49, B53
Animal contact	X20-X29, W53-W64	E905, E906	
Animal contact (venomous)	X20-X29	E905	
Animal contact (non-venomous)	W53-W64	E906	
Unintentional injuries not classified elsewhere	W21, W39, W44, W49-W52, W75-W99, X50-X58	E900.1, E901.1, E902-E903, E904.1-E904.9, E911-E915, E917, E925-E927, E928.0, E928.8	

Web Table 3 - List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list

GBD Name	ICD10 Code	ICD9 Code	ICD9 BTL Code
Self-harm and interpersonal violence	X70, X76-X77, X72-X74, X68, X71, X75, X78-X83, X60-X67, X69, X93-X95, X99, X85-X92, X96-X98, Y00-Y08	E953, E958.1, E955-E955.4, E955.9, E950, E951-E952, E954, E955.5, E956-E958.0, E958.2-E959, E965.0-E965.4, E966, E904.0-E9040.9, E960-E964, E965.5-E965.9, E967-E969	B54, B55
Self-harm	X70, X76-X77, X72-X74, X68, X71, X75, X78-X83, X60-X67, X69	E953, E958.1, E955-E955.4, E955.9, E950, E951-E952, E954, E955.5, E956-E958.0, E958.2-E959	B54
Interpersonal violence	X93-X95, X99X, 85-X92, X96-X98, Y00-Y08	E965.0-E965.4, E966, E904.0-E9040.9, E960-E964, E965.5-E965.9, E967-E969	B55
Assault by firearm	X93-X95	E965.0-E965.4	
Assault by sharp object	X99	E966	
Assault by other means	X85-X92, X96-X98, Y00-Y08	E904.0-E9040.9, E960-E964, E965.5-E965.9, E967-E969	
Forces of nature, war, and legal intervention	X30-X39, Y36, Y89.1, Y35, Y89.0	E900.0, E900.9, E901.0, E901.8-E901.9, E907-E909, E990-E999, E970-E978	B561
Exposure to forces of nature	X30-X39	E900.0, E900.9, E901.0, E901.8-E901.9, E907-E909	
Collective violence and legal intervention	Y36, Y89.1, Y35, Y89.0	E990-E999, E970-E978	B561

* These codes have been used just for calculation of mortality (YLL)

** These codes have been used just for calculation of non-fatal outcomes (YLD)

*** These codes are just usable for hospital data from the US