



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Aborda o uso do álcool no Brasil como um problema de saúde pública a partir da apresentação de evidências do impacto à saúde associado ao seu uso, indica a recomendação de que não existe consumo seguro e estabelece a definição da dose-padrão de bebida alcoólica de 10 gramas de álcool puro a ser utilizada como unidade de medida oficial para aprimorar a vigilância epidemiológica dos indicadores do consumo de álcool no Brasil.

2. **IMPACTO À SAÚDE ASSOCIADO AO USO DO ALCÓOL¹**

2.1. O consumo de bebidas alcoólicas é fator de risco para desenvolvimento e ocorrência de um amplo conjunto de doenças e agravos. Destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis, as mortes e lesões por acidentes de trânsito, as violências interpessoais, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, as infecções sexualmente transmissíveis, o transtorno do espectro alcoólico fetal e as intoxicações alcoólicas agudas. Estas geram elevados custos econômicos e sociais, além de mortes, adoecimento e incapacidades.

2.2. O consumo de bebidas alcoólicas está associado a mais de 230 categorias de doenças de três dígitos da CID 10, incluindo cerca de 40 plenamente atribuíveis^[2], ou seja, aquelas para as quais o álcool é causa necessária e que não existiriam se não houvesse consumo - como dependência de álcool ou cirrose hepática alcoólica (1, 2, 3, 4, 5). As categorias de doenças mais comuns associadas ao uso de álcool incluem doenças infecciosas, câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças do fígado e do pâncreas, lesões não intencionais e intencionais, e transtornos neuropsiquiátricos.

2.3. A Organização Mundial da Saúde estima que o uso do álcool foi responsável pela morte de cerca de 2,6 milhões de pessoas em 2019 em todo o mundo, o que corresponde a 4,7% de todas as mortes ocorridas naquele ano, além de aproximadamente 4,6% da carga global de doenças (6). Globalmente, a OMS estima que, em 2019, os tipos de mortes atribuíveis ao álcool que mais causaram mortes foram os transtornos digestivos (578.000), seguidos pelos acidentes (521.000), pelas doenças cardiovasculares (474.000) e pelos cânceres (401.000) (6).

2.4. De acordo com estimativas do *Global Burden of Disease (GBD)*, em 2021 (7), o álcool foi o nono fator de risco mais importante para mortalidade no mundo e no Brasil foi fator de risco responsável por aproximadamente, 53 mil pessoas, ou seja, 3% dos óbitos em todas as idades foram atribuíveis ao consumo do álcool. Considerando exclusivamente as causas plenamente atribuíveis ao uso de álcool, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (8) indicam a morte no Brasil de 21.315 em 2022.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNTs

2.5. As DCNT são a maior causa de morte da população brasileira, tendo vitimado 798 mil pessoas em 2022 (8), o que representou 51,7% de todas as mortes ocorridas no Brasil naquele ano. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (9), cerca de metade da população adulta brasileira possuía ao menos uma DCNT diagnosticada. Segundo o ELSA-Brasil (10), estudo realizado em seis capitais brasileiras, a população negra é a mais acometida pela condição de multimorbidade, isto é, situação em que várias doenças crônicas ocorrem simultaneamente. O estudo indica que para cada pessoa branca convivendo com seis ou mais condições crônicas, havia aproximadamente 13 pessoas pardas e 15 pessoas pretas na mesma situação. O consumo de bebidas alcoólicas figura entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, sobretudo para o conjunto dos quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) (11). Além de estar associado a mortes prematuras e evitáveis (30 a 69 anos), o consumo de bebidas alcoólicas eleva os riscos de incapacidades por essas doenças, resultando em perdas de produtividade e de qualidade de vida, despesas evitáveis de cuidado com saúde, empobrecimento das famílias, além de dor e sofrimento.

2.6. O consumo de álcool é um fator de risco relevante para doenças cardiovasculares. O álcool pode levar ao aumento da pressão arterial, ao desenvolvimento de arritmias cardíacas, aterosclerose e insuficiência cardíaca (12, 13, 14). O álcool é responsável por importante parcela da fração atribuível de mortes por doenças cardiovasculares (20,13%), especialmente hipertensão, infarto, miocardite e fibrilação atrial, assim como nos casos de cânceres de esôfago (14,89%), de fígado (30,81%), da cavidade bucal (24,47%), outros cânceres de faringe (26,71%), além de pancreatite (15,6%) e cirrose (15).

2.7. O uso de álcool se configura ainda como o principal fator de risco para cirrose hepática, uma doença

crônica progressiva, podendo levar a complicações graves, incluindo insuficiência hepática e câncer de fígado. O uso de álcool é relacionado a 48,5% das mortes e 1,3% do total do Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade por cirrose no Brasil (15).

2.8. A relação causal entre o consumo de álcool e alguns tipos de câncer está robustamente estabelecida na literatura, especificamente para os cânceres da cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, colorretal, fígado, laringe e mama feminina (16, 17, 18, 19). Além destes, também há evidências crescentes de aumento de risco para câncer de pulmão, pâncreas, próstata e pele (carcinoma basocelular e melanoma maligno) (20, 21, 22, 23, 24). A *International Agency for Research on Cancer* (IARC), agência intergovernamental que faz parte da OMS, classifica o álcool como um agente carcinogênico para seres humanos (Grupo 1), ao lado da fumaça do tabaco e das emissões relativas à queima de carvão, por exemplo (21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29).

2.9. Cabe informar que existe uma relação dose-resposta para alguns tipos de cânceres causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, o que significa que à medida que aumenta a quantidade de álcool consumida, aumenta o risco de desenvolvimento de câncer (25, 30, 31, 32); significa, também, que qualquer redução no consumo de álcool será benéfica para a saúde.

2.10. Devido ao seu efeito genotóxico, não é possível determinar níveis seguro de ingestão, significando que seu consumo deve ser o mais baixo possível. Portanto, mesmo o uso modesto de álcool pode aumentar o risco de câncer (25). Ademais, evidências científicas indicam que o risco de câncer não varia de acordo com o tipo da bebida consumida, havendo associações similares entre cerveja, vinho e destilados (25, 30, 33), e que existe uma sinergia do efeito do tabagismo e do uso do álcool com o risco de câncer da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, com riscos mais elevados em indivíduos que são simultaneamente bebedores pesados e fumantes pesados (25).

2.11. Evidências científicas mais recentes (34) não demonstram efeito protetivo no consumo de álcool. A análise de 107 estudos de coorte publicados entre 1980 e 2021, envolvendo cerca de 4,8 milhões participantes demonstrou não haver redução no risco de mortalidade por todas as causas entre as pessoas que consumiram até 25g de etanol por dia em comparação com abstêmios (34).

As mortes e lesões no trânsito

2.12. O consumo de bebidas alcoólicas também é causa evitável de mortes e lesões no trânsito. Os acidentes de trânsito são uma importante fonte de lesões, incapacidades e mortes em todo o mundo, sendo a principal causa de morte entre pessoas de 5 a 29 anos (35). Dirigir sob a influência de álcool é fator de risco para 27% de todos os acidentes rodoviários, o que afeta não apenas a pessoa que ingeriu a bebida, mas também outros motoristas, passageiros e pedestres (36). Mesmo com níveis baixos de álcool no sangue, os condutores enfrentam problemas de concentração, comprometimento da coordenação motora e da identificação de riscos no ambiente rodoviário (36).

2.13. Dados do Viva Inquérito 2017 (37) referentes às 23 capitais brasileiras e ao Distrito Federal coletados em 90 serviços de urgência e emergência do país, evidenciaram que houve ingestão de bebida alcoólica pelo condutor em 13,1% dos atendimentos por acidente de transporte em serviços sentinelas de urgência e emergência. É suficientemente estabelecido que o risco de lesões no trânsito aumenta à medida que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta (38, 39, 40).

As violências interpessoais

2.14. O consumo de álcool é um fator de risco significativo para a ocorrência de violências. Na Região das Américas a principal causa de anos de vida perdidos (YLL) relacionados ao álcool foi a violência autoprovocada e a violência interpessoal (29,6%) (41). No Brasil, em 2022, 29,2% dos casos notificados de violência interpessoal envolveram consumo prévio de álcool pelo agressor (42).

2.15. Estudos em vários países relataram crimes e violência doméstica devido ao uso de álcool (43, 44), especialmente durante a pandemia de COVID-19 (45). Embora seja difícil estabelecer uma relação causal direta, a associação entre o uso de álcool e a ocorrência de violência é amplamente reconhecida na literatura (46). A violência interpessoal, incluindo a violência de parceiro íntimo e contra crianças, tem magnitude expressiva nas Américas e tem o álcool como um dos fatores de risco para essa ocorrência (47). Pesquisas indicam que o consumo de álcool é frequentemente relatado por mulheres que sofreram violência por parceiros íntimos. Um estudo do tipo metanálise, que analisou a ligação entre o uso/abuso de álcool e a violência entre parceiros, revelou uma associação, com classificação moderada a forte, entre o consumo de álcool e a violência do homem contra a mulher (48). Também existem evidências de que o uso do álcool está associado à situações de violência que envolvem crianças, idosos e pode afetar terceiros (49, 50, 51).

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool

2.16. O consumo de álcool pode ter impactos significativos na saúde mental, tanto a curto quanto a longo prazo. Conforme definidos pela CID-10 (52), os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool abrangem um conjunto de condições que vão desde a intoxicação aguda e a síndrome de dependência até outros transtornos mentais e comportamentais. Tais transtornos podem representar condições psiquiátricas graves, com importantes efeitos na saúde mental (53).

2.17. Dados do *World Mental Health Survey* mostraram que cerca de 8,6% da população apresentou

transtorno por uso de álcool (TUA) na vida (53). Em 2019, estima-se que 400 milhões de pessoas com 15 anos ou mais tinham um TUA (representando 7,0% dos adultos) e 209 milhões de pessoas com 15 anos ou mais viviam com dependência de álcool (representando 3,7% de todas as pessoas com 15 anos ou mais). Os transtornos por uso de álcool, especialmente a dependência de álcool, têm sido relacionados ao pior prognóstico no curso de transtornos depressivos e de ansiedade, com persistência dos sintomas e pior resultado terapêutico (54, 55, 56).

2.18. O consumo de álcool também tem sido fortemente relacionado à ocorrência de automutilações e comportamentos suicidas, tanto no aspecto do uso episódico pesado de álcool previamente ao ato suicida, quando pelos transtornos crônicos por abuso e dependência de álcool (57, 58). Em 2022 (42), houve suspeita de uso de álcool pela própria vítima no momento da autoagressão em 13,8% das notificações. Estima-se que os transtornos por uso de álcool estejam associados a um aumento de 86% nas chances de apresentar ideação suicida, de 3,1 vezes nas chances de tentar suicídio, e de até 2,6 vezes nas chances de completar o suicídio (58).

2.19. Além disso, o consumo episódico pesado de álcool se mostra associado a um aumento de quase sete vezes nas chances de tentar suicídio, sendo essa chance maior quanto mais elevado o volume de álcool consumido (57). Destaca-se que no Brasil as taxas de suicídio vêm aumentando, especialmente entre jovens, tendo passado de 5,3 em 2000 para 10,1 em 2022 para os jovens adultos de 20 a 29 anos (8). A esse respeito, a literatura tem demonstrado uma correlação relevante entre a implementação de políticas de redução do consumo de álcool e a redução das taxas de suicídio (59).

Tuberculose, Hepatites Virais, HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.

2.20. O uso do álcool está associado ao maior risco e vulnerabilidade à infecção por tuberculose, hepatites virais, HIV, sífilis e outras ISTs (60, 61). O uso de álcool pode interferir nos comportamentos sexuais e nas práticas de prevenção, podendo favorecer a prática de sexo desprotegido e o uso inconsistente de preservativo, sendo um fator de vulnerabilidade às infecções citadas (62, 63, 64, 65). O consumo de maiores quantidades de álcool potencializa os riscos sexuais e as vulnerabilidades às outras formas de transmissão.

2.21. Além de representar maior risco e vulnerabilidades de transmissão/infecção de ISTs, HIV, hepatites virais, o uso de álcool também impacta negativamente os tratamentos dessas infecções. Isso ocorre tanto pela redução na adesão ao tratamento, como também da resposta ao tratamento, a depender do tipo de infecção (61, 66).

2.22. Em relação às doenças hepáticas, o uso do álcool está relacionado não apenas à doença hepática alcoólica, mas também ao aumento da progressão das doenças hepáticas de outras causas, inclusive das hepatites virais crônicas B ou C (67).

O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal.

2.23. O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal é um termo usado para caracterizar um variado espectro de danos causados pela exposição pré-natal ao álcool e dentro do qual a Síndrome Alcoólica Fetal consiste na forma mais severa e visivelmente identificável (68). O álcool é um dos agentes teratogênicos mais comuns e, portanto, a exposição durante a gestação ao álcool pode afetar qualquer órgão ou sistema do feto (69).

2.24. A prevalência do consumo de álcool durante a gestação na população global é de 9,8%, sendo maior nas Américas (11,2%) (70). Estima-se que, em todo o mundo, a cada 67 mulheres que consomem álcool durante a gravidez, uma terá um filho com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (ref). No Brasil, um estudo transversal indica uma prevalência de ocorrência de SAF em 14% das crianças expostas ao álcool durante a gestação (71, 72).

2.25. O consumo de álcool na gravidez é reconhecidamente a causa evitável mais comum de deficiência intelectual no mundo ocidental (68) e os efeitos do uso de álcool durante a gestação estão associados a mais de 400 comorbidades, abrangendo 18 dos 22 capítulos da CID-10 (73, 74), dentre os quais destacam-se: restrição do crescimento, dismorfias faciais, anomalias congênitas e desordens neuropsicomotoras. A exposição pré-natal ao álcool está associada a uma ampla gama de danos físicos e déficits cognitivos, comportamentais, emocionais e adaptativos, assim como anomalias congênitas, tais como má-formação e displasia dos sistemas cardíaco, esquelético, renal, ocular, auditivo ou de qualquer outro sistema (75). Por esta razão, nacional e internacionalmente recomenda-se terminantemente que não haja consumo de qualquer tipo ou quantidade de bebida alcoólica durante a gestação (76, 77, 78, 79).

Intoxicação alcoólica aguda.

2.26. A intoxicação alcoólica aguda é condição clínica resultante do consumo de grande quantidade de álcool em curto espaço de tempo, com potenciais impactos à saúde no curto e no longo prazo. Entre os efeitos imediatos estão a diminuição da coordenação motora, a alteração da capacidade de raciocínio e a diminuição do estado de consciência, o que podem levar a acidentes, lesões e comportamentos de risco. Estudos demonstram que a intoxicação aguda está associada a um aumento significativo de acidentes de trânsito, lesões não intencionais, como ferimentos na cabeça devido a quedas e colisões, e envolvimento em atos de violência incluindo violência doméstica, tentativas de suicídio (80, 81). Além disso, intoxicação alcoólica aguda pode provocar vômitos, desidratação, hipoglicemia e, em casos extremos, a depressão respiratória e o coma alcoólico, que são condições emergenciais que exigem tratamento médico imediato (82).

2.27. No longo prazo, intoxicação alcoólica aguda frequente pode resultar em danos cerebrais, afetando a memória, a concentração e favorecendo o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, além de uma série de complicações adicionais, como doenças hepáticas, cardiovasculares e metabólicas (83).

2.28. Os efeitos danosos do consumo de álcool não estão associados ao tipo de bebida alcoólica consumida, mas sim à quantidade de álcool puro ingerido, sendo os maiores danos determinados pelo volume total de álcool ingerido na vida, pela frequência de consumo e pelo volume de álcool consumido por ocasião (36, 84). Os riscos aumentam de maneira dose-dependente de acordo com a quantidade de álcool consumido e a frequência do uso de álcool, conforme exposto. Por esta razão denomina-se **consumo episódico pesado** a ingestão de elevado volume de álcool em uma mesma ocasião. O consumo episódico pesado aumenta exponencialmente os riscos de danos crônicos ou agudos, estando especialmente associado ao comprometimento agudo na coordenação motora e no funcionamento cognitivo (85), o que pode resultar em danos agudos graves, como descrito acima (86).

2.29. Por tratar-se de padrão de consumo relacionado ao aumento exponencial dos danos crônicos e agudos à saúde (85), foi constituído indicador de monitoramento em diversos países e definido pela OMS como a ingestão de 60 gramas ou mais de álcool em uma mesma ocasião (6).

Não existe consumo seguro.

2.30. Conforme apresentado, o uso do álcool impacta a saúde de diversas formas. Devido a seu potencial genotóxico e carcinogênico, mesmo em pequenas quantidades, seu uso pode aumentar o risco de câncer (25) e outras DCNTs (87). Por essa razão, não existe consumo seguro de bebida alcoólica e toda ingestão está associada a algum tipo de risco (88, 89). Para a OMS nenhuma quantidade de consumo de álcool é segura e evitar a sua ingestão seria o ideal (6, 90, 91)

2.31. Em alinhamento ao exposto, o Ministério da Saúde **recomenda evitar o consumo de bebidas alcoólicas, posto que não há quantidade de álcool isenta de risco para a saúde**. Para menores de idade, grávidas, lactantes e pessoas com problemas de saúde que possam ser agravados pelo consumo de álcool, é fortemente recomendado que não haja qualquer consumo de bebidas alcoólicas em nenhuma quantidade.

3. CUSTO ECONÔMICO DO USO DO ÁLCOOL NO BRASIL

3.1. O consumo do álcool gera elevado impacto econômico, pois engloba, além dos custos de saúde, os custos relacionados à justiça e segurança social, à perda de produtividade da força de trabalho e ao desemprego, bem como à dor e ao sofrimento. Tal é a grandeza do impacto do uso do álcool à sociedade que o **custo econômico é estimado em mais de 1% do PIB para os países de renda média ou alta** (92).

3.2. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) identificou que, em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 1,7 bilhão de reais com os tratamentos dos cânceres que têm associação com o consumo de álcool, considerando apenas os procedimentos ambulatoriais e hospitalares custeados pelo governo federal. Foi estimado que, a partir de 2040, serão gastos mais de 4,1 bilhões de reais anuais, correspondendo a um aumento de 139% quando comparado ao ano de 2018 (93).

3.3. Levantamento da Fiocruz (94) indicou que em 2019 que o consumo de álcool custou R\$ 18,8 bilhões ao país, dos quais **R\$ 1,1 bilhão** foi relativo a custos federais diretos com **hospitalizações e procedimentos ambulatoriais** no Sistema Único de Saúde (SUS). Já **R\$ 17,7 bilhões** corresponderam a perdas de produtividade pela mortalidade prematura, licenças e aposentadorias precoces decorrentes de doenças associadas ao consumo de álcool, perda de dias de trabalho por internação hospitalar e licença médica previdenciárias.

3.4. Outro estudo brasileiro demonstrou que o grupo com menor padrão de consumo foi o que mais contribuiu no Risco Atribuível Populacional, mostrando que, do ponto de vista coletivo, pessoas com baixo padrão de consumo implicam em maior impacto populacional e custos para a saúde, pois estão presentes em maior número na população (95).

4. PANORAMA DO USO DO ÁLCOOL NO BRASIL

Vigilância do consumo do álcool no Brasil

4.1. Historicamente no Brasil, a vigilância do consumo do álcool vem sendo realizada pelo Vigitel, que desde 2006 monitora o consumo episódico pesado de álcool por meio do indicador denominado “consumo abusivo de álcool pela população adulta”, consoante o estabelecido pelo *Center for Disease Control and Prevention* – CDC, dos Estados Unidos, (96), ou seja, o consumo de cinco ou mais doses (por homens) ou quatro ou mais doses (por mulheres) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa. Para fins de compreensão do entrevistado, e de comparabilidade entre inquéritos, no questionário do Vigitel considera-se a dose de bebida alcoólica como o equivalente a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

4.2. Além do Vigitel, em nível nacional, o consumo de bebidas alcoólicas é monitorado pela Pesquisa Nacional de Saúde - PNS - inquérito amostral de base domiciliar realizado em parceria com o IBGE. A pesquisa foi realizada em 2013 e 2019 e nova edição está prevista para acontecer em 2025. Nas edições de 2013 e 2019 da PNS, o indicador sobre o uso episódico pesado de álcool também foi denominado consumo abusivo. Em 2013, o indicador da PNS foi medido da mesma forma que no Vigitel. Contudo, na edição de 2019, foi eliminada a distinção entre homens e mulheres e se passou a considerar abusivo o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião, independente do sexo. Na PNS, assim como no Vigitel, adota-se como medida de referência

para a dose o equivalente a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de destilado.

4.3. A vigilância do consumo de álcool também é realizada no âmbito Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, a partir de parceria com o IBGE e com o apoio do Ministério da Educação. A pesquisa é realizada junto a escolares adolescentes a cada três anos e desde 2009 monitora idade de início, episódio de embriaguez e uso ao longo da vida. Para elaboração das perguntas e indicadores, a pesquisa adota a mesma unidade de referência para a dose que as demais pesquisas.

4.4. A dose servida é utilizada como exemplo para captar a informação do uso individual que irá compor os indicadores epidemiológicos de consumo, mas tais unidades são imprecisas e podem variar quanto ao tamanho e à quantidade de etanol (97). Além disso, as pessoas tendem a subestimar a quantidade de bebida alcoólica ingerida, uma vez que a dose servida é diferente da dose padrão.

4.5. Uma revisão avaliação sistemática demonstrou que há ocorrência da dose servida em excesso, especialmente em vinhos e destilados, sendo até 1,4 vezes maior (19,6g) quando consideramos uma dose padrão de 10g (97, 98). Portanto, se por um lado, os indicadores existentes representam uma importante ferramenta da vigilância epidemiológica do consumo do álcool no Brasil, por outro lado, tais indicadores podem estar subestimados e evados de imprecisão e, portanto, requerem aprimoramento.

Prevalência do consumo do álcool no Brasil

4.6. Apesar do elevado impacto na saúde individual e coletiva, a vigilância dos fatores de risco para as DCNT indica aumento do uso de álcool pela população. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (9, 99), o percentual da população com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, no Brasil, passou de 26,5% em 2013 para 30% em 2019. Considerando a frequência de consumo de uma vez ou mais por semana, o percentual de pessoas que costumava ingerir bebida alcoólica, no Brasil, passou de 23,9% em 2013 para 26,4%, sendo, em 2019, de 37,1% para os homens e 17% para as mulheres e de 29,2% para brancos e 27,2% para negros.

4.7. Quando considerado o consumo episódico pesado nos 30 dias anteriores à entrevista, a PNS também indica aumento, passando de 13,6%, em 2013, para 17,1%, em 2019. Em 2019, a prevalência do consumo episódico pesado foi maior para os homens (26%) em relação às mulheres (9,2%) e, também, para os pretos (19,6%) em relação aos brancos (16%) e aos pardos (17,5%). A proporção desse tipo de consumo foi maior entre as pessoas de 25 a 39 anos de idade (23,7%) e de 18 a 24 anos de idade (22,9%).

4.8. Considerando-se apenas as capitais do país, o consumo de álcool é ainda maior. Dados do Vigitel, inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde nas capitais (100), indicaram que, em 2023, 44,6% da população adulta referiu consumir bebida alcoólica habitualmente e 20,8% relataram o consumo episódico pesado nos 30 dias anteriores à pesquisa. Na análise entre 2006 e 2023, verifica-se que a frequência de consumo episódico pesado aumentou, variando de 15,7%, em 2006 a 20,8% em 2023 (aumento médio de 0,21 pp/ano). Em relação às faixas de idade, os maiores aumentos foram observados entre adultos de 25 a 34 anos, variando de 21,7% em 2006 a 29,8% em 2023 (0,43 pp/ano). Chama atenção o aumento do consumo episódico pesado entre as mulheres, que passou de 7,8% em 2006 para 15,2% em 2023, representando um aumento de 95% no período.

4.9. Em relação aos adolescentes, apesar da proibição da venda de álcool para menores de 18 anos, dados da PeNSE (101) mostram que a experimentação, medida através da ingestão de uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida, também aumentou, passando de 52,7%, em 2012, para 63,2% em 2019 entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental das capitais brasileiras. Ainda, a pesquisa apurou que, em 2019, destes escolares do 9º ano do ensino fundamental que já beberam alguma vez na vida, 68,5% haviam tomado a primeira dose de bebida alcoólica com 13 anos ou menos de idade.

Uso do álcool, as iniquidades em saúde e os determinantes sociais

4.10. O uso do álcool impacta de forma desigual os diferentes grupos populacionais, contribuindo para o aumento das iniquidades em saúde e das desigualdades sociais (102, 103, 104). Apesar do uso do álcool ser maior entre as pessoas de maior condição socioeconômica, as consequências danosas atribuíveis a seu consumo são maiores entre aqueles das camadas socioeconômicas mais baixas. Dados da PNS 2019 (9) mostram que o consumo de bebida alcoólica uma vez ou mais por semana aumenta conforme a escolaridade, indo em um crescente de 19% para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto para 36% para pessoas com superior completo. Por outro lado, dados do Sistema de Mortalidade 2022 (8) indicam que 33% das mortes prematuras plenamente atribuíveis ao uso de álcool ocorreram entre as pessoas com até 3 anos de escolaridade. Em se considerando também aquelas com até 7 anos de escolaridade, esse percentual passa para 60,1%. Já para as pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade, o percentual de mortes prematuras por causas plenamente atribuíveis ao álcool foi de 2,85%.

4.11. Do ponto de vista de racial, também se observa desproporcionalidade no percentual de mortes prematuras plenamente atribuíveis ao uso do álcool, sendo de 62,6% para os negros e de 34,9% para brancos. Além disso, essa desproporção não é apenas advinda das desigualdades existentes, mas também elemento que acentua tais desigualdades, aumentando ainda mais a pobreza e vulnerabilidade dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva decorrentes do uso do álcool (105).

4.12. Em relação ao gênero, embora o consumo esteja aumentando mais acentuadamente entre as mulheres, ele ainda é maior entre os homens, assim como a mortalidade plenamente atribuível, que em 2022 foi de 89,7% de homens e 10,3% de mulheres (8). O uso de bebidas alcoólicas por homens sugere como as

representações sociais de gênero podem favorecer comportamentos que impactam no maior consumo e maior mortalidade plenamente atribuível ao álcool entre os homens (106, 107).

4.13. Portanto, o comportamento de ingerir bebidas alcoólicas e os desfechos negativos de saúde associados a este uso estão relacionados não apenas à responsabilidade individual de cada pessoa, mas também atravessados por processos sociais, culturais, políticos e econômicos. Políticas públicas destinadas à redução do consumo, para serem exitosas, devem atuar sobre tais dimensões (60) a partir de um esforço conjunto e coordenado de diferentes setores da saúde, sociais e econômicos.

5. **COMPROMISSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS**

5.1. Diante desse cenário, o consumo do álcool passou a ser reconhecido como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Recente relatório Global da OMS, publicado em 2024 (6), declara que o álcool continua a ser a única substância psicoativa e produtora de dependência que exerce um impacto significativo na saúde da população mundial e no desenvolvimento global e não é controlada a nível internacional por instrumentos regulamentares juridicamente vinculativos.

5.2. Em nível global, no âmbito da Agenda 2030, o consumo do álcool é tratado como obstáculo que permeia e impacta à consecução de 13 dos 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) (108). No que se refere ao ODS 3 (Saúde e bem-estar), o consumo do álcool está diretamente associado ao objetivo 3.4 (Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar), ao objetivo 3.5 (Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool) e ao objetivo 3.6 (Até 2030, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas).

5.3. Cabe destacar que o indicador utilizado para monitorar o objetivo 3.5 dos ODS é o consumo de álcool em litros de álcool puro per capita (em indivíduos com 15 anos ou mais) por ano (109). Além disso, o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis estabeleceu a meta de uma redução de 10% no uso nocivo do álcool até 2025 e o Plano de Ação Global para o Álcool 2022-2030 da OMS ampliou a meta para redução de 20% do consumo nocivo de álcool até 2030 (110).

5.4. Em nível nacional, o Ministério da Saúde, por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (111) estabeleceu a meta da redução de 10% do consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas em adultos até 2030[3]. Para que esta meta seja atingida, é necessário que este consumo e entre adultos das capitais reduza para 16,9%. Contudo, análise temporal indica, caso nada seja feito, que a tendência não é de redução e sim de aumento para 22,3% em 2030 (Gráfico 1).



Notas: i) dados observados de 2006 a 2023, exceto em 2022, quando não houve coleta dados do Vigitel; ii) a previsão de 2024 a 2030 foi realizada utilizando regressão linear simples.
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel (CGDNT/DAENT/SVSA/MS).

6. **DOSE-PADRÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA**

6.1. Uma das etapas para aprimorar a vigilância epidemiológica do álcool e qualificar as recomendações para redução de risco associado à ingestão de bebidas alcoólicas é o estabelecimento da dose-padrão oficial. A dose-padrão é uma unidade de medida de uso nacional que se destina a estabelecer um montante definido de álcool puro a fim de permitir a contagem de unidades relativas ao consumo do álcool. Atualmente, estão disponíveis no mercado grande variedade de marcas e tipos de bebida, com distintos teores alcoólicos e tamanhos de embalagem, o que torna difícil a aferição do montante de álcool ingerido pelo usuário.

6.2. A definição da dose-padrão, ao possibilitar ao usuário a contagem do número de doses ingeridas, independentemente do tipo de bebida, do tamanho da embalagem ou do teor alcoólico, cumpre a dois objetivos fundamentais. Em primeiro lugar, possibilita comunicar riscos associados a níveis de consumo, permitindo a elaboração de recomendações mais precisas. Com isso, nomenclaturas vagas - tais como consumo excessivo e consumo moderado - passam a poder ser mensuradas de modo objetivo e seu risco comunicado aos profissionais de saúde e à população, permitindo às pessoas escolhas mais bem informadas baseadas em parâmetros objetivos. Em segundo lugar, a definição de uma dose padrão tem o objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica do consumo do álcool, conferindo maior padronização aos indicadores utilizados e permitindo, inclusive, a comparabilidade entre diferentes estudos nacionais ou internacionais.

6.3. Reconhecendo a necessidade de avançar com recomendações e definições no país no âmbito de um importante problema de saúde pública, o Ministério da Saúde procedeu à definição da dose-padrão oficial brasileira como sendo de 10 gramas (g) - ou 12,5 mililitros (ml) - de álcool puro, seguindo o preconizado pela

OMS (112, 113). Esta mesma definição é também utilizada por 26 países, tais como Austrália, Irlanda, Portugal e Nova Zelândia (114).

6.4. Como dito, a dose-padrão difere da dose servida, de modo que esta definição é uma unidade de medida nacional para permitir a contagem do montante de etanol ingerido (ou contido em cada embalagem) e não enseja, por si só, alterações nas doses de bebidas alcoólicas servidas comercialmente e nem implica em mudanças nos tamanhos das embalagens de produtos alcoólicos comercializados no país. No que se refere às informações ao consumidor, algumas adequações poderão tornar-se desejáveis a fim de reportar adequadamente quantas doses-padrão estão contidas em cada embalagem. Atualmente, para saber a quantidade de gramas de álcool contida em uma embalagem de bebida alcoólica, considerando que 1 ml de álcool equivale a 0,789 grama, é preciso realizar o seguinte cálculo (115):

Gramas de álcool puro = Volume da bebida (ml) x teor alcoólico (%) x 0,79 (g/ml) (densidade do álcool)

100

Por exemplo: para saber quantas gramas de álcool contém uma garrafa de cerveja de 600 ml com teor alcoólico de 5%, o cálculo é o seguinte: (600 x 5 x 0,79) /100 = 23,7g. Considerando a dose-padrão de 10g, esta garrafa de cerveja equivale a 2,37 doses-padrão.

6.5. No Brasil, para fins de registro, classificação, padronização, controle, inspeção e fiscalização de bebidas, a legislação nacional estabelece, entre outras definições, que bebida alcoólica é a bebida com graduação alcoólica acima de meio e até cinquenta e quatro por cento em volume, a vinte graus Celsius, com graduações alcoólicas mínimas e máximas para cada tipo de bebida (116, 117). São consideradas cervejas de baixo teor alcoólico aquelas de que contém mais 0,5 (meio) até 2% (dois por cento) de álcool, cerveja de médio teor alcoólico, as que contém mais de 2 (dois) até 4,5% (quatro e meio por cento) de álcool e cerveja de alto teor alcoólico, as que tiverem mais de 4,5 (quatro e meio) a 7% (sete por cento) de álcool (116).

6.6. Já bebidas destiladas como aguardente composta, cachaça, rum, uísque, conhaque, tequila, gin, vodca possuem com graduação alcoólica de 38 (trinta e oito) a 54º G.L (116). Os vinhos também possuem diferentes classificações com diferentes volumes alcoólicos, conforme definição específica (117). Dentre os mais conhecidos, estão os vinhos de mesa e os vinhos finos, com teor alcoólico de 8,6% a 14% e os espumantes, com teor alcoólico de 10% a 13%.

6.7. Como se vê, há variação significativa de volume alcoólico para cada tipo de bebida. A fim de facilitar o entendimento diante de tal diversidade, o Quadro 1 (abaixo) apresenta alguns exemplos relativos à quantidade de álcool puro e ao número de doses-padrão contidos em alguns tipos de bebidas alcoólicas mais popularmente conhecidos, conforme tamanhos de embalagem ou porção comercializadas ou servidas.

QUADRO 1 - Exemplos de diferentes tipos e tamanhos de bebidas alcoólicas [4] e suas respectivas quantidades de álcool puro, em gramas, e o número de doses-padrão.		
Tipo/tamanho da bebida alcóolica	Gramas de álcool puro	Número de doses-padrão
CERVEJAS (Teor alcoólico de 5%)		
Lata 269 ml	10,5g	1 dose
Lata 350 ml	13,8g	1,4 dose
Lata 473 ml	18,7g	1,9 dose
Long Neck 250 ml	9,9g	1,0 dose
Long Neck 330ml	13,0g	1,3 dose
Garrafa 600 ml	23,7g	2,4 doses
Garrafa 1 litro	39,5g	3,9 doses
Chopp 300 ml	11,8g	1,2 doses
Chopp 500 ml	19,7g	2,0 doses
VINHOS (Teor alcoólico de 12,5%)		

Garrafa 750 ml	74,0g	7,4 doses
Taça 150 ml	14,8g	1,5 dose
DESTILADOS (Teor alcoólico de 40%)		
Copinho 50 ml	15,8g	1,6 dose
Copinho 60ml	19,0g	1,9 dose
Garrafa 700ml	221,2g	22,1 doses
Garrafa 1 litro	316,0g	31,6 doses

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa realizada na internet

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. O álcool é uma substância psicoativa com efeitos tóxicos e seu uso é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, mortes e lesões de trânsito, violências interpessoais, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos do espectro alcoólico fetal e intoxicação alcoólica aguda, gerando elevados custos econômicos e sociais, além de mortes, adoecimento e incapacidades. O uso do álcool, mesmo em pequenas quantidades, apresenta risco à saúde, não sendo recomendado o seu consumo. Para menores de idade, grávidas e lactantes é fortemente recomendado que não haja o consumo de bebidas alcoólicas em nenhuma quantidade. Apesar disso, a prevalência do uso do álcool no Brasil está aumentando em toda a população, especialmente entre as mulheres e os mais jovens, constituindo-se em importante problema de saúde pública no país.

7.2. Diante da necessidade da implantação de ações estratégicas em nível populacional para que seja alcançada a meta de redução de 10% do consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas no Brasil até 2030, o Ministério da Saúde procedeu à definição da dose-padrão de bebida alcoólica como sendo de 10 gramas de álcool puro. Tal definição se destina a aprimorar a vigilância epidemiológica e enseja o avanço nas análises e recomendações de risco e o aprimoramento das informações ao consumidor.

ETHEL MACIEL

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

ADRIANO MASSUDA

Secretário de Atenção Especializada à Saúde

JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS

Secretário de Atenção Primária à Saúde Substituto

SÍNTESE PARA GESTORES

O consumo de bebidas alcoólicas é grave problema de saúde pública: O álcool é a substância psicoativa mais consumida globalmente e seu uso é fator de risco para mais de 230 doenças e agravos, dentre os quais estão as doenças crônicas não transmissíveis, as mortes e lesões de trânsito, as violências interpessoais, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, as infecções sexualmente transmissíveis, o transtorno do espectro alcoólico fetal e as intoxicações alcoólicas agudas, gerando elevados custos econômicos e sociais, além de mortes, adoecimento e incapacidades. Estimativas de 2021 indicam que, no Brasil, o uso do álcool foi fator de risco atribuível para a morte de 53 mil pessoas (3% dos óbitos em todas as idades). Atualmente, o consumo de álcool no Brasil vem crescendo, especialmente entre os mais jovens e entre as mulheres. Essa substância afeta a saúde, de maneira mais grave, dos pretos e pardos e pessoas com menos escolaridade.

O etanol contido nas bebidas alcoólicas é carcinogênico. O consumo de álcool tem relação causal com os cânceres de mama, cólon, reto, boca faringe, laringe, esôfago, estômago e fígado.

Não há consumo seguro: Recomenda-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas, posto que não há quantidade de álcool isenta de risco para a saúde. Para menores de idade, grávidas, lactantes e pessoas com problemas de saúde que possam ser agravados pelo consumo de álcool, é fortemente recomendado que não haja qualquer consumo de bebidas alcoólicas em nenhuma quantidade.

Estabelecimento da dose-padrão de 10 gramas de álcool puro. A dose-padrão é uma unidade

de medida de uso nacional que se refere a um montante definido de álcool puro a fim de permitir a contagem de unidades relativas ao seu consumo, independentemente do tipo de bebida, do tamanho da embalagem ou do teor alcoólico. A dose-padrão permite aprimorar a vigilância epidemiológica do consumo do álcool, conferindo maior padronização aos indicadores utilizados e a comparabilidade entre diferentes estudos nacionais ou internacionais. Além disso, padrões de consumo (excessivo ou moderado) passam a poder ser mensurados de modo objetivo e seu risco comunicado aos profissionais de saúde e à população, permitindo escolhas mais bem informadas. A dose-padrão não enseja alterações nas doses de bebidas alcoólicas servidas comercialmente e nem implica em mudanças nos tamanhos das embalagens de produtos alcoólicos comercializados no país. Sobre as informações ao consumidor, adequações poderão tornar-se desejáveis a fim de reportar adequadamente quantas doses-padrão estão contidas em cada embalagem.

[1] Por se tratar de substância psicoativa neurotóxica, no campo da saúde pública convencionou-se designar o consumo de bebidas alcoólicas por uso de álcool, em consonância com a nomenclatura utilizada para designar o uso de outras substâncias.

[2] A lista de códigos da CID-10 plenamente atribuíveis ao uso do álcool pode ser encontrada na NT 44/2022 - CGDANT/DAENT/SVS/MS que trata do cálculo do indicador de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool

[3] Publicado em 2021, o Plano replica a meta estabelecida em 2011, então grafada como "redução de 10% do consumo abusivo de bebidas alcoólicas até 2030".

[4] Foi considerado o teor alcoólico mais comum para cada tipo de bebida, a fim de facilitar a apresentação de exemplos. Para o cálculo exato da gramatura de cada bebida, é necessário considerar o volume total (ml) e o volume alcoólico (%) informado em cada embalagem específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2016;11:37. doi: 10.1186/s13011-016-0081-2.
2. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):135-43. PMID: 22330211; PMCID: PMC3307043.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7. PMID: 19560604.
4. Garcia LP, Freitas LRS, Gawryszewski VP, Duarte EC. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(5):418-24.
5. Nota técnica nº 44/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS.
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. [Acessado em 2024 Sep 11]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
7. Institute of Health Metrics and Evaluation (IME). GBD Compare. Seattle: IHMT; 2019. [Acessado em 2023 Apr 27]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [Internet]. [acesso em 08 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mortalidade>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; [Acessado em 2024 Sep 11]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.
10. ELSA Brasil. Boletim do Dia da Consciência Negra. Disponível em: <http://elsabrasil.org/boletim-do-dia-da-consciencia-negra/#:~:text=No%20ELSA%2DBrasil%2C%206%25,p%C3%BAblicos%20ou%20na%20escola%2Ffaculdade>.
11. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(4):379-88. [Citado em 2024 Aug 6]. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1594>.
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. [Acessado em 2024 Mar 31]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>.
13. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1923-1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6. Epub 2018 Nov 8.
14. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013;108:1562-78.
15. Institute of Health Metrics and Evaluation. GBD 2021 - Fração atribuível. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
16. Alcohol and cancer fact sheet. National Cancer Institute. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>.
17. World Health Organization. Factsheet: 5 facts about alcohol and cancer. Disponível em: <https://www.who.int/andorra/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>.
18. Inumaru LE, Silveira A, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão

- sistemática. Cad Saude Publica. 2011;27(7). doi: 10.1590/S0102-311X2011000700002.
19. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 20. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Disponível em: <dietandcancerreport.org>.
 21. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P, La Vecchia C. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer. 2015 Feb 3;112(3):580-93. doi: 10.1038/bjc.2014.579. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25422909; PMCID: PMC4453639.
 22. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Chikritzhs T. Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2016 Nov 15;16(1):845. doi: 10.1186/s12885-016-2891-z. PMID: 27842506; PMCID: PMC5109713
 23. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C, Key TJ, Leitzmann M, Norat T, Powers H, Wiseman M, Romieu I. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol. 2016 Dec;45:181-188. doi: 10.1016/j.canep.2016.09.011. Epub 2016 Nov 2. PMID: 27816465.
 24. LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and cancer: A statement of the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol. 2018 Jan 1;36(1):83-93. doi: 10.1200/JCO.2017.76.1155. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29112463.
 25. International Agency for Research on Cancer. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E: A review of human carcinogens. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon, France: IARC; 2010. Disponível em: <https://monographs.iarc.fr/wpcontent/uploads/2018/06/mono100E.pdf>.
 26. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007.
 27. Organização Panamericana de Saúde. Ficha Informativa "Álcool e Câncer". Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55188/OPASNMHMH210021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 28. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/bebidas-alcoolicas>.
 29. Organização Mundial da Saúde. Global Cancer Observatory. OMS; 2021. [Consultado em 2024 Dec]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>.
 30. Rehm J, Shield K. Alcohol consumption. In: Stewart BW, Wild CB, editors. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
 31. Rehm J, Rovira P, Llamosas-Falcón L, Shield KD. Dose-response relationships between levels of alcohol use and risks of mortality or disease, for all people, by age, sex, and specific risk factors. Nutrients. 2021 Jul 30;13(8):2652. doi: 10.3390/nu13082652. PMID: 34444809; PMCID: PMC8401096.
 32. Nutt DJ, Rehm J. Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol. J Psychopharmacol. 2014 Jan;28(1):3-7. doi: 10.1177/0269881113512038. PMID: 24399337.
 33. Lachenmeier DW, Przybylski MC, Rehm J. Comparative risk assessment of carcinogens in alcoholic beverages using the margin of exposure approach. Int J Cancer. 2012;131-E1003. doi: 10.1002/ijc.27553. PMID: 22447328.
 34. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analyses. JAMA Netw Open. 2023;6(3). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.6185.
 35. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: WHO; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 36. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: WHO; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 132 p. ISBN 978-85-334-2736-5. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_led_2019.pdf.
 38. Taylor B, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. Drug Alcohol Depend. 2010;110(1-2):108-116.
 39. Taylor B, Rehm J, Room R, Patra J, Bondy S. Determination of lifetime injury mortality risk in Canada in 2002 by drinking amount per occasion and number of occasions. Am J Epidemiol. 2008;168:1119-1125.
 40. Kassym L, et al. Worldwide prevalence of alcohol use in non-fatally injured motor vehicle drivers: a systematic review and meta-analysis. Healthcare. 2023;11(5).

41. Pan American Health Organization. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas 2020. Washington, DC: PAHO; 2021.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação [Internet]. 2022 [acesso em 08 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/agravos-notificacao>.
43. Hagelstam C, Häkkinen H. Homicidal adolescents: offense and offender characteristics. *Forensic Sci Int*. 2006;164:110-115. doi: 10.1016/j.forsciint.2005.12.006.
44. Mayshak R, et al. Alcohol-involved family and domestic violence reported to police in Australia. *J Interpers Violence*. 2020;886260520928633. doi: 10.1177/0886260520928633.
45. Finlay I, Gilmore I. Covid-19 and alcohol—a dangerous cocktail. *BMJ*. 2020;369. doi: 10.1136/bmj.m1987.
46. Curtis A, et al. Alcohol use in family, domestic and other violence: findings from a cross-sectional survey of the Australian population. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38:349-358. doi: 10.1111/dar.12925.
47. Pan American Health Organization. Addressing violence against women in health policies and protocols in the Americas: a regional status report. Washington, D.C.: PAHO; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275126387>.
48. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1222-34.
49. Beserra MA, Carlos DM, Leitão MN da C, Ferriani M das GC. Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>.
50. Katerndahl D, Burge SK, Ferrer RL, Becho J, Wood R. Complex relationship between daily partner violence and alcohol use among violent heterosexual men. *J Interpers Violence*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260519897324>.
51. Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Records of compulsory notification of violence against children and adolescents. *Psicol Ciênc Prof*. 2017;37(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001942015>.
52. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011.
53. Glantz MD, et al. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav*. 2020;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106128.
54. Boschloo L, et al. Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2012;200(6):476-484. doi: 10.1192/bjp.bp.111.097782.
55. Bruce SE, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1179-1187. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179.
56. Mueller TI, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):701-706. doi: 10.1176/ajp.151.5.701.
57. Borges G, et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-957. doi: 10.1017/S0033291716003013.
58. Darvishi N, et al. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(5). doi: 10.1371/journal.pone.0126870.
59. Kölves K, et al. Impact of alcohol policies on suicidal behavior: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7030. doi: 10.3390/ijerph17197030.
60. Babor TF, Casswell S, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity—research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2023.
61. World Health Organization. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: WHO; 2022.
62. Stratthdee SA, Bristow CC, Gaines T, Shoptaw S. Danos colaterais: uma revisão narrativa sobre epidemias de transtornos por uso de substâncias e suas relações com infecções sexualmente transmissíveis nos Estados Unidos. *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2021;48(7):466-473. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001341.
63. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addict*. 2012;107(1):51-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03462.x.
64. Williams EC, Hahn JA, Saitz R, Bryant K, Lira MC, Samet JH. Alcohol use and human immunodeficiency virus (HIV) infection: current knowledge, implications, and future direction. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(10):2056-2066. doi: 10.1111/acer.13269.
65. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):40-6. doi: 10.1590/0034-7167.2016690106. [Citado em 2024 Oct 8].
66. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório técnico: PCDT para

- manejo da infecção pelo HIV em adultos - Módulo 1 [Internet]. 2023 [acesso em 08 out 2024]. Disponível em : <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/relatorio-tecnico-pcdt-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos-modulo-1/view>
67. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite C e Coinfecções 2019. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c/view>.
 68. Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J. The economic burden of fetal alcohol spectrum disorder in Canada in 2013. *Alcohol Alcohol*. 2016 May;51(3):367-75. doi: 10.1093/alcalc/agv117. Epub 2015 Oct 21. PMID: 26493100.
 69. Tsang TW, Elliott EJ. High global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome indicates need for urgent action. *Lancet Glob Health*. 2017 Mar;5(3). doi: 10.1016/S2214-109X(17)30008-6. Epub 2017 Jan 13. PMID: 28089488.
 70. Organização Pan-Americana da Saúde. Evaluación de los trastornos del espectro alcohólico fetal [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2020 [consultado em 2024 Jun 5]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52500>.
 71. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Mar;5(3). doi: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9. Epub 2017 Jan 13. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2017 Mar;5(3). PMID: 28089487.
 72. Cabral VP, et al. Prevalência de uso de álcool na gestação, Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. 2023;39(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT232422>.
 73. Popova S, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387:978-987. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01010-2.
 74. Popova, Svetlana, et al. "Fetal alcohol spectrum disorders." *Nature reviews Disease primers* 9.1 (2023): 11
 75. Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J. The economic burden of fetal alcohol spectrum disorder in Canada in 2013. *Alcohol Alcohol*. 2016 May;51(3):367-75. doi: 10.1093/alcalc/agv117. Epub 2015 Oct 21. PMID: 26493100.
 76. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014.
 77. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Aug;32(8 Suppl 3). doi: 10.1016/S1701-2163(16)34633-3. PMID: 21172102.
 78. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 79. National Health and Medical Research Council, Australian Government. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC; 2020.
 80. Mirijello A, Sestito L, Antonelli M, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med*. 2023 Feb;108:1-8. doi: 10.1016/j.ejim.2022.08.013. Epub 2022 Aug 16. PMID: 35985955.
 81. Smith DS, Brown RT, Lee JK. Acute alcohol intoxication and health risks: A review of recent literature. *J Alcohol Drug Res*. 2022;40(1):45-59. Available from: <https://www.jadr.com/article/view/2022>.
 82. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding the dangers of alcohol overdose. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-dangers-of-alcohol-overdose>.
 83. Gonzalez MA, Patel SR, Roberts HE. Long-term effects of acute alcohol intoxication on neurological and psychiatric health. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:301-315. Available from: <https://www.npsychiatricdisease.com/article/view/2021>.
 84. Organização Pan-Americana da Saúde. Tópicos: álcool. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>. Acesso em 2023 Feb 22.
 85. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001. doi: 10.1111/add.13794.
 86. Chung T, Creswell K, Bachrach R, Clark D, Martin C. Adolescent binge drinking: developmental context and opportunities for prevention. *Alcohol Res*. 2018;39(1):5-15.
 87. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023 Jan;8(1). doi: 10.1016/S2468-2667(22)00317-6. PMID: 36603913; PMCID: PMC9831798.
 88. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018 Sep 22;392(10152):987-988. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31571-X. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30146328.
 89. Manthey J, Shield K, Rehm J. Alcohol and health. *Lancet*. 2022 Nov 19;400(10365):1764-1765. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02123-7. PMID: 36403617.
 90. World Health Organization. No level of alcohol consumption is safe for our health [Internet]. 2023 Jan 4.

Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>.

91. World Health Organization. Reporting about alcohol: a guide for journalists. Geneva: WHO; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
92. Vital Strategies. The Sobering Truth: Incentivizing Alcohol Death and Disability, An NCD Policy Report. New York, NY; 2021. Available from: www.vitalstrategies.org/TheSoberingTruth.
93. Instituto Nacional de Câncer. Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
94. Fundação Oswaldo Cruz. Estimação dos custos diretos e indiretos atribuíveis ao consumo de álcool no Brasil. Rio de Janeiro: 2024.
95. Freitas MG, Silva EN. Direct and indirect costs attributed to alcohol consumption in Brazil, 2010 to 2018. PLoS ONE. 2022;17(10). doi: 10.1371/journal.pone.0270115.
96. Centers for Disease Control and Prevention. Excessive drinking. Available from: <https://www.cdc.gov/drinklessbeyourbest/excessivedrinking.html>.
97. Shield KD. Importance and benefits of the APC indicator as a measure to determine levels of alcohol consumption and the burden of attributable disease and mortality in the population; its relationship with the SDGs. Washington, DC: Pan American Health Organization Webinar; 2024. Available from: <https://www.paho.org/en/events/annual-capita-alcohol-consumption-population-measurement-tool-support-public-policy>.
98. Schultz NR, Kohn CS, Schmerbauch M, Correia CJ. A systematic review of the free-pour assessment: implications for research, assessment and intervention. Exp Clin Psychopharmacol. 2017;25(3):125-140. doi: 10.1037/pha0000120.
99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 08 de outubro de 2024.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p. : il.
101. IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental nos municípios das capitais: 2009/2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. 193 p. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 46).
102. Bloomfield K. Understanding the alcohol-harm paradox: what next? Lancet Public Health. 2020 Jun;5(6). doi: 10.1016/S2468-2667(20)30119-5. PMID: 32504581.
103. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. Lancet Public Health. 2020 Jun;5(6). doi: 10.1016/S2468-2667(20)30052-9. PMID: 32504585.
104. Boyd J, Sexton O, Angus C, Meier P, Purshouse RC, Holmes J. Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox: a systematic review. Addiction. 2022 Jan;117(1):33-56. doi: 10.1111/add.15567. Epub 2021 May 25. PMID: 33999487; PMCID: PMC8595457.
105. Malta DC, Andrade SS, Oliveira TA, Moura L, Prado R, Marinho de Souza M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:10.1590/1980-549720190030.
106. Silva TS, Christino JMM, Moura LRC, Moraes VHF. Gênero e consumo de álcool entre jovens: avaliação e validação do Inventário de Conformidade com Normas Masculinas. Cien Saude Coletiva. 2019;24(9):3495-3506.
107. Albuquerque FP. Homens, masculinidades e saúde mental. Curitiba: Appris; 2023. 294 p.
108. Sperkova K, Dünnebier M. Alcohol obstacle to development: how alcohol affects the Sustainable Development Goals. Stockholm: Movendi International; 2020. Available from: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf>.
109. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2023. Available from: <https://odsbrasil.gov.br/>.
110. World Health Organization. Alcohol action plan 2022-2030. Geneva: WHO; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
111. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
112. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO; 2024

113. World Health Organization. WHO technical manual on alcohol tax policy and administration. Geneva: WHO; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
114. Sistema de Informação Global sobre Álcool e Saúde (GISAH). Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1260?lang=en&showonly=GISAH>.
115. Metis. Alcoolismo. Disponível em: <https://metis.med.up.pt/index.php/Alcoolismo>. Acesso em: 08 de outubro de 2024.
116. Brasil. Decreto nº 73.267, de 6 de dezembro de 1973. Aprova o Regulamento do Código de Álcool e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1973 dez 7. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d73267impressao.htm
117. Brasil. Lei nº 10.970, de 12 de novembro de 2004. Dispõe sobre a prevenção e o tratamento do alcoolismo e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 2004 nov 12. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.970.htm



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 24/12/2024, às 11:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde substituto(a)**, em 24/12/2024, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Massuda, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 24/12/2024, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0045203457** e o código CRC **4B489057**.

Referência: Processo nº 25000.195776/2024-13

SEI nº 0045203457

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA
SRTVN 701, Via W5 Norte, Edifício PO700, 7º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br