



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis

NOTA TÉCNICA Nº 44/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de Nota Técnica na temática da vigilância do álcool sobre o cálculo da mortalidade plenamente atribuível ao uso de bebidas alcoólicas e dos gastos com internações por causas plenamente atribuíveis ao álcool no Sistema Único de Saúde (SUS).

2. **ANÁLISE**

2.1. **O uso do álcool como problema de saúde pública**

2.1.1. O álcool é um importante fator de risco que tem sido relacionado a um número crescente na mortalidade, principalmente dentre as doenças crônicas não transmissíveis (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que este fator de risco foi exclusivamente responsável pela morte de mais de 3 milhões de pessoas no ano de 2016, ou seja, 1 a cada 20 mortes no mundo, majoritariamente em homens. Seu consumo abusivo é responsável por mais de 5% da carga global de doenças. A OMS ainda estima que, globalmente, 2,3 bilhões de pessoas sejam consumidoras de álcool (1,2).

2.1.2. Apesar de ser uma substância psicoativa, de uso lícito, com grande aceitação social, o álcool contribui para danos sociais e de saúde (1,3). O consumo de álcool foi relacionado como causa associada a 230 códigos e causa necessária de 40 códigos de três dígitos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)(4,5).

2.1.3. No Brasil, estimativas do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico em 2021 (Vigitel 2021) apontam a tendência de aumento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais brasileiras de 15,7% em 2006 para 18,3% em 2021(6).

2.1.4. É importante ressaltar que o impacto do consumo nocivo do álcool na mortalidade e na incapacidade influencia diretamente os gastos em saúde. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) demonstraram que, no Brasil, o custo médio anual entre 2010 e 2020 das internações relacionadas exclusivamente a causas plenamente atribuíveis ao consumo do álcool foi de aproximadamente noventa e um milhões de reais (7).

2.1.5. As mortes plenamente atribuíveis ao uso do álcool perfizeram, em 2020, um total de 20.393 mortes ocorridas no Brasil(8). A priorização da mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool se dá pela indicação e proposição de ações programáticas para prevenção e controle de fatores de risco, como a redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, descritas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030, e soma-se às estratégias já adotadas no referido plano em vigência(9).

2.1.6. Além do Plano, como mencionado, existem marcos legais para a redução do consumo do álcool, desde a Política Nacional sobre o Álcool (2007) (10), que abrange a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool, e das situações de violência e criminalidade associadas ao seu uso. Há leis que proíbem o beber e

dirigir, a venda e oferta para menores de idade e que garantem o acesso e tratamento na rede de atenção psicossocial para usuários de álcool no Sistema Único de Saúde (SUS) (11).

2.1.7. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil investiu, em 2017, 9,2% do PIB em saúde, sendo que deste montante 3,9% foram para financiar o sistema público de saúde, o que significa um total de 253,7 bilhões de reais (12). Um estudo de revisão estimou que os custos associados ao álcool ultrapassam 1% do produto interno bruto (PIB) dos países de média e alta renda(13). No caso do Brasil, cerca de 65 bilhões de reais. Estes custos incluem danos econômicos e sociais.

2.1.8. A OMS preconiza que a cada 1 dólar investido na ampliação de ações para tratar as DCNTs em países de baixa e baixa-média renda, espera-se um retorno social de pelo menos 7 dólares em aumento de empregos, produtividade e longevidade e destacado a importância das políticas denominadas como “best buys” (rentáveis e viáveis) no retorno do investimento em saúde. No caso do álcool, o retorno esperado é de 9,13 dólares de redução do uso nocivo do álcool para cada 1 dólar investido(14).

2.1.9. Contudo, para que seja atingida a meta pactuada até 2030, o Brasil necessita avançar em medidas que possibilitem o controle desse importante fator de risco. As evidências para tais medidas são obtidas a partir de inquéritos e do constante monitoramento dos fatores de risco, papel da vigilância em saúde. Para tanto, são necessários o apoio e o engajamento dos gestores na temática para a melhor qualificação dos dados para tomada de decisões custo-efetivas.

2.1.10. Diante do exposto, a presente nota técnica tem o objetivo de auxiliar estados e municípios no monitoramento da mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

2.2. **Definição do conceito de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool**

2.2.1. O coeficiente de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool mede o risco de morrer em decorrência de doenças que são atribuídas exclusivamente ao álcool (ou seja, que não existiriam sem o seu uso), em um determinado espaço geográfico e período de tempo.

2.2.2. Este indicador contribui para o monitoramento da magnitude e do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das doenças álcool relacionadas. Sabemos, ainda, que o álcool também é um fator de risco que contribui para o surgimento/agravamento de doenças e agravos não transmissíveis.

2.3. **Definição do indicador**

2.3.1. A taxa de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool é definida pela soma dos óbitos por causa básica de um conjunto de doenças álcool relacionadas, sendo descritas por códigos agrupados em grupos de doenças, a saber: doenças do aparelho digestivo; transtornos mentais e comportamentais; envenenamento/intoxicação; outras doenças.

2.3.2. Os códigos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para uso na obtenção dos dados para o cálculo do indicador são:

- **Doenças do Aparelho digestivo**: K70 (K70.0 a K70.9); K29.2; K85.2; K86.0
- **Transtornos Mentais e comportamentais**: F10 (F10.0 a F10.9); G31.2; G62.1
- **Envenenamento/Intoxicação**: X45; X65; Y15; Y90; Y91 (Y91.0 a Y91.9)
- **Outras doenças**: E24.4; G72.1; I42.6; O35.4; P04.3; Q86.0; R78.0; T51 (T51.0 a T51.8); Z04.0; Z50.2; Z71.4; Z72.1; Z81.1

2.4. **Método de Cálculo**

Número de óbitos plenamente atribuíveis ao uso do álcool
(registrados nos códigos correspondentes),
ocorridos em determinado ano e local

X 100.000

População residente em determinado ano e local

2.5. **Fonte de dados**

- **Numerador:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
- **Denominador:**
 - a) Estimativas populacionais do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) – **Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.**
 - b) Estimativas populacionais disponibilizadas pela Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE) (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>) – **Municípios com população igual ou superior a 100.000hab**

2.6. **Proposta de periodicidade de monitoramento**

2.6.1. A proposta é que o indicador seja incluído na rotina da vigilância de DANT para monitoramento anual.

2.7. **Justificativas para monitoramento (Gestão Vigilância)**

2.7.1. O coeficiente de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool foi incluído como proposta de monitoramento para fortalecimento das ações referentes ao fator de risco álcool, desenvolvido inicialmente no âmbito da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVS/MS).

2.7.2. Este indicador visa complementar o indicador de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, atualmente monitorado e que também faz parte do Plano Estratégico para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil para o período de 2021 a 2030 (9), que está alinhado ao Plano Global de Ações para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020 (15), da Organização Mundial da Saúde e a nova Estratégia Global para a Redução do Consumo Nocivo do Álcool 2022-2030 (OMS) (16).

2.8. **Ação**

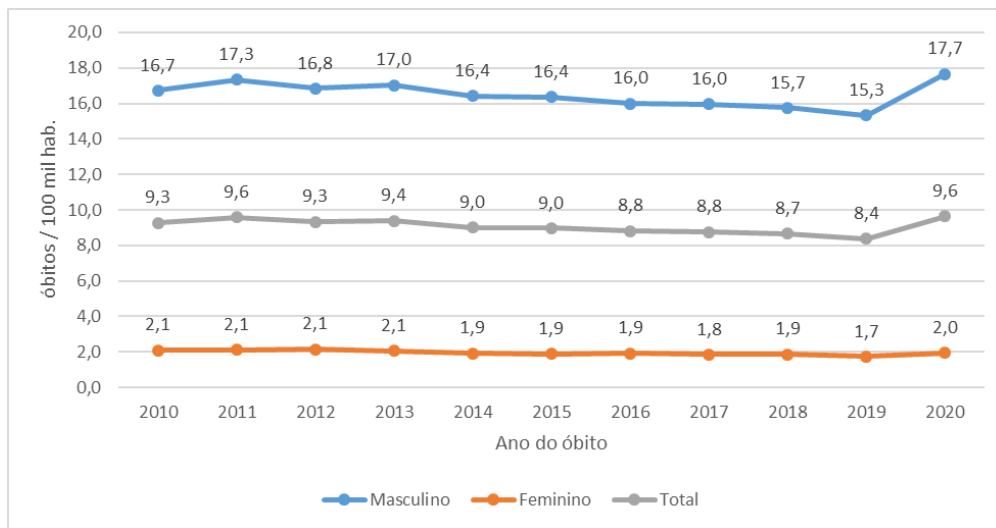
2.8.1. Monitoramento da taxa mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool nos diferentes níveis de abrangência geográfica.

Nota: para municípios com população abaixo de 100.000 habitantes, a ação é, monitorar o número de óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis ocorridas no ano anterior ao da análise.

2.9. **Situação do indicador**

2.9.1. A taxa de mortalidade de mortalidade plenamente atribuível ao uso do álcool apresentou tendência de redução no Brasil no período de 2010 a 2019, passando de 9,3 óbitos por 100.000 habitantes para 8,4 por 100.000 habitantes. Entretanto, no ano de 2020 houve inversão dessa tendência, resultando em 9,6 óbitos por 100.000 habitantes. No sexo masculino, passou de 16,7 por 100.000hab para 17,7 por 100.000hab, e no sexo feminino de 2,1 por 100.000hab para 2,0 por 100.000hab, entre 2010 e 2020, respectivamente. Ressalta-se que, ao considerar as taxas por sexo, ambos apresentaram tendência de redução entre 2010 a 2019, sendo a mais acentuada referente ao sexo masculino. Já em 2020, foi observado aumento da magnitude do indicador em ambos os sexos (Figura 1).

Figura 1 – Coeficiente padronizado de mortalidade plenamente atribuível ao uso de bebidas alcoólicas. Brasil, 2010 a 2020.



Fonte: SIM e estimativas populacionais/SVS- Ministério da Saúde

3. CONCLUSÃO

3.1. A Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) já disponibiliza, na Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS), a informação sobre o número de óbitos e a taxa de mortalidade por causas plenamente atribuíveis ao uso do álcool (<http://plataforma.saude.gov.br/cidades/>).

3.2. Esta nota técnica foi elaborada para auxiliar os gestores e profissionais de saúde a calcular tal mortalidade, bem como os gastos com internações por causas plenamente atribuíveis ao álcool no SUS, no âmbito das atividades de vigilância propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no Brasil (2021-2030).

4. APÊNDICE - CÁLCULO DOS GASTOS COM INTERNAÇÕES POR CAUSAS PLENAMENTE ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL NO SUS

4.1. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

4.1.1. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) é caracterizado como um modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e tendo uma base de cálculo pré-definida. Está apoiado no conceito de que os pacientes apresentam características homogêneas, quanto a variáveis demográficas, sociais e clínicas. Portanto, reúne os pacientes em grupos conforme suas semelhanças e características.

4.1.2. Também utilizado pelo *Medicare*, nos Estados Unidos, onde é denominado de *Diagnosis Related Group* (DRG), o Mecanismo de Pagamento Fixo por Procedimentos classifica os pacientes internados por grupos homogêneos, de acordo com o volume de recursos que consomem durante a sua permanência no hospital.

4.1.3. Com isso, fica explícito que o sistema de pagamento das contas hospitalares por meio SIH/SUS apresenta como principal elemento diferenciador do seu predecessor, o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), o processo de pagamento. Com a introdução da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foi possível uma maior previsibilidade de gastos e um maior controle e avaliação sobre o faturamento da rede hospitalar. Em consequência, tornou-se reduzida a possibilidade de corrupção e fraude dentro do sistema de assistência médica hospitalar do SUS.

4.1.4. Por outro lado, desde a criação do SIH/SUS, o Ministério da Saúde vem implementando iniciativas no sentido de acrescentar funcionalidades ao sistema, como a definição do tempo mínimo de internação por tipo de patologia, estabelecimento de um número máximo de internações de acordo com a população e outras que têm sido bastante importantes para reduzir determinados tipos de fraudes.

4.1.5. As AIH dispõem de um conjunto de variáveis, sendo as principais: identificação do paciente, caracterização do hospital e gestor (número de leitos, clínicas disponíveis, meios diagnósticos e terapêuticos), recursos pagos pela internação, natureza do evento (causa principal da internação, causas associadas, procedimento realizado, meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticos utilizados), tempo de internação e o destino do paciente.

4.1.6. No SIH/SUS, existem dois tipos de AIHs: AIH 1 e a AIH 5. A primeira, além de dispor do número que identifica a autorização de internação, contém dados de identificação do paciente, registro do conjunto de procedimentos médicos e serviços de diagnóstico e tratamento nele realizados e código da doença. A AIH 5, ou de Continuidade, é usada para aqueles pacientes psiquiátricos crônicos, depois de concluído o tempo de internação permitido na apresentação da AIH 1, 107 dias para este caso.

4.1.7. O SIH/SUS, a partir das variáveis nele contidas, apresenta possibilidade para que se trabalhe uma série de indicadores. Indicadores epidemiológicos podem ser construídos a partir da morbidade e mortalidade hospitalar, fazendo os cruzamentos das variáveis necessárias agregando-se os dados de acordo com as necessidades a serem avaliadas.

4.1.8. O SIH/SUS é gerido pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado e disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

4.1.9. As unidades hospitalares participantes do SUS, públicas ou particulares conveniadas, enviam as informações das internações efetuadas através da AIH, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma valiosa Base de Dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

4.1.10. Estas informações estão disponíveis a partir de janeiro de 1984, não sendo computadas as internações efetuadas pela extinta GIH (Guia de Internação Hospitalar).

4.1.11. O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc.

4.1.12. A causa de internação é informada como Diagnóstico Principal. No decorrer do período de internação, pode haver mudança no diagnóstico, nem sempre registrada no documento. Isto pode levar a distorções, tais como óbitos na causa O80-O84 (Parto normal), o que é, conceitualmente, impossível. Ao longo do tempo, foram introduzidas no SIH/SUS novas críticas para o Diagnóstico Principal, gerando melhoria na qualidade da informação.

4.1.13. Nas AIHs de prorrogação (longa permanência), utilizadas principalmente para internações de pacientes crônicos ou de psiquiatria, nem sempre estão identificados o sexo e idade do paciente. Portanto, ao solicitar tabulações de AIHs pagas, pode aparecer um volume expressivo de casos de sexo e/ou idade ignorados, principalmente em psiquiatria. Isto não ocorre nas tabulações de internações, por só se referirem às AIHs iniciais.

4.2. **Tabulação**

4.2.1. Para elaboração da estimativa dos gastos com internações por causas plenamente atribuíveis ao álcool, foram colhidas AIHs de competência entre janeiro de 2010 e maio de 2020. Dado que a AIH deve ser apresentada em até 3 meses depois data de saída do paciente, este período cobre todas as internações dos anos de 2010 a 2019.

4.2.2. Para o levantamento do número de internações por estas causas no período, foi utilizado o programa de tabulação TabWin. Foi utilizado o arquivo de definição RD2008. As tabulações foram realizadas de acordo com o ano de internação e a Unidade Federada de residência do usuário. Foi considerado como incremento o Valor Total da internação. Os campos de Diagnóstico CID 10 por capítulo foram incluídos como seleções ativas, onde foram selecionadas as categorias com menção de álcool ou alcoólatra, descritas na Tabela 1.

4.2.3. Assim, foram utilizadas apenas as AIHs com códigos que estivessem na lista de aproximadamente 40 códigos publicada por Rehm et al. em 2017, onde os autores estudam a relação entre diferentes dimensões do uso de álcool e a carga da doença (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434904/pdf/ADD-112-968.pdf>). A lista está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorias da CID-10 com menção de álcool ou alcoólatra.

DIAG_PRINC	Causa
E244	Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome
F100	Acute intoxication
F101	Harmful use
F102	Dependence syndrome
F103	Withdrawal state
F104	Withdrawal state with delirium
F105	Psychotic disorder
F106	Amnesic syndrome
F107	Residual and late-onset psychotic disorder
F108	Other mental and behavioural disorders
F109	Unspecified mental and behavioural disorder
G312	Degeneration of nervous system due to alcohol
G621	Alcoholic polyneuropathy
G721	Alcoholic myopathy
I426	Alcoholic cardiomyopathy
K292	Alcoholic gastritis
K700	Alcoholic fatty liver
K701	Alcoholic hepatitis
K702	Alcoholic fibrosis and sclerosis of liver
K703	Alcoholic cirrhosis of liver
K704	Alcoholic hepatic failure
K709	Alcoholic liver disease, unspecified
K852	Alcohol-induced acute pancreatitis
K860	Alcohol-induced chronic pancreatitis
O354	Maternal care for suspected damage to foetus from alcohol
P043	Foetus and newborn affected by maternal use of alcohol
Q860	Fetal alcohol syndrome (dysmorphic)
R780	Finding of alcohol in blood
T510	Ethanol
T511	Methanol
T512	Propanol
T513	Fusel oil
T518	Other alcohols
T519	unspecified
X45	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
X65	Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol
Y15	Poisoning by and exposure to alcohol, undetermined intent
Y90	Evidence of alcohol involvement determined by blood alcohol level
Y910	Y91.0—Mild alcohol intoxication
Y911	Y91.1—Moderate alcohol intoxication
Y912	Y91.2—Severe alcohol intoxication
Y913	Y91.3—Very severe alcohol intoxication

DIAG_PRINC	Causa
Y919	Alcohol involvement, not otherwise specified
Z040	Blood-alcohol and blood-drug test
Z502	Alcohol rehabilitation
Z714	Alcohol abuse counselling and surveillance for alcohol use disorder
Z721	Alcohol use
Z811	Family history of alcohol abus

4.2.4. O programa TabWin, bem como as orientações para sua instalação e operação, encontram-se disponíveis no site do Datasus (<http://datasus1.saude.gov.br/transferencia-download-de-arquivos/download-do-tabwin>).

4.2.5. Os arquivos auxiliares de tabulação, assim como os arquivos de dados e documentações referentes ao SIH/SUS são disponibilizados no mesmo site (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>).

5. REFERÊNCIAS

5.1. WHO. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. 2018;1–472. [Internet]. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

5.2. IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016.

5.3. Garcia LP, Freitas LRS de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol e Serviços Saúde. 2015;24(2):227–37. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00227.pdf>

5.4. Gawryszewski VP, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. Addiction [Internet]. 2014;109(4):570–7. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.12418>

5.5. 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. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n5/418-424/pt>

5.6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021 : 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 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128. : il. il.[Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>

5.7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>

5.8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade - DATASUS [Internet]. 2018 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>

5.9. Brasil. 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view

- 5.10. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. [Internet]. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm
- 5.11. CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Histórico das políticas de álcool no Brasil [Internet]. 2019. p. 10–1. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/95-historico-das-politicas-de-alcool-no-brasil>
- 5.12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | Cidades@ | Brasil | Pesquisa | Conta-Satélite de Saúde | Despesas com saúde e PIB segundo setores institucionais [Internet]. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10093/82693>
- 5.13. 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. Vol. 373, The Lancet. Elsevier; 2009. p. 2223–33. [Internet] Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60746-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60746-7/fulltext)
- 5.14. WHO. World Health Organization. Saving lives, spending less A strategic response to noncommunicable diseases. WHO [Internet]. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>
- 5.15. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. [Internet]. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- 5.16. WHO. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Draft Action Plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority. [Internet]. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis**, em 13/09/2022, às 14:38, 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 **0028808858** e o código CRC **3254177F**.