PENSANDO A

Política sobre Drogas

Relatório da situação epidemiológica e do impacto do consumo de álcool no Brasil

Volume 11

CPAD Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Relatório da situação epidemiológica e do impacto do consumo de álcool no Brasil

2025

Brasília/DF

CPAD Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP)

MINISTRO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Ricardo Lewandowski

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS (SENAD)

SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS
Marta Rodriguez de Assis Machado

CHEFIA DE GABINETE
Ana Luiza Villela de Viana Bandeira

DIRETORIA DE PESQUISA, AVALIAÇÃO E GESTÃO DE INFORMAÇÕES (DPAGI)

DIRETORA DE PESQUISA, AVALIAÇÃO E GESTÃO DE INFORMAÇÕES
Bárbara Caballero de Andrade

COORDENADORA-GERAL DE ENSINO E PESQUISA
Domitila Costa Cayres

COORDENADORA-GERAL DE ARTICULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Solange Pereira Leal (substituta)

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO
Giulliana Bianconi

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DO IMPACTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL

© Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - julho de 2025

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A publicação reflete as opiniões dos seus autores e não do Ministério da Justiça.

Esplanada dos Ministérios,
Bloco T, Palácio da Justiça
Edifício Sede
Brasília – DF
CEP: 70064-900

Versão digital disponível em:
www.gov.br/obid
www.cpad.org.br

H828r Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
Relatório da situação epidemiológica e do impacto do consumo de álcool no Brasil [recurso eletrônico] / Felipe Ornell...[et. al.] – Porto Alegre: HCPA, SENAD, 2025.

158p.
E-book ISBN: 978-85-85323-08-0

1. Epidemiologia 2. Consumo de álcool 3. Avaliação em saúde 4. Substâncias psicoativas I. Ornell, Felipe II. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas III. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos IV. Título

NLM: WA105

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

CENTRO DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (CPAD/HCPA)

PROJETO AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REDUÇÃO DOS IMPACTOS PRODUZIDOS PELO CONSUMO DE ÁLCOOL E INDICADORES PARA MONITORAMENTO (SENAD - CPAD/HCPA)

Coordenação Geral: Profa. Dra. Lisia von Diemen
Subcoordenação: Prof. Dr. Flavio Pechansky
Subcoordenação: Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler
Coordenação Executiva: Dra. Daiane Silvello
Coordenação de Desenvolvimento: Dr. Felipe Ornell

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DO IMPACTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL

AUTORES:

Dr. Felipe Ornell
Dra. Daniela Benzano Bumaguin
Dra. Silvia Chwartzmann Halpern
Dra. Daiane Silvello
Acad. Deborah Daitschman
Acad. Cristhian Ferreira Falleiro
Acad. Eduarda Vasconcelos Colchete
Acad. Lucas Silva Camargo
Acad. Ramon Agostini Proença
Dra. Jaqueline Bohrer Schuch
Profa. Dra. Lisia von Diemen

SUMÁRIO EXECUTIVO DO RELATÓRIO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DO IMPACTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL

ELABORAÇÃO:

Dra. Silvia Chwartzmann Halpern
Dr. Felipe Ornell
Dra. Daniela Benzano Bumaguin
Acad. Lucas Silva Camargo

PRODUÇÃO EDITORIAL:

Angela Ramalho Editora Ltda.
(44) 9 9116-6938 - contato@editoraarpublisher.com.br
Rua Ivaí nº 1005, Loja 4 - Vila Marumby - Maringá - PR
Coordenação: Angela Ramalho
Diagramação: Carlos Alexandre Venancio

Apresentação

O consumo de álcool constitui um dos principais desafios contemporâneos à saúde pública global, com impactos significativos sobre a morbidade, a mortalidade e a sobrecarga dos sistemas de saúde. No Brasil, os efeitos do uso de bebidas alcoólicas são amplamente reconhecidos, mas os dados disponíveis ainda se encontram dispersos em múltiplas fontes, com metodologias distintas e coberturas variáveis, dificultando análises integradas e a formulação de políticas baseadas em evidências.

Os danos associados ao álcool vão além da dependência ou do uso crônico. Episódios agudos, como o consumo excessivo em curto intervalo de tempo (binge drinking), também estão amplamente relacionados a lesões, violências, colisões no trânsito, doenças e mortes evitáveis. A compreensão desse fenômeno exige uma abordagem abrangente, que considere diferentes padrões de uso e seus múltiplos desfechos em saúde.

Este relatório, desenvolvido no âmbito do projeto "Avaliação de políticas públicas para redução dos impactos produzidos pelo consumo de álcool e indicadores para monitoramento", resulta de uma parceria entre o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CPAD/HCPA) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça (SENAD/MJSP). Seu propósito é consolidar, em um único documento, as principais informações públicas disponíveis sobre o consumo de álcool no Brasil e seus impactos epidemiológicos, oferecendo subsídios técnicos para o aprimoramento das políticas públicas de prevenção e redução de danos.

O relatório sintetiza dados nacionais sobre o consumo de álcool no Brasil, seus impactos na saúde e sociedade, e consolida informações dispersas para embasar políticas públicas de prevenção e redução de danos, utilizando metodologias como as Frações Atribuíveis ao Álcool (FAA) para estimar morbidade, mortalidade e outros agravos.

As informações apresentadas neste relatório são provenientes dos principais levantamentos nacionais sobre o consumo de álcool — como os LENADs, LNUDs, Vigitel e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) —, abordando aspectos como prevalência, padrões de uso, idade de início, tipo de bebida preferida e diferenças por sexo, faixa etária, escolaridade e região. Também foram consolidados dados oficiais provenientes do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e da Polícia Rodoviária Federal, com o objetivo de estimar o panorama dos agravos relacionados direta e indiretamente ao consumo de álcool no Brasil. Para isso, foram utilizadas as Frações Atribuíveis ao Álcool (FAA), recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, que permitem estimar a proporção de determinados agravos em saúde que podem ser atribuídos ao uso da substância. Com base nessa metodologia, são apresentadas estimativas de morbidade hospitalar, causas de óbito, doenças associadas, colisões de trânsito e concessões de benefícios por incapacidade.

Ao integrar de forma qualificada um conjunto expressivo de informações antes fragmentadas, este relatório oferece um panorama técnico atualizado e acessível, com potencial de apoiar gestores públicos, profissionais da saúde, pesquisadores e formuladores de políticas na construção de respostas mais eficazes frente aos desafios impostos pelo uso de álcool no país.

Siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMBEV	Companhia Brasileira de Cervejas
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BAT	Boletim de Acidente de Trânsito
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACOM	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CISA	Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNHs	Carteiras Nacionais de Habilitação
CPAD	Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
DAA	Antivirais de Ação Direta
DALYs	Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DO	Declaração de Óbito
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAA	Fração Atribuível ao Álcool
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEC	Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LHP	Leitos hospitalares psiquiátricos
LNUD	Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas

MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAA	Frações Parcialmente Atribuíveis ao Álcool
PDA	Plano de Dados Abertos
PEP	Profilaxia pós-exposição
PIA	Produto Pesquisa Industrial Anual - Produto
PIB	Produto interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PO	Painel de Oncologia
PreP	Profilaxia pré-exposição
PRF	Polícia Rodoviária Federal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RENAEST	Registro Nacional de Estatísticas e Sinistros de Trânsito
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SENATRAN	Secretaria Nacional de Trânsito
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAA	Totalmente Atribuíveis ao Álcool
TB	Tuberculose
TCU	Tribunal de Contas da União
TUA	Transtorno por Uso de Álcool
UNACOM	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIAD	Unidade de pesquisas em Álcool e Drogas
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Capítulo 1

Introdução 11

1.Epidemiologia e prevalência do consumo de álcool no Brasil 13

1.1. Principais levantamentos brasileiros com dados sobre o consumo de álcool 14

1.1.1. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 15

1.1.2. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 15

1.1.3. Álcool e a Saúde dos Brasileiros 15

1.1.4. Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD) 16

1.1.5. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas / Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LENAD) 16

1.1.6. Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras 17

1.2. Prevalência de consumo de álcool 17

1.2.1. Frequência de consumo 20

1.2.2. Padrão de consumo 23

1.2.3. Idade do primeiro consumo 25

1.2.4. Dependência e consumo abusivo 26

1.2.5. Consumo por crianças e adolescentes 34

Capítulo 2

Venda de bebidas alcoólicas 39

Capítulo 3

Impactos do consumo de álcool.....45

3.1. Internações hospitalares associadas ao consumo de álcool.....47

3.2. Câncer 64

3.3. HIV/AIDS.....74

3.4. Hepatites C 78

3.5. Tuberculose 81

3.6. Mortalidade associada ao consumo de álcool 85

3.7. Colisões de trânsito 105

3.8. Benefícios por incapacidade temporária e auxílio-doença 120

Considerações finais.....123

Referências 126

Anexos: Materiais suplementares.....131

Capítulo
1

INTRODUÇÃO

Introdução

O álcool é uma substância psicoativa que atua no sistema nervoso central podendo causar alterações nos processos cognitivos, emocionais e comportamentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), não há consumo de álcool isento de risco (ANDERSON *et al.*, 2023). O consumo dessa substância, tanto eventual como crônico, é um importante fator de risco para a carga de morbidade e mortalidade, estando associado ao desenvolvimento de mais de 200 doenças e outros agravos diretos e indiretos, resultando em mais de 3 milhões de óbitos ao ano, o que representa cerca de 5,3% de todas as mortes no mundo. Em populações jovens, essa estimativa é ainda mais alta: 13,5% do total de mortes de pessoas com idade entre 20 e 39 anos estão relacionadas ao álcool (WHO, 2018). Além dos transtornos causados pelo uso crônico, como o Transtorno por Uso de Álcool (TUA), o consumo de álcool também está fortemente relacionado a desfechos negativos decorrentes do uso agudo. Esses casos são medidos por meio da Fração Atribuível ao Álcool (FAA), que estima a proporção de determinados eventos de saúde que podem ser diretamente atribuídos ao consumo da substância. Entre esses desfechos estão, por exemplo, colisões de trânsito, atos de violência e lesões intencionais, os quais muitas vezes ocorrem independentemente da presença de um diagnóstico formal de TUA (SONTATE *et al.*, 2021; TAYLOR *et al.*, 2010). Um amplo estudo publicado na revista científica *The Lancet* revelou que o uso de álcool foi o sétimo principal fator de risco para mortes e Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALYs), ou seja, 2,2% das mortes femininas padronizadas por idade e 6,8% das mortes masculinas padronizadas por idade (GRISWOLD *et al.*, 2018). Análises por faixa etária revelaram que tuberculose, lesões relacionadas a colisões de trânsito e automutilação foram as principais causas de morte entre pessoas de 15 a 49 anos, enquanto neoplasias foram as principais entre pessoas acima de 50 anos (GRISWOLD *et al.*, 2018).

Este relatório tem como objetivo apresentar uma análise abrangente da situação epidemiológica do consumo de álcool e seus impactos no Brasil, bem como identificar e mapear potenciais indicadores disponíveis em bases de dados públicas que possam subsidiar o monitoramento, a vigilância em saúde e a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção e redução dos danos associados ao uso dessa substância. Para isso, são explorados dados sobre a prevalência do consumo, a comercialização de bebidas alcoólicas, além dos impactos diretos e indiretos relacionados ao seu uso, tais como doenças infectocontagiosas, colisões de trânsito, afastamentos laborais, morbidade hospitalar e mortalidade. A partir de uma variedade de fontes de dados secundários, o conteúdo foi estruturado em capítulos temáticos, com o objetivo de facilitar a compreensão e oferecer

uma abordagem ampla, integrada e organizada do tema, conforme detalhado a seguir:

1. **Epidemiologia e prevalência do consumo de álcool no Brasil:** Serão apresentados dados sobre os padrões e tendências de consumo de álcool no Brasil, por meio de informações extraídas de levantamentos nacionais realizados ao longo das últimas décadas.
2. **Venda de bebidas alcoólicas:** Serão exibidas informações sobre a venda anual de bebidas alcoólicas no Brasil ao longo dos anos. Os números foram extraídos da Pesquisa Industrial Anual – Produto (PIA Produto), que faz parte do Programa Anual das Pesquisas Estruturais em Empresas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujo objetivo é descrever as características estruturais básicas do segmento empresarial industrial no país e suas transformações no tempo.
3. **Morbidade hospitalar:** Serão apresentadas informações sobre morbidade hospitalar direta e indiretamente relacionada ao consumo de álcool. Os desfechos analisados foram definidos a partir da lista de FAA (WHO, 2018). Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DataSUS). Além disso, serão apresentados dados sobre a incidência de câncer, extraídos do Painel de Oncologia (PO), também do DataSUS. Também serão apresentadas as incidências do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tuberculose e hepatite C.
4. **Mortalidade:** Serão fornecidas estimativas sobre mortalidade direta e indiretamente relacionadas ao consumo de álcool por meio de dados obtidos do DataSUS, mais especificamente do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Os desfechos analisados foram selecionados a partir da lista de FAA (WHO, 2018).
5. **Colisões de trânsito:** Serão apresentados dados e análises sobre colisões de trânsito relacionados ao consumo de álcool, incluindo estatísticas de mortalidade e morbidade a partir de dados da Polícia Rodoviária Federal (PRF). Adicionalmente, serão incluídos dados de mortalidade extraídos do DataSUS.
6. **Benefícios por incapacidade:** Serão exploradas informações sobre afastamentos do trabalho diretamente associados ao consumo de álcool. Os dados foram extraídos dos Relatórios de Acompanhamento Mensal do Benefício Auxílio por Incapacidade Temporária, disponíveis no site do Ministério da Previdência Social. Esses relatórios contêm informações sobre os benefícios concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), especificamente os auxílios por incapacidade temporária acidentários e previdenciários.

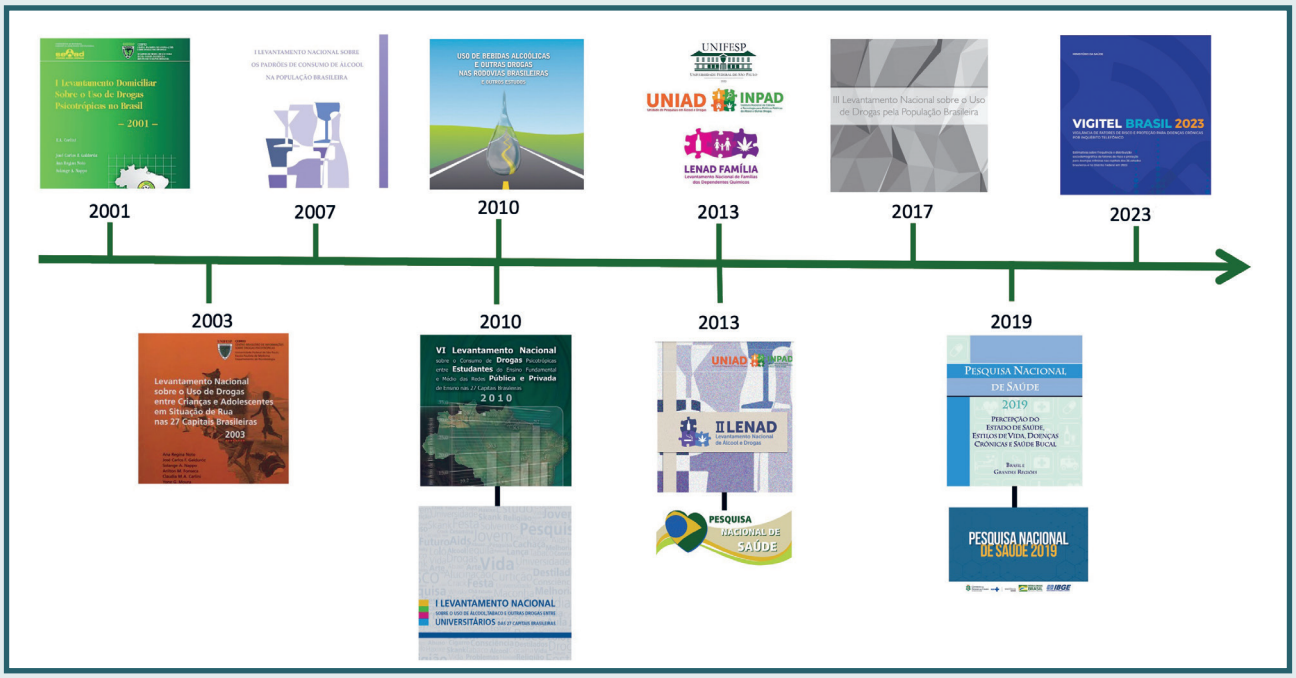
Essa estrutura organizacional visa proporcionar uma visualização abrangente e detalhada do consumo de álcool e de seus impactos no Brasil. Destaca-se que os períodos temporais das variáveis apresentadas não são uniformes, uma vez que os dados foram obtidos de diferentes fontes, cada uma com seus próprios intervalos e metodologias de atualização. Considerando que o objetivo deste relatório é mapear os bancos de dados e variáveis disponíveis sobre o uso de álcool no país, as taxas de morbidade e mortalidade serão apresentadas por 100 mil habitantes, utilizando-se de taxas brutas não ajustadas pela estrutura populacional. Ressalta-se que essas taxas podem ser influenciadas pela composição etária e de gênero da população, o que pode afetar comparações diretas entre diferentes grupos ou períodos. Ainda assim, para os fins propostos neste relatório, as taxas brutas oferecem uma visão geral útil das tendências relacionadas à morbidade e mortalidade atribuíveis ao consumo de álcool. Adicionalmente, é importante observar que algumas informações podem não refletir a incidência anual absoluta dos eventos analisados, uma vez que estão limitadas aos registros disponíveis nas bases do DataSUS. Essas bases estão sujeitas a atualizações constantes, mas fornecem estimativas valiosas para a compreensão do cenário epidemiológico nacional.

1. Epidemiologia e prevalência do consumo de álcool no Brasil

Este capítulo apresenta a epidemiologia do consumo de álcool no Brasil, destacando sua relevância como problema de saúde pública. Para isso, foram utilizadas diversas fontes de dados, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), o Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas (LNUD), entre outros. Essas investigações, conduzidas ao longo das últimas décadas, empregaram métodos robustos, como entrevistas domiciliares ou por telefone, e utilizaram amostras representativas da população brasileira. A Figura 1 apresenta uma linha do tempo dos principais levantamentos brasileiros sobre o consumo de álcool, oferecendo um panorama dos esforços de pesquisa realizados até o momento.

As estimativas sobre o consumo de álcool no Brasil variam entre os estudos. Por exemplo, o III LNUD indicou que 43,1% da população consumiu álcool no último ano, enquanto o I LENAD apontou uma prevalência de 52%. Além disso, a prática de *binge drinking* — consumo de grandes quantidades de álcool em curto período visando à intoxicação — foi relatada por 16,5% dos participantes no III LNUD e por 28% no I LENAD, pelo menos uma vez no último ano (BASTOS *et al.*, 2017; LARANJEIRA *et al.*, 2007). Essas discrepâncias refletem diferenças metodológicas, períodos de coleta e características das amostras avaliadas em cada levantamento.

FIGURA 1. Linha do tempo dos principais levantamentos brasileiros sobre o consumo de álcool – 2001 a 2023



Fonte: Elaborada pelos autores.

1.1. Principais levantamentos brasileiros com dados sobre o consumo de álcool

Devido à diversidade metodológica das publicações utilizadas, será apresentado um resumo dos principais levantamentos nacionais com dados sobre o consumo de álcool no Brasil nas últimas décadas, com o objetivo de facilitar a compreensão das informações que serão detalhadas nas seções subsequentes.

1.1.1. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

O Vigitel é o inquérito de saúde mais longevo e ininterrupto do Brasil, destacando-se tanto pelo número de edições consecutivas quanto pelo volume de entrevistas realizadas. Desde 2006, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), conduz essa pesquisa anual com uma amostra representativa de adultos (acima de 18 anos) residentes nas 26 capitais estaduais e no Distrito Federal (DF). O Vigitel avalia fatores de risco e proteção relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Em 2023, foram realizadas 21.690 entrevistas

telefônicas com a população dessas localidades. Entre os aspectos avaliados naquele ano, destacaram-se: (1) a frequência de consumo abusivo de álcool, definida como a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens em uma única ocasião nos 30 dias anteriores à pesquisa; e (2) a proporção de adultos que relataram conduzir veículos motorizados após consumir bebidas alcoólicas, independentemente da quantidade (CLARO *et al.*, 2023).

1.1.2. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS é um inquérito de base populacional, realizado pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de coletar dados representativos da população brasileira residente em domicílios particulares. As edições de 2013 e 2019 investigaram o consumo de álcool entre indivíduos com 18 anos ou mais, por meio de amostras probabilísticas de abrangência nacional. Em 2013, foram entrevistadas 60.202 pessoas (48,3% homens e 51,7% mulheres), enquanto em 2019 a amostra foi ampliada para 88.531 indivíduos (46,8% homens e 53,2% mulheres). Ambas as edições avaliaram o consumo de bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores à entrevista, incluindo frequência, quantidade, episódios de consumo abusivo e, em 2019, a condução de veículos após ingestão de álcool.

A pesquisa considerou três indicadores principais: consumo regular, definido como o percentual de indivíduos que costumam consumir bebida alcoólica em cinco ou mais dias por semana; consumo semanal, referente ao percentual de pessoas que consomem alguma bebida alcoólica pelo menos um dia por semana; e consumo abusivo, caracterizado por episódios de ingestão excessiva nos 30 dias anteriores à pesquisa. Na edição de 2013, esse padrão foi definido como o consumo de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião. Já em 2019, o critério foi unificado, considerando como consumo abusivo a ingestão de cinco ou mais doses, independentemente do sexo, em uma única ocasião (IBGE 2015; 2020).

1.1.3. Álcool e a Saúde dos Brasileiros

Levantamento domiciliar nacional desenvolvido pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica) entre 2019 e 2023, encomendado pelo Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool (CISA), que examina, através de entrevistas estruturadas, dados quantitativos sobre a frequência de uso e qualitativos sobre a percepção dos jovens sobre consumo de álcool, com recortes de classe social, raça/cor e religião. Foram realizadas 1.983 entrevistas com homens e mulheres acima de 18 anos, de todas as classes socioeconômicas. O questionário aplicado coletou dados sobre frequência de consumo,

quantidade de doses consumidas em uma ocasião e quantidade de vezes que fez uso em *binge* (GUERRA *et al.*, 2023).

1.1.4. Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD)

Pesquisa domiciliar realizada pela SENAD/MJSP, em três edições, 2001, 2005 (parceria com o CEBRID/UNIFESP) e 2017 (parceria com o ICICT/Fiocruz), com o objetivo de estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas na população de todo o território nacional, inclusive a população rural, de indivíduos de 12 a 65 anos, de ambos os sexos. O LNUD avaliou o padrão de consumo de substâncias psicoativas, bem como os padrões de uso, dependência, tratamento e consequências para a saúde. O levantamento também aborda questões relacionadas ao acesso a tratamento, atitudes e percepções da população em relação ao uso de drogas. Sobre o consumo de álcool, especificamente, o LNUD incluiu dados sobre a frequência e quantidade de uso de álcool, bem como a idade do primeiro consumo e prevalência de álcool na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, mantendo a estrutura dos questionários utilizados em todas as três edições do levantamento (CARLINI *et al.*, 2002; CARLINI, 2006). O III LNUD apresentou dados de consumo também na vida, no ano, nos últimos 30 dias e por *binge*, estratificados por sexo, faixa etária, escolaridade e regiões brasileiras, além de dados sobre dependência de álcool, de acordo com critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), e de tratamento para dependência de álcool e consequências de uso. Além disso, o terceiro levantamento também apresentou dados sobre a percepção de risco e opiniões sobre políticas públicas (BASTOS *et al.*, 2017).

1.1.5. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas / Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LENAD)

Levantamento realizado pela Uniad/Unifesp, em duas edições já publicadas, de 2006 e 2012, com o objetivo de analisar o consumo de álcool e drogas, bem como os padrões de consumo, os fatores associados ao uso e as consequências ligadas ao uso dessas substâncias na população brasileira. O LENAD buscou também compreender as tendências temporais e as diferenças regionais no consumo. O primeiro e o segundo levantamentos tiveram estruturas diversas, inclusive mudando a sua nomenclatura de Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira para Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. O I LENAD apresentou dados sobre quantidade usual, intensidade do beber, consumo em *binge*, tipo de bebida consumida

por sexo, região e locais e consumo, além de frequência de dirigir alcoolizado e de aceitar carona de motoristas alcoolizados, e dados sobre apoio da população a políticas públicas (LARANJEIRA *et al.*, 2007). O II LENAD apresentou dados mais restritos sobre álcool: quantidade usual, frequência de consumo, idade de primeira experimentação, idade que começou a beber regularmente, e prevalência de dependência e abuso de álcool (LARANJEIRA *et al.*, 2013). No entanto, ambos os levantamentos apresentam dados sobre prevalência de consumo de álcool nos últimos 12 meses.

1.1.6. Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras

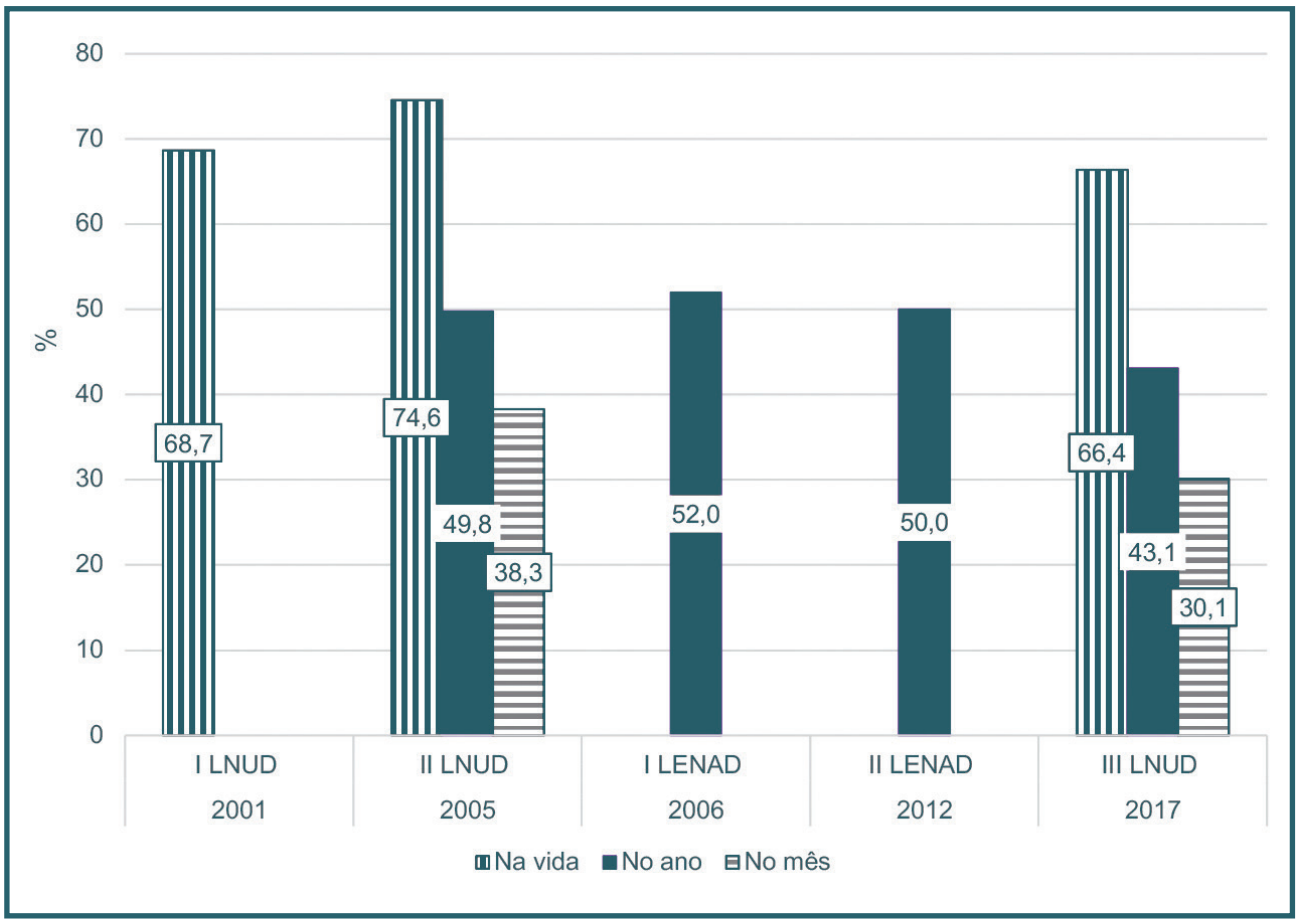
Levantamento realizado em 2010 por meio de uma parceria entre CPAD/HCPA/UFRGS e Senad/MJSP. Trata-se de um estudo transversal realizado utilizando como pontos de coleta postos da Polícia Rodoviária Federal (PRF), localizados no perímetro das regiões metropolitanas das 26 capitais de estados brasileiros e do DF, somando 3.398 motoristas entrevistados. Os pontos de coleta por região metropolitana foram inicialmente mapeados e os locais escolhidos em uma distância de até 50km do centro geográfico da cidade de origem (PECHANSKY *et al.*, 2010).

1.2. Prevalência de consumo de álcool

Os dados de prevalência do consumo de álcool são idealmente coletados por meio de indicadores como uso ao longo da vida, nos últimos 12 meses (uso no ano), nos últimos 30 dias (uso no mês) e episódios de consumo abusivo (*binge drinking*). No entanto, os diferentes levantamentos populacionais realizados no Brasil apresentam variações metodológicas significativas, tanto em relação aos critérios adotados quanto à formulação das perguntas, o que compromete a comparabilidade direta entre as edições de uma mesma pesquisa ou entre diferentes inquéritos nacionais.

O Gráfico 1 apresenta a prevalência de consumo de álcool no Brasil, com os dados que foram encontrados nas fontes já descritas. As três edições do LNUD, em 2001, 2005 e 2017, relatam que 68,7%, 74,6% e 66,4% da população, respectivamente, já fez uso de álcool alguma vez na vida. Por outro lado, os dados de consumo de álcool no último ano foram reportados apenas pelo II e III LNUD, sendo eles 49,8% e 43,1%, respectivamente, e pelas duas edições do LENAD em 2006 e 2012, sendo 52% na primeira edição e 50% na segunda. O I e III LNUD também apresentaram dados sobre consumo de álcool na população brasileira no último mês (38,3% e 30,1%, respectivamente). As duas edições da PNS não estão contempladas no gráfico devido à grande diferença na natureza dos dados, e serão apresentadas posteriormente.

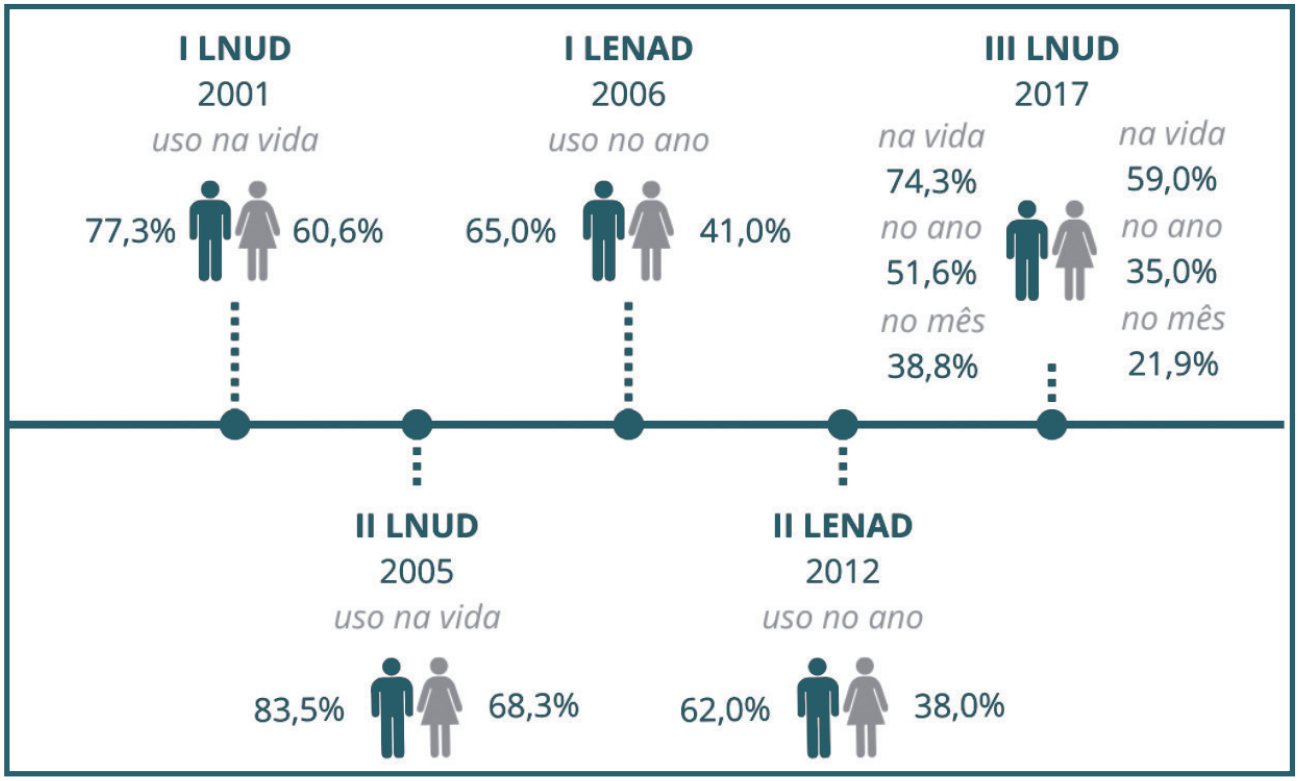
GRÁFICO 1. Prevalência de consumo de álcool (em %), por sexo – Brasil, 2001 a 2017



Fonte: CEBRID/UNIFESP/SENAD: I LNUD (2001); CEBRID/UNIFESP/SENAD: II LNUD (2005); UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

Considerando todos os períodos e levantamentos analisados, observou-se que o sexo masculino apresentou, de forma recorrente, maior prevalência no consumo de álcool. O I e II LNUD relataram, respectivamente, que 77,3% e 83,5% dos homens e 60,6% e 68,3% das mulheres já haviam consumido álcool alguma vez na vida. De acordo com o III LNUD, 51,6% dos homens e 35% das mulheres relataram consumo de álcool no último ano. O I e II LENAD apresentaram prevalência de consumo no último ano de 65% e 62% para homens, e de 41% e 38% para mulheres, respectivamente. O III LNUD também investigou o consumo no último mês, apontando 38,8% entre os homens e 21,9% entre as mulheres. Essas informações estão apresentadas na Figura 2.

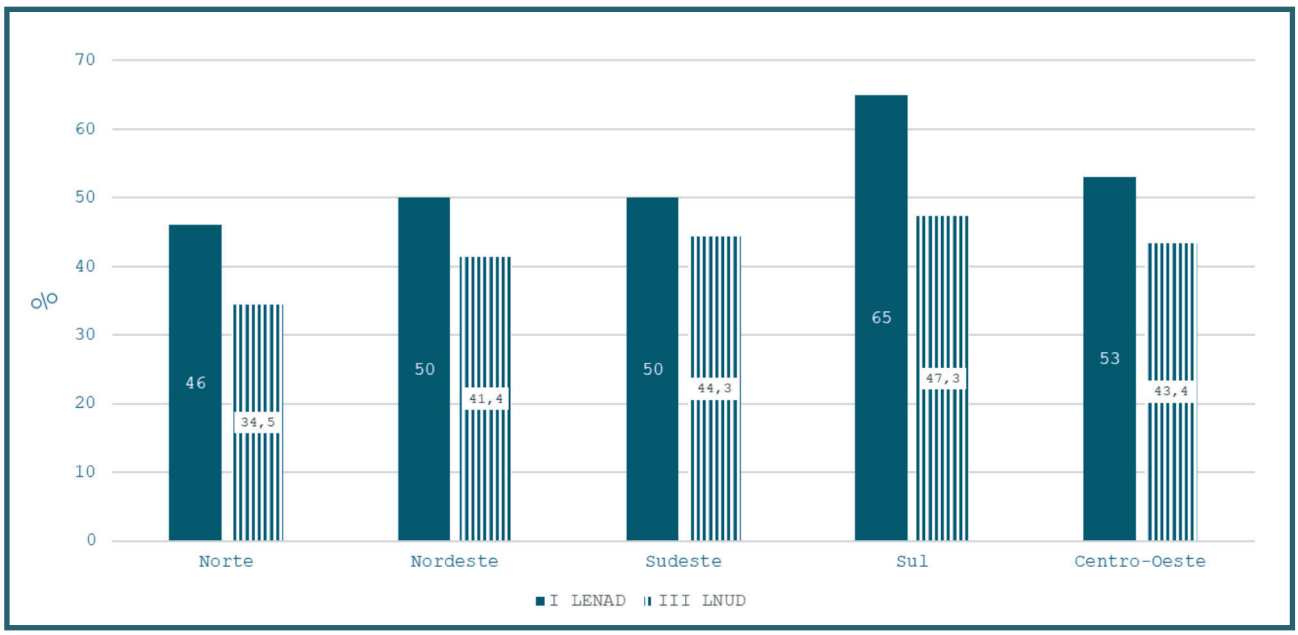
FIGURA 2. Prevalência de consumo de álcool nos últimos 12 meses (em %), por região – Brasil, 2006 e 2017



Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

Alguns levantamentos apresentaram a prevalência de consumo por regiões do Brasil. No III LNUD, a região com maior percentual de uso de álcool na vida foi o Centro-Oeste (73,2%). No entanto, a região Sul é a que apresenta maior prevalência de consumo tanto em relação ao último ano (47,3%) quanto ao último mês (32,5%). De acordo com o I LENAD, a prevalência de consumo na região Sul no último ano também é a maior de todas as regiões, atingindo 65%. O I LENAD também traz a informação de que o maior número de bebedores frequentes, ou seja, que fazem uso semanal (uma ou mais vezes na semana), estão concentrados nas regiões Sul e Centro-Oeste (respectivamente, 36% e 24% da população não-abstinente da região). Essas informações estão apresentadas no Gráfico 2.

GRÁFICO 2. Prevalência de consumo de álcool (em %), nos últimos 12 meses, por região.



Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

1.2.1. Frequência de consumo

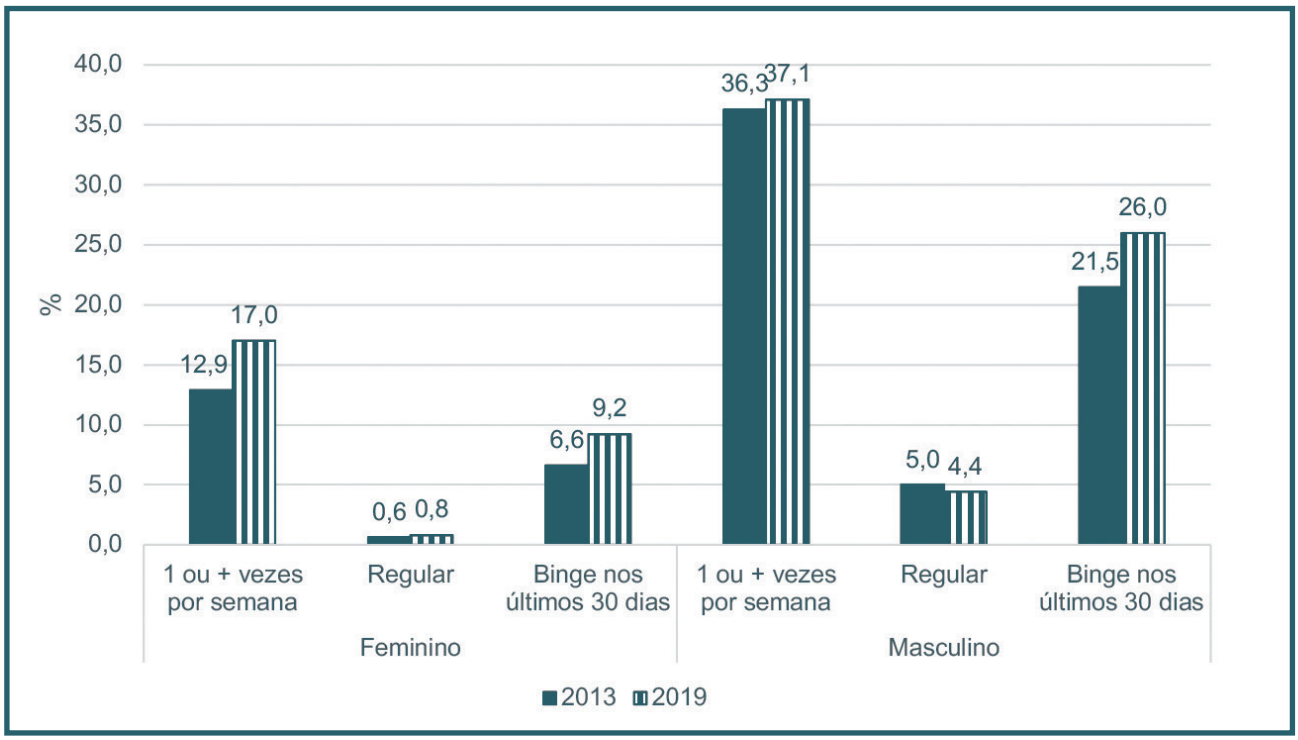
A frequência de consumo de bebidas alcoólicas apresentada a seguir foi extraída da PNS e está categorizada em três padrões principais:

- **Consumo regular:** percentual de indivíduos com 18 anos ou mais que costumam consumir bebida alcoólica em cinco ou mais dias por semana.
- **Consumo semanal:** percentual de indivíduos com 18 anos ou mais que consomem alguma bebida alcoólica pelo menos um dia na semana.
- **Consumo abusivo (*binge*):** percentual de indivíduos com 18 anos ou mais que relataram episódios de consumo excessivo nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Na edição de 2013, esse padrão foi definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebida alcoólica, para homens, e quatro ou mais doses, para mulheres, em uma única ocasião. Já na edição de 2019, o critério foi unificado: considera-se consumo abusivo a ingestão de cinco ou mais doses, tanto para homens quanto para mulheres, em uma única ocasião.

O Gráfico 3 demonstra que entre 2013 e 2019, observou-se um aumento expressivo no consumo de álcool entre mulheres brasileiras, especialmente nos padrões de uso semanal e abusivo. O percentual de mulheres que consumiam álcool ao menos uma

vez por semana subiu de 12,9% para 17% (acréscimo de 4,1 pontos percentuais). Já o consumo abusivo passou de 6,6% para 9,2% (acréscimo de 2,6 pontos percentuais). Entre os homens, o consumo semanal manteve-se relativamente estável, passando de 36,3% para 37,1% (aumento de 0,8 ponto percentual), enquanto o consumo abusivo subiu de 21,5% para 26% (acréscimo de 4,5 pontos percentuais). O consumo regular apresentou uma leve redução entre os homens (de 5% para 4,4%) e um pequeno aumento entre as mulheres (de 0,6% para 0,8%), mantendo-se mais prevalente entre os homens em ambas as edições.

GRÁFICO 3. Frequência de consumo de álcool (em %), por sexo – Brasil, 2013 e 2019.

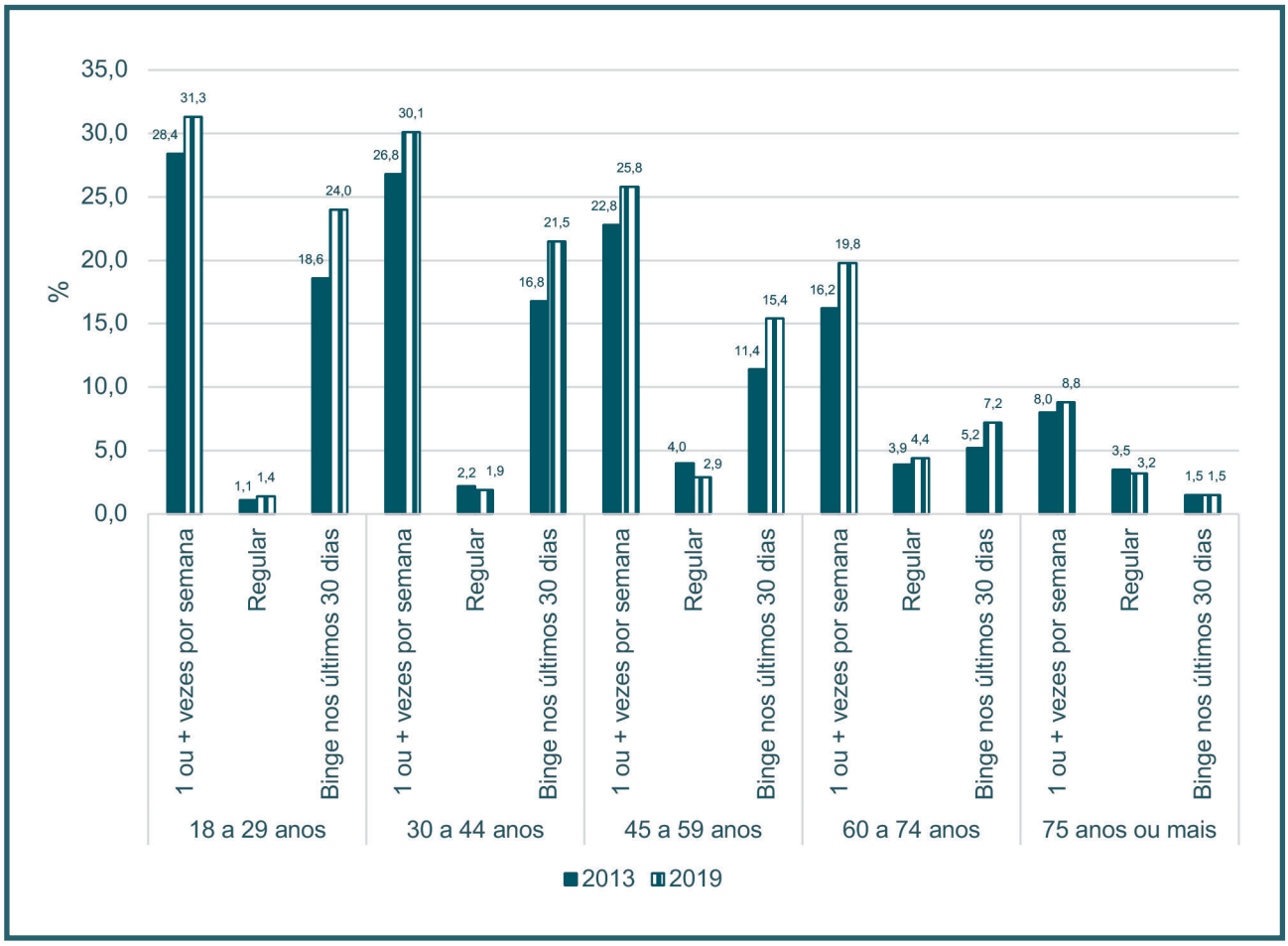


Fonte: PNS (2013); PNS (2019).

Com relação à frequência de consumo por faixa etária (Gráfico 4), observou-se um aumento no consumo semanal em todas as faixas etárias. Embora adultos jovens (18 a 44 anos) continuem liderando esse tipo de consumo, o crescimento foi proporcional entre os diferentes grupos etários. O grupo de 30 a 44 anos apresentou o maior crescimento proporcional (um acréscimo de 3,3 pontos percentuais). O consumo regular manteve-se relativamente estável entre os anos analisados, com pequenas variações. Ainda assim, segue mais prevalente entre os mais velhos — especialmente na faixa de 60 a 74 anos (onde observou-se um aumento de 0,5 ponto percentual). Já o consumo abusivo de álcool

nos últimos 30 dias apresentou crescimento expressivo em todas as faixas etárias. O maior acréscimo foi observado entre os jovens de 18 a 29 anos (acréscimo de 5,4 pontos percentuais), seguido pelo grupo de 30 a 44 anos (acréscimo de 4,7 pontos percentuais).

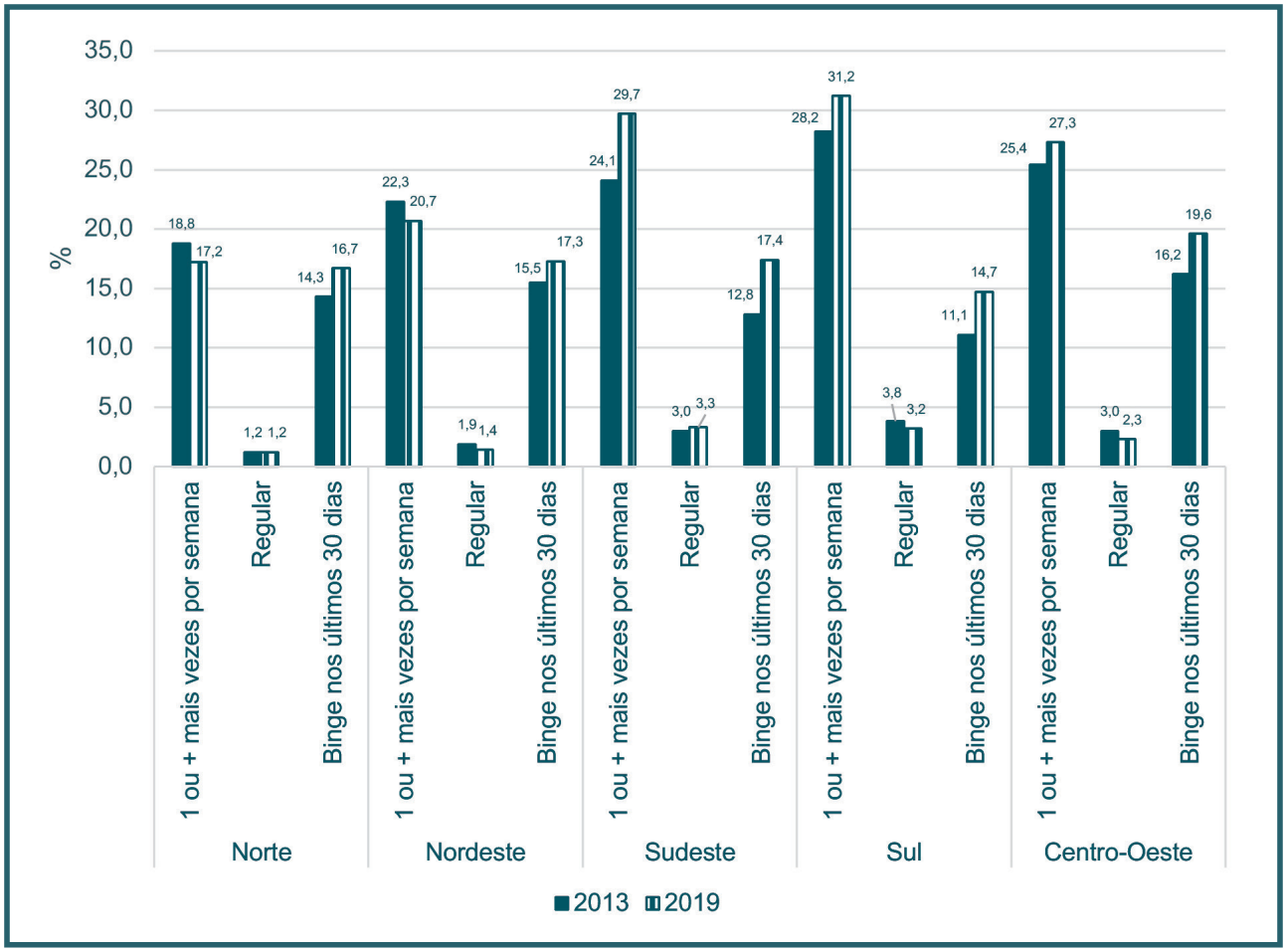
GRÁFICO 4. Frequência de consumo de álcool (em %), por faixa etária – Brasil, 2013 e 2019.



Fonte: PNS (2013); PNS (2019).

A análise por regiões (Gráfico 5) demonstrou que o consumo de álcool uma ou mais vezes por semana apresentou aumento nas regiões Sudeste (acréscimo de 5,6 pontos percentuais), Sul (acréscimo de 3,0 pontos percentuais) e Centro-Oeste (acréscimo de 1,9 pontos percentuais), enquanto nas demais regiões houve estabilidade ou leve redução. O consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias aumentou em todas as regiões do país, com os maiores acréscimos observados no Sudeste (acréscimo de 4,6 pontos percentuais), no Sul (acréscimo de 3,6 pontos percentuais) e no Centro-Oeste (acréscimo de 3,4 pontos percentuais).

GRÁFICO 5. Frequência de consumo de álcool (em %), por região – Brasil, 2013 e 2019.

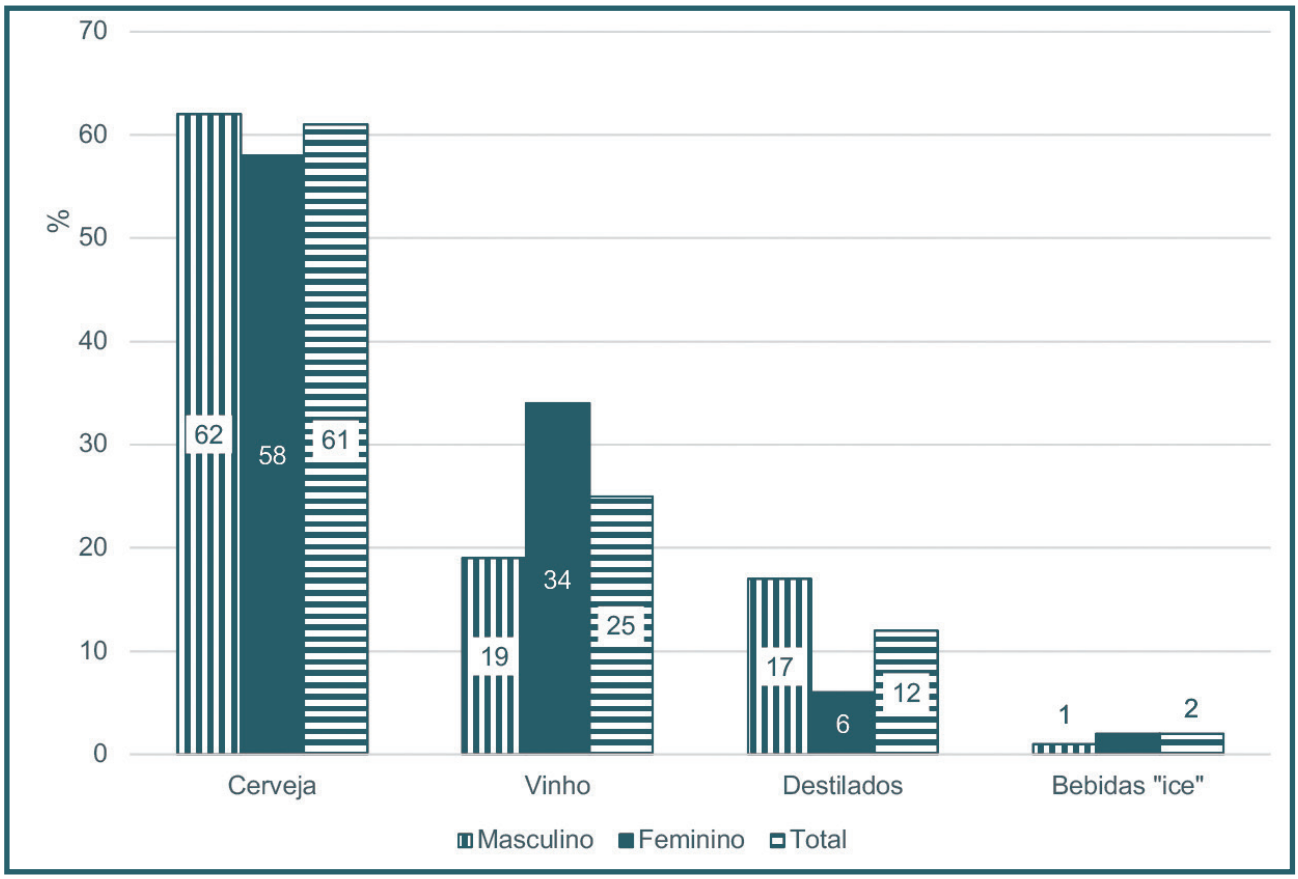


Fonte: PNS (2013); PNS (2019).

1.2.2. Padrão de consumo

Uma informação relevante para compreender o padrão de consumo da população é o tipo de bebida alcoólica de escolha. Pode-se observar que a bebida preferida dos brasileiros é a cerveja, consumida por cerca de 61% da população adulta não abstinente, seguida de vinho, bebida de escolha principalmente das mulheres (34%). Essas informações estão apresentadas no Gráfico 6.

GRÁFICO 6. Preferência por tipo de bebida (em %), por sexo – Brasil, 2006.



Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006).

Na distribuição por região, pode-se notar que o consumo de vinhos é menor no Nordeste e similar nas demais regiões, enquanto o consumo de destilados é maior no Norte e Nordeste, quando comparado com as regiões Sul e Sudeste (Tabela 1). Segundo a primeira edição do LENAD, o tipo de bebida preferido varia conforme o nível socioeconômico. A cerveja é a principal escolha em todas as classes sociais. No entanto, há algumas diferenças: o vinho, por exemplo, é mais consumido pela classe A, enquanto a classe E parece ter uma preferência maior por destilados. Vale destacar que a categoria 'destilados' inclui cachaça, uísque, rum, vodca, conhaque, entre outros. O poder aquisitivo influencia nas escolhas: a cachaça é mais popular na classe E, enquanto uísque e conhaque são mais consumidos na classe A.

TABELA 1. Tipo de bebida consumida (em %), por região e classe socioeconômica – Brasil, 2006.

	Vinho	Cerveja	Bebidas "ice"	Destilados	% total
Região					
Norte	26	55	2	17	100
Nordeste	18	61	1	20	100
Centro-Oeste	24	63	2	11	100
Sudeste	27	61	3	9	100
Sul	29	61	1	9	100
Classe Socioeconômica					
A	38	45	2	15	100
B	27	61	3	9	100
C	25	65	1	9	100
D	24	59	1	16	100
E	18	51	0	31	100

Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006).

1.2.3. Idade do primeiro consumo

De acordo com o I LENAD, a média para a primeira experimentação de álcool nos adolescentes foi de 14 anos, e para o início do consumo regular, de 15 anos, em 2006. Observa-se que a idade de primeiro consumo de álcool diminuiu no comparativo entre os LENAD 2006 e 2012 (Tabela 2), assim como a idade para início de consumo regular. No III LNUD, a média de idade do primeiro consumo de álcool é de 17 anos, e é possível observar uma grande diferença entre os sexos, de 17 anos para homens e 19 anos para mulheres.

TABELA 2. Idade da primeira experimentação de álcool (em %) – Brasil, 2006 e 2012.

	I LENAD 2006	II LENAD 2012
Até 11 anos	2,1%	2,5%
12 a 14 anos	4,7%	8,5%
15 a 17 anos	18,2%	18,5%
18 ou mais	27,4%	21,0%
Nunca experimentou	47,6%	49,5%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012).

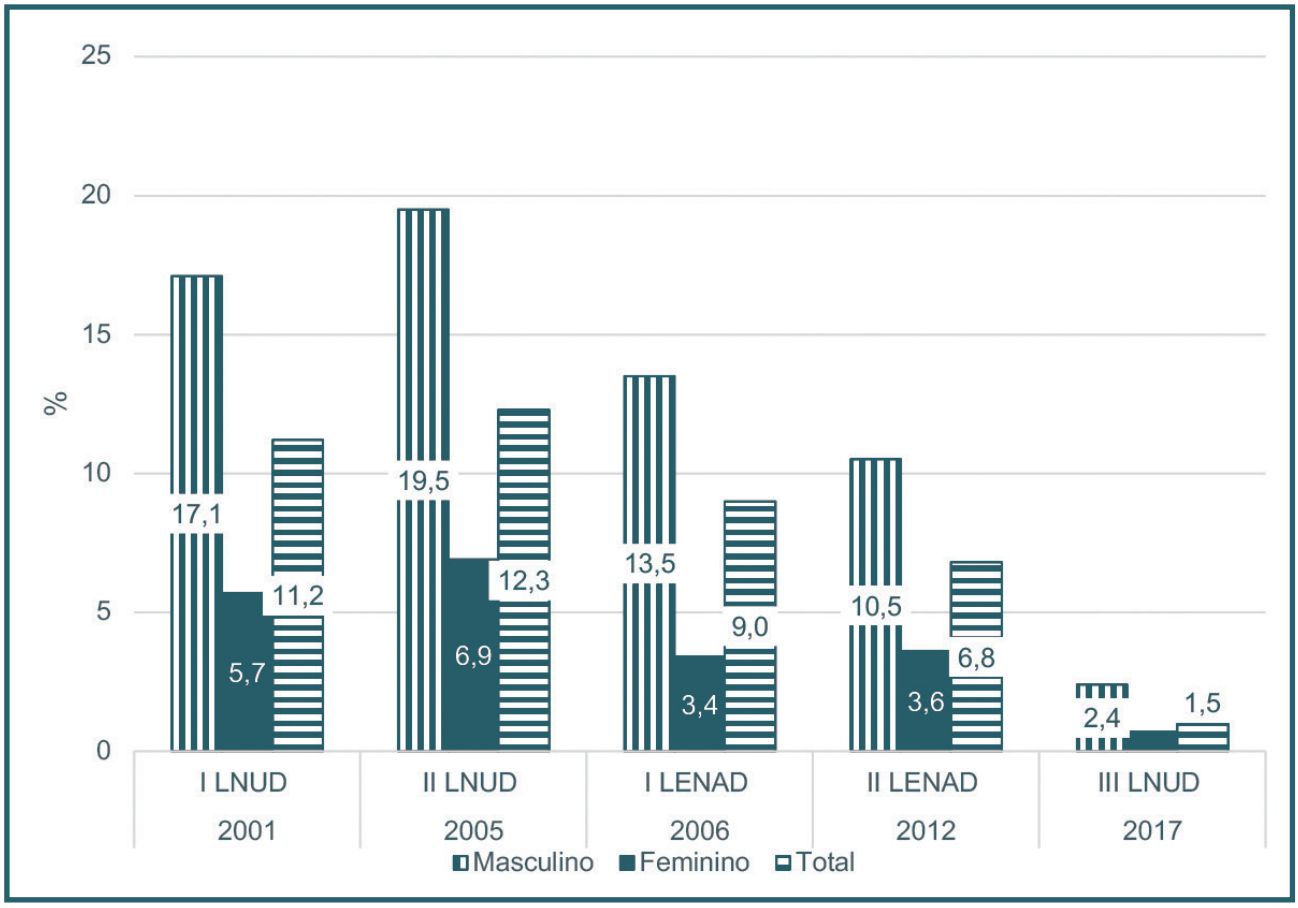
Em relação ao início do consumo regular de álcool, os números são distintos entre os levantamentos. No I LENAD em 2006, 8% dos não abstêmios começaram a beber regularmente com até 15 anos, e 16% com 16 ou 17 anos. Isso representa 4,16% e 8,32% da população geral, respectivamente. No II LENAD, em 2012, esse índice foi 14% e 17% entre os não abstêmios; representando 7% e 8,5% da população geral, respectivamente. Novamente, observa-se que, entre homens não abstêmios, a porcentagem de início de consumo regular com até 15 anos foi de 10% e 16%, em 2006 e em 2012 (5,2% e 8% da população geral), o que indica um consumo mais precoce que as mulheres não abstêmias (6% e 10%, respectivamente, ou 3,1% e 5% da população geral).

1.2.4. Dependência e consumo abusivo

O conceito de dependência de álcool varia conforme o manual diagnóstico e a versão utilizados. O I e o II LNUD adotaram os critérios do DSM-III-R para definir dependência, e relataram que 11,2% e 12,3% da população, respectivamente, preenchiam os critérios para esse diagnóstico. Já a terceira edição do levantamento, realizada em 2017, utilizou os critérios do DSM-IV e apresentou uma prevalência significativamente menor: 1,5% da população, sendo 2,4% entre homens e 0,7% entre mulheres. Observa-se, portanto, que a evolução nos critérios diagnósticos entre as edições pode ter influenciado os resultados e contribuído para as variações observadas nas taxas de dependência.

O LENAD também utilizou o DSM-IV para identificar abuso e dependência, e a prevalência de dependência de álcool relatada em 2006 e 2012 foi, respectivamente, de 13,5% e 10,5%, para homens, e 3,4% e 3,6%, para mulheres. As informações sobre as prevalências de dependência de álcool por levantamento estão apresentadas no Gráfico 7 e na Tabela 3.

GRÁFICO 7. Prevalência de dependência de álcool (em %), por levantamento e por sexo, – Brasil, 2001 a 2017.



Fonte: CEBRID/UNIFESP/SENAD: I LNUD (2001); CEBRID/UNIFESP/SENAD: II LNUD (2005); UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

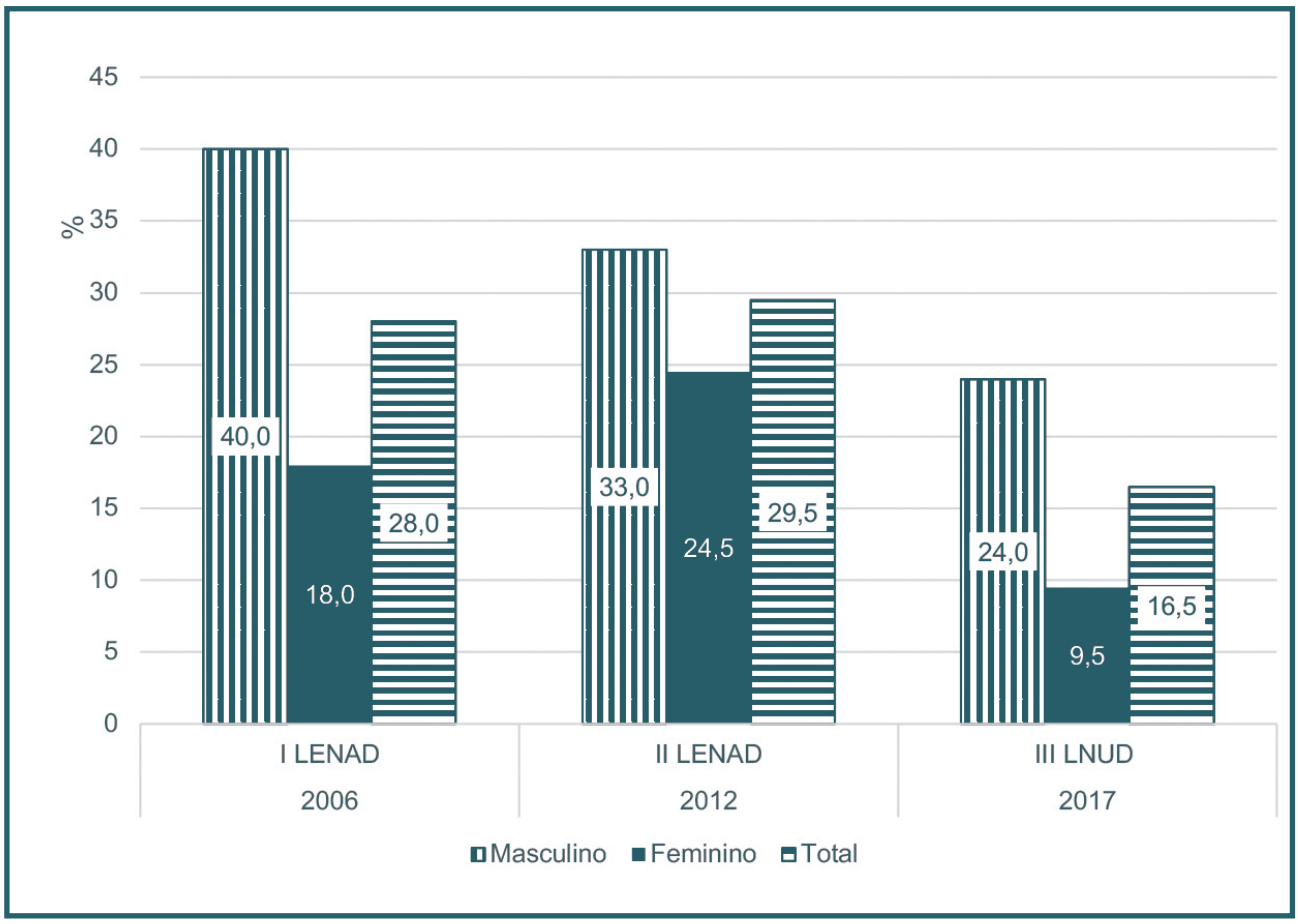
TABELA 3. Prevalência de dependência de álcool (em %), por levantamento – Brasil, 2001 a 2017.

	I LNUD	II LNUD		III LNUD	I LENAD	
Faixa Etária						
18 a 24	15,5	19,2		2,2		15,0
25 a 34	13,5	14,7		2,0		9,0
35 ou mais	10,3	10,4	35 a 44	1,6	35 a 44	7,0
			45 a 54	1,1	45 a 59	7,0
			55 a 65	1,4	60 ou mais	3,0

Fonte: CEBRID/UNIFESP/SENAD: I LNUD (2001); CEBRID/UNIFESP/SENAD: II LNUD (2005); UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

Os dados de consumo em *binge* estão presentes em alguns levantamentos, que são apresentados no Gráfico 8. Porém, os documentos apresentam diferentes definições acerca desse comportamento. O LENAD definiu consumo em *binge* como o consumo de álcool, em uma mesma ocasião, num intervalo de até duas horas, de quatro ou mais doses para mulheres, e cinco ou mais doses para homens. A primeira e segunda edição do LENAD relataram, respectivamente, que 28% e 29,5% da população maior de 18 anos reportaram consumo em *binge* no último ano. Elas também indicaram que, no mesmo período, 40% e 33% do sexo masculino e 18% e 24,5% do sexo feminino realizaram *binge*. Já no III LNUD, *binge* foi definido como beber, em uma única ocasião (sem intervalo de tempo definido), quatro ou mais doses para mulheres, e cinco ou mais doses para homens. Os dados revelaram o consumo em *binge* de 16,5% da população em geral, 24% dos homens e 9,5% das mulheres.

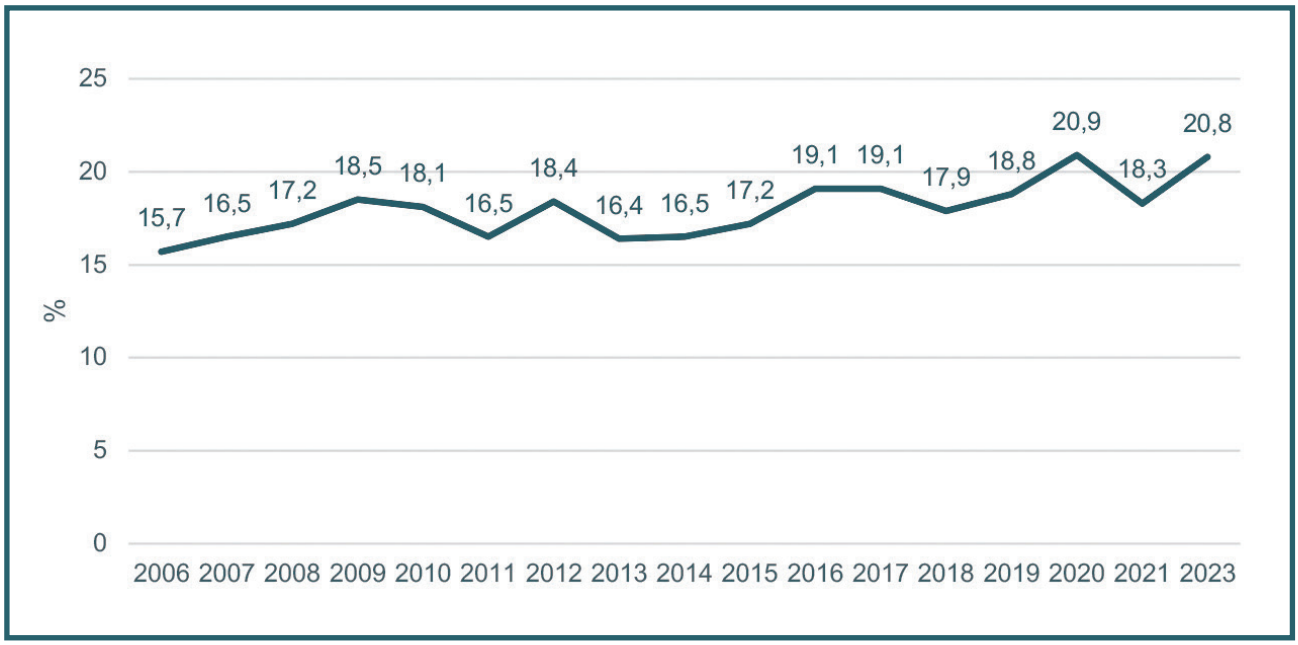
GRÁFICO 8. Prevalência da população que bebeu em *binge*, por levantamento – Brasil, 2006 a 2017.



Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012); ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

O Vigitel, cujas edições foram publicadas de 2006 a 2023 (com exceção de 2022), também apresentou dados sobre o consumo de quatro ou mais doses de álcool por mulheres e cinco ou mais doses por homens, em uma mesma ocasião, nos 30 dias anteriores ao levantamento. Entre a população com 18 anos ou mais, observou-se um aumento na prevalência desse padrão de consumo, passando de 15,5% em 2006 para 20,8% em 2023. Essas informações estão apresentadas no Gráfico 9.

GRÁFICO 9. Prevalência de consumo em *binge* nos últimos 30 dias, na população acima de 18 anos (em %) – capitais brasileiras e DF, 2006 a 2023.



Fonte: MS/SVS: Vigitel (2006-2023).

Conforme dados do Vigitel, em consonância com outros levantamentos, o sexo masculino apresentou maior consumo em *binge*, que passou de 25% em 2006 para 27,3% em 2023. No entanto, o sexo feminino apresentou aumento mais acentuado no mesmo período, de 7,8% para 15,2%. O Gráfico 10 apresenta os dados de prevalência de consumo em *binge* por sexo.

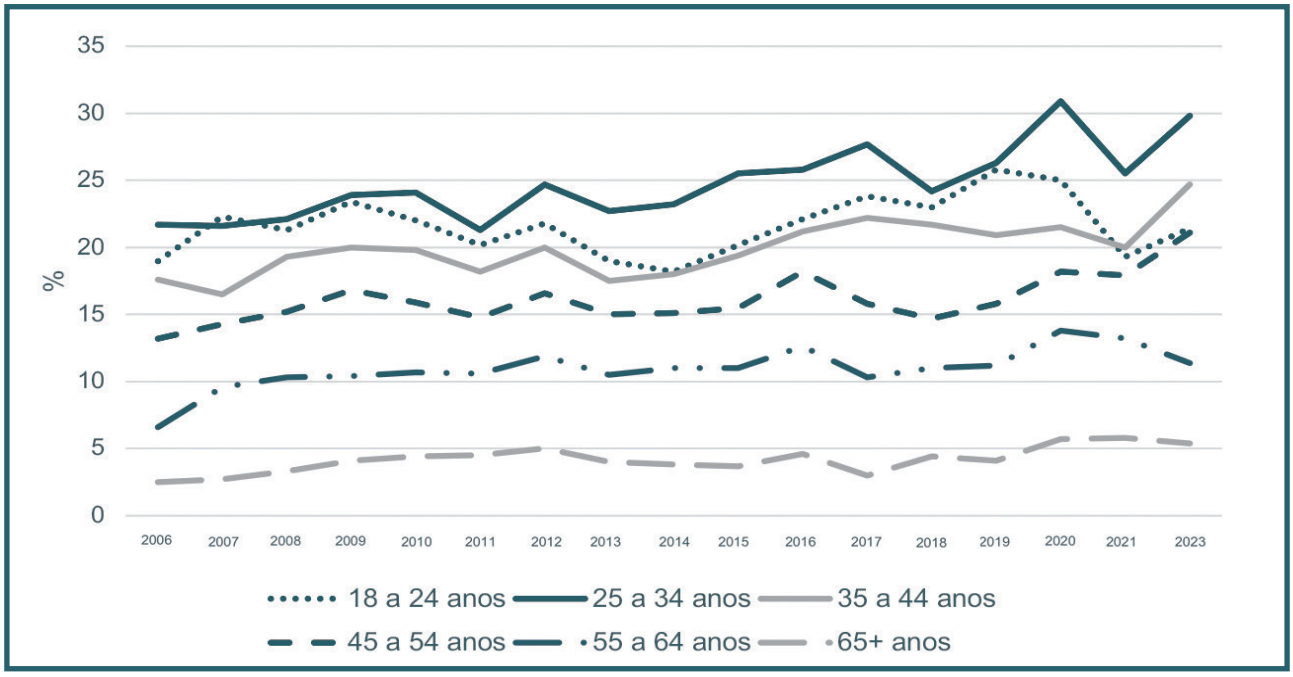
GRÁFICO 10. Prevalência de consumo em *binge*, nos últimos 30 dias, na população acima de 18 anos (em %), por sexo – capitais brasileiras e DF, 2006 a 2023.



Fonte: MS/SVS: Vigitel (2006-2023).

Ainda, o Vigitel apresentou os dados de consumo em *binge* por faixa etária e escolaridade. A faixa etária de 25 a 34 anos foi a que reportou maior prevalência em todos os anos em que o levantamento foi realizado, variando 8,1 pontos percentuais (de 21,7% para 29,8%) de 2006 a 2023. Essas informações são apresentadas no Gráfico 11.

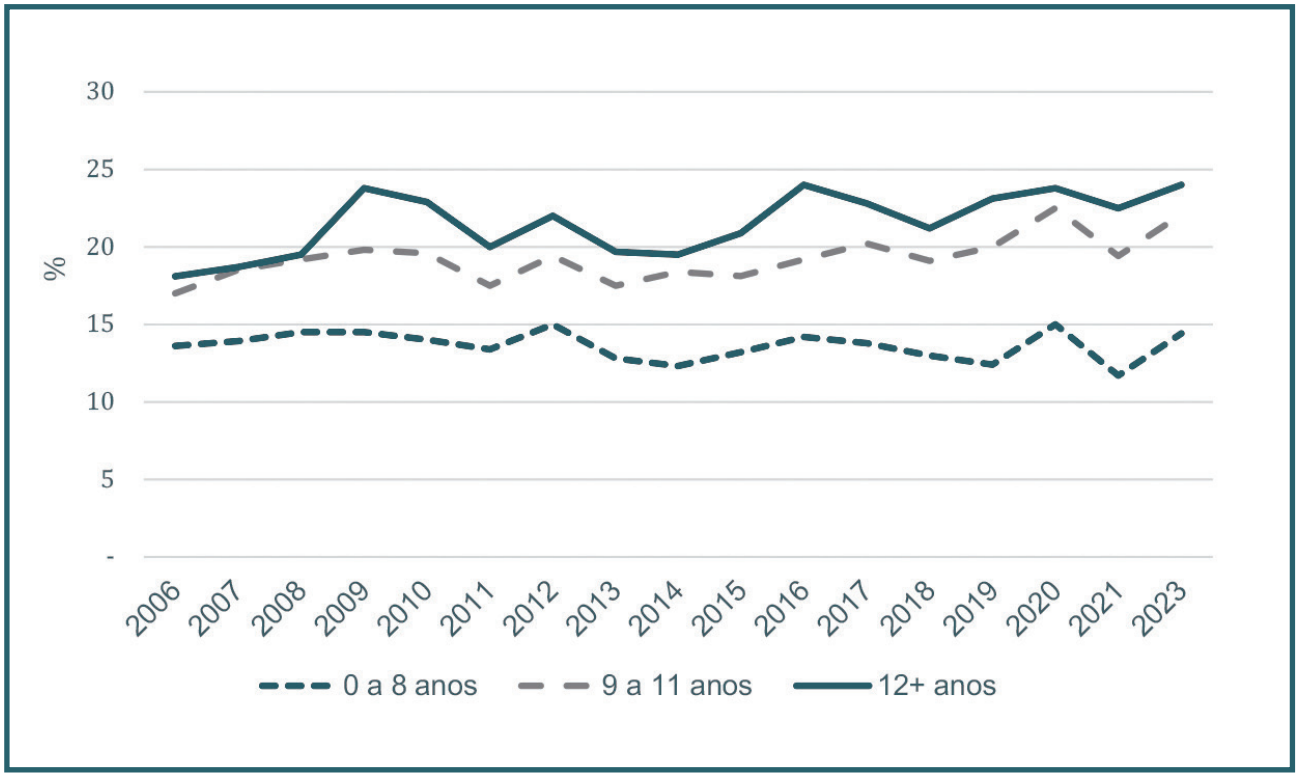
GRÁFICO 11. Prevalência (%) de Consumo Abusivo de Álcool por Faixa Etária em Adultos nas Capitais Brasileiras (2006 a 2023).



Fonte: MS/SVS: Vigitel (2006-2023).

Em relação à escolaridade (Gráfico 12), indivíduos com 12 anos ou mais de estudo foram os que apresentaram maior consumo em *binge* durante todo o período, passando de 18,1% para 24%.

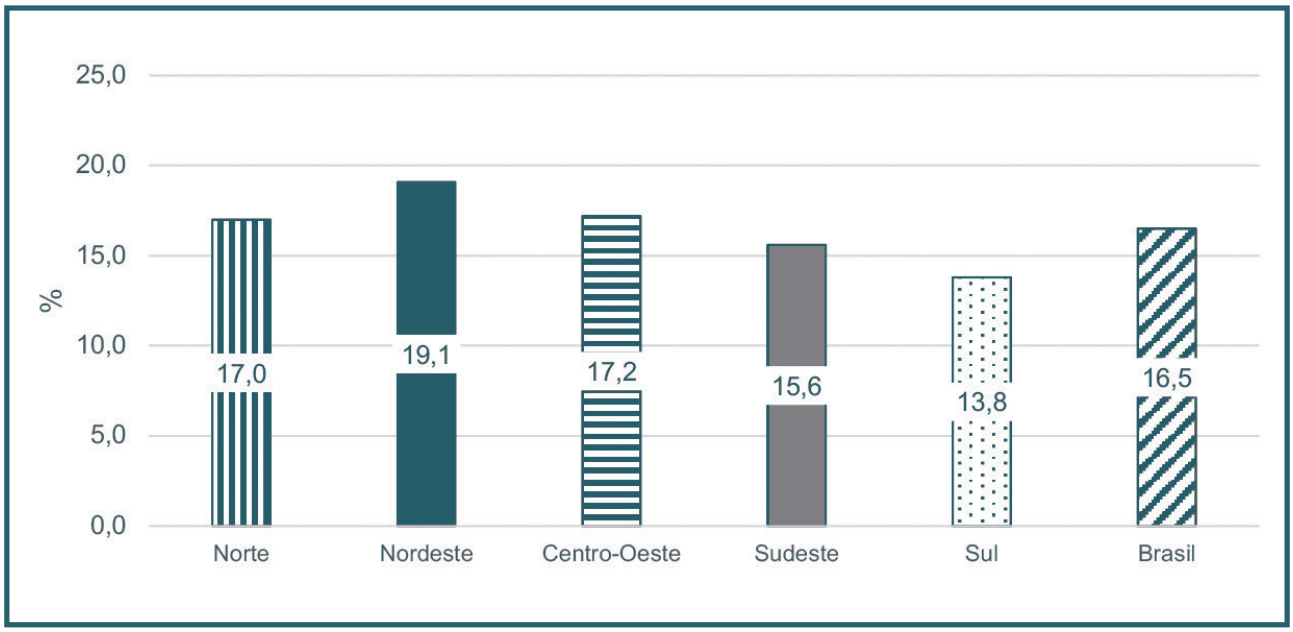
GRÁFICO 12. Prevalência (%) de Consumo Abusivo de Álcool por Escolaridade em Adultos nas Capitais Brasileiras (2006 a 2023).



Fonte: MS/SVS: Vigitel (2006-2023).

Em relação às regiões do país, de acordo com III LNUD, o Nordeste é a que tem maior consumo em *binge* (19,1%), acima da média nacional (16,5%). Curiosamente, a região Sul, que tem a maior prevalência de consumo no último ano, tem a menor porcentagem de *binge* de todas as regiões (13,8%) (Gráfico 13).

GRÁFICO 13. Prevalência de consumo de *binge* (em %), por região – Brasil (2017).



Fonte: ICIT/FIOCRUZ/SENAD: III LNUD (2017).

1.2.5. Consumo por crianças e adolescentes

Em 17 de março de 2015, a lei nº 13.106 modificou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando crime "Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica". De acordo com o III LNUD, embora tais condutas tenham sido previstas anteriormente como infrações penais no ECA, aproximadamente 7 milhões (34,3%) dos indivíduos menores de 18 anos reportaram ter consumido álcool em algum momento da vida, e 22,2% o consumiram nos últimos 12 meses. O consumo nos últimos 30 dias foi reportado por 8,8% dos adolescentes de 12 a 17 anos, e 5,0% (1 milhão de adolescentes) reportaram consumo em *binge*. Em relação a dependência de álcool, 119 mil adolescentes (0,6%) entre 12 e 17 anos preencheram critérios diagnósticos.

TABELA 4. Quantidade habitual de consumo de álcool em um dia regular de consumo, adolescentes (14 a 17 anos) não abstinentes – Brasil, 2006 e 2012.

	2006 I LENAD	2012 II LENAD
Até 4 doses	78% dos não abstinentes 26,5% da população geral	78% dos não abstinentes 20,3% da população geral
5 doses ou mais	22% dos não abstinentes 7,5% da população geral	22% dos não abstinentes 5,7% da população geral

Fonte: UNIAD/INPAD/UNIFESP/SENAD: I LENAD (2006); UNIAD/INPAD/UNIFESP: II LENAD (2012).

Na Tabela 4, estão apresentados dados sobre a frequência de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes não abstinentes em 2006 e em 2012. Além disso, observou-se diferenças marcantes entre os sexos. Houve uma redução significativa na proporção de homens jovens que consumiam cinco doses ou mais em uma ocasião regular, caindo de 31% em 2006 para 24% em 2012. Por outro lado, obteve-se um aumento expressivo no número de mulheres jovens nessa condição, que subiu de 11% em 2006 para 20% em 2012 – um aumento de nove pontos percentuais.

Este capítulo reuniu dados epidemiológicos obtidos a partir de levantamentos nacionais sobre o consumo de álcool realizados no Brasil entre 2001 e 2023, utilizando diferentes metodologias, como o Vigitel, a PNS, o LNUD e o LENAD. Observa-se, a partir desses dados, variações significativas na frequência de consumo, prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas e possíveis diagnósticos de TUA. Além disso, fica evidente que existem discrepâncias regionais, por sexo, idade e escolaridade.

Em relação ao consumo de álcool no último ano, tanto os levantamentos domiciliares quanto o Vigitel mostram de forma consistente que cerca de 50% da população fez uso de álcool nesse período. Entretanto, essa proporção varia entre diferentes grupos populacionais: de 51% a 65% entre homens e de 35% a 41% entre mulheres. A região Sul apresenta o consumo mais frequente de álcool, com 36%, enquanto na região Norte foi de apenas 14%, segundo dados do LENAD (2006). Da mesma forma, sistematicamente a porcentagem de indivíduos que consumiram álcool no último ano foi cerca de 40% maior na região Sul em relação à região Norte, com valores intermediários nas demais regiões. Por outro lado, o consumo em *binge* foi menor na região Sul e cerca de 40% maior na região Norte conforme o III LNUD. Esses números indicam, por exemplo, que no Norte há

menos pessoas consumindo álcool, mas entre os que consomem há uma chance maior de consumir em *binge*.

O consumo em *binge* deve ser interpretado à luz do conjunto de informações disponíveis. O Vigitel, que permite observar os dados ao longo do tempo com a mesma metodologia, mostra um aumento do percentual de pessoas consumindo álcool em *binge* de 15,7% em 2006 para 20,8% em 2023. Contudo, entre os homens os valores permaneceram estáveis, em torno de 25%, enquanto entre as mulheres houve aumento de 7,8% em 2006 para 15,2% em 2023, indicando que esse crescimento ocorreu sobretudo entre elas. Entretanto, destaca-se que a PNS demonstrou um cenário distinto, com aumento em ambos os sexos de forma similar. Essa diferença possivelmente reflete diferenças metodológicas dos estudos.

Da mesma forma, o aumento foi maior entre as faixas etárias de 25 até 54 anos, apresentando padrão diferente entre os indivíduos mais jovens e os mais velhos. Em relação à escolaridade, houve estabilidade entre os indivíduos com até 8 anos de escolaridade, e aumento entre aqueles com escolaridade superior a 9 anos.

Outro aspecto relevante é o tipo de bebida consumida. Dados do III LNUD indicam que a cerveja é a bebida de preferência em todas as regiões, mas há importantes variações: o Nordeste apresenta menor consumo de vinho (18%) em comparação ao Sul e Sudeste (24–29%), enquanto o Norte (17%) e o Nordeste (20%) têm maior consumo de destilados que as demais regiões (9–11%). Esses padrões sugerem que estratégias de prevenção e controle do uso abusivo de álcool devem considerar o tipo de bebida predominante em cada localidade.

Ademais, os dados relacionados à prevalência de dependência de álcool variaram de forma expressiva de acordo com os diferentes levantamentos. A primeira e a segunda edição do LNUD definiram a dependência com base nos critérios do DSM-IV-R, indicando que 11,2% e 12,3% da população atendem aos critérios para dependência de álcool. Por outro lado, a terceira edição (2017) apresenta uma prevalência de 1,5% da população, com base nos critérios do DSM-5 (APA, 2013).

É necessário reconhecer as limitações dos dados coletados. Os levantamentos apresentados oferecem uma visão geral sobre a epidemiologia do consumo de bebidas alcoólicas, mas, por não utilizarem um método de coleta padronizado, apresentam características próprias, o que dificulta a observação de nuances nos fenômenos relacionados ao consumo de álcool. Além disso, os levantamentos do LNUD e do LENAD não ocorrem de forma regular, o que pode impactar na forma como os dados são analisados ao longo do tempo. Assim, variações nos índices estão suscetíveis a modificações nas metodologias de coleta de dados de cada ferramenta, como o impacto representado pela troca do DSM.

A coleta e análise sistemática de dados permitem identificar padrões de consumo, grupos populacionais mais vulneráveis e contextos de maior risco, subsidiando a elaboração de estratégias direcionadas à redução dos danos diretos e indiretos associados ao uso de bebidas alcoólicas. Além disso, levantamentos sistemáticos como o Vigitel, ao manterem a metodologia ao longo do tempo, permitem observar tendências com maior clareza e avaliar o impacto de políticas públicas de maneira mais confiável.

Em suma, os levantamentos sobre o consumo de álcool são ferramentas fundamentais para compreender seu impacto na saúde pública e orientar ações de prevenção. Para que cumpram esse papel de forma eficaz, é essencial que sejam planejados com metodologias comparáveis, indicadores relevantes e periodicidade consistente. Ressalta-se a importância de incluir, de forma sistemática, variáveis como o tipo de bebida consumida, o valor gasto com álcool, além de recortes por gênero e faixa etária, a fim de qualificar o monitoramento do cenário nacional e subsidiar políticas públicas intersetoriais.

Capítulo
2

Venda de bebidas alcoólicas

Venda de bebidas alcoólicas

A indústria de bebidas alcoólicas no Brasil é caracterizada por um complexo empresarial que envolve fabricantes de cerveja, vinho e destilados, além de uma ampla rede de distribuidores e setores correlatos, como hotéis, restaurantes, bares e publicidade (BRASIL, 2024a). De acordo com dados de 2023 da empresa de tecnologia Econodata, o país contava com 5.890 fabricantes de bebidas alcoólicas (ECONODATA, 2023). Em 2021, segundo a Euromonitor, a Companhia Brasileira de Cervejas (AMBEV) dominava o mercado de cervejas com uma participação de 61,5%, seguida pela Heineken do Brasil (16,8%) e pela Cervejaria Petrópolis (12,9%) (EUROMONITOR, 2022). A Tabela 5 apresenta os maiores produtores e seus respectivos faturamentos estimados.

TABELA 5. Maiores produtores de bebidas alcoólicas no Brasil em faturamento (em R$) – 2023.

Nome	Tipo de Bebidas	Faturamento (R$)
Ambev S.A.	Cervejas e chopes	68,2 bi
Cervejaria Petrópolis S.A.	Cervejas e chopes	16,7 bi
HNK BR Indústria de Bebidas Ltda. (Heineken)	Cervejas e chopes	4,9 bi
Companhia Müller de Bebidas	Aguardente de cana-de-açúcar	2,8 bi
Trapua Indústria de Bebidas	Aguardente de cana-de-açúcar	2,6 bi
Cervejarias Kaiser Brasil	Cervejas e chopes	2,1 bi
Ciber	Aguardente de cana-de-açúcar	1,6 bi
Cervejaria ZX S.A.	Cervejas e chopes	1,3 bi
GFP Bebidas Ltda.	Cervejas e chopes	1,3 bi
Contini	Outras aguardentes e bebidas destiladas	1,1 bi

Fonte: Econodata, 2023.

As principais empresas do setor concentram-se na produção de cervejas e chopes, que representaram 90,5% do total de bebidas alcoólicas produzidas em litros em 2022 (VIANA, 2023). Embora ocupem uma fatia menor do mercado, a produção de aguardentes e outras bebidas destiladas também é significativa, correspondendo a 6% do total.

Neste capítulo, são explorados dados anuais sobre as vendas de bebidas alcoólicas no Brasil, com o objetivo de compreender as tendências de consumo e oferta. A análise tem como base a PIA-Produto, conduzida pelo IBGE, que reúne informações detalhadas sobre os produtos da indústria nacional. Essa base permite acompanhar a evolução da produção ao longo do tempo e identificar modificações nos padrões produtivos. Os dados foram organizados segundo os códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1. Categorias de bebidas alcoólicas e produtos selecionados.

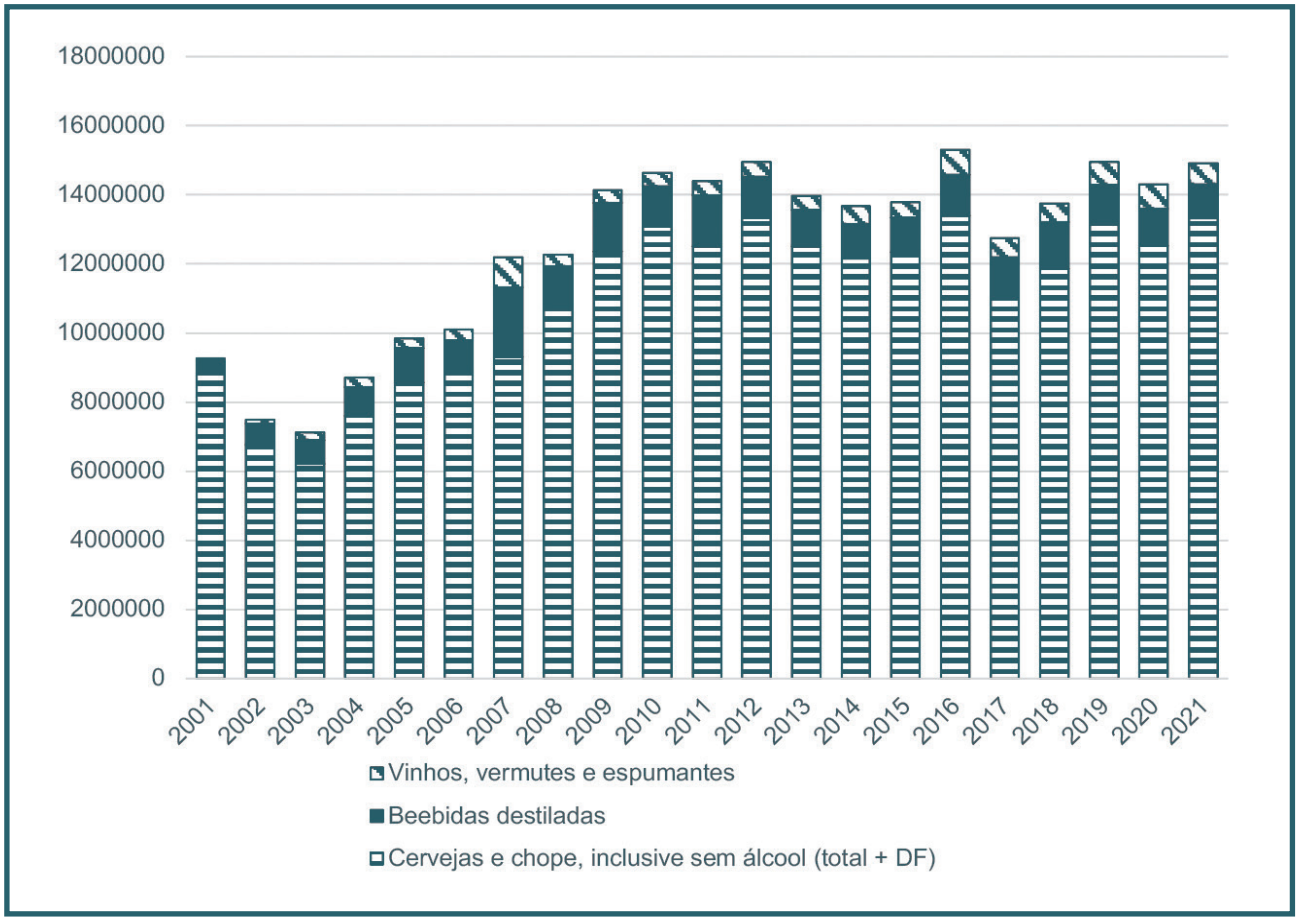
CÓDIGO CNAE	CATEGORIA	PRODUTOS INCLUÍDOS
1111	Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas	• Aguardente de cana-de-açúcar (cachaça ou caninha); rum ou tafiá; • Aguardente de vinho ou de bagaço de uva (conhaque, brande, etc.); • Bebidas alcoólicas destiladas de outros tipos (aguardente de frutas, gim e genebra*, etc.); • Licores; • Uísques; • Vodca;
1112	Fabricação de vinhos	• Misturas de bebidas fermentadas e de bebidas não alcoólicas com fermentadas; • Vermutes e outros vinhos de uvas frescas aromatizado; • Vinhos de uvas, exceto do tipo espumante; • Vinhos de uvas frescas, tipo espumante (champagne);
1113	Fabricação de malte, cervejas e chopes	• Cervejas e chope, inclusive sem álcool;
1931.2020	Fabricação de álcool etílico (etanol) não desnaturado	• Álcool etílico (etanol) não desnaturado, com teor alcoólico em volume menor que 80%. para uso em bebidas, alimentos ou produtos farmacêuticos.

Fonte: PIA-Produto do IBGE.

Nota: Genebra ou jenever é um destilado de origem holandesa e belga, considerado o precursor do gin.

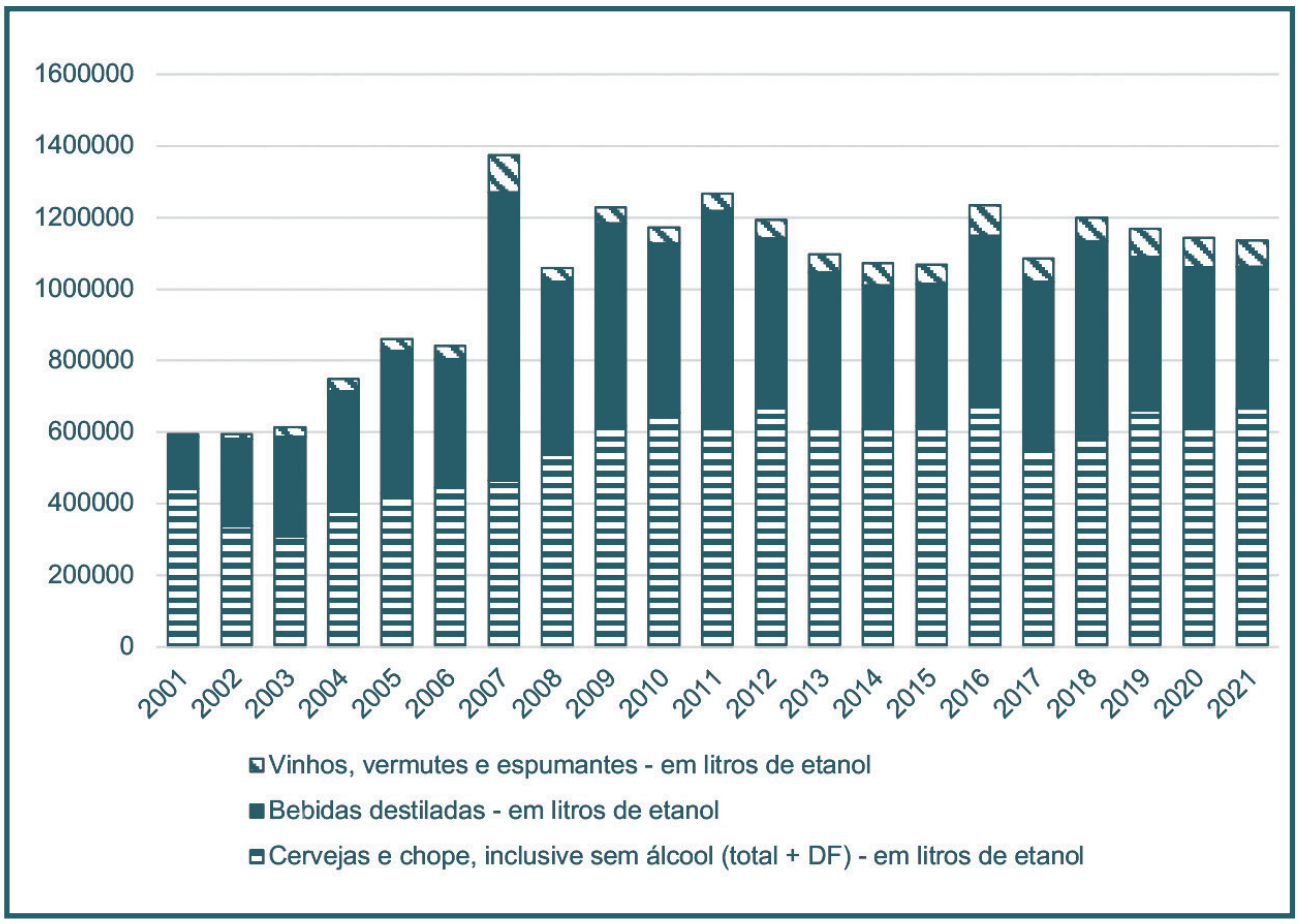
As informações subsequentes, ilustradas nos Gráficos 14 e 15, fornecem uma visão detalhada da evolução das vendas de bebidas alcoólicas no país. Para considerar adequadamente as diferentes concentrações de álcool entre os tipos de bebida, o primeiro gráfico apresenta o volume total vendido (em litros), e o segundo mostra o volume equivalente em etanol puro.

GRÁFICO 14. Venda de bebidas alcoólicas (em litros), por tipo de bebida – Brasil, 2001 a 2021.



Fonte: PIA-Produto do IBGE.

GRÁFICO 15. Venda de bebidas alcoólicas (em litros de etanol), por tipo de bebida – Brasil, 2001 a 2021.



Fonte: PIA-Produto do IBGE.

Nos gráficos 14 e 15, observa-se uma tendência de crescimento geral no volume de bebidas alcoólicas até 2012, impulsionada principalmente pelo consumo de cerveja, que representa a maior parte do total nacional.

A partir de 2013, os dados revelam oscilações moderadas, com queda entre 2014 e 2018 e uma retomada gradual a partir de 2019, alcançando novamente patamares elevados em 2021. Nota-se distinções relevantes ao comparar o volume total da bebida com seu teor alcoólico. Enquanto cervejas e chopes lideram em volume absoluto, as bebidas destiladas ganham maior representatividade quando se analisa o total de etanol puro comercializado — evidenciando sua relevância para discussões sobre políticas de saúde pública e tributação.

Considerar tanto o volume total quanto a quantidade de etanol puro por tipo de bebida permite compreender com mais precisão os padrões de consumo e suas implicações. Isso tem impacto direto na saúde pública, pois, além dos problemas crônicos associados ao uso

do álcool, desfechos agudos como colisões de trânsito, violência interpessoal e exposição sexual de risco estão fortemente relacionados ao consumo episódico excessivo (*binge*). Esse padrão é influenciado por fatores como a disponibilidade e o preço das bebidas alcoólicas, que desempenham papel central no comportamento de consumo. No caso das colisões de trânsito, por exemplo, há uma relação dose-resposta bem estabelecida, devido aos efeitos do álcool sobre a coordenação motora, o tempo de reação e a capacidade de julgamento.

Nesse cenário, o preço destaca-se como um elemento estratégico, especialmente entre populações vulneráveis, como jovens e bebedores pesados. Evidências internacionais demonstram que o aumento de impostos sobre bebidas alcoólicas reduz o uso nocivo e mitiga consequências sociais e econômicas. Assim, a tributação torna-se uma ferramenta relevante de regulação do mercado e proteção da saúde coletiva. Há duas principais modalidades de tributação (implementadas isoladas ou de forma combinada):

Ad valorem: aplica uma porcentagem sobre o valor da transação, variando conforme o preço do produto;

Ad rem: estabelece um valor fixo por unidade de medida, independentemente do preço de venda.

A escolha entre essas modalidades não é neutra: cada uma delas tem implicações distintas sobre o padrão de consumo e sobre a arrecadação pública, especialmente em um mercado marcado por ampla diversidade de preços entre produtos similares. A tributação *ad rem* assegura que produtos com maior teor alcoólico contribuam mais proporcionalmente, independentemente do valor de mercado, enquanto a ad valorem é mais sensível às flutuações de preço, podendo gerar distorções e favorecer bebidas mais baratas, mesmo com alto teor alcoólico. Propostas recentes de reforma tributária no Brasil indicam a possibilidade de adoção de um imposto seletivo com alíquotas baseadas no teor alcoólico, o que implicaria em maior carga tributária sobre produtos como vodca e cachaça, em comparação com bebidas de menor teor, como a cerveja.

Por fim, é fundamental reforçar a necessidade de dados atualizados e regulares sobre os tipos de bebidas consumidas e os valores gastos com álcool. Os levantamentos atualmente disponíveis são limitados, e tais informações são essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, especialmente no que se refere à precificação e à tributação de bebidas alcoólicas. Informações mais detalhadas estão disponíveis no Caderno de Debates – Políticas de Preço de Bebidas Alcoólicas.

Capítulo
3

Impactos do consumo de álcool

Impactos do consumo de álcool

Além dos dados relacionados à produção, venda e consumo, diversas informações são essenciais para compreender e monitorar os diversos impactos do álcool na sociedade. Entre os principais desfechos relacionados ao consumo de álcool estão doenças e diferentes agravos de saúde, óbitos, colisões de trânsito, casos de violência, absenteísmo no trabalho, entre outros.

Uma forma de monitorar os desfechos negativos associados ao consumo de álcool é utilizando ferramentas como a FAA, que indicam a proporção de doenças, lesões e mortes relacionadas ao consumo de álcool, de forma direta ou indireta (Tabela 6). Na prática, problemas de saúde associados ao álcool são categorizados como Parcialmente Atribuíveis ao Álcool (PAA) ou Totalmente Atribuíveis ao Álcool (TAA). Essencialmente, a FAA representa a fração da mortalidade e da carga de doenças relacionadas ao consumo de álcool, indicando os percentuais de mortes e problemas de saúde que poderiam ser evitados sem o uso de álcool. Essas informações são cruciais para identificar os efeitos do consumo de álcool em termos de morbidade e mortalidade, além de monitorar os possíveis impactos de políticas públicas. Outro uso relevante é para estimar a demanda por serviços de saúde e os custos associados ao tratamento, afastamentos do trabalho e DALYs, proporcionando uma visão abrangente das consequências nocivas do consumo de álcool.

Na Tabela 6 estão descritas as TAA, as PAA e as FAA, bem como os respectivos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10 Edição (CID-10), conforme apresentado no Relatório Global sobre Álcool e Saúde da OMS de 2018 (WHO, 2018).

TABELA 6. Desfechos em saúde com Frações Atribuíveis ao Álcool.

CAUSA	CÓDIGOS CID	FAA MORTES (%)	FAA DALYS* (%)
Transtornos por uso de álcool	F10	100	100
Cirrose hepática	K70, K74	48 69,5 (homens) 42,6 (mulheres	49
Outros cânceres de faringe	C09–C10, C12–C14	31	31
Acidentes de trânsito	V01–V04, V06, V09–V80, V87, V89, V99	27 36,7 (homens) 23 (mulheres)	27
Câncer de lábio e cavidade oral	C00–C08	26	26

Pancreatite	K85–K86	26	28
Câncer de laringe	C32	22	22
Tuberculose	A15–A19, B90	20	21
Autoagressão	X60–X84, Y870	18	19
Violência interpessoal	X85–Y09, Y871	18	18
Câncer de esôfago	C15	17	17
Exposição a forças mecânicas	W20–W38, W40–W43, W45, W46, W49–W52, W75, W76	14	15
Outros ferimentos não intencionais	V05, V81-V86, V88, V90-V98, W39, W44, W53–W64, W77–W99, X20–X29, X50–X59, Y40–Y86, Y88, Y89	14	13
Epilepsia	G40–G41	13	10
Envenenamentos	X40, X43, X46–X48, X49	12	10
Afogamento	W65–W74	12	10
Quedas	W00–W19	11	15
Câncer colorretal	C18–C21	11	11
Fogo, calor e substâncias quentes	X00–X19	11	11
Câncer de fígado	C22	10	10
Acidente vascular cerebral hemorrágico	I60–I62.9, I67.0–I67.1, I69.0–I69.298	9	10
Doença cardíaca hipertensiva	I10–I15	7	8
Cardiomiopatia, miocardite, endocardite	I30–I33, I38, I40, I42	7	8
Câncer de mama	C50	5	5
Infecções respiratórias inferiores	J09–J22, P23, U04	3	2
HIV/AIDS	B20–B24	3	3
Doença cardíaca isquêmica	I20–I25	3	2
Acidente vascular cerebral isquêmico	G45–G46.8, I63–I63.9, I65–I66.9, I67.2–I67.848, I69.3–I69.4	-1	-1
Diabetes mellitus	E10–E14 (exceto E10.2–E10.29, E11.2–E11.29, E12.2, E13.2–E13.29, E14.2)	-2	-2

*Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade.

3.1. Internações hospitalares associadas ao consumo de álcool

O consumo de álcool é um fator de risco para inúmeras doenças e agravos à saúde. Uma das formas de mensurar os impactos do consumo de álcool na saúde pública é por meio da análise das internações hospitalares. No Brasil, a existência de um sistema público de saúde com informações integradas auxilia na construção desse panorama.

Neste capítulo, serão apresentadas informações sobre a morbidade hospitalar no SUS direta e indiretamente relacionada ao consumo de álcool. A morbidade hospitalar refere-se ao conjunto de indivíduos que, em um determinado período, adoecem e necessitam de internação hospitalar para tratamento. O estudo da morbidade hospitalar é fundamental para levantar dados epidemiológicos e auxiliar no planejamento de ações de saúde, especialmente aquelas sensíveis à atenção primária, contribuindo para a definição de políticas públicas que visam aumentar a cobertura de saúde e reduzir o número de internações. Foram adotados os critérios da CID-10, a partir da lista de FAA apresentada previamente. Esses dados foram obtidos do SIH e do SINAN, disponíveis no DataSUS.

Inicialmente, foram acessados os dados de morbidade hospitalar do SIH. Posteriormente, os desfechos foram identificados por ano da internação e extraídos conforme a autorização de internação hospitalar (AIH). As taxas foram calculadas por 100 mil habitantes, a partir da projeção populacional das Unidades da Federação por sexo, idade simples e grupos de idade (2010-2060, edição 2018), disponíveis no DataSUS.

Na Tabela 7, estão apresentadas as Taxas de morbidade hospitalar no SUS por 100.000 habitantes, entre 2008 e 2021, de acordo com cada FAA. A interpretação desses dados deve considerar que a morbidade hospitalar reflete apenas os pacientes internados em hospitais SUS (ou conveniados), e não a prevalência geral da condição na população. No caso dos transtornos psiquiátricos, é necessário ponderar ainda a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos concomitante à expansão dos serviços ambulatoriais extra-hospitalares ocorridas nas últimas décadas (FERNANDES *et al.*, 2020).

TABELA 7. Taxas de morbidade Hospitalar no SUS por 100.000 habitantes – Brasil, 2008 a 2021.

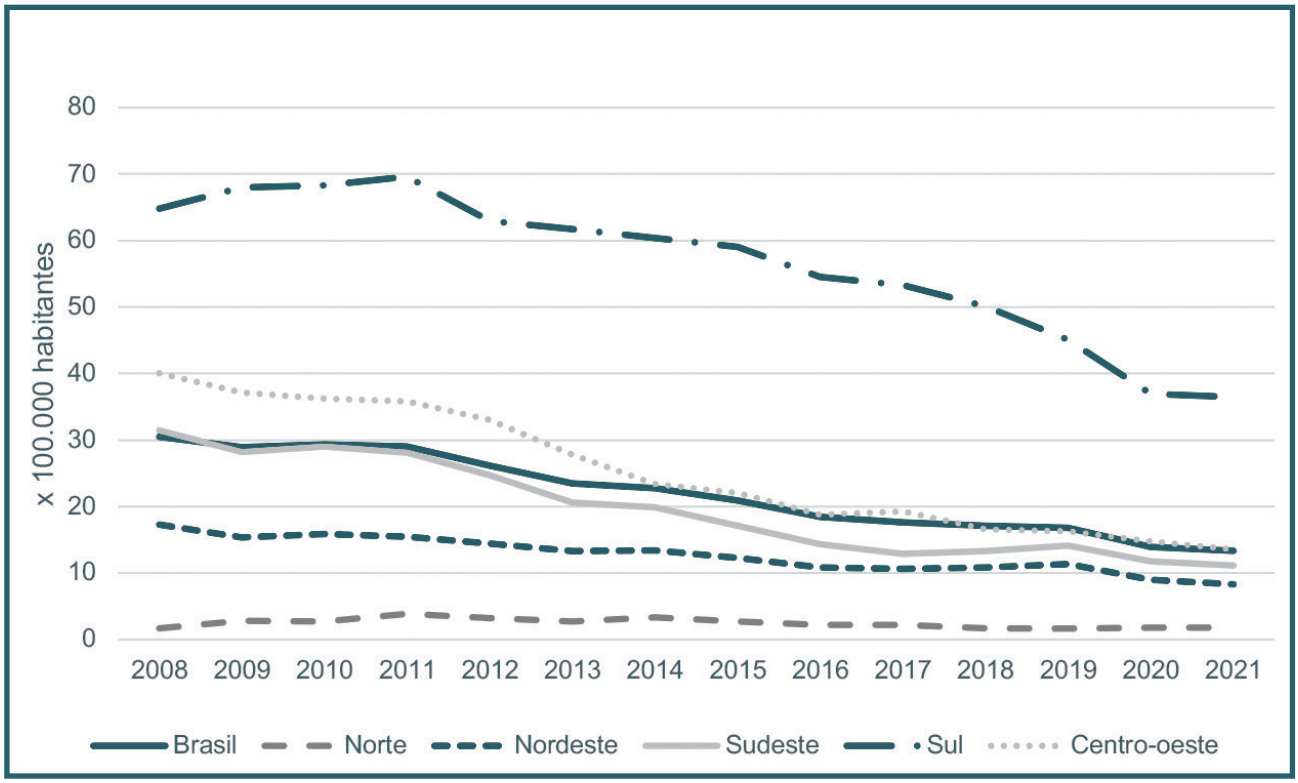
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TUA	30,5	28,9	29,3	29,0	26,1	23,5	22,7	20,9	18,4	17,6	17,1	16,8	14,0	13,3
Doença alcoólica fígado mulheres	2,8	3,0	3,2	3,1	3,0	3,1	2,8	2,7	2,8	2,5	2,4	2,4	2,1	2,1
Doença alcoólica fígado homens	12,4	13,9	14,9	14,5	14,5	14,6	14,4	14,4	14,1	13,4	12,8	12,4	11,2	11,8
Outras doenças do fígado	20,0	20,9	21,3	22,1	21,8	22,0	21,8	21,1	21,1	20,8	20,8	21,1	18,6	19,3
Outras doenças do fígado mulheres	13,0	14,0	14,2	15,1	15,3	15,6	15,7	15,5	15,8	15,7	15,8	16,3	13,8	14,4
Outras doenças do fígado homens	27,2	28,0	28,7	29,4	28,6	28,7	28,2	27,0	26,6	26,2	25,9	26,2	23,7	24,5
Pancreatite	11,8	10,8	11,9	12,8	13,7	14,2	14,9	15,4	15,4	15,9	16,4	16,5	16,6	16,4
Epilepsia	27,8	24,5	26,2	25,2	24,8	25,4	25,2	25,3	25,6	25,5	26,5	26,8	23,3	25,8
HIV	17,4	18,5	18,5	18,8	18,5	18,9	17,9	16,5	16,0	16,0	14,9	14,4	10,6	10,9
AVC	19,9	19,0	18,8	18,6	16,0	14,1	13,4	13,0	13,4	13,2	13,2	13,5	13,6	14,4
Tuberculose	10,1	8,4	8,8	10,7	10,4	9,2	8,4	9,3	8,9	9,2	9,5	9,9	8,5	9,0
Neoplasia cólon	18,8	19,8	22,4	25,2	27,2	30,4	31,3	33,0	34,5	36,2	38,7	41,0	38,8	41,7
Neoplasia lábio	14,0	14,3	14,2	13,3	13,9	13,2	12,2	12,6	12,5	12,7	12,3	12,8	11,3	11,1
Neoplasia laringe	4,5	4,6	4,9	4,9	5,0	5,8	5,9	6,1	5,9	5,9	5,9	6,1	5,5	5,6
Neoplasia esôfago	6,3	7,3	7,9	7,9	8,3	8,5	8,7	8,6	8,5	8,7	8,7	9,0	8,2	8,0
Neoplasia mama geral	20,2	21,1	22,2	22,8	24,9	27,2	27,9	29,2	30,3	31,6	32,8	34,9	30,9	32,6
Neoplasia mama mulheres	38,8	40,5	42,8	43,9	48,1	52,8	54,0	57,0	58,7	61,3	63,6	67,5	59,9	63,1
Neoplasia fígado	2,1	2,4	2,6	3,1	3,5	4,0	4,1	4,4	4,5	4,7	4,8	5,1	4,8	4,9
Doença cardíaca hipertensiva	76,5	73,0	68,2	64,4	60,5	54,8	51,8	46,0	40,7	39,1	37,8	35,0	26,2	25,3
Doença cardíaca isquêmica	71,0	73,3	76,3	76,7	79,7	78,3	79,0	75,0	74,0	74,8	73,5	74,9	58,8	58,0
Doenças respiratórias inferiores	403,2	466,5	429,6	410,1	384,1	390,0	363,0	346,0	334,4	343,1	342,2	345,0	199,0	210,4
Atendimento hospitalar álcool	-	-	-	-	-	9,0	9,6	9,5	8,9	8,9	8,7	8,7	7,4	7,1
Atendimento hospitalar colisões de trânsito	28,5	19,7	21,6	20,9	20,3	20,7	21,9	19,3	20,9	18,5	17,1	16,1	16,2	17,3

No Brasil, a morbidade hospitalar devido ao uso de álcool teve um declínio significativo, com diferenças entre as regiões (Gráfico 16). Entretanto, essa redução não pode ser interpretada como um indicativo de diminuição da demanda, já que neste período observou-se a ampliação da rede de atenção psicossocial (RAPS) extra-hospitalar. Entre 2008 e 2017, o Brasil registrou um aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passando de 1.259 unidades em 2008, das quais 186 eram especializadas no atendimento a usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), para 2.216 unidades em 2017, com 346 do tipo CAPS AD. No mesmo período, houve uma redução significativa no número de leitos hospitalares psiquiátricos (LHP), passando de 51.413 para 34.249 leitos (FERNANDES *et al.*, 2020). Essa diminuição reflete as mudanças na política de saúde mental

do país, que prioriza a desinstitucionalização e a ampliação de serviços comunitários, como os CAPS.

Conforme a lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, o tratamento deve ser realizado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A lei também propõe que internações hospitalares sejam indicadas apenas quando esses dispositivos se mostrarem insuficientes. Além disso, conforme demonstrado previamente, a disponibilidade de leitos hospitalares para saúde mental é limitada, o que pode resultar em uma demanda que excede a capacidade de atendimento.

GRÁFICO 16. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por Transtorno por Uso de Álcool por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021 (internações).

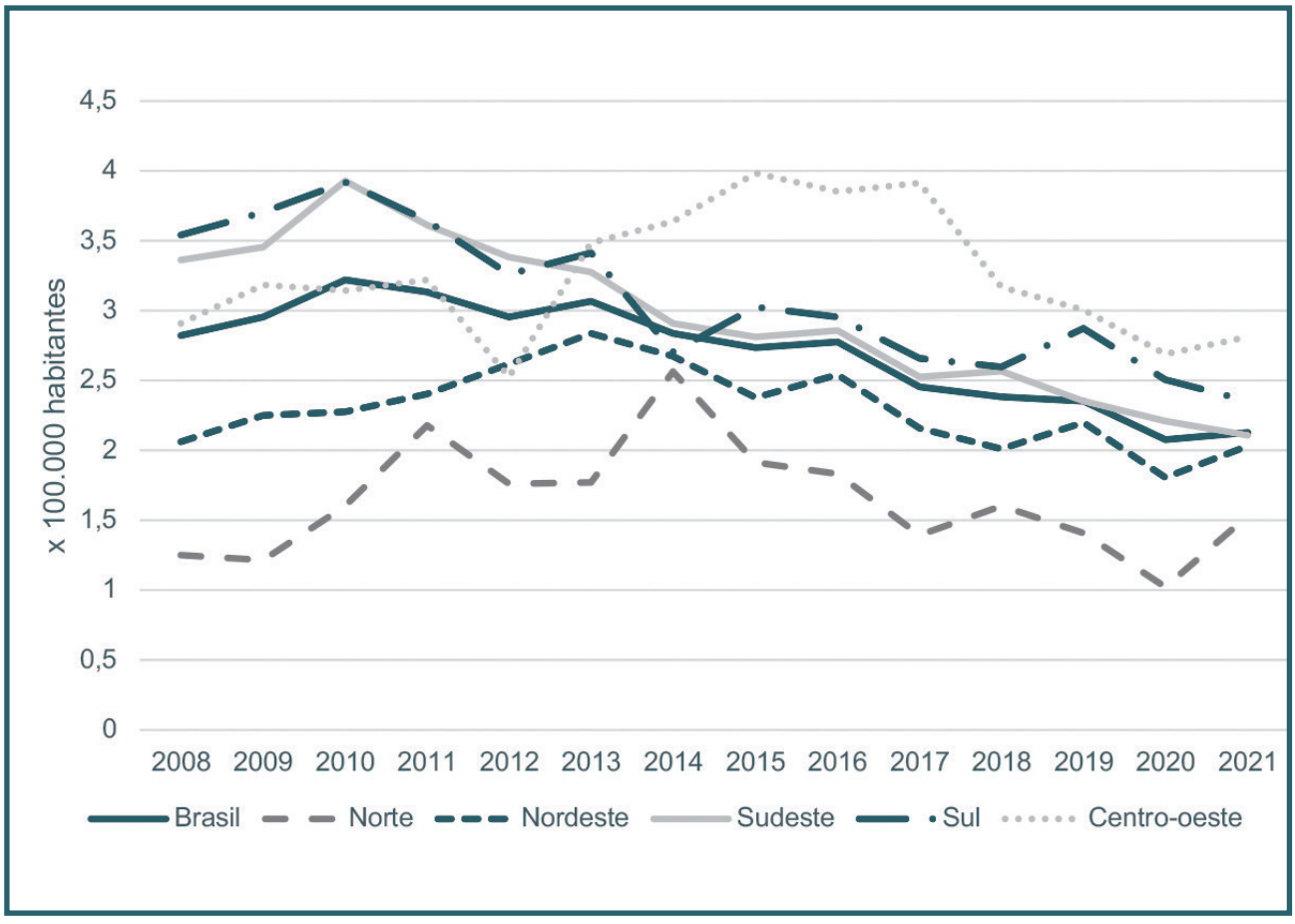


Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

A seguir, serão apresentadas as internações hospitalares das principais doenças e agravos com FAA sob uma perspectiva regional, visando analisar o impacto do consumo de álcool em diferentes condições de saúde nas diversas regiões do país. Essa abordagem permitirá identificar padrões regionais de morbidade relacionadas ao álcool.

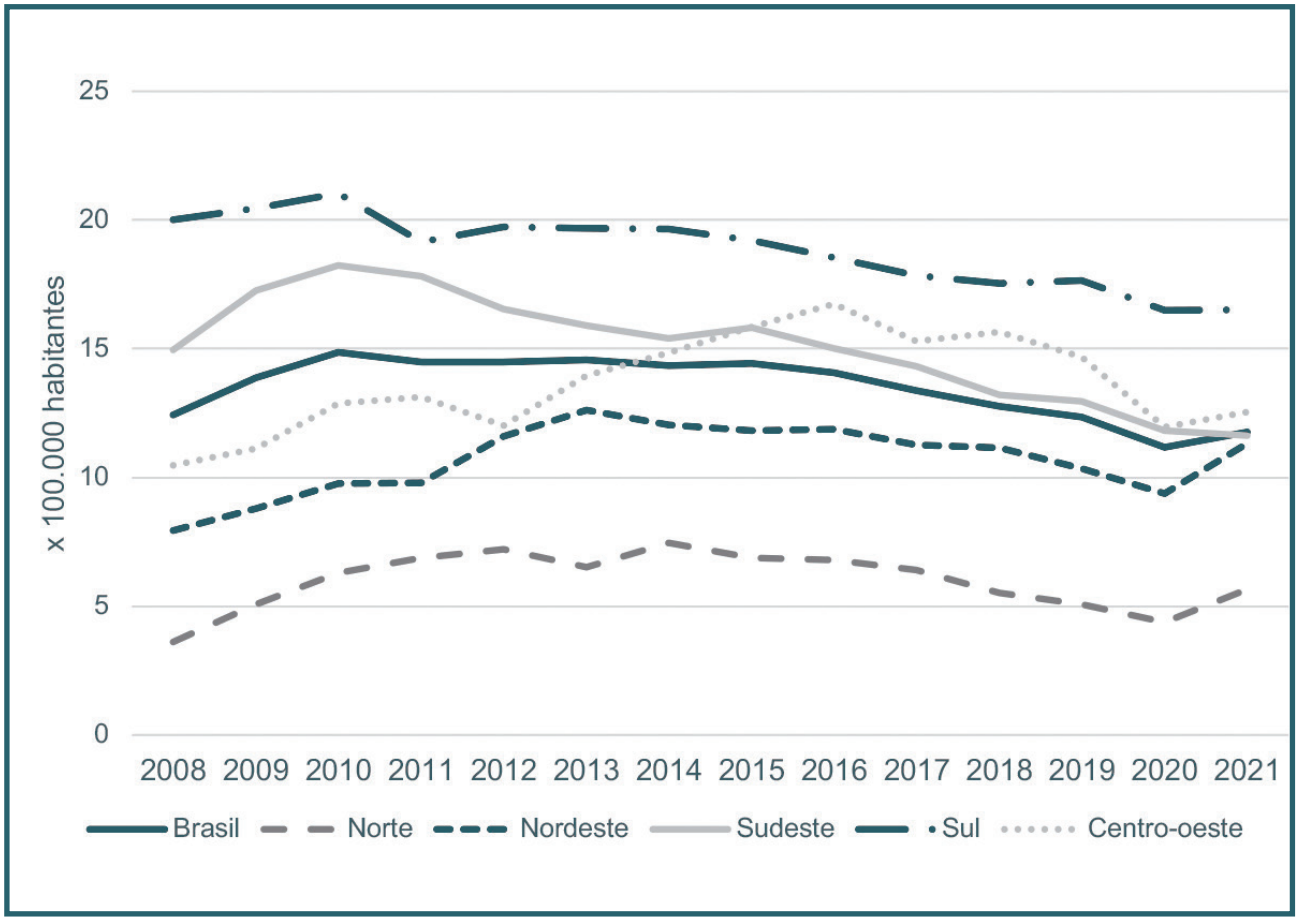
A Doença Alcoólica do Fígado é uma condição médica grave resultante do consumo excessivo e prolongado de álcool, que compromete a função hepática e pode levar a complicações sérias. A FAA estimada para esta condição é diferente entre homens e mulheres, assim, as estimativas de morbidade serão apresentadas por sexo. Entre 2008 e 2021, as Taxas de morbidade hospitalar no SUS por essa doença no Brasil apresentaram diferenças notáveis entre os sexos e as regiões do país. Nas mulheres, as taxas mantiveram-se relativamente estáveis, com uma leve tendência de redução nos anos mais recentes: em 2008, a taxa era de aproximadamente 2,82 por 100.000 habitantes, atingindo um pico de 3,22 em 2010 e diminuindo para 2,13 em 2021 (Gráfico 17). Nos homens, as taxas foram consistentemente mais elevadas, iniciando em 12,44 por 100.000 habitantes em 2008, alcançando 14,86 em 2010 e reduzindo gradualmente para 11,77 em 2021 (Gráfico 18).

GRÁFICO 17. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por doença alcoólica do fígado em mulheres por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

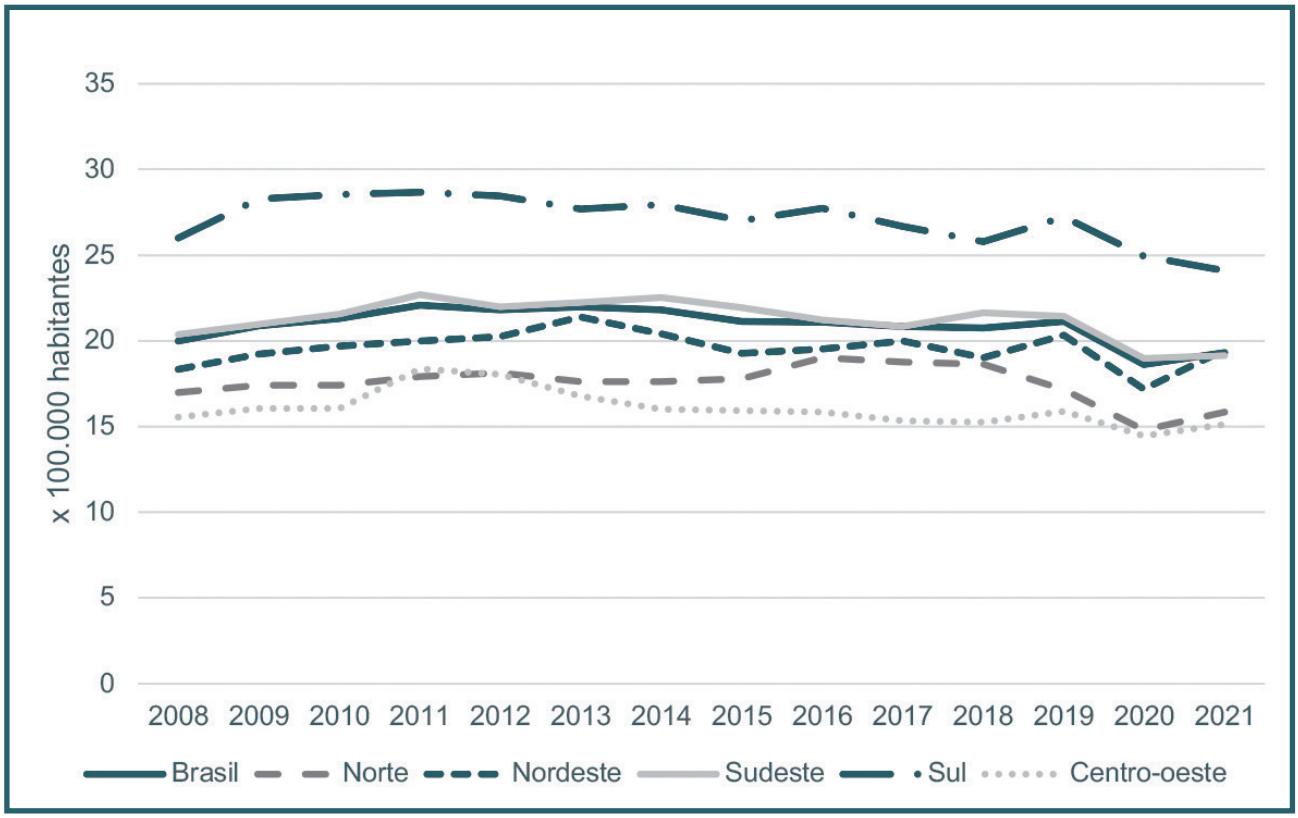
GRÁFICO 18. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por doença alcoólica do fígado em homens por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

As Taxas de morbidade hospitalar no SUS por outras doenças não alcoólicas do fígado apresentam diferenças marcantes entre as regiões do Brasil no período de 2008 a 2021. O Sul destaca-se por manter consistentemente os índices mais elevados, ultrapassando 26 internações por 100 mil habitantes na maior parte dos anos. Por outro lado, regiões como o Norte e o Centro-Oeste registram taxas consideravelmente mais baixas ao longo do período analisado (Gráfico 19).

GRÁFICO 19. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por outras doenças do fígado por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.

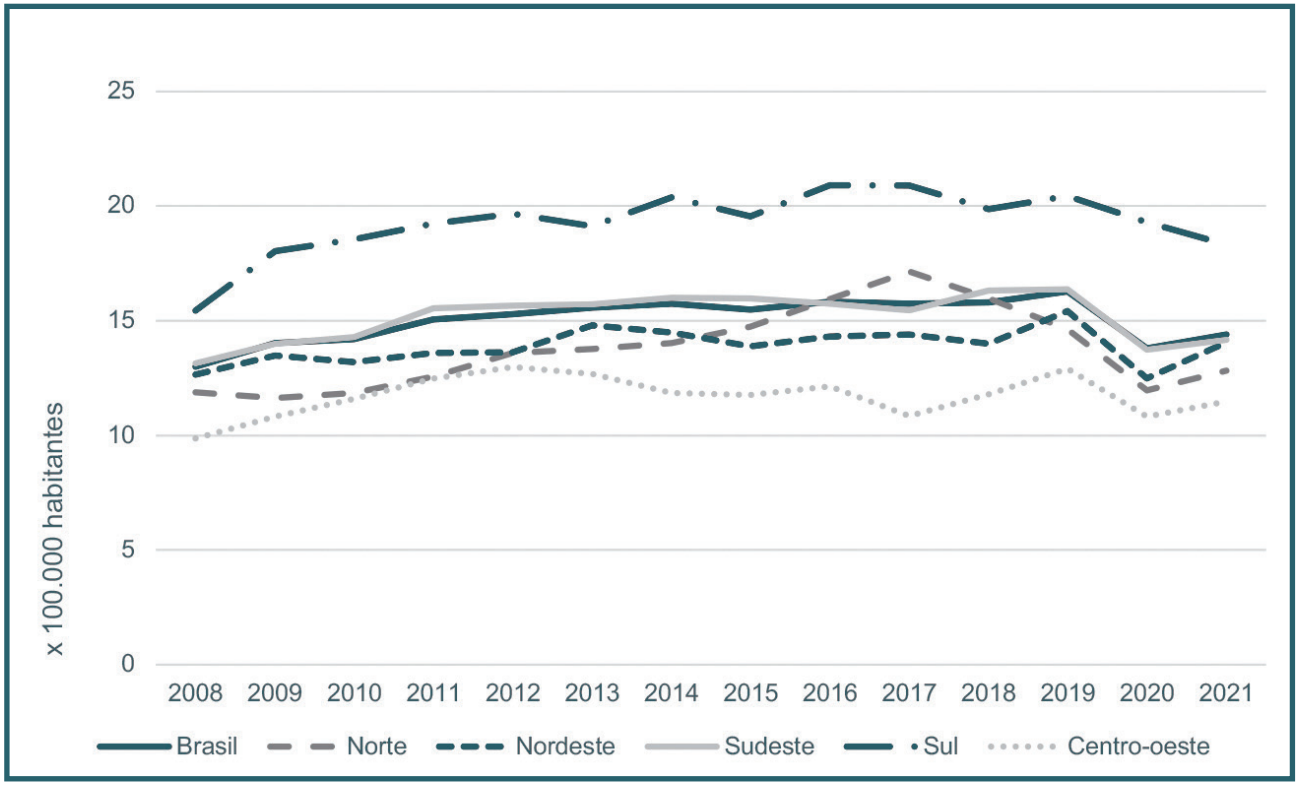


Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

A análise por sexo, no período de 2008 a 2021, evidencia padrões distintos entre mulheres e homens no Brasil e suas regiões. Entre as mulheres, observa-se uma trajetória geral de aumento nas taxas ao longo do período, com flutuações regionais. O Sul destaca-se com as maiores taxas, alcançam um pico em 2014, 2016 e 2017, enquanto o Centro-Oeste mantém consistentemente os valores mais baixos (Gráfico 20). Entre os homens, as taxas são substancialmente mais altas em todas as regiões quando comparadas às das mulheres (Gráfico 21). Assim como nas mulheres, o Sul lidera com os maiores índices, enquanto o Centro-Oeste apresenta as menores taxas, embora ainda superiores às femininas.

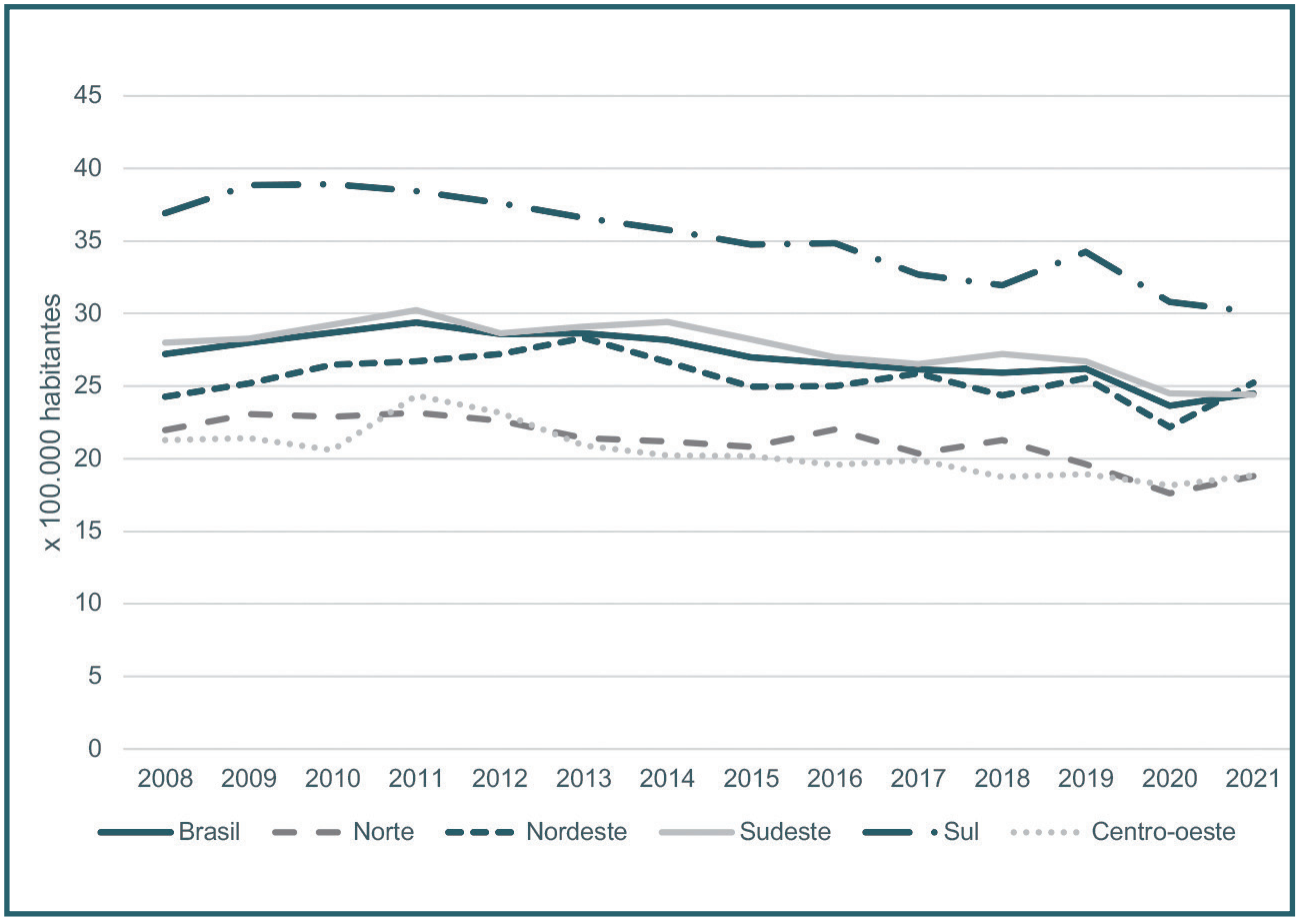
De forma geral, as Taxas de morbidade hospitalar no SUS por outras doenças não alcoólicas do fígado são significativamente mais altas em homens, refletindo um padrão de morbidade diferenciado entre os gêneros. Enquanto as mulheres apresentam um crescimento gradual e estável ao longo do período, as taxas masculinas são mais voláteis, mas mantêm-se em níveis consideravelmente superiores, o que pode refletir diferenças no comportamento de risco, acesso a cuidados de saúde e condições subjacentes associadas a essas morbidades.

GRÁFICO 20. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por outras doenças do fígado em mulheres por 100.000 habitantes do sexo feminino, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

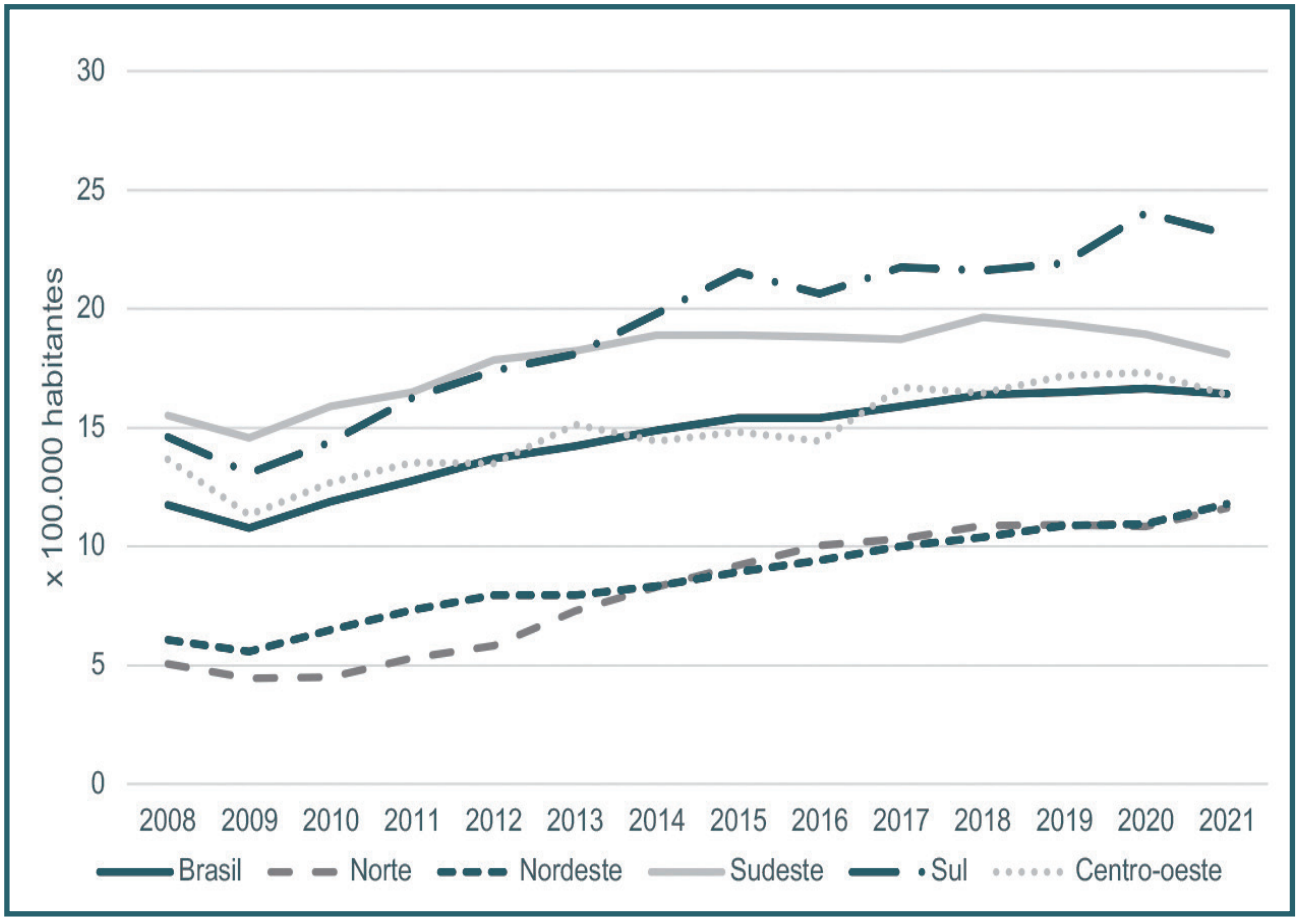
GRÁFICO 21. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por outras doenças do fígado em homens por 100.000 habitantes do sexo masculino, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

A pancreatite é a inflamação do pâncreas, órgão responsável pela produção de enzimas digestivas e hormônios como a insulina. O consumo excessivo de álcool é uma das principais causas de pancreatite crônica, levando a danos permanentes no tecido pancreático. A FAA para essa condição é de 26%. No período observado nota-se uma tendência de aumento em todas as regiões. Entre 2008 e 2021, a taxa de internações por pancreatite no Brasil aumentou de 11,76 para 16,40 por 100.000 habitantes. A Região Sul apresentou as maiores taxas, passando de 14,61 em 2008 para 23,14 em 2021. Em contraste, a Região Norte registrou as menores taxas, embora também tenha apresentado crescimento, de 5,05 para 11,61 no mesmo período (Gráfico 22).

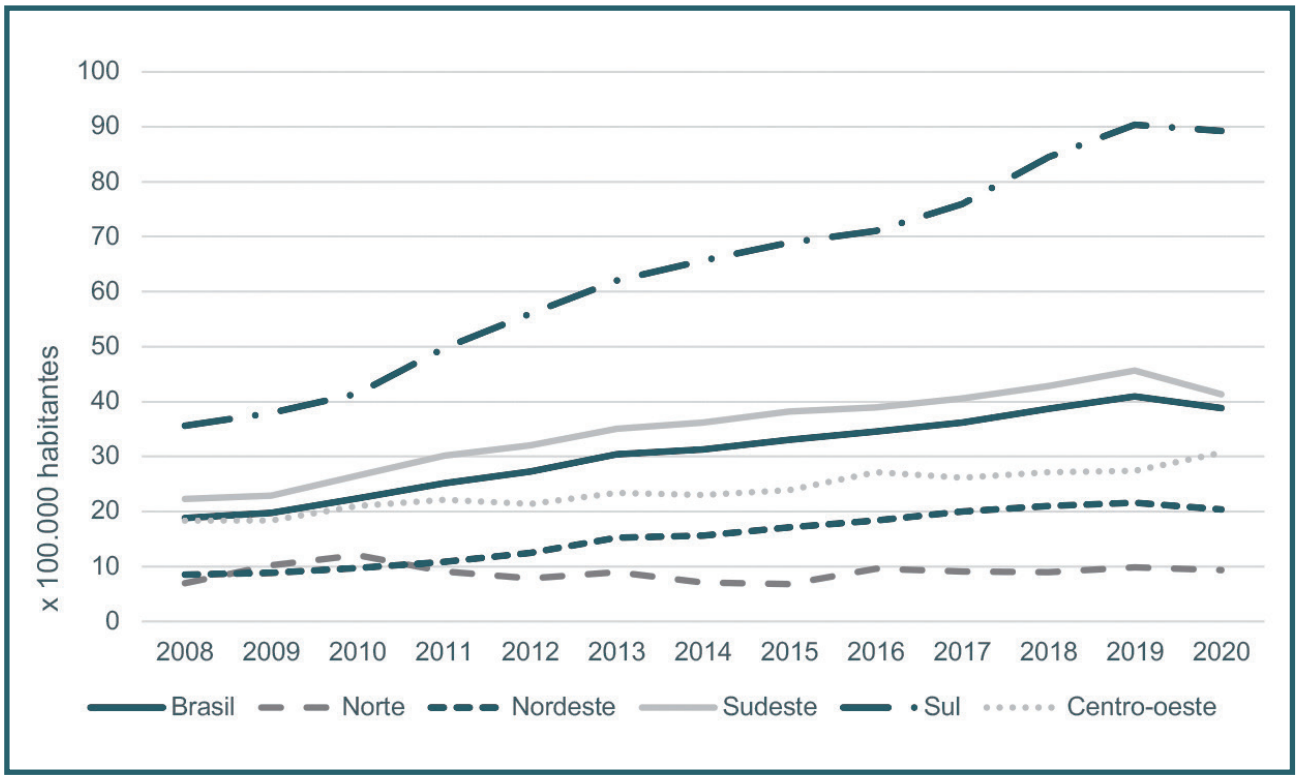
GRÁFICO 22. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por pancreatite por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de cólon afeta o intestino grosso e está associado a fatores como dieta inadequada, sedentarismo e consumo de álcool. A FAA para essa neoplasia é de 11%. No Brasil, as taxas de internação por neoplasia de cólon aumentaram de 18,81 em 2008 para 38,81 por 100.000 habitantes em 2020 (Gráfico 23). A Região Sul destacou-se com as maiores taxas, atingindo 89,21 em 2020, enquanto a Região Norte apresentou as menores, embora também em crescimento, alcançando 9,33 no mesmo ano.

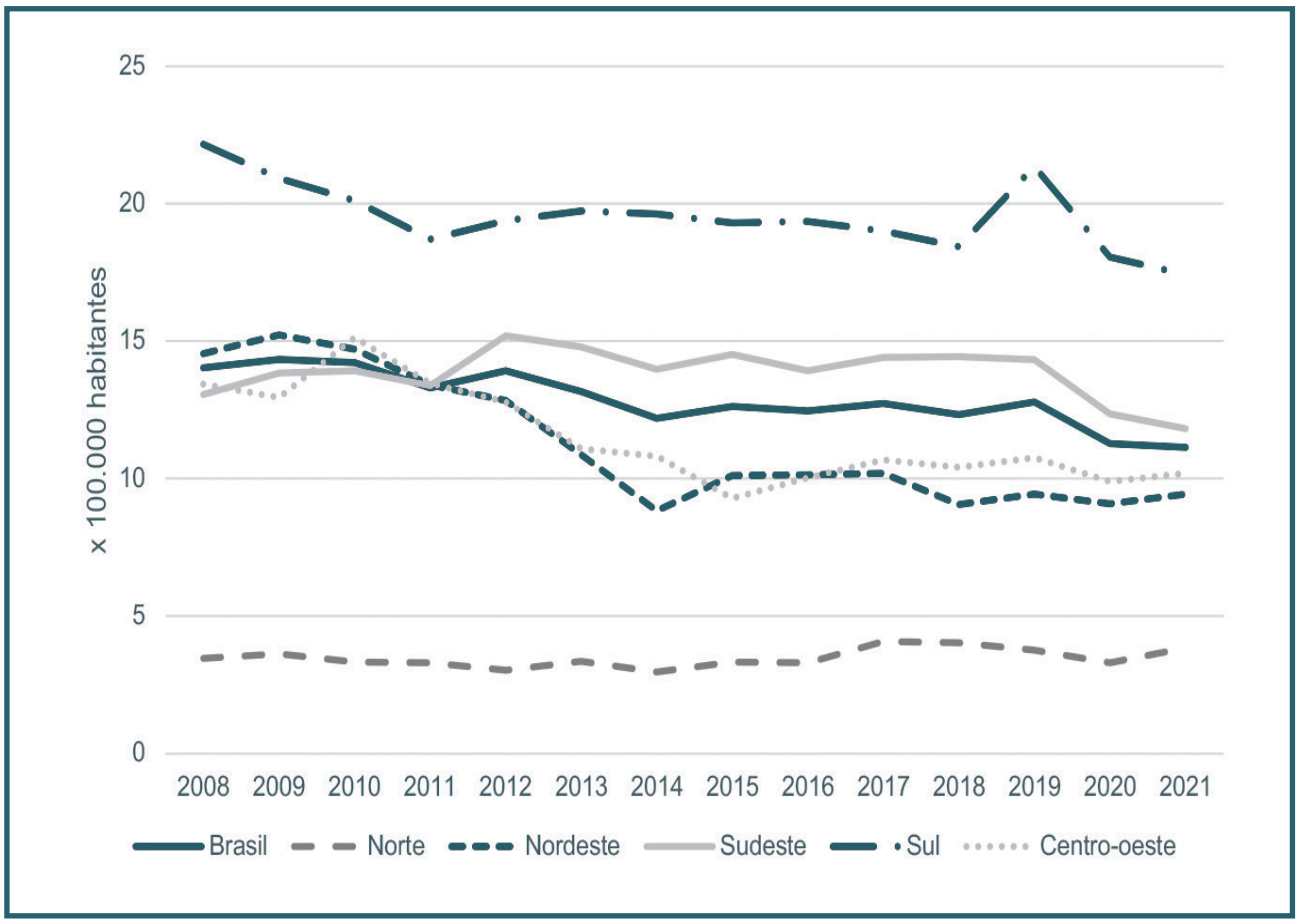
GRÁFICO 23. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de cólon por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de lábio é uma neoplasia que afeta os tecidos labiais, frequentemente associado à exposição solar, tabagismo e consumo de álcool. A FAA para essa condição é de 26%. Houve uma redução nas taxas de internação por neoplasia de lábio, de 14,03 em 2008 para 11,14 por 100.000 habitantes em 2021, com diferenças entre as regiões (Gráfico 24). A Região Sul apresentou as maiores taxas ao longo do período, embora também tenha registrado uma diminuição, de 22,16 para 17,42.

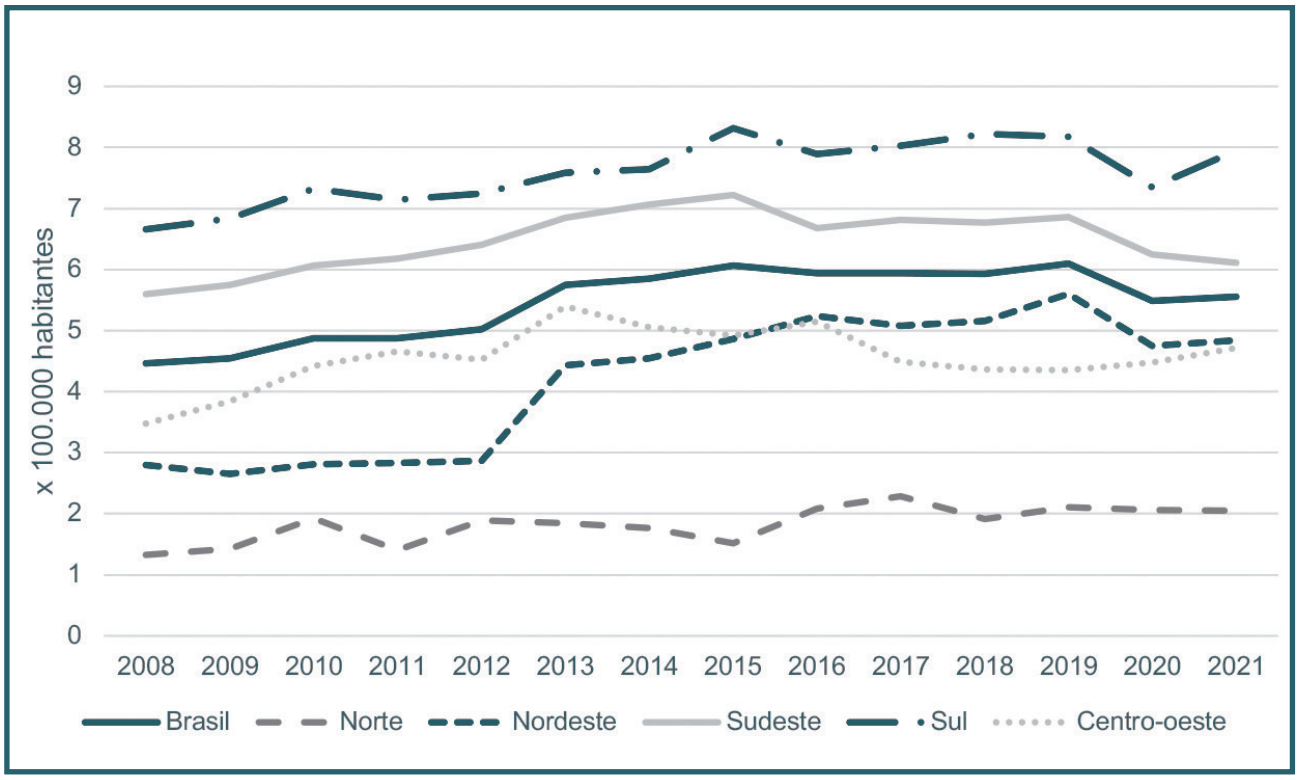
GRÁFICO 24. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de lábio por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de laringe afeta a laringe e está fortemente associado ao tabagismo e ao consumo de álcool. A FAA é de 22%. As taxas de internação por neoplasia de laringe mantiveram-se relativamente estáveis, com uma leve tendência de aumento, passando de 4,46 em 2008 para 5,55 por 100.000 habitantes em 2021(Gráfico 25). A Região Sul registrou as maiores taxas, atingindo 7,94 em 2021, enquanto a Região Norte apresentou as menores, embora com um aumento de 1,32 para 2,05 no mesmo período.

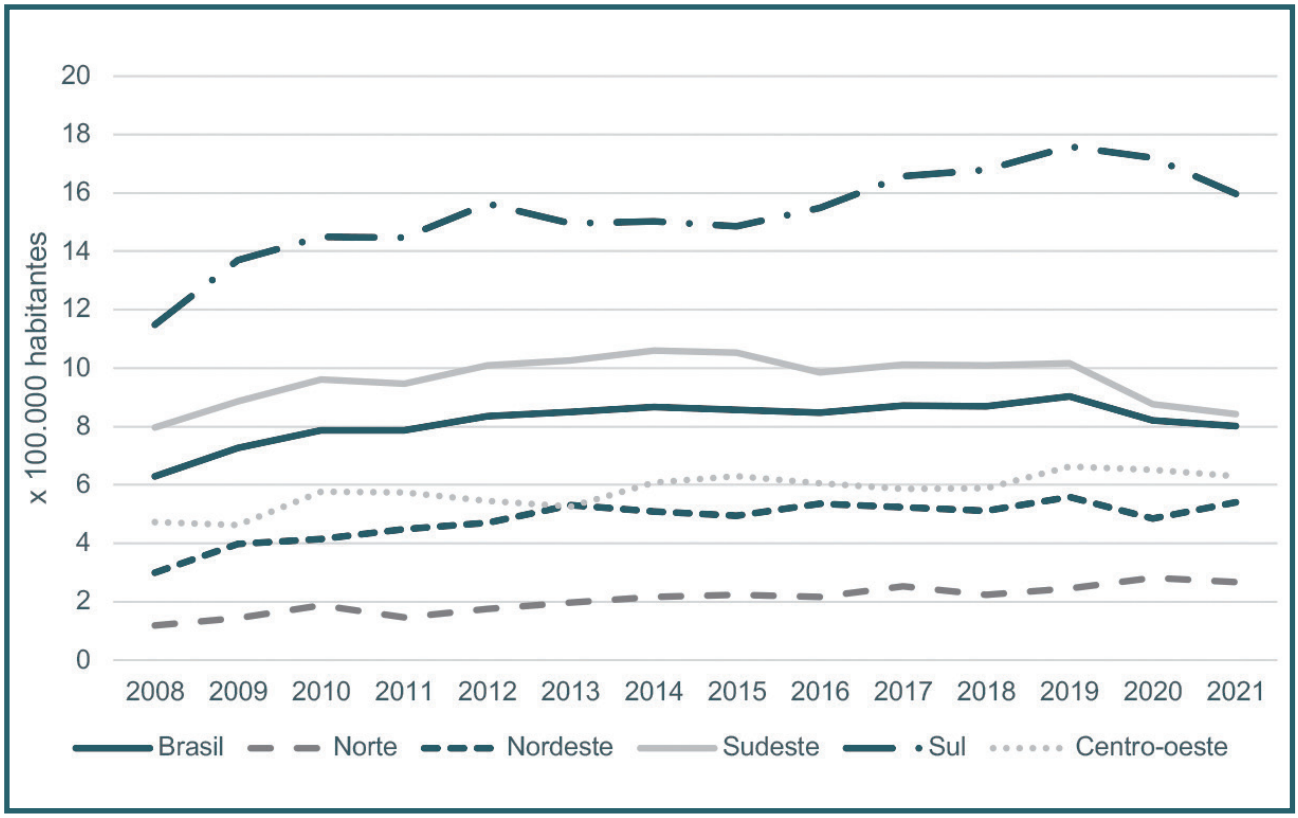
GRÁFICO 25. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de laringe por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de esôfago afeta o tubo que liga a garganta ao estômago e está associado ao consumo de álcool, tabagismo e dieta inadequada. A FAA para essa neoplasia é de 17%. As taxas de internação por neoplasia de esôfago aumentaram de 6,29 em 2008 para 8,00 por 100.000 habitantes em 2021(Gráfico 26). A Região Sul apresentou as maiores taxas, alcançando 15,97 em 2021, enquanto a Região Norte registrou as menores, embora com crescimento de 1,18 para 2,68 no mesmo período.

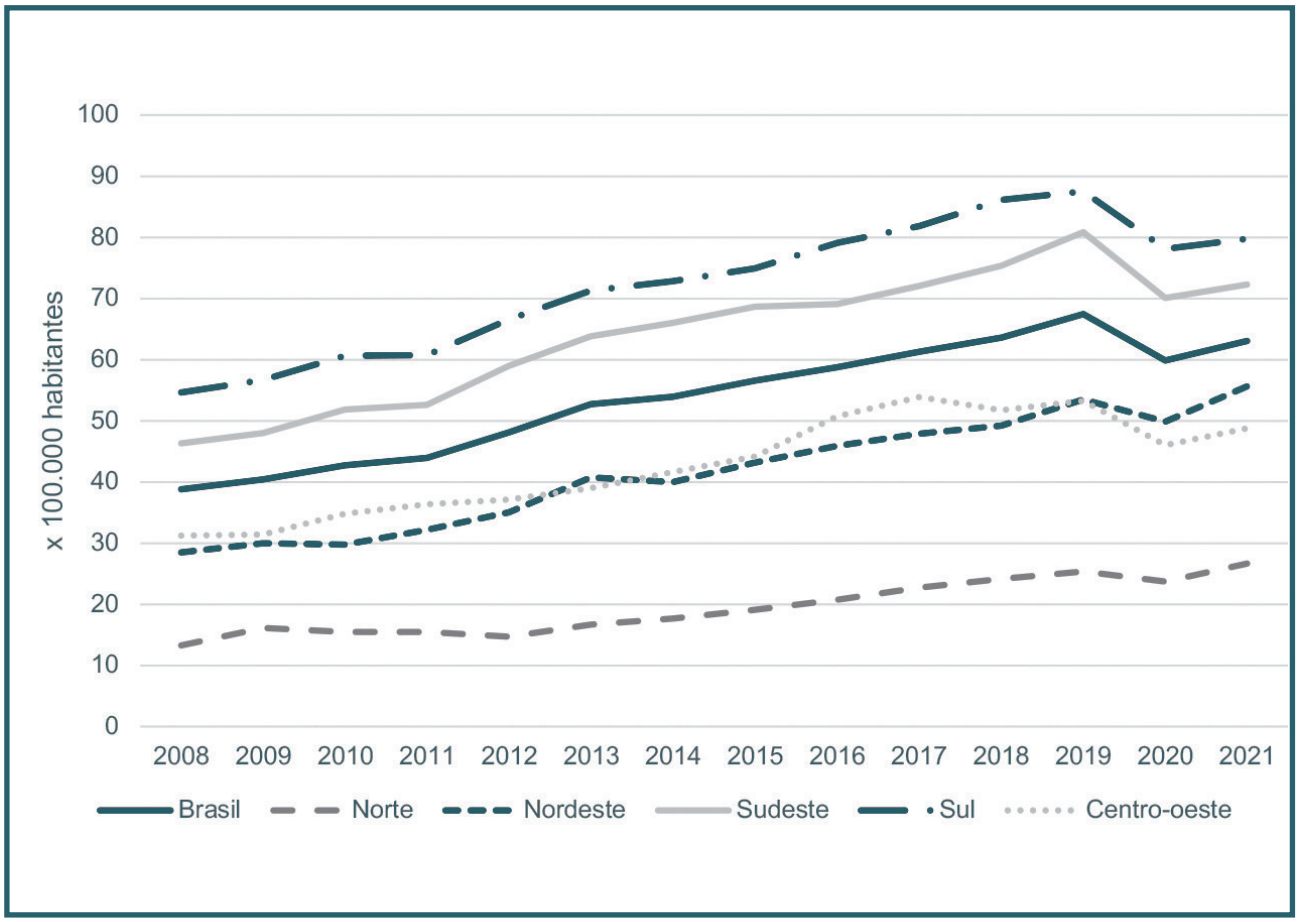
GRÁFICO 26. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de esôfago por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres e está associado a fatores genéticos, hormonais e ao consumo de álcool. A FAA é de 5%. As taxas de internação por neoplasia de mama em mulheres aumentaram de 38,79 em 2008 para 63,05 por 100.000 habitantes em 2021 (Gráfico 27). A Região Sul registrou as maiores taxas, atingindo com um pico de 87,51 em 2019, e atingindo 79,81 em 2021, enquanto a Região Norte apresentou as menores, embora com crescimento de 13,26 para 26,64 no mesmo período.

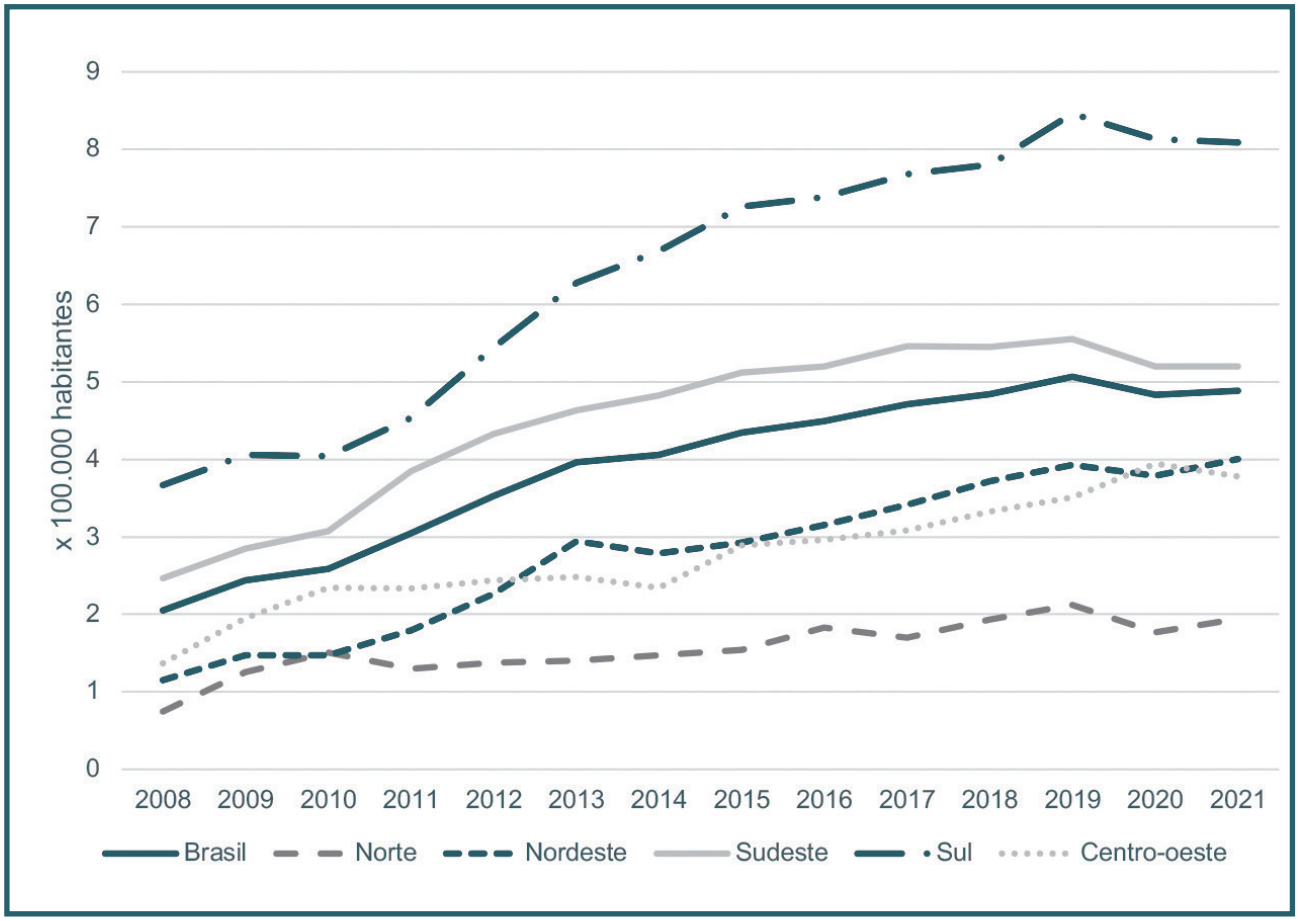
GRÁFICO 27. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de mama em mulheres por 100.000 habitantes do sexo feminino, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

O câncer de fígado está associado a infecções crônicas por hepatites B e C, cirrose hepática e consumo excessivo de álcool. A FAA para essa condição é de 10%. As taxas de internação por neoplasia de fígado aumentaram de 2,05 em 2008 para 4,88 por 100.000 habitantes em 2021 (Gráfico 28). A Região Sul apresentou as maiores taxas, alcançando 8,08 em 2021, enquanto a Região Norte registrou as menores, embora com crescimento de 0,74 para 1,94 no mesmo período.

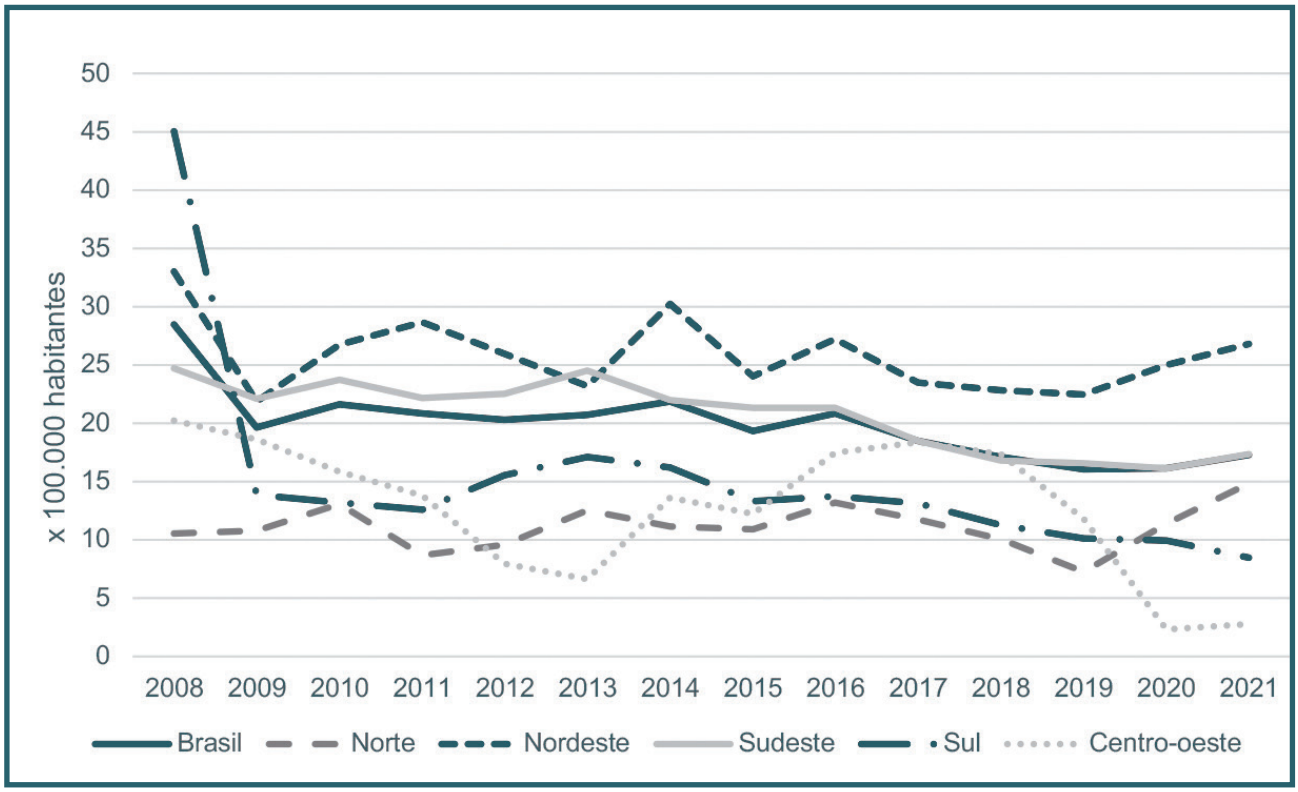
GRÁFICO 28. Taxas de morbidade hospitalar no SUS por neoplasia de fígado por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

Colisões de trânsito frequentemente estão associadas ao consumo de álcool, comprometem a coordenação motora e o tempo de reação dos condutores. A FAA é de 36,7% para homens e 23% para mulheres. Nos últimos anos, as taxas de internação por colisões de trânsito no Brasil apresentaram oscilações, com uma tendência geral de redução, passando de 28,46 internações por 100.000 habitantes em 2008 para 17,27 em 2021 (Gráfico 29). No entanto, essa tendência não é uniforme entre as diferentes regiões do país. O Nordeste predomina com as taxas mais elevadas, e no Centro-oeste observa-se uma queda mais proeminente nos últimos anos. Essas variações regionais podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo diferenças nas políticas de trânsito, fiscalização, infraestrutura viária e comportamentos dos condutores. É importante considerar esses aspectos ao desenvolver estratégias de prevenção e intervenção para reduzir as internações por colisões de trânsito em todo o país.

GRÁFICO 29. Taxas de morbidade hospitalar por colisões de trânsito por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

Este capítulo apresentou uma análise abrangente da morbidade hospitalar no âmbito do SUS, direta e indiretamente associada ao consumo de álcool no Brasil, com destaque para as variações regionais, as diferenças entre os sexos e as tendências ao longo do tempo. A partir dos dados do SIH-SUS, observou-se que, no Brasil, a morbidade hospitalar por TUA apresentou uma aparente diminuição ao longo dos anos estudados, com as maiores taxas registradas na Região Sul. As internações por Doença Alcoólica do Fígado também demonstraram queda, com comportamento atípico na Região Norte, onde os valores foram mais elevados entre 2013 e 2017. Em geral, as Regiões Sul e Sudeste concentraram as maiores taxas de internação, enquanto a Região Norte apresentou os menores índices. Na análise por sexo, os homens apresentaram consistentemente taxas de internação mais elevadas que as mulheres, embora ambos os grupos tenham seguido tendências semelhantes. As internações por outras doenças hepáticas também foram mais prevalentes entre os homens, com destaque novamente para a Região Sul.

No período de 2008 a 2021, observou-se aumento nas internações por neoplasias de cólon (+122%), mama (+635 casos), fígado (+133 casos), esôfago (+27%) e laringe (+24%) — outras doenças e causas externas mostraram queda significativa, como os transtornos por

uso de álcool (–56%), os acidentes de trânsito (–39%) e a tuberculose (–11%). Esses dados, no entanto, precisam ser interpretados com um olhar crítico, pois correspondem aos extremos de uma linha temporal de análise. O ano de 2021, ponto final da série, coincide com a pandemia de COVID-19, que alterou significativamente os fluxos de atendimento e a demanda por internações. Além disso, o período intermediário apresenta oscilações relevantes, que serão exploradas com maior profundidade nas próximas etapas do estudo.

As variações regionais observadas refletem múltiplos fatores: diferenças nos padrões culturais de consumo de álcool, desigualdades no acesso e na estrutura (material e humana) dos serviços de saúde, capacidade diagnóstica, eficácia das políticas públicas e fatores socioeconômicos. Regiões com maior e melhor infraestrutura em saúde e melhores sistemas de registro tendem a apresentar maiores taxas de internação por conseguirem captar mais casos, ao passo que áreas com serviços mais limitados podem subnotificar essas ocorrências. Além disso, as internações hospitalares refletem apenas uma parcela da carga total de agravos relacionados ao álcool, não captando os casos manejados em nível ambulatorial ou não atendidos.

Outro aspecto importante a ser considerado é a reorganização da assistência em saúde no país mental no país, com a expansão da RAPS e a redução dos leitos hospitalares psiquiátricos, priorizando o atendimento comunitário e a desinstitucionalização. Esses movimentos podem influenciar a redução nas taxas de internação por transtornos psiquiátricos relacionados ao uso de álcool, sem necessariamente indicar uma diminuição real da prevalência desses transtornos na população. Já a redução das internações por colisões de trânsito pode estar relacionada à implementação e fortalecimento da Lei Seca, a partir de 2008. No caso da tuberculose, observam-se, nos últimos 15 anos, avanços como a atualização de diretrizes clínicas, a obrigatoriedade da notificação de casos no SINAN e a implementação de um plano nacional alinhado à OMS — medidas que visam ampliar a detecção precoce, garantir tratamento adequado e reduzir a incidência e a mortalidade da doença, podendo também ter influenciado os números de internação.

Além disso, fatores como o envelhecimento populacional, melhorias no tratamento de doenças crônicas, aumento da expectativa de vida, subnotificação, e direcionamento de casos para atenção primária e ambulatorial são elementos que podem impactar as variações observadas ao longo do tempo e entre regiões. Portanto, é fundamental que comparações regionais levem em consideração ajustes por estrutura etária e mudanças na disponibilidade da rede de saúde, principalmente extra-hospitalar, que se reconheçam as limitações dos dados disponíveis.

Em síntese, as internações hospitalares associadas ao consumo de álcool no Brasil expressam um fenômeno complexo e multifatorial, que demanda estratégias de saúde pública sensíveis às particularidades regionais, socioeconômicas e culturais. O

monitoramento contínuo e qualificado desses indicadores é essencial para subsidiar políticas públicas efetivas e promover maior equidade na resposta do sistema de saúde.

3.2. Câncer

O consumo de álcool está associado a uma série de desfechos negativos para a saúde, incluindo o risco aumentado de diversos tipos de câncer (CLINTON et al, 2020), como os que afetam a cavidade oral e lábio, faringe, esôfago, colorretal, fígado, laringe e mama (BAGNARDI *et al.*, 2015). Conforme discutido previamente, o consumo de álcool é responsável por uma proporção relevante dos casos de câncer em nível global. (WHO, 2018). Essa relação reforça a importância da análise desse indicador como uma ferramenta crucial para avaliar os impactos indiretos do álcool na saúde populacional. Além disso, uma meta-análise recente, baseada em 106 estudos de coorte, identificou uma associação clara entre o consumo de álcool — mesmo em níveis leves a moderados — e o risco aumentado de câncer de esôfago, colorretal, laringe e mama, demonstrando que não há um nível seguro de consumo de álcool em relação ao risco de câncer (JUN *et al.*, 2023).

Neste capítulo, serão apresentados os registros de procedimentos de diagnóstico e tratamento oncológico realizados pelos serviços de saúde que compõem o SUS (estabelecimentos públicos ou particulares conveniados), conforme disponibilizados pelo Painel de Oncologia (PO) do DataSUS. O PO é uma plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de monitorar o tempo entre o diagnóstico de uma neoplasia maligna e o início do tratamento oncológico na rede pública, conforme previsto na Lei nº 12.732/2012. Desde 2018, substitui o antigo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), integrando informações de diferentes sistemas, como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o próprio SISCAN. Essa integração tem contribuído para o aprimoramento da vigilância epidemiológica e para uma maior visibilidade dos casos atendidos no SUS.

Os dados do PO são provenientes de diversos sistemas, especificamente das bases SIA – por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) – além do SIH e do SISCAN. Cabe ressaltar que esses dados se referem exclusivamente à rede pública (ou conveniados) e, portanto, podem não representar a totalidade dos casos no país. O painel também não substitui os dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) ou dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

É fundamental compreender que, ao longo do período analisado, ocorreram mudanças significativas nos processos de diagnóstico, rastreamento e registro, como a ampliação da cobertura ambulatorial e o aprimoramento dos sistemas de notificação. Essas

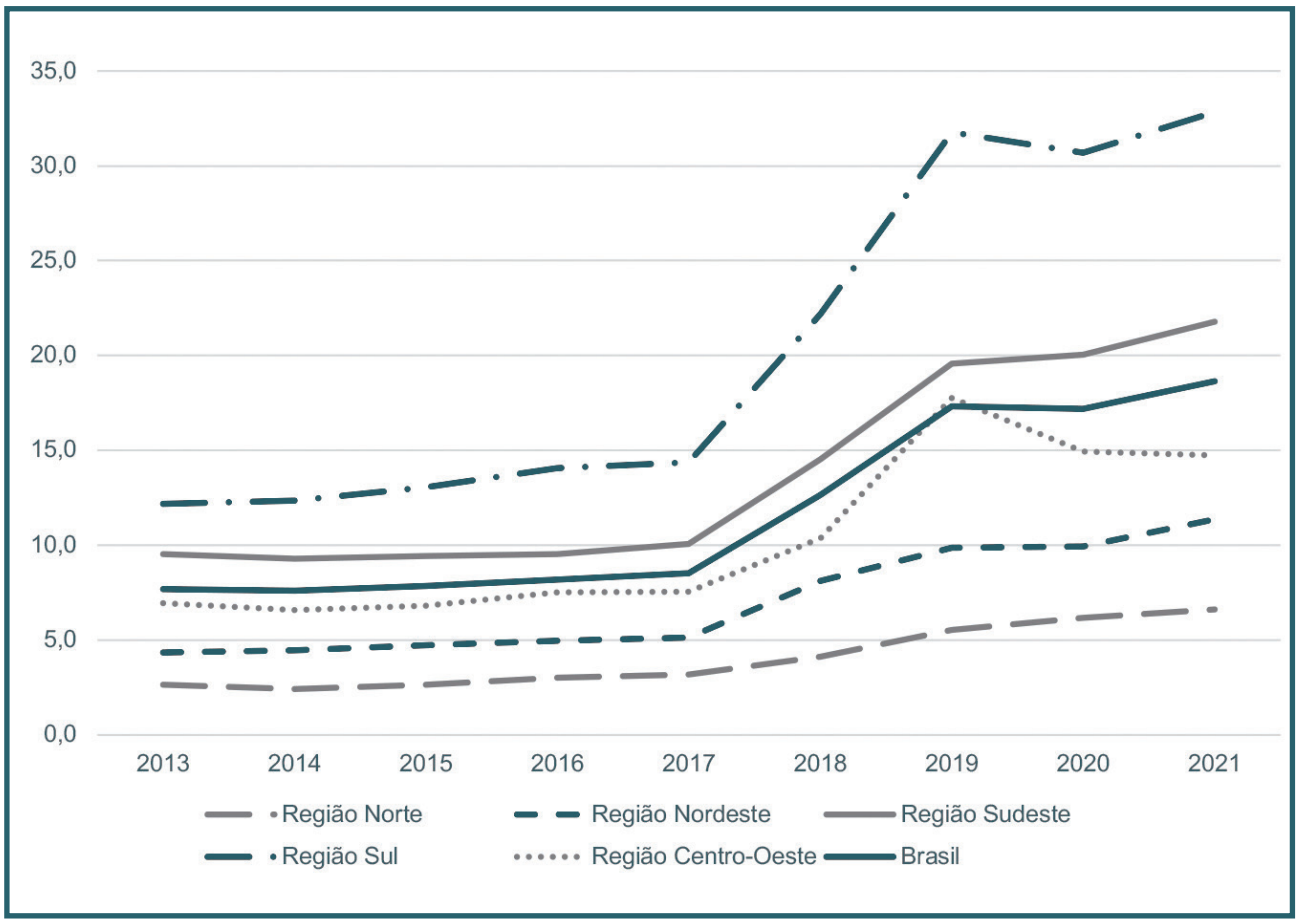
transformações impactam a comparabilidade dos dados ao longo do tempo, gerando descontinuidades na série histórica. Ainda assim, optou-se por manter as informações do PO na análise, considerando que eventuais aumentos observados não refletem, necessariamente, um crescimento real da incidência, devendo ser interpretados à luz dessas alterações nos mecanismos de detecção e registro. Essa decisão está alinhada ao objetivo deste relatório, que é mapear bases de dados e variáveis potencialmente úteis para o monitoramento dos impactos do álcool na saúde pública. Ressalta-se, ainda, que há possibilidade de o PO vir a ser utilizado futuramente nesse contexto.

Os dados apresentados a seguir foram extraídos por tipo de câncer e por região de residência, no período de 2013 a 2021. As taxas regionais foram calculadas por 100 mil habitantes, a partir das estimativas populacionais utilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) entre 1992 e 2021, adotadas para a definição das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), sem desagregação por sexo ou faixa etária, conforme disponíveis no DataSUS.

Nos Gráficos 30 a 36, são apresentadas as taxas de incidência dos diferentes tipos de câncer com, entre os anos de 2013 e 2021. Com base nos diagnósticos detalhados disponíveis na plataforma, as seguintes neoplasias foram agrupadas de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID):

- **Câncer da Cavidade Oral e Lábio:** C00 - Neoplasia maligna do lábio; C01 - Neoplasia maligna da base da língua; C02 - Neoplasia maligna de outras partes não especificadas da língua; C03 - Neoplasia maligna da gengiva;
- **Câncer de Faringe:** C09 - Neoplasia maligna da amígdala; C10 - Neoplasia maligna da orofaringe; C12 - Neoplasia maligna do seio piriforme; C13 - Neoplasia maligna da hipofaringe; C14 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe;
- **Câncer de Esôfago:** C15 - Neoplasia maligna do esôfago;
- **Câncer Colorretal:** C18 - Neoplasia maligna do cólon; C19 - Neoplasia maligna da junção retossigmóide; C20 - Neoplasia maligna do reto; C21 - Neoplasia maligna do ânus e do canal anal;
- **Câncer de Fígado:** C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas;
- **Câncer de Laringe**: C32 - Neoplasia maligna da laringe;
- **Câncer de Mama:** C50 - Neoplasia maligna da mama.

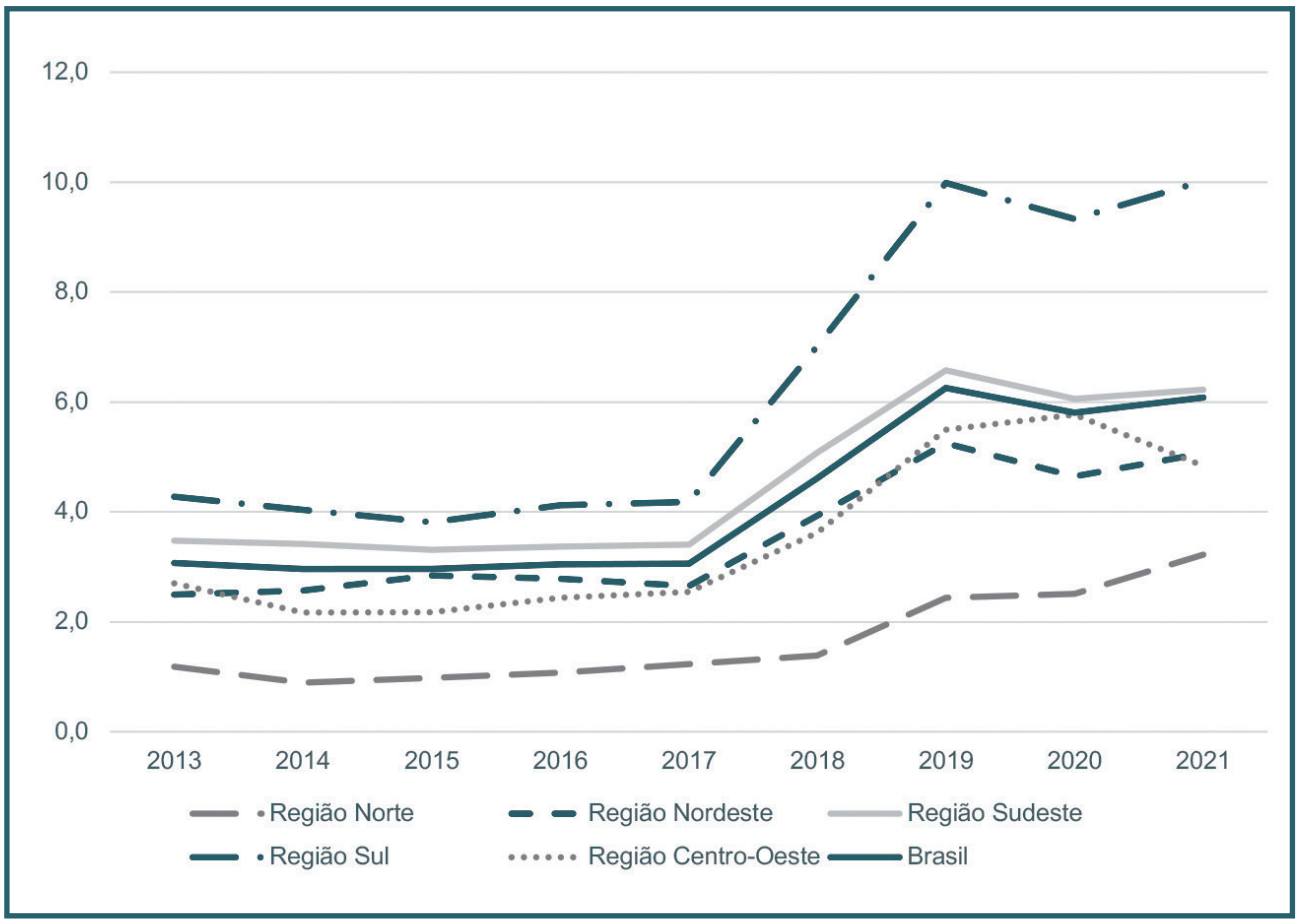
GRÁFICO 30. Taxas de câncer colorretal por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer colorretal tem uma FAA de 11% e apresentou um aumento significativo em todas as regiões do país. A taxa nacional subiu de 7,7 para 18,6 casos por 100 mil habitantes, com crescimento expressivo no Sul e Sudeste.

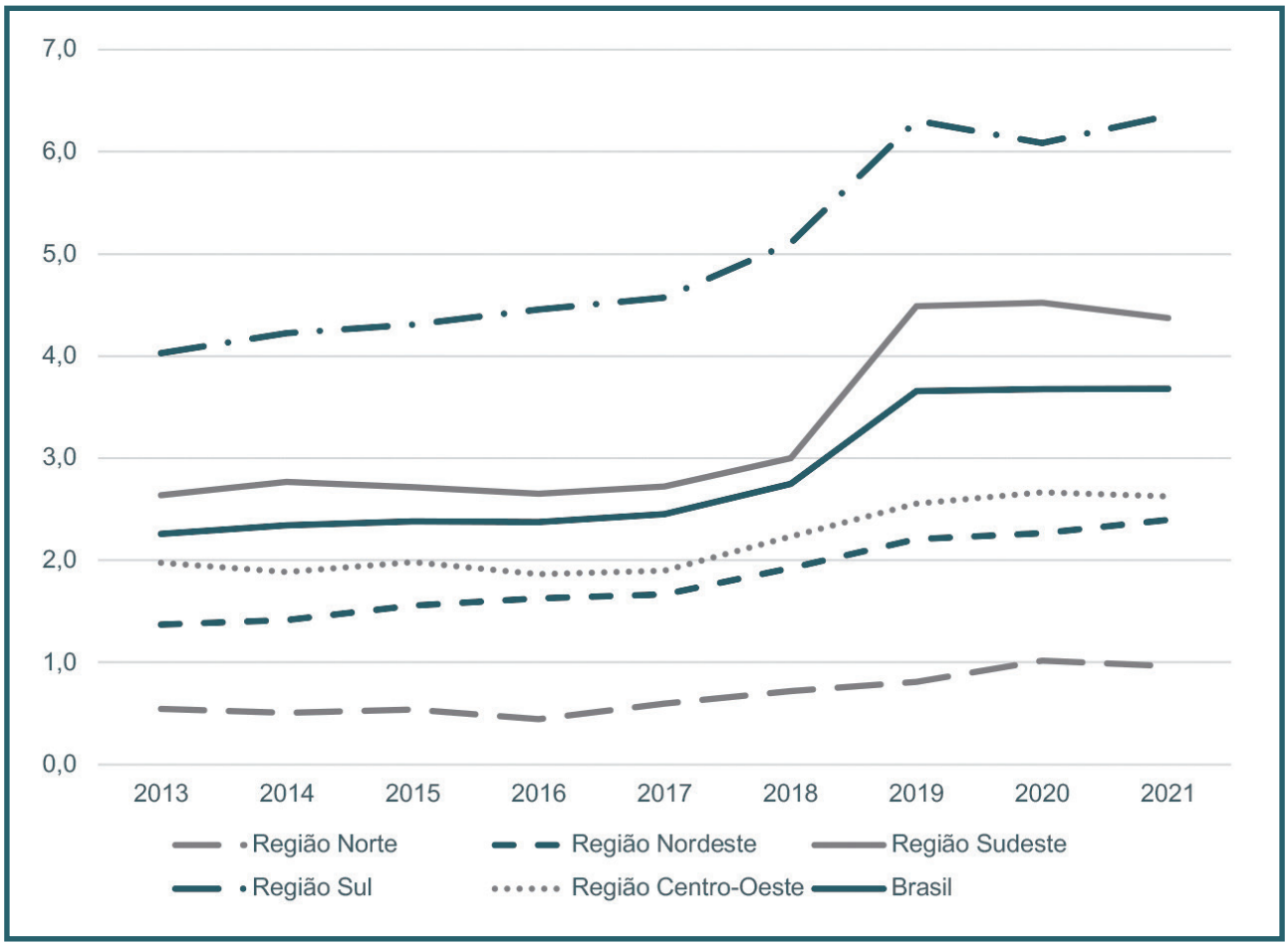
GRÁFICO 31. Taxas de câncer de cavidade oral e lábio por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer da cavidade oral e lábios tem uma FAA de 26% e registrou um aumento significativo, especialmente no Sul e Sudeste. A taxa nacional passou de 3,1 para 6,1 casos por 100 mil habitantes entre 2013 e 2021.

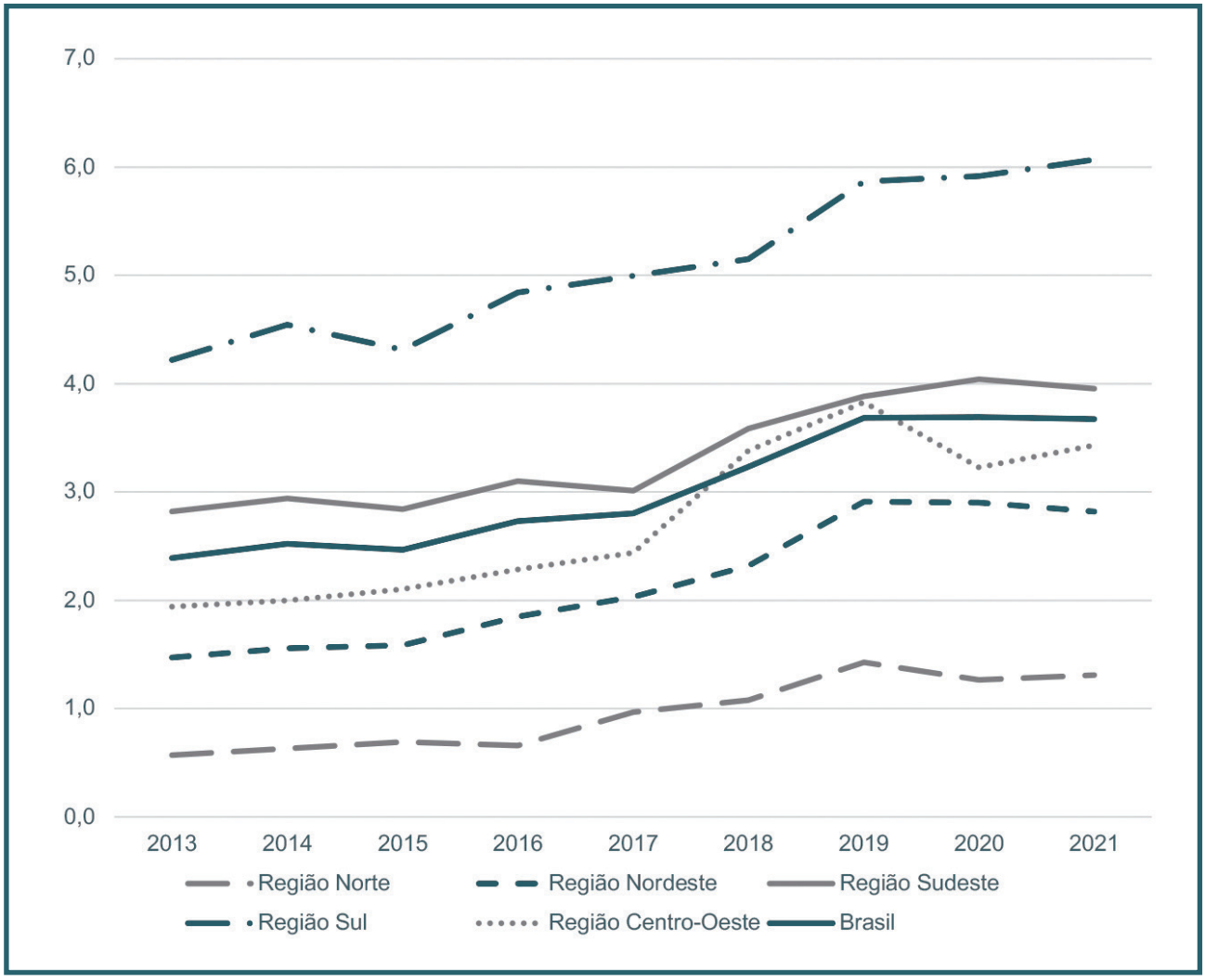
GRÁFICO 32. Taxas de câncer de esôfago por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer de esôfago possui uma FAA de 17%, e sua incidência aumentou de 2,3 para 3,7 casos por 100 mil habitantes entre 2013 e 2021.

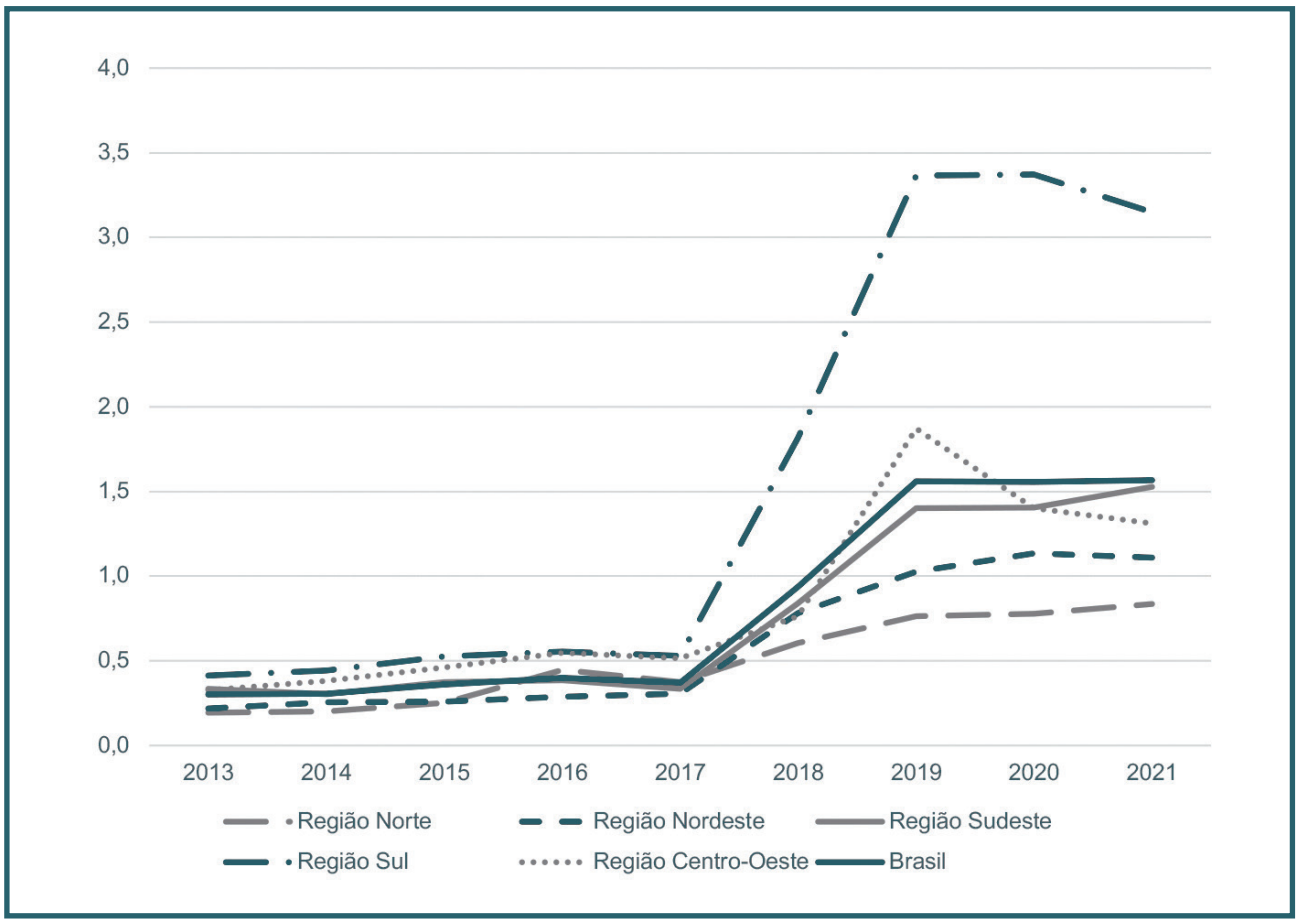
Gráfico 33. Taxas de câncer de faringe e relacionados por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer de faringe apresenta a maior fração atribuível ao álcool (FAA), com 31%. A incidência desse tipo de câncer cresceu ao longo do período analisado, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, onde as taxas se mantiveram superiores à média nacional.

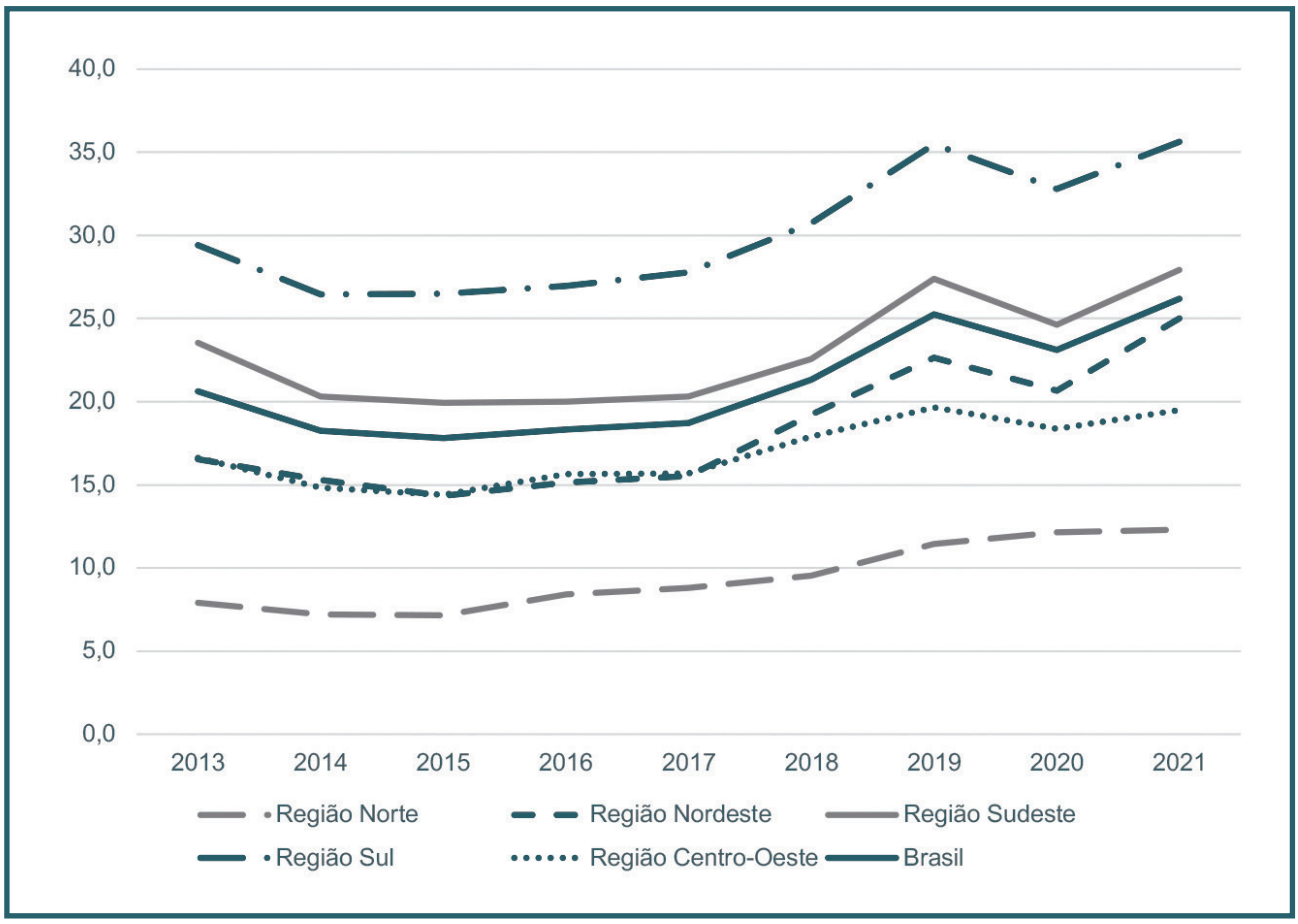
GRÁFICO 34. Taxas de câncer de fígado por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer de fígado tem uma FAA de 10% e apresentou um crescimento expressivo, principalmente no Sul e Sudeste. A taxa nacional passou de 0,3 para 1,6 casos por 100 mil habitantes, com o Sul atingindo 3,2 em 2021.

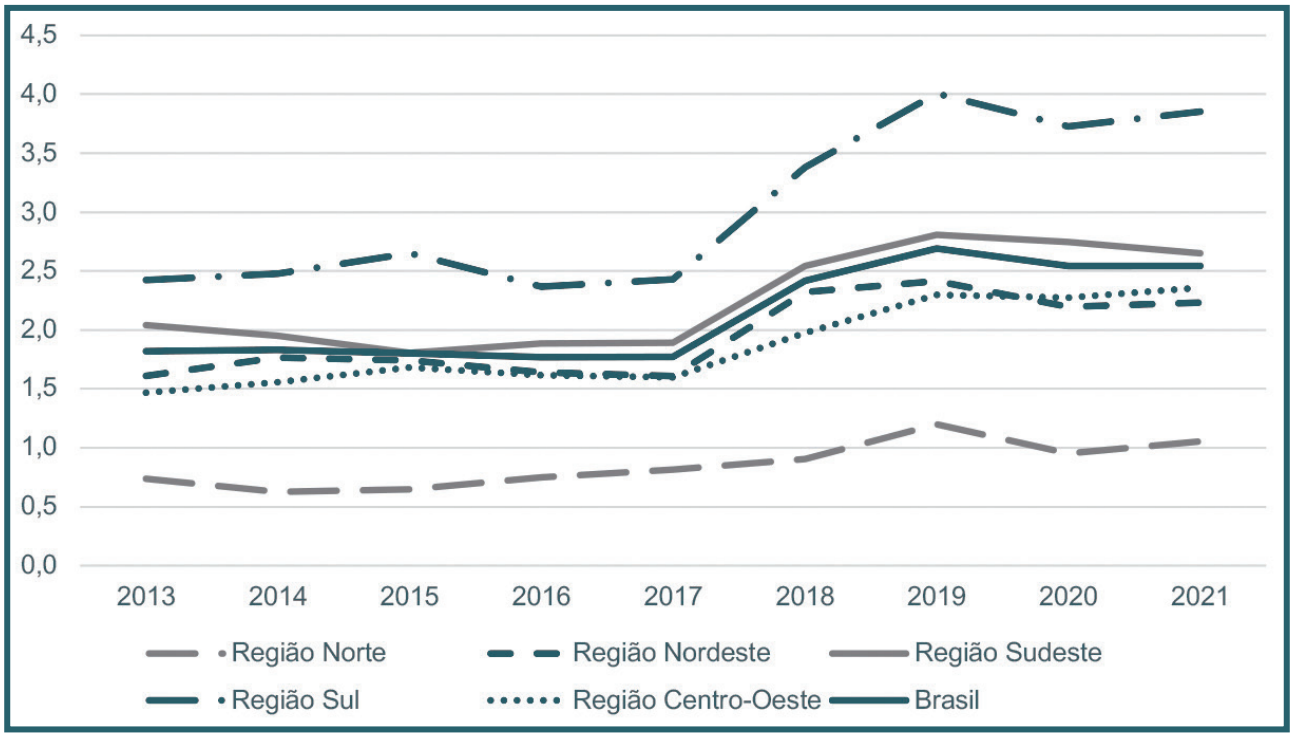
GRÁFICO 35. Taxas de câncer de mama por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer de mama tem a menor FAA entre os analisados, com 5%. Sua incidência oscilou entre 2013 e 2021, mas apresentou uma tendência geral de aumento, com a taxa nacional passando de 20,6 para 26,2 casos por 100 mil habitantes.

GRÁFICO 36. Taxas de câncer de laringe por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2013 a 2021.



Fonte: Painel Oncologia – DataSUS.

O câncer de laringe tem uma FAA de 22%, e sua incidência seguiu uma trajetória de crescimento moderado, passando de 1,8 para 2,5 casos por 100 mil habitantes.

Em conjunto, os dados apresentados apontam para um aumento nos diagnósticos de câncer relacionados ao consumo de álcool entre 2013 e 2021. Até 2018, o crescimento era lento e relativamente estável; no entanto, o principal ponto de inflexão ocorre entre 2018 e 2019, quando as taxas se elevam de forma mais expressiva em várias regiões do país. Esse crescimento deve ser interpretado com extrema cautela, pois o período também coincide com mudanças importantes nos sistemas de vigilância, notificação e diagnóstico, o que ocasiona uma quebra na série temporal e impactar a comparabilidade entre os anos, conforme mencionado previamente.

Diversos fatores estruturais, legislativos e epidemiológicos ajudam a contextualizar esse cenário. A ampliação da rede de atendimento oncológico pode ter possibilitado maior acesso ao diagnóstico e tratamento, refletindo na identificação e registro de um número crescente de casos. O crescimento do número de CACON e UNACON pode ter contribuído para esse aumento aparente, à medida que mais pessoas passaram a ter acesso a exames e consultas especializadas. Dados do Atlas Oncoguia indicam a expansão dessas unidades

ao longo dos anos, o que pode ter levado a uma melhoria no rastreamento e na identificação precoce dos casos.

Paralelamente, avanços na vigilância epidemiológica e no registro dos casos também influenciaram os dados observados. A Lei nº 12.732/2012 estabeleceu um prazo máximo de 60 dias para que pacientes diagnosticados com câncer iniciem o tratamento no SUS, o que pode ter exigido um fortalecimento das ferramentas de monitoramento e controle da doença. A Portaria nº 874/2013 reforçou a necessidade de melhores registros e acompanhamento dos casos, enquanto a Portaria nº 1.399/2019 formalizou a obrigatoriedade do RHC em unidades de referência, consolidando a necessidade de vigilância ativa. Como resultado, as notificações podem ter se tornado mais frequentes e abrangentes, refletindo mais a capacidade de detecção do que um crescimento real da incidência.

A evolução dos sistemas de informação e monitoramento pode ter sido outro fator determinante nesse contexto. A substituição do Siscan pelo PO, a partir de 2018, pode ter facilitado o monitoramento dos casos diagnosticados e tratados no país. Esse aumento mais acentuado a partir de 2018 parece refletir, em grande medida, a melhora na captação dos casos após a transição de sistemas, bem como a intensificação da obrigatoriedade de registros promovida pela Portaria nº 1.399/2019. O novo sistema favoreceu a integração de diferentes bases de dados e ampliou o controle sobre a trajetória dos pacientes, reduzindo subnotificações e tornando mais visíveis casos que antes poderiam não ser registrados.

A ampliação das estratégias de rastreamento também pode ter contribuído para o aumento dos casos diagnosticados. Diretrizes nacionais para o rastreamento de câncer de mama e colo do útero passaram por revisões nos últimos anos, incentivando a realização de exames preventivos em populações de maior risco. O avanço do uso da mamografia e do teste de DNA-HPV, por exemplo, pode ter levado à identificação de tumores em estágios iniciais, o que ajuda a explicar, em parte, o crescimento das estatísticas de incidência.

Além dos fatores estruturais e das políticas de saúde, aspectos epidemiológicos e ambientais também podem estar associados a essa tendência. O envelhecimento populacional é um dos principais fatores, uma vez que o câncer é mais prevalente em pessoas idosas. Fatores de risco como TUA, tabagismo, obesidade, hábitos alimentares e poluição ambiental continuam exercendo influência sobre a incidência da doença. Além disso, avanços nas técnicas de imagem e nos exames laboratoriais possibilitam a identificação de tumores menores e mais precoces, contribuindo para o aumento dos registros.

Por fim, este capítulo analisou a evolução da incidência dos principais tipos de câncer associados ao consumo de álcool no Brasil entre 2013 e 2021. Os resultados refletem a influência de fatores de risco, como o uso de álcool, mas também estão fortemente

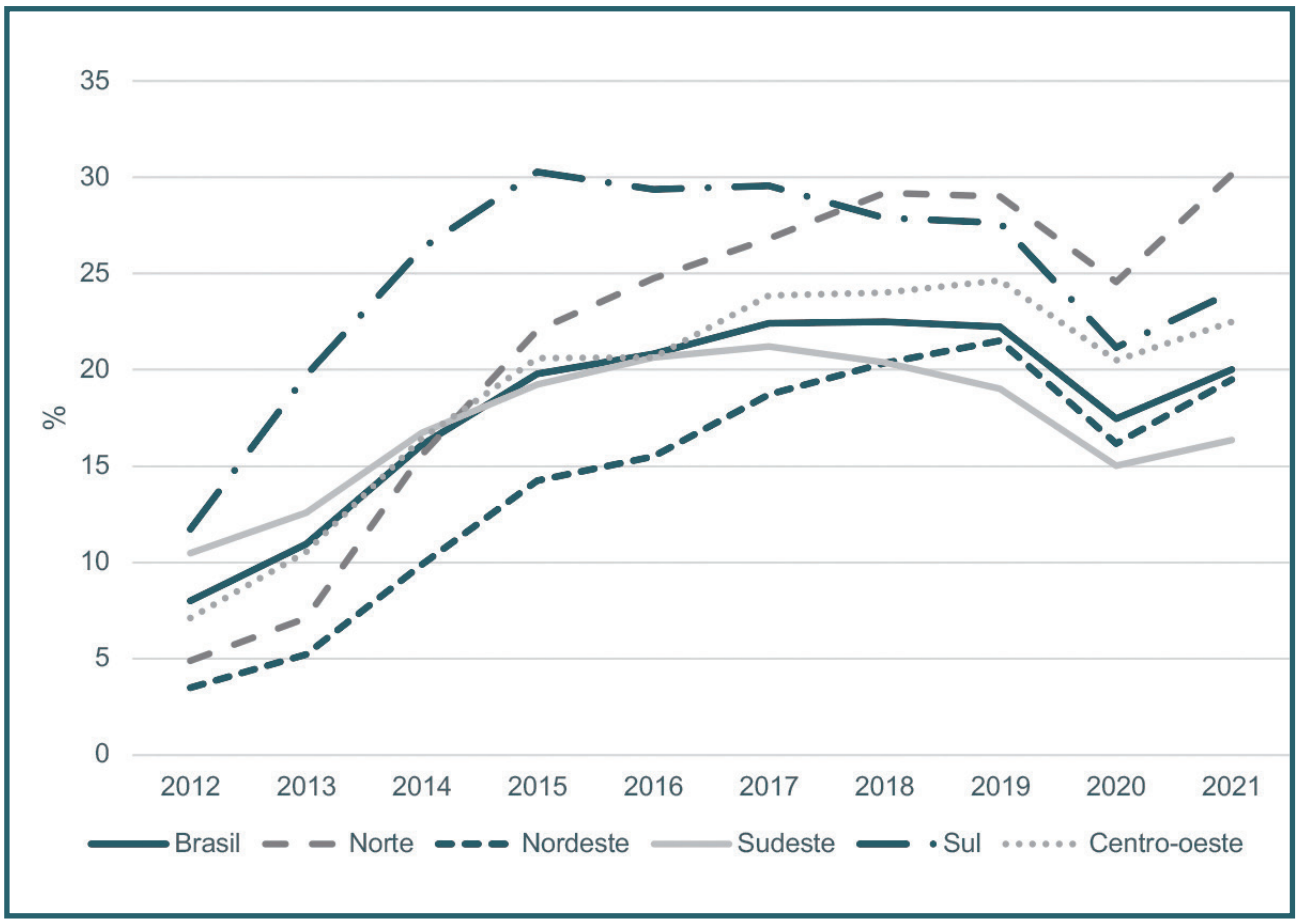
associados a mudanças nos sistemas de detecção, registro e rastreamento de casos na rede pública. O aumento mais expressivo observado a partir de 2018/2019 reforça a necessidade de considerar essas transformações no sistema de informação ao interpretar os dados. Diante disso, os resultados devem ser lidos com cautela, considerando que parte do crescimento pode refletir avanços na vigilância epidemiológica, e não necessariamente um aumento real da doença. Ainda assim, as informações aqui sistematizadas contribuem para o mapeamento de indicadores relevantes e para o fortalecimento das estratégias de monitoramento e prevenção no país.

3.3. HIV/AIDS

O consumo de álcool reduz a percepção de risco e favorece o engajamento em comportamentos que aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, como relações sexuais desprotegidas, envolvimento com múltiplos parceiros e práticas sexuais com indivíduos de alto risco (KRESINA *et al.*, 2002; WINDLE *et al.*, 1997). Esse padrão de consumo foi associado a um aumento significativo no risco de infecção pelo HIV, conforme demonstrado em uma revisão sistemática conduzida por Baliunas e colaboradores, que identificou um aumento de 77% no risco geral. Esse risco se torna ainda mais elevado — atingindo 87% — entre aqueles que consomem álcool antes ou durante relações sexuais. Além disso, indivíduos que bebem em excesso apresentam o dobro do risco em comparação com aqueles que não adotam um padrão de consumo (BALIUNAS *et al.*, 2010). Nota-se que esses dados são expressivamente superiores à FAA, apresentados previamente. Além disso, o consumo de álcool também pode contribuir com a transmissão do vírus através de mecanismos fisiológicos, com o aumento dos níveis de replicação do vírus, por exemplo (PANDREA *et al.*, 2010).

Neste capítulo, são apresentados dados de casos de HIV e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) extraídos do "Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS 2023", publicado pelo MS (2023). As fontes utilizadas para a obtenção dos dados incluem as notificações compulsórias de casos de HIV e AIDS no Sinan e os registros de óbitos atribuídos à AIDS no SIM, além dos dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Inicialmente, os dados foram extraídos dos boletins e, posteriormente, as taxas brutas foram calculadas por 100 mil habitantes, utilizando a projeção populacional das Unidades da Federação por sexo, idade simples e grupos de idade (2010-2060, edição 2018), disponíveis no DataSUS. A compilação desses dados é demonstrada a seguir nos gráficos 37 e 38.

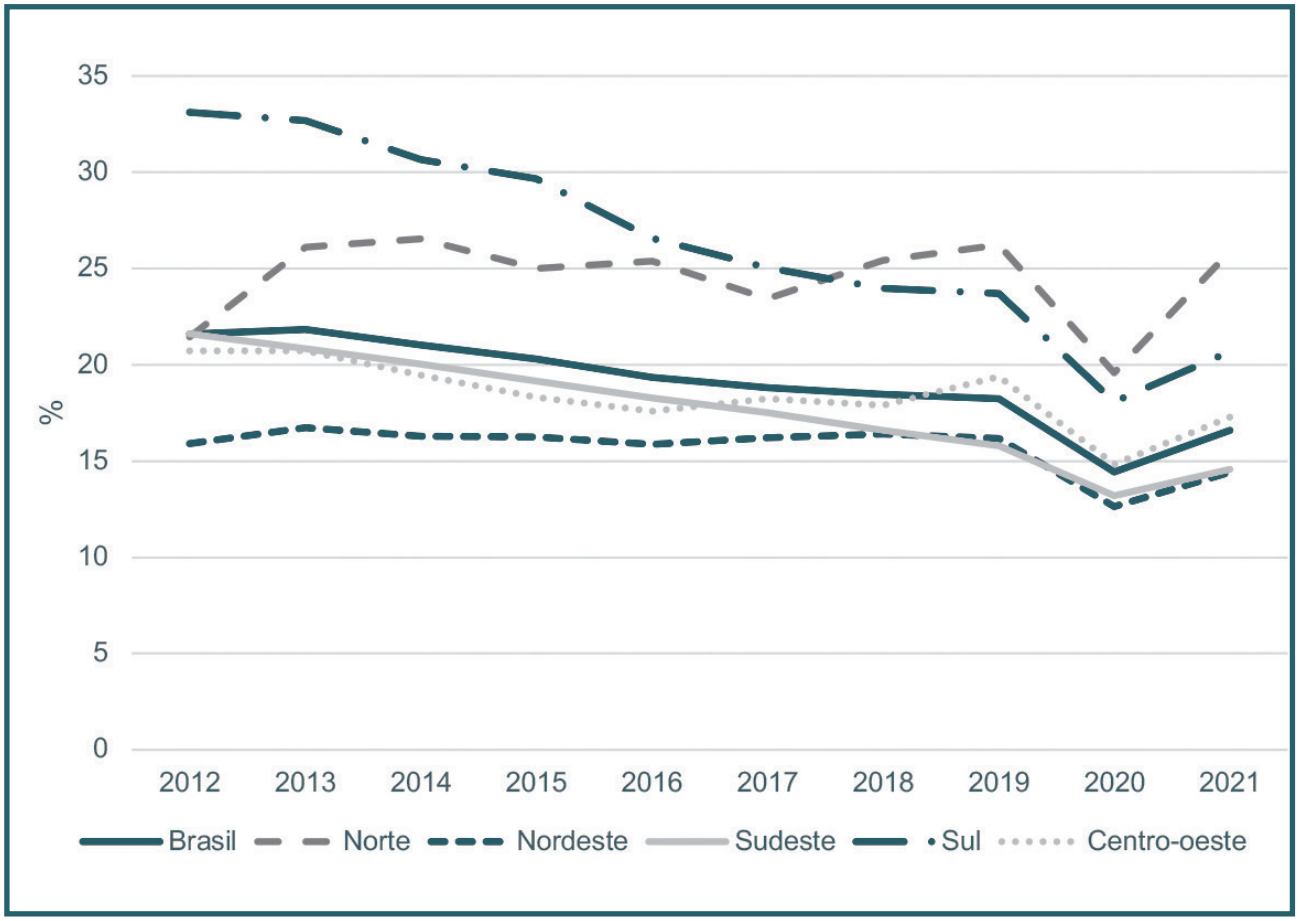
GRÁFICO 37. Casos de HIV notificados no Sinan, por 100 mil habitantes, por região – Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS 2023; Ministério da Saúde.

Entre 2012 e 2021, observou-se um aumento significativo na taxa de casos de HIV por 100 mil habitantes no Brasil, com destaque para as regiões Norte e Sul. O Norte apresentou o crescimento mais expressivo, passando de 4,9 casos em 2012 para 30,15 em 2021, possivelmente relacionado à expansão de diagnósticos e menor acesso a políticas de prevenção. No Sul, a taxa se manteve alta ao longo dos anos, atingindo um pico em 2015, indicando um cenário preocupante em termos de disseminação do vírus. Em contraste, o Sudeste e o Nordeste, embora tenham registrado crescimento, demonstraram certa estabilidade após 2019. A queda em 2020, seguida por recuperação em 2021, pode estar relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde, interrompendo diagnósticos e acompanhamento adequado.

GRÁFICO 38. Casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, por 100 mil habitantes, por região – Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS 2023; Ministério da Saúde.

Entre 2012 e 2021, os casos de AIDS por 100 mil habitantes no Brasil apresentaram uma tendência de queda não linear, marcada por oscilações regionais, na contramão dos diagnósticos de HIV, que registraram aumento no mesmo período. Enquanto o Norte e o Sul tiveram períodos de alta seguidos por quedas expressivas, outras regiões mostraram redução mais estável. A diminuição mais acentuada ocorreu a partir de 2015, com uma queda abrupta em 2020, possivelmente em decorrência da pandemia de COVID-19. No entanto, em 2021, algumas regiões, como Norte e Sul, registraram leve alta nos casos, reforçando que, apesar da tendência geral de redução dos casos de AIDS, desafios pontuais permanecem, exigindo atenção contínua.

A análise evidenciou padrões distintos na evolução dos casos de HIV e AIDS no Brasil, influenciados por fatores como a ampliação do acesso a diagnóstico e tratamento, além do impacto da pandemia de COVID-19 nas notificações. Diversos fatores precisam ser

considerados para compreender esses resultados. A ampliação da profilaxia pós-exposição (PEP) e da profilaxia pré-exposição (PrEP), por exemplo, pode ter contribuído para a queda inicial nas infecções por HIV, enquanto os tratamentos mais efetivos auxiliaram na redução dos casos de AIDS e na diminuição da transmissibilidade do vírus. Esses avanços refletem esforços importantes no âmbito das políticas públicas de saúde e reforçam o papel das estratégias preventivas no controle da epidemia.

Mudanças no padrão de consumo de álcool também precisam ser consideradas. O consumo de álcool é amplamente reconhecido na literatura científica como um fator que contribui para a vulnerabilidade ao HIV, ao reduzir a percepção de risco, aumentar o envolvimento em relações sexuais de risco e comprometer a continuidade do tratamento antirretroviral. Apesar disso, essa associação ainda é pouco reconhecida pela população em geral, o que destaca a importância de campanhas de conscientização que abordem os vínculos entre o uso de álcool e a infecção pelo HIV. O monitoramento contínuo dos casos de HIV e AIDS também pode ser uma forma indireta de avaliar o impacto de políticas públicas voltadas para o consumo de álcool, já que os comportamentos de risco associados ao uso da substância — como relações sexuais desprotegidas e baixa adesão ao tratamento — estão relacionados ao aumento da vulnerabilidade à infecção. Entretanto, a ficha de notificação não investiga elementos de risco como o uso de álcool, apenas fatores diretamente relacionados à via transmissão. Seria relevante, que os fatores associados à infecção pudessem ser identificados, para nortear estratégias preventivas.

As variações observadas entre as regiões sugerem desigualdades na cobertura de serviços de saúde, no acesso aos métodos de prevenção e na capacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica. Ainda assim, os dados indicam avanços importantes e reforçam a necessidade de estratégias integradas de prevenção, que considerem os múltiplos determinantes sociais, estruturais e comportamentais da infecção pelo HIV.

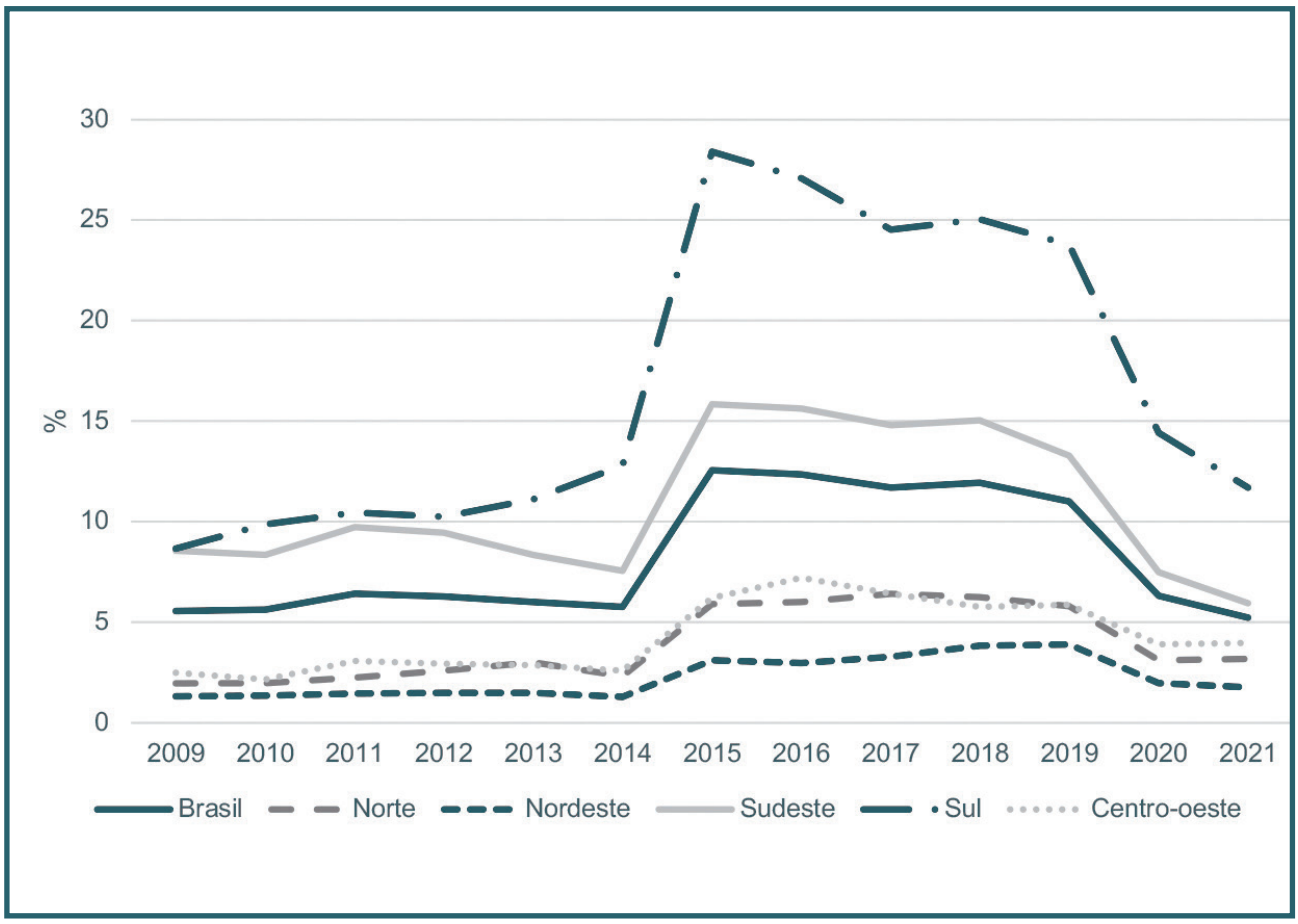
Este capítulo apresentou uma análise da evolução dos casos de HIV e AIDS no Brasil, com base nos dados extraídos do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde. A partir desses dados, foi possível observar tendências distintas ao longo do período analisado. Enquanto os casos de AIDS por 100 mil habitantes demonstraram uma queda progressiva entre 2012 e 2020 — com leve aumento em 2021, especialmente nas regiões Norte e Sul —, os diagnósticos de HIV mantiveram tendência crescente até 2019, com queda em 2020 e novo aumento em 2021. Diversos fatores podem explicar esses padrões, como a ampliação do acesso aos testes diagnósticos e ao tratamento antirretroviral. Além disso, a pandemia de COVID-19 impactou diretamente o número de diagnósticos e notificações, dificultando o acompanhamento regular dos indicadores em 2020.

3.4. Hepatites C

O fígado é o órgão alvo afetado pelos vírus de hepatites e o principal órgão responsável por metabolizar o álcool. O consumo da substância contribui com infecções por hepatites C através da promoção da replicação do vírus e estresse oxidativo, suprimindo a resposta imune. Ainda, a interação entre álcool e hepatites virais (B e C) contribui com um risco aumentado do desenvolvimento de fibrose hepática, cirrose terminal e câncer hepático (XU *et al.*, 2021).

Nesta seção, são apresentados os casos de hepatites C extraídos de três edições do "Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais" (2022, 2021 e 2018), publicadas pelo MS. Os dados referentes aos anos de 2010 até 2021 foram extraídos do Boletim de 2022; já os referentes aos anos de 2004 até 2008 foram extraídos da edição de 2018; e os de 2009 foram extraídos da publicação de 2021. Não foram encontrados dados sobe casos confirmados de hepatite C anteriores ao ano de 2009 por região de residência e ano de diagnóstico. Os dados foram complementados com as notificações de casos de Hepatites no Sinan. As taxas de incidência por região foram calculadas por 100 mil habitantes, a partir das estimativas de 1992 a 2021 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária), disponíveis no DataSUS.

GRÁFICO 39. Casos confirmados de hepatite C, por região – Brasil, 2009 a 2021.



Fonte: DCCI/SVS/MS – Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018-2022.

A hepatite C apresentou estabilidade nos casos entre 2009 e 2014, seguida por um aumento expressivo em 2015 e uma posterior tendência de queda a partir de 2019, retornando ao patamar anterior em 2021. Todas as regiões seguiram esse mesmo padrão, com destaque para a Região Sul, que apresentou as maiores taxas de detecção, enquanto a Região Nordeste concentrou os menores índices.

Mudanças na vigilância epidemiológica e a ampliação do acesso a diagnóstico e tratamento influenciaram diretamente esse comportamento. O pico de casos em 2015 pode ser atribuído a múltiplos fatores. Em primeiro lugar, destaca-se a mudança na definição de caso para fins de vigilância epidemiológica, que tornou os critérios mais sensíveis, aumentando os registros de novos diagnósticos. Em paralelo, a ampliação do acesso a testes rápidos e o início de uma nova era no tratamento da hepatite C contribuíram para o aumento na busca por diagnóstico.

Até 2014, o tratamento disponível no SUS era baseado na combinação de interferona

peguilada (injeção semanal) e ribavirina (medicação oral), com duração de 24 a 48 semanas. A taxa de cura variava entre 40% e 50%, com alta taxa de efeitos adversos, como febre, anemia, fadiga e sintomas depressivos, o que dificultava a adesão e limitava sua aplicação a alguns grupos específicos. A partir de 2015, o Brasil incorporou os antivirais de ação direta (DAAs), que transformaram completamente o cenário terapêutico da hepatite C. De uso oral, com duração de 8 a 12 semanas, esses medicamentos apresentaram eficácia superior a 95%, com menor toxicidade e melhor tolerância. Os DAAs atuam diretamente sobre o ciclo de vida do vírus da hepatite C (HCV) e passaram a ser disponibilizados de forma universal no SUS, com ampliação progressiva nos anos seguintes. Em 2018, novas combinações foram incorporadas, otimizando ainda mais o acesso e os resultados clínicos.

O impacto dessa inovação terapêutica foi visível: além de estimular a busca ativa por diagnósticos, os DAAs contribuíram para a redução da transmissão viral, o que pode explicar, em parte, a queda dos registros a partir de 2019. Contudo, é importante considerar que esse declínio também coincide com a pandemia de COVID-19, que impactou negativamente a vigilância epidemiológica, desviando recursos e reduzindo a notificação de doenças não prioritárias. Outro fator metodológico relevante é que, desde 2021, o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais passou a utilizar o ano de diagnóstico, e não mais o de notificação, como referência para os registros. Essa alteração trouxe maior precisão à análise, evitando distorções causadas por atrasos, mas também pode dificultar comparações com séries históricas anteriores — especialmente entre 2015 e 2020.

As disparidades regionais observadas devem ser interpretadas à luz de desigualdades estruturais no acesso à saúde, cobertura de testagem, capacidade de rastreamento e implementação de políticas públicas. Enquanto algumas regiões avançaram rapidamente com estratégias de eliminação da hepatite C, outras enfrentaram desafios como baixa cobertura diagnóstica, fragilidade na atenção básica e subnotificação.

Há uma alta prevalência de HCV em indivíduos com TUA, o que, além de acelerar a progressão da hepatite C, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Isso torna o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado ainda mais cruciais, especialmente em grupos populacionais vulneráveis.

Em síntese, este capítulo apresentou a evolução dos casos de hepatite C no Brasil, discutindo tendências temporais, variações regionais e fatores contextuais que influenciaram os registros ao longo dos anos. O pico em 2015 pode ser explicado pela mudança na definição de caso para fins de vigilância epidemiológica, tornando a triagem mais sensível e elevando os registros de novos diagnósticos. A queda observada a partir de 2019 está possivelmente relacionada ao maior acesso a tratamentos eficazes, que permitem a cura da doença e reduzem a transmissão. Esse cenário evidencia a interação entre avanços terapêuticos, mudanças metodológicas, desigualdades regionais e impactos

externos como a pandemia. O monitoramento contínuo, o acesso universal ao tratamento e ações integradas de prevenção e rastreamento são essenciais para que o Brasil alcance a meta de eliminação da hepatite C como problema de saúde pública até 2030, conforme proposto pela OMS.

3.5. Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas mais impactadas pelo consumo de álcool, com uma FAA estimada em 20%, ou seja, um em cada cinco casos poderia ser evitado na ausência do consumo de álcool. Isso ocorre porque o álcool compromete a imunidade, aumenta o risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e pode dificultar a adesão ao tratamento, favorecendo a progressão para formas mais graves e contagiosas da doença. Esse fenômeno aumenta o risco de transmissão e de desenvolvimento de resistência medicamentosa, criando um ciclo de vulnerabilidade e reforçando a necessidade de estratégias de controle mais eficazes para essa população. Neste capítulo, serão apresentados os dados de incidência de tuberculose no Brasil, considerando os casos confirmados notificados no Sinan.

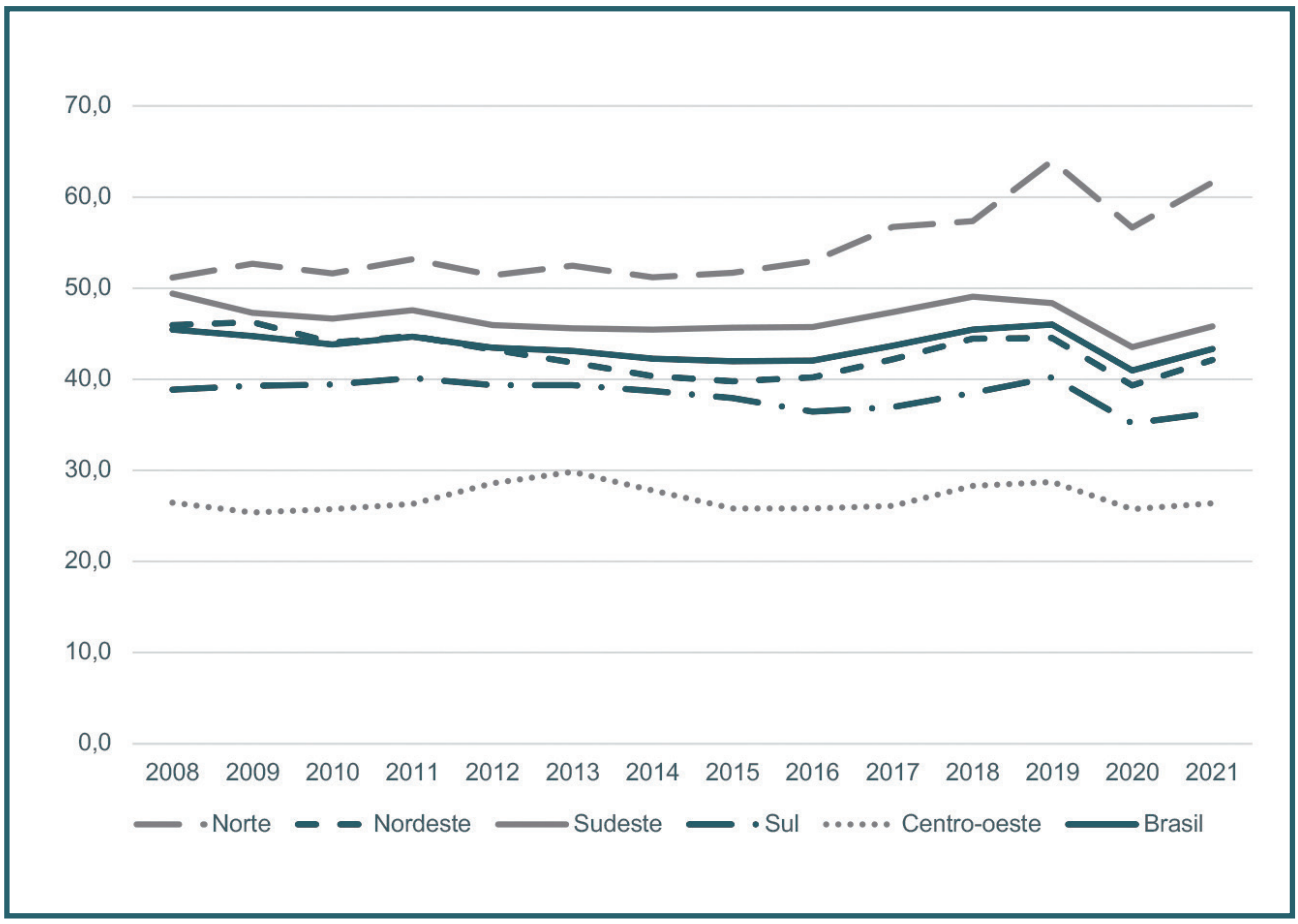
Inicialmente, os dados foram acessados com recorte por região, permitindo visualizar variações geográficas da doença. Posteriormente, foram identificados os casos de tuberculose entre pessoas que relataram consumo de álcool, permitindo um recorte epidemiológico essencial para políticas de saúde pública.

As estimativas de incidência por 100 mil habitantes foram calculadas com base na População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2021.

Para melhor compreensão dos padrões da doença, serão apresentados dois gráficos:

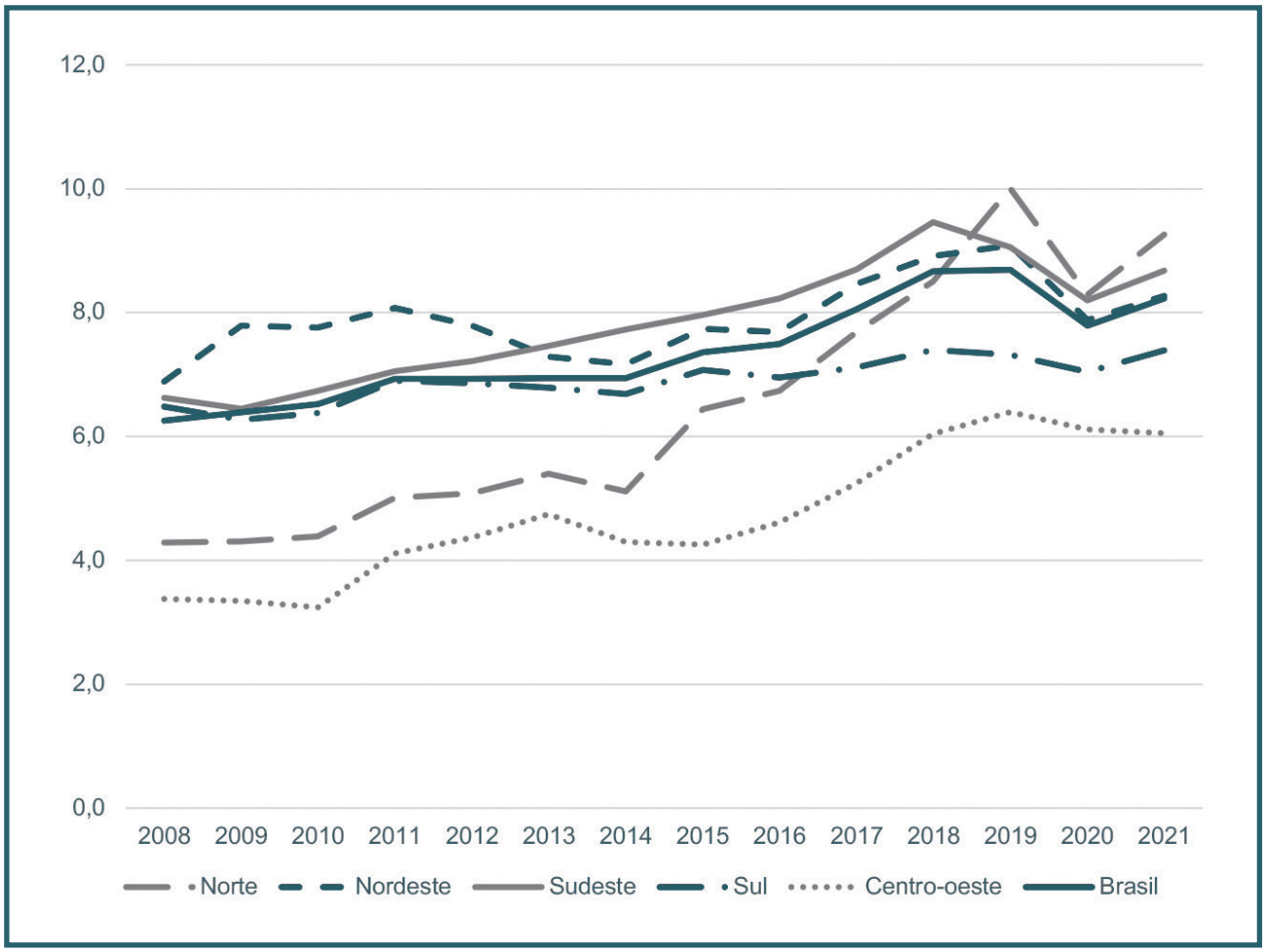
- Incidência geral de tuberculose no Brasil, com distribuição regional.
- Incidência de tuberculose entre pessoas que relataram consumo de álcool, destacando sua maior vulnerabilidade à doença.

GRÁFICO 40. Casos confirmados de tuberculose, por região – Brasil, 2008 a 2021.



Fonte: Sinan.

GRÁFICO 41. Casos confirmados de tuberculose com relato de consumo de álcool, por região – Brasil, 2008 a 2021.



Fonte: Sinan.

A análise da incidência de TB entre pessoas com TUA revela um padrão distinto em relação à população geral, indicando maior vulnerabilidade desse grupo. Enquanto a taxa de incidência na população geral permaneceu relativamente estável entre 2008 e 2021, variando de 45,4 para 43,3 por 100 mil habitantes (Gráfico 40), entre indivíduos com TUA, a incidência aumentou de 6,3 para 8,2 por 100 mil habitantes no mesmo período (Gráfico 41). Essa diferença sugere que, mesmo sem grandes variações no total de casos, a carga da TB tem se tornado desproporcionalmente maior nesse grupo, indicando um fator de risco crescente e, possivelmente, subestimado.

Durante 2020, observou-se uma redução temporária na incidência registrada, isso decorre da crise sanitária decorrente da pandemia da COVID-19 que impactou diretamente a vigilância epidemiológica da TB, comprometendo diagnósticos, rastreamento de contatos e adesão ao tratamento, conforme destaca o Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2024

(BRASIL, 2024b). Esse impacto foi ainda mais expressivo entre populações vulneráveis, como pessoas com TUA, que já enfrentavam dificuldades no acesso ao sistema de saúde antes da pandemia.

A interpretação dos dados apresentados precisa considerar o impacto das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da TB, que passaram por avanços importantes nos últimos 15 anos, mas cujo impacto ainda não é plenamente mensurável. Em 2011, ocorreu a publicação do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, atualizado em 2015, que reforçou diretrizes para detecção precoce e tratamento adequado. Em 2014, a Portaria nº 1.271 tornou obrigatória a notificação de todos os casos de TB no SINAN, fortalecendo a vigilância epidemiológica e permitindo maior rastreabilidade dos casos. Em 2017, o Brasil lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, alinhado às diretrizes da OMS, estabelecendo metas para reduzir a incidência e a mortalidade da doença.

Entretanto, a abordagem da TB em pessoas com TUA ainda apresenta lacunas significativas. O Plano Nacional prevê a expansão do Tratamento Preventivo da Tuberculose para grupos prioritários, incluindo pessoas vivendo com HIV/AIDS, contatos de TB ativa, crianças menores de dois anos, indivíduos afetados pela desnutrição, tabagismo e diabetes, e mais recentemente pessoas com TUA. No entanto, a implementação dessas medidas ainda enfrenta desafios, como dificuldade na triagem de pacientes com TUA, falta de integração entre programas de saúde mental e tratamento de TB, além de barreiras sociais e econômicas que dificultam o acompanhamento contínuo desse grupo.

O TB é uma das poucas doenças em que o TUA é coletado na ficha de notificação. O alcoolismo é listado na seção de Doenças e Agravos Associados, mas a ausência de critérios diagnósticos claros para TUA na ficha de notificação pode gerar inconsistências na notificação, comprometendo a precisão dos dados epidemiológicos e dificultando intervenções direcionadas. Sem critérios padronizados, a identificação do TUA depende da percepção do profissional de saúde. Além disso, não há uma triagem sistemática para o uso de álcool nos serviços de TB, pois o foco da consulta geralmente está no tratamento da infecção. Instrumentos padronizados, raramente são utilizados, o que pode levar à subnotificação de TUA entre os casos de tuberculose e mascarando a real magnitude do problema. O estigma associado ao consumo abusivo de álcool também contribui para essa subnotificação, pois muitos pacientes evitam relatar o uso de álcool por medo de julgamento ou discriminação. Em alguns casos, profissionais de saúde deixam de perguntar diretamente sobre o consumo, considerando-o um tema secundário ou sensível, o que dificulta ainda mais a identificação de TUA.

Além disso, limitações nos sistemas de vigilância epidemiológica comprometem a notificação da TB associada ao TUA. A qualidade dos dados do SINAN pode variar entre

estados e municípios, levando a discrepâncias na notificação. A falta de integração entre os sistemas de saúde mental e tuberculose também dificulta o cruzamento de informações, impedindo que pacientes sejam corretamente contabilizados em ambos os contextos.

Este capítulo apresentou o panorama epidemiológico da TB no Brasil, com um recorte específico para pessoas com TUA. Os dados demonstram que o controle da tuberculose não pode ser tratado de forma homogênea. Embora a incidência geral tenha se mantido estável, o aumento dos casos entre pessoas com TUA revela padrões específicos de vulnerabilidade, exigindo intervenções direcionadas. Assim, ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento, fortalecer o rastreamento ativo e adaptar abordagens para essa população são passos fundamentais para um controle mais eficaz da tuberculose no Brasil. Para melhorar a vigilância epidemiológica, é essencial padronizar critérios diagnósticos para TUA na notificação da TB, incorporar instrumentos de triagem validados, capacitar profissionais de saúde e integrar os sistemas de TB e saúde mental, garantindo dados mais precisos e intervenções mais eficazes para essa população vulnerável.

3.6. Mortalidade associada ao consumo de álcool

Este capítulo traz uma estimativa das mortes direta e indiretamente associadas ao consumo de álcool no período de 2008 a 2021 no Brasil. Os dados apresentados foram obtidos no SIM, disponibilizado no DataSUS. O SIM contém registros das Declarações de Óbito (DO), que são documentos padronizados emitidos por médicos que informam a causa básica de morte, conforme a normatização da OMS. Foram adotados os critérios da CID-10, com base na lista de FAA apresentada previamente. As taxas de mortalidade foram calculadas por 100 mil habitantes, utilizando a projeção populacional das Unidades da Federação por sexo, idade simples e grupos de idade (2010-2060, edição 2018), disponíveis no DataSUS. Os óbitos por causa e por ano estão apresentados na Tabela 8.

TABELA 8. Taxas de mortalidade por causa por 100.000 habitantes – Brasil, 2000 a 2021.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TUA	2,8	2,9	2,9	2,9	3,2	3,4	3,5	3,7	3,8	3,5	3,6	3,7	3,5	3,5	3,2	3,2	3,1	3,0	3,1	3,1	4,0	4,1
Envenenamento causado pelo álcool	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,03	0,04	0,06	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03
Miopatia alcoólica	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Colisão de trânsito	16,7	17,3	18,3	18,2	19,1	19,4	19,5	19,9	20,2	19,6	22,2	22,3	22,9	21,4	21,9	19,2	18,4	17,4	15,8	15,4	15,7	16,1
Colisão de trânsito (homens)	27,4	28,6	30,3	30,0	31,6	32,1	32,4	33,2	33,5	32,5	36,9	37,4	38,2	35,8	36,6	32,2	30,9	29,1	26,7	26,1	27,0	27,5
Colisão de trânsito (mulheres)	6,3	6,3	6,7	6,8	7,0	7,2	7,1	7,0	7,3	7,1	8,0	7,8	8,2	7,6	7,7	6,6	6,3	6,1	5,3	5,1	4,9	5,3

Afogamentos	3,5	3,3	3,6	3,3	3,5	3,3	3,3	3,2	3,0	3,2	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3	2,4	2,3
Lesões autoprovocadas	3,9	4,4	4,4	4,4	4,4	4,7	4,7	4,7	4,9	4,9	4,9	5,1	5,3	5,3	5,4	5,6	5,6	6,1	6,2	6,5	6,6	7,3
AVC hemorrágico	21,8	22,9	23,2	24,2	25,1	25,1	25,1	25,2	25,6	26,0	26,0	26,4	26,8	26,8	27,1	27,2	27,9	27,8	26,8	26,6	25,0	26,2
AVC isquêmico	13,4	14,0	14,4	14,9	15,4	15,9	16,7	17,1	17,3	17,9	18,1	18,2	18,5	18,5	18,6	19,0	19,3	20,4	21,1	21,3	19,9	20,6
Câncer de laringe	1,4	1,5	1,6	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	2,0	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1
Câncer colorretal	4,4	4,6	4,9	5,0	5,2	5,6	5,8	6,0	6,4	6,5	6,9	7,1	7,4	7,7	8,1	8,2	8,6	9,1	9,4	9,8	9,6	10,0
Câncer de cavidade oral e lábio	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9
Câncer de esôfago	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,5	3,6	3,7	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9	4,0	4,0	4,1	4,1	4,1	4,2	4,2	3,9	4,0
Câncer de fígado	2,9	2,9	3,1	3,1	3,3	3,4	3,6	3,6	3,7	3,9	4,0	4,1	4,4	4,4	4,6	4,8	4,8	4,9	5,1	5,2	5,1	5,0
Câncer de mama geral	4,8	5,0	5,1	5,2	5,4	5,6	5,9	5,9	6,3	6,3	6,6	6,8	6,9	7,2	7,3	7,7	7,9	8,2	8,5	8,7	8,5	8,6
Câncer de mama mulheres	9,5	9,8	10,0	10,2	10,6	10,9	11,5	11,6	12,3	12,3	12,9	13,3	13,6	14,1	14,4	15,0	15,5	16,0	16,7	17,0	16,7	16,8
Cardiomiopatia, miocardite, endocardite	8,6	8,3	8,0	8,0	8,5	8,2	8,4	8,2	8,1	8,1	8,0	7,8	7,7	8,0	8,3	8,1	8,2	7,3	7,3	7,2	5,3	6,0
Cirrose hepática	8,8	8,7	9,0	9,0	9,1	9,0	9,3	9,7	9,8	9,7	9,9	10,0	9,9	9,9	9,7	9,8	9,8	9,6	9,3	9,2	9,3	9,8
Cirrose homens	14,7	14,6	15,0	15,0	15,3	15,1	15,6	16,1	16,3	16,2	16,4	16,6	16,5	16,6	16,1	16,3	16,3	15,8	15,3	15,1	15,3	16,2
Cirrose mulheres	3,1	3,1	3,1	3,1	3,2	3,1	3,3	3,4	3,5	3,4	3,5	3,6	3,5	3,5	3,6	3,5	3,7	3,6	3,6	3,6	3,5	3,8
Doença cardíaca hipertensiva	13,7	13,8	14,3	15,4	16,9	18,1	19,6	20,8	22,5	22,9	23,1	23,7	22,8	23,4	22,7	23,2	24,2	25,4	25,5	25,6	30,8	32,1
Doença cardíaca isquêmica	45,2	45,1	45,7	46,0	47,5	45,9	48,5	49,0	50,1	50,0	51,3	52,6	52,6	53,4	53,5	55,0	56,6	55,6	55,3	55,9	51,7	54,2
Doenças respiratórias inferiores	17,4	17,6	18,8	19,5	20,9	19,8	23,1	23,9	24,2	28,1	28,7	30,7	31,5	34,9	35,6	38,5	41,3	39,1	39,0	40,5	32,7	32,6
Envenenamento	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Epilepsia	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0
Exposição a forças mecânicas	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7
Fogo, calor e substâncias quentes	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
HIV AIDS	6,2	6,2	6,2	6,2	6,0	6,0	5,9	6,0	6,2	6,3	6,2	6,2	6,1	6,3	6,2	6,2	6,1	5,7	5,4	5,1	5,0	5,4
Outros tipos de câncer de faringe	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7
Pancreatite	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0
Queda	2,5	3,0	3,0	3,3	3,6	3,7	4,2	4,4	4,6	4,8	5,4	5,5	5,9	6,3	6,6	6,8	7,2	7,6	7,6	7,4	7,4	7,9
Tuberculose	3,5	3,4	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,7	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,5
Violência interpessoal	26,2	27,3	27,9	28,3	26,5	25,8	26,3	25,3	26,3	26,7	26,9	26,6	28,5	28,5	29,7	28,6	29,9	30,9	26,9	21,0	22,6	21,4
Outras lesões não intencionais	6,9	5,2	5,1	4,7	4,5	4,4	3,9	4,1	4,1	4,2	4,4	4,4	4,4	4,8	4,8	5,0	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,8

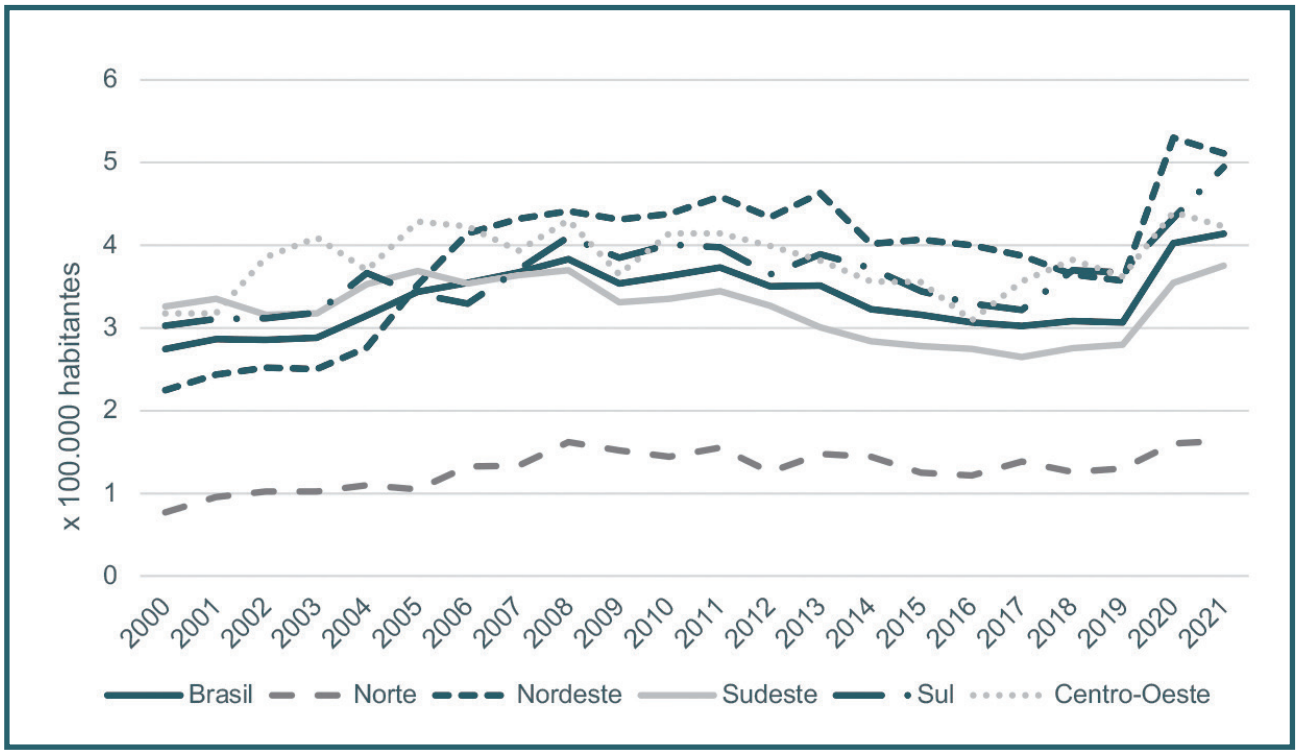
Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por TUA no Brasil apresentou um aumento gradual entre 2000 e 2008, seguido por um período de oscilações – embora com relativa estabilidade – até 2019,

quando as taxas ficaram próximas de 3,0 por 100.000 habitantes. No entanto, a partir de 2018 e até 2021, observa-se um crescimento mais acelerado, com uma variação percentual anual de 12,5%, tornando-se ainda mais expressivo em 2020 e 2021, quando os valores saltaram para 4,14 por 100.000 habitantes. Esse aumento pode estar relacionado a diversos fatores, como o maior consumo de álcool e redução do acesso ao tratamento durante a pandemia de COVID-19, bem como às consequências sociais e de saúde mental associadas a esse período.

Regionalmente, a Região Nordeste apresenta os maiores índices desde 2006, atingindo 5,30 por 100.000 habitantes em 2020, enquanto o Norte mantém historicamente os menores valores, sem grandes variações ao longo do tempo. O Sudeste, que teve taxas mais elevadas no início dos anos 2000, mostrou uma redução contínua até 2019, mas voltou a crescer em 2020 e 2021, atingindo 3,75 por 100.000 habitantes. O Sul e o Centro-Oeste seguiram trajetórias semelhantes, com oscilações e aumentos recentes, sendo que o Sul registrou o maior crescimento proporcional entre 2019 e 2021, passando de 3,67 para 4,94 por 100.000 habitantes (Gráfico 42).

GRÁFICO 42. Taxas de mortalidade de transtorno por uso de álcool por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



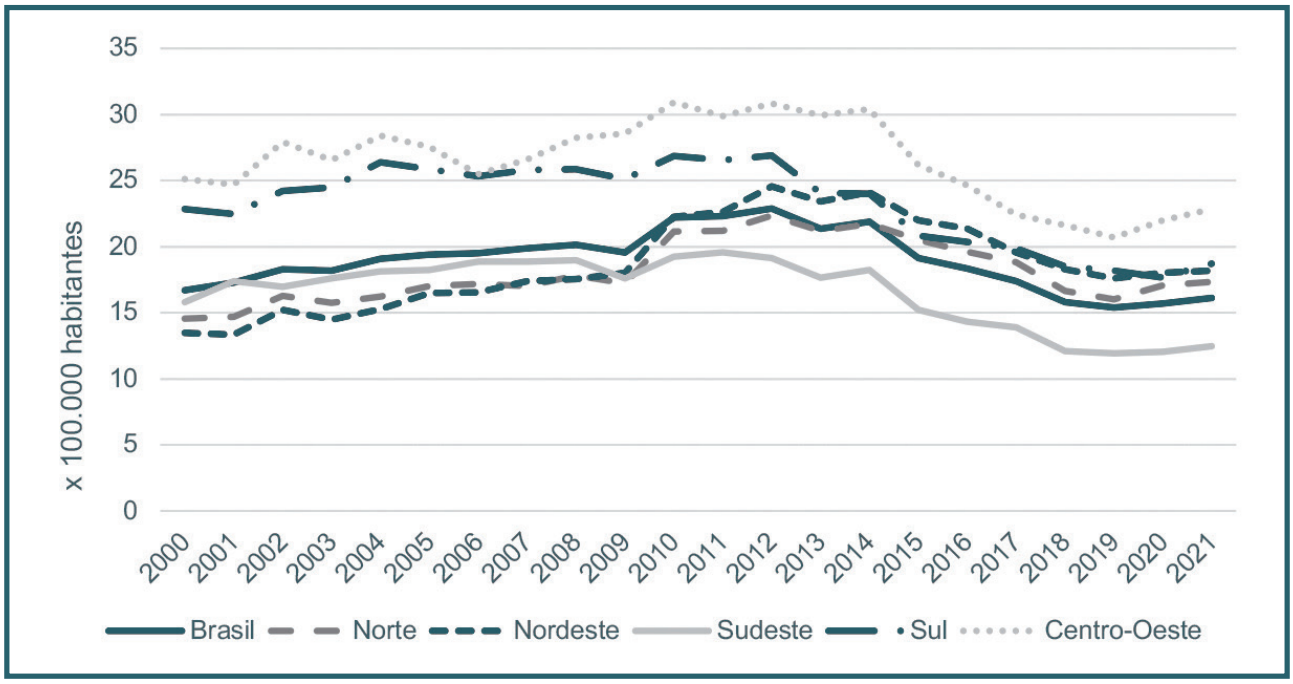
Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

As colisões de trânsito foram uma das principais causas de mortalidade no Brasil, apresentando um aumento contínuo até 2012, quando atingiram o pico de 22,9 por 100.000 habitantes. Esse crescimento pode ter sido influenciado pelo aumento da frota de veículos, pela urbanização acelerada e pelo consumo de álcool ao volante, que era ainda mais frequente antes do endurecimento da fiscalização.

A partir de 2012, observa-se uma redução gradual até 2019, o que pode estar relacionado a mudanças na legislação e ao fortalecimento das ações de fiscalização. A reformulação da Lei Seca em 2012 (Lei nº 12.760/2012) pode ter contribuído para essa queda, ao estabelecer penalidades mais severas para motoristas que dirigissem sob efeito de álcool e permitir autuações mesmo sem o teste do bafômetro. Além disso, o aumento do uso de radares eletrônicos e o endurecimento das multas para infrações graves em 2016 (Lei nº 13.281/2016) podem ter desempenhado um papel na redução das colisões fatais, especialmente em rodovias e áreas urbanas de maior circulação.

Nos anos seguintes, as taxas oscilaram levemente, mantendo-se abaixo dos níveis históricos. Em 2020, a pandemia de COVID-19 e as restrições de circulação podem ter contribuído para a redução drástica nas colisões, refletindo a menor mobilidade urbana. No entanto, em 2021, a retomada das atividades e o aumento do fluxo de veículos podem ter influenciado um leve crescimento na taxa de mortalidade.

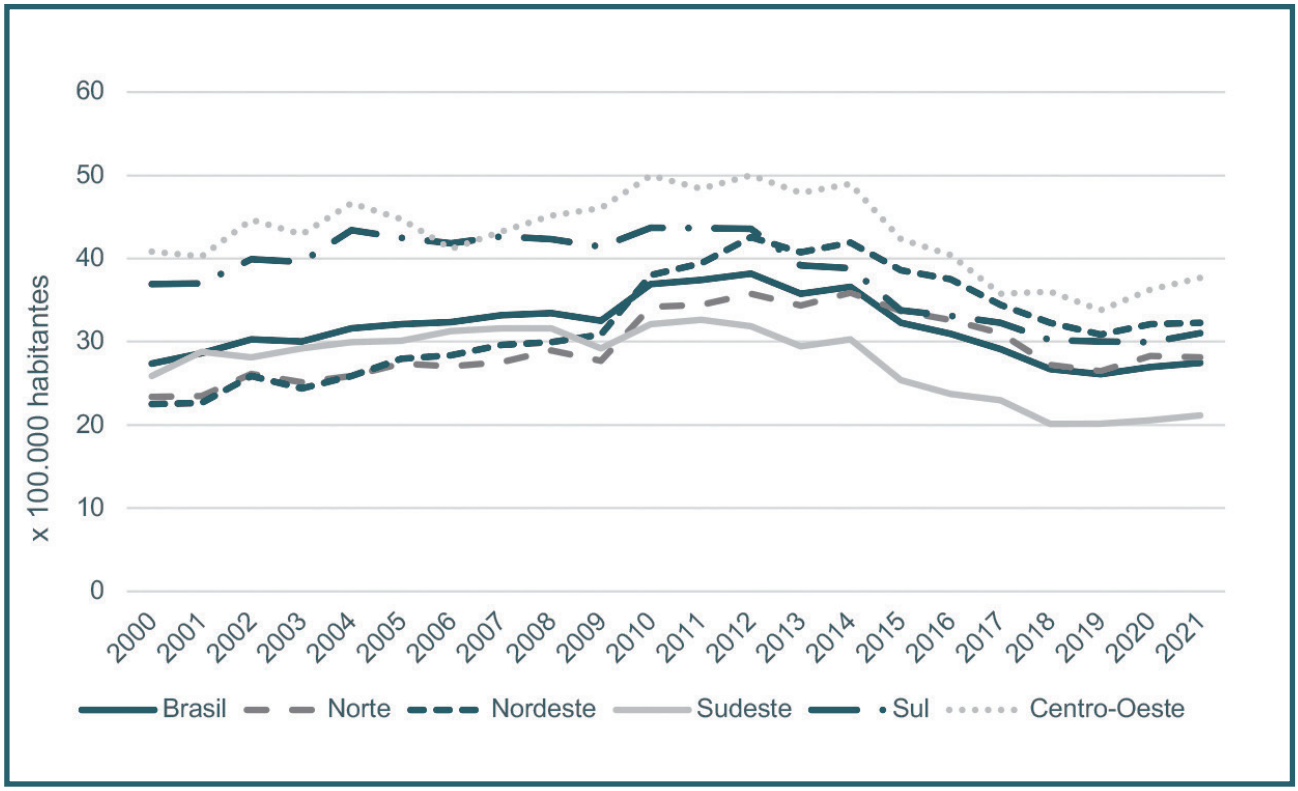
GRÁFICO 43. Taxas de mortalidade por colisões de trânsito por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

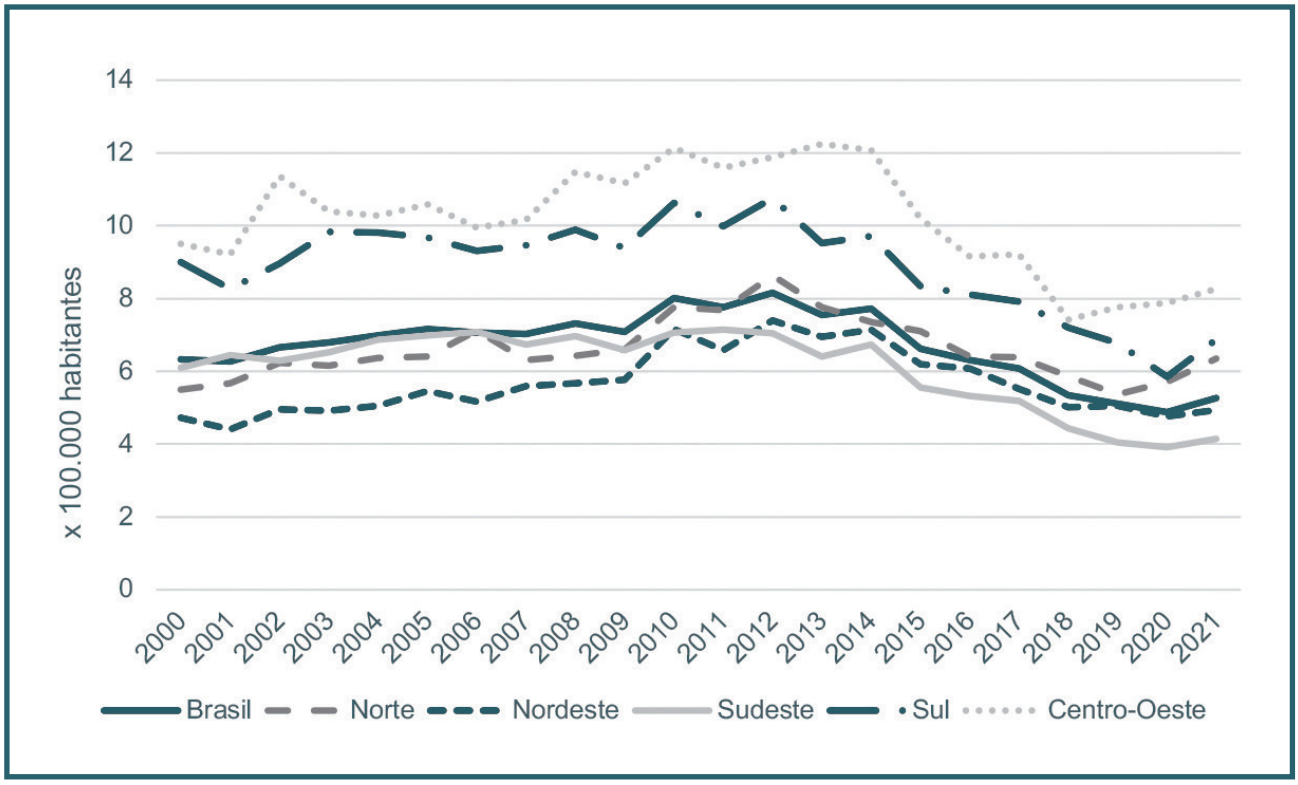
A diferença entre gêneros também é um aspecto relevante: os homens apresentaram taxas muito superiores às das mulheres, chegando a 38,2 por 100.000 habitantes em 2012, enquanto as taxas femininas permaneceram sempre abaixo de 8,2 por 100.000 habitantes. Esse padrão pode estar associado a diferentes comportamentos de risco entre os gêneros, como excesso de velocidade, direção sob efeito de álcool e maior uso de motocicletas por homens (Gráfico 44).

GRÁFICO 44. Taxas de mortalidade por colisões de trânsito em homens por 100.000 habitantes do sexo masculino, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

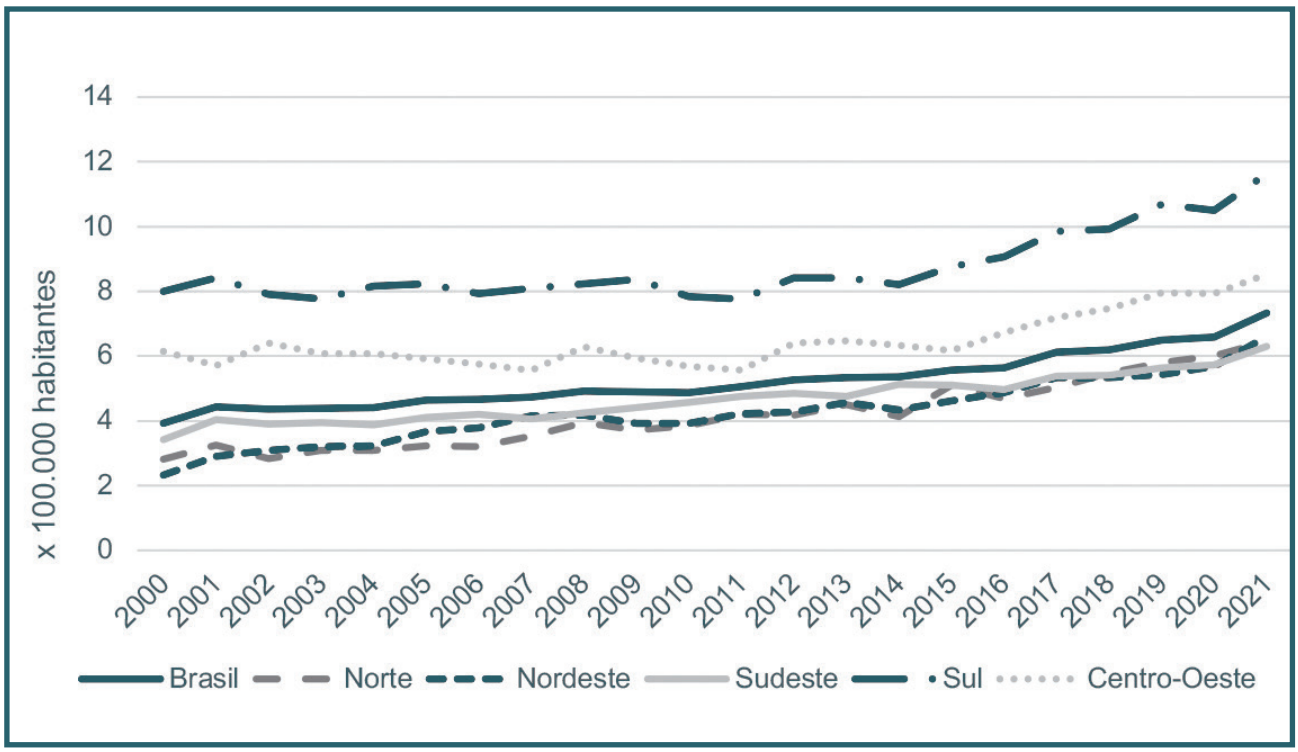
GRÁFICO 45. Taxas de mortalidade por colisões de trânsito em mulheres por 100.000 habitantes do sexo feminino, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas (suicídio) aumentou de 3,9 por 100.000 habitantes em 2000 para 7,3 por 100.000 habitantes em 2021, o que representa quase o dobro do valor inicial. Esse crescimento pode refletir tanto um aumento real na incidência de suicídios quanto melhorias na notificação dos casos, além do impacto de transtornos mentais na população. Esse aumento foi mais acentuado a partir de 2014, com um salto expressivo entre 2019 e 2021, possivelmente influenciado por fatores como a pandemia de COVID-19, isolamento social, crise econômica e maior prevalência de transtornos mentais. Regionalmente, o Sul se mantém com os índices mais altos desde o início da série histórica, atingindo 11,6 por 100.000 habitantes em 2021, enquanto o Centro-Oeste também apresenta valores elevados e tendência de crescimento. O Nordeste e o Norte, que antes tinham as menores taxas, registraram aumento acelerado nos últimos anos, indicando mudanças nos fatores de vulnerabilidade nessas regiões (Gráfico 46).

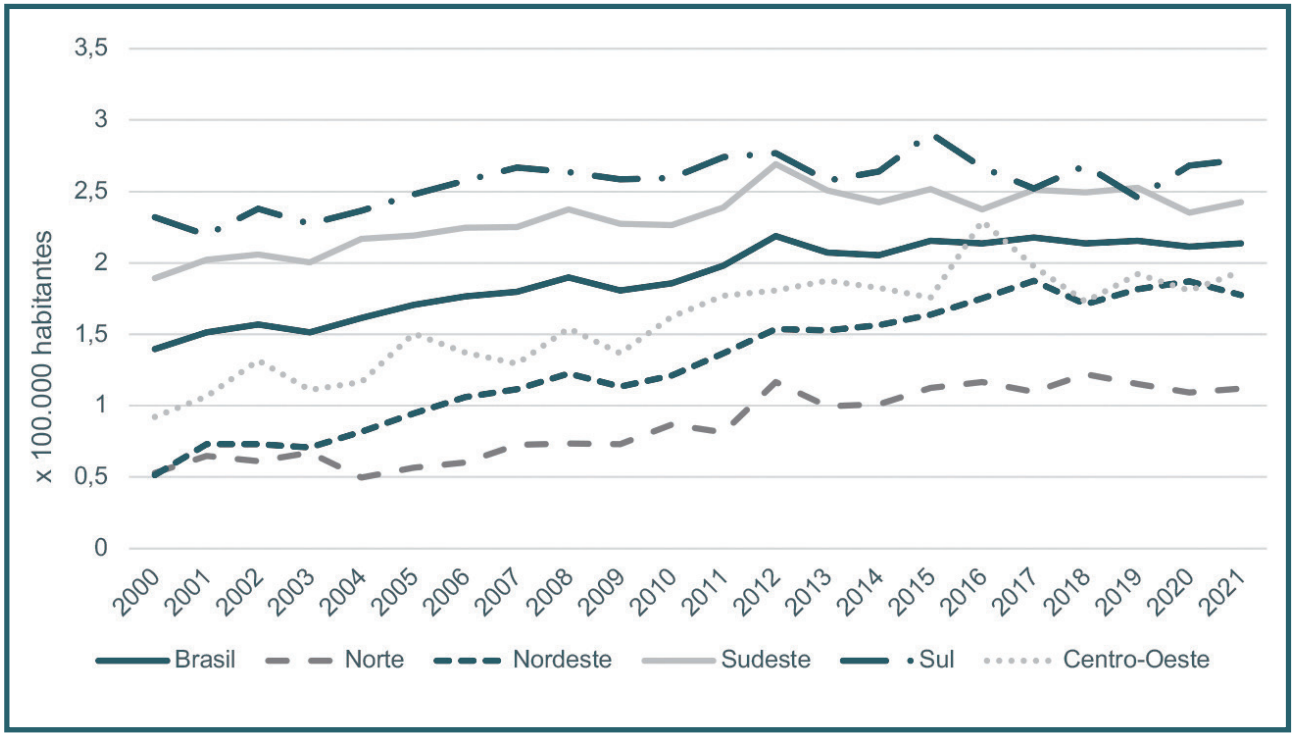
GRÁFICO 46. Taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer de laringe no Brasil apresentou crescimento contínuo entre 2000 e 2012, seguido por um período de relativa estabilidade (Gráfico 47). Essa tendência foi observada em todas as regiões, com destaque para o Sul, que registrou as maiores taxas ao longo de toda a série histórica. O Nordeste e o Sudeste seguiram um padrão semelhante ao nacional, com crescimento até 2012 e estabilização posterior, enquanto no Norte e no Centro-Oeste o aumento persistiu até 2016 antes de se estabilizar. Essa variação pode estar relacionada à exposição a fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool, além do acesso desigual ao diagnóstico precoce e ao tratamento especializado.

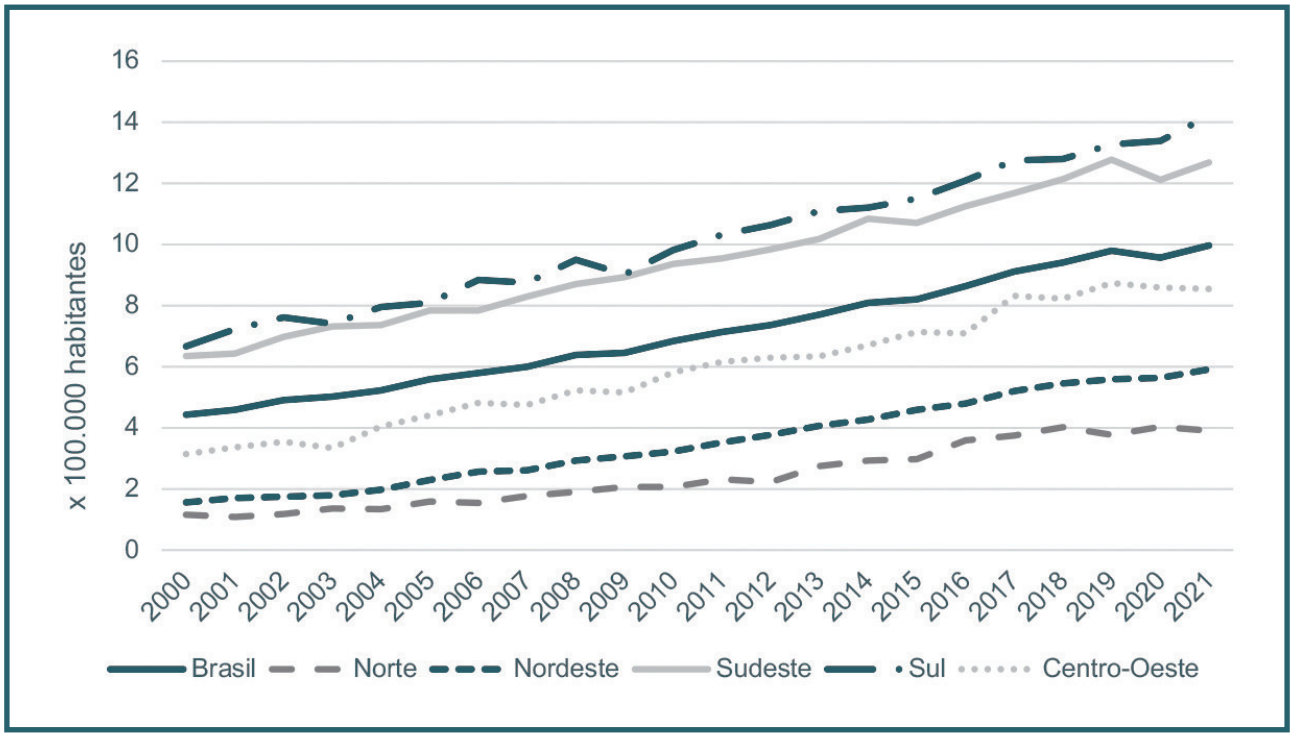
GRÁFICO 47. Taxas de mortalidade por câncer de laringe por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer colorretal no Brasil apresentou uma tendência crescente ao longo de toda a série histórica, com aumento expressivo entre 2000 e 2021. Essa tendência foi observada em todas as regiões, mas com intensidade variável. O Sul e o Sudeste registraram as maiores taxas, seguidos pelo Centro-Oeste, enquanto o Norte manteve os menores índices, embora tenha apresentado crescimento nos últimos anos. O aumento pode estar associado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida, além de desigualdades no acesso a exames de rastreamento, como a colonoscopia (Gráfico 48).

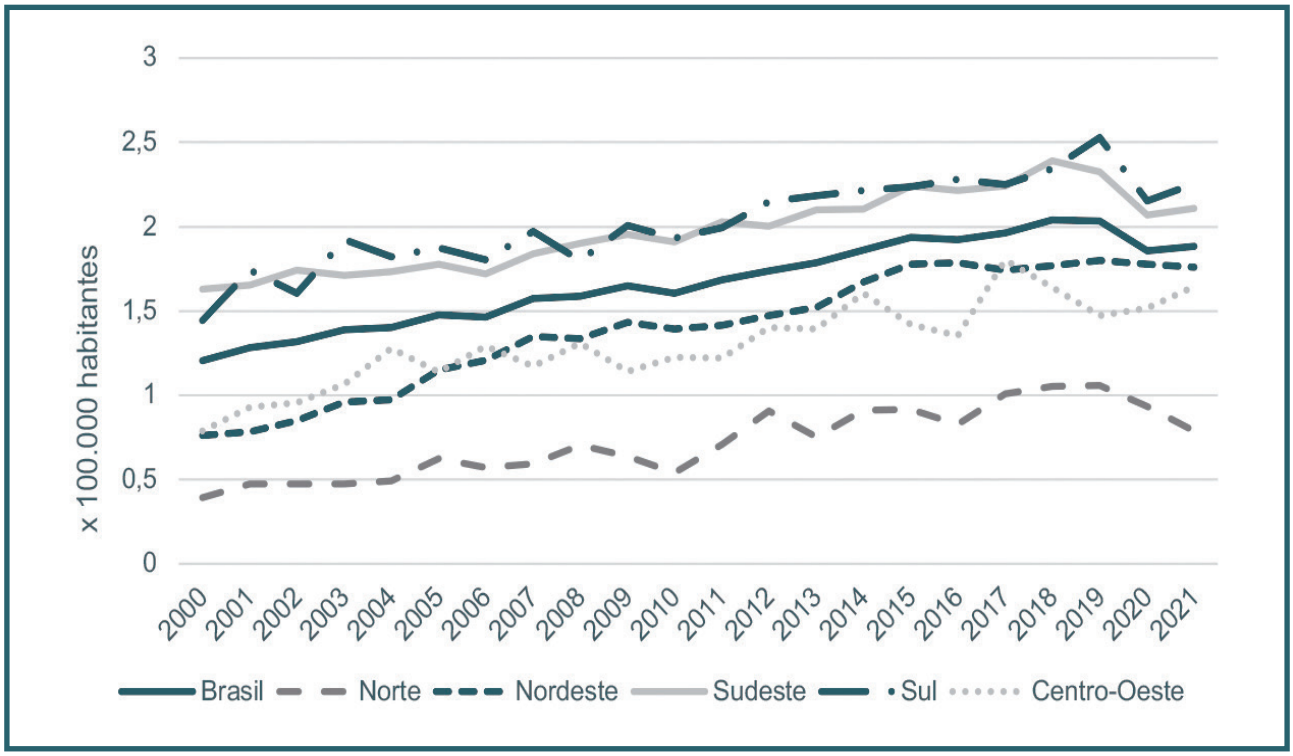
GRÁFICO 48. Taxas de mortalidade por câncer colorretal por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer de cavidade oral e lábio também apresentou crescimento gradual no Brasil, especialmente entre 2000 e 2012, seguido por uma estabilização, com uma leve queda no período da pandemia da Covid-19. O Sul e o Sudeste registraram os maiores índices ao longo do período, enquanto o Norte manteve as menores taxas, apesar de um leve crescimento nos últimos anos. Esse padrão pode ser explicado pela maior prevalência de fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool nessas regiões, além das diferenças no acesso a serviços de saúde especializados para diagnóstico e tratamento (Gráfico 49).

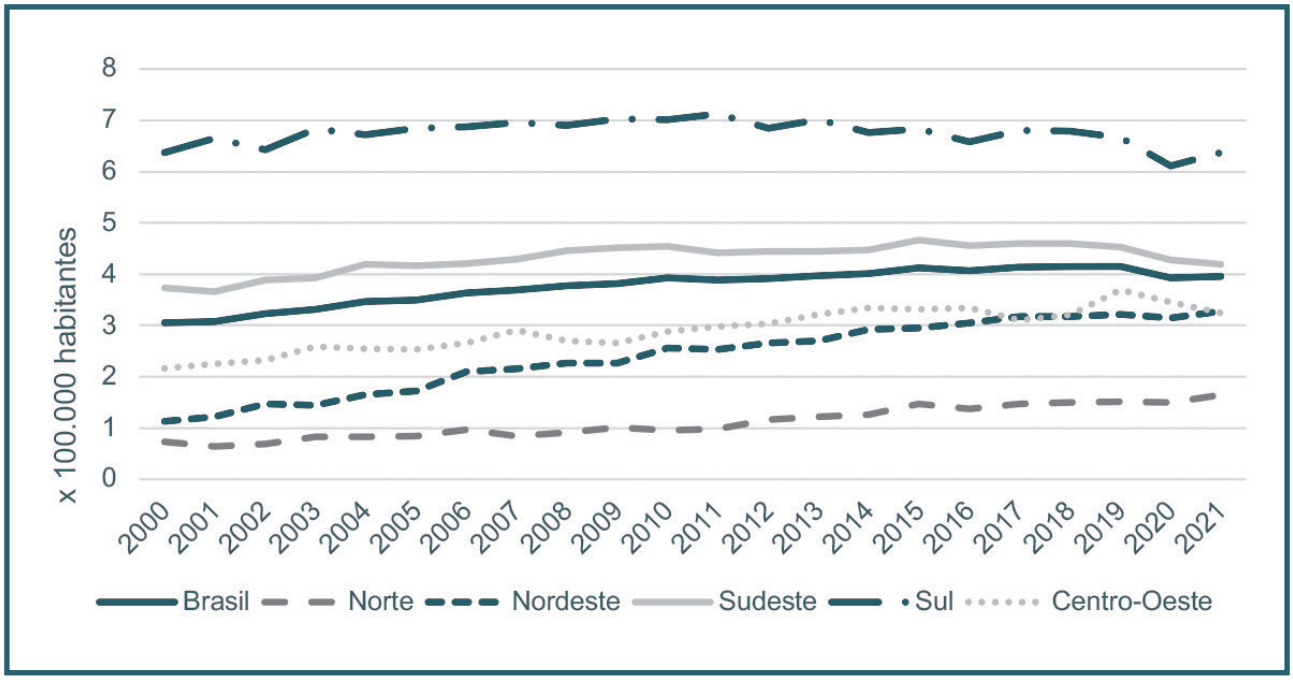
GRÁFICO 49. Taxas de mortalidade por câncer da cavidade oral e lábio (por 100.000 hab.), por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer de esôfago seguiu uma tendência de crescimento entre 2000 e 2015, com posterior estabilização. O Sul apresentou as maiores taxas ao longo de toda a série histórica, enquanto o Norte registrou os menores índices. O aumento pode estar associado a fatores como consumo de álcool e tabaco, alimentação inadequada e predisposição genética. A estabilização posterior pode indicar avanços no diagnóstico precoce e no tratamento, mas a persistência de altas taxas no Sul e Sudeste reforça a necessidade de ações preventivas nessas regiões (Gráfico 50).

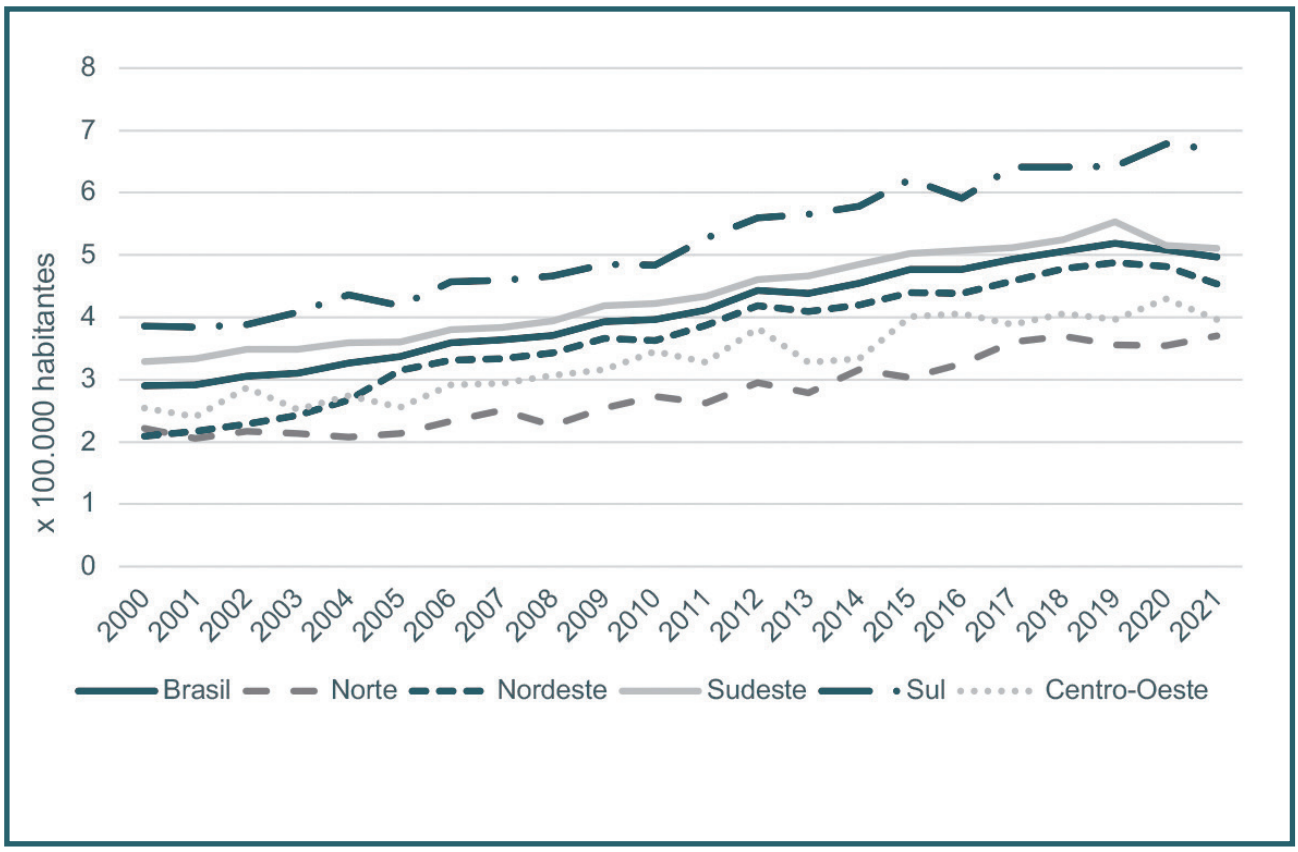
GRÁFICO 50. Taxas de mortalidade por câncer de esôfago por 100.000 habitantes, por região – Brasil, 2000 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer de fígado no Brasil mostrou um crescimento contínuo entre 2000 e 2021, com tendência de aumento em todas as regiões. O Sul e o Sudeste apresentaram as maiores taxas, enquanto o Norte e o Centro-Oeste mantiveram índices mais baixos. Esse padrão pode estar associado a infecções crônicas por hepatite B e C, além do consumo excessivo de álcool, fatores que impactam diretamente a incidência da doença (Gráfico 51).

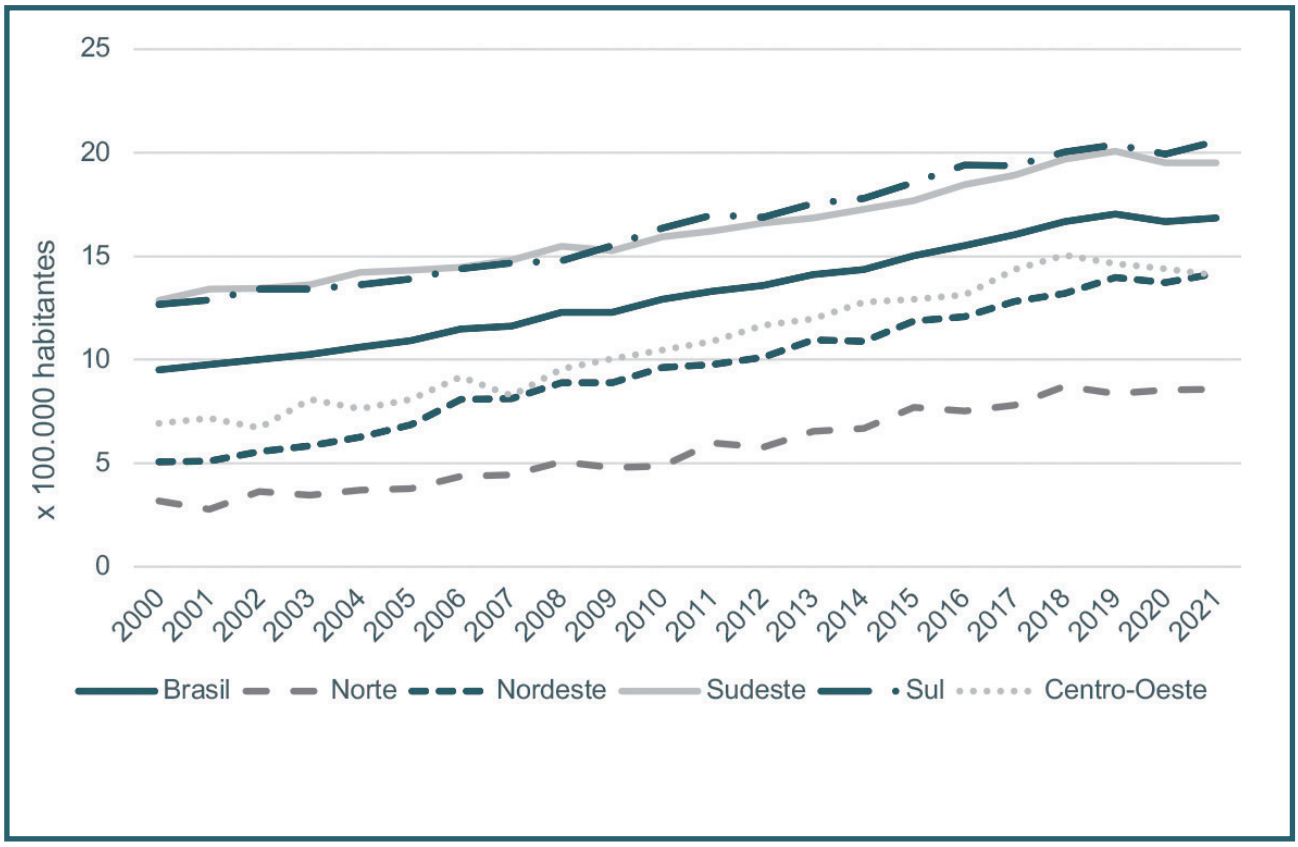
GRÁFICO 51. Taxas de mortalidade por câncer de fígado (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021 .



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por câncer de mama em mulheres seguiu uma trajetória de crescimento ao longo dos anos. O Sul e o Sudeste apresentaram as maiores taxas, seguidos pelo Centro-Oeste, enquanto o Norte registrou os menores índices, apesar de um crescimento constante. O aumento pode estar relacionado a fatores como envelhecimento populacional, alterações hormonais, estilo de vida e acesso desigual à mamografia e ao tratamento especializado. A estabilização observada em alguns momentos pode indicar avanços na detecção precoce e no tratamento, mas as disparidades regionais evidenciam desafios no rastreamento e na prevenção da doença (Gráfico 52).

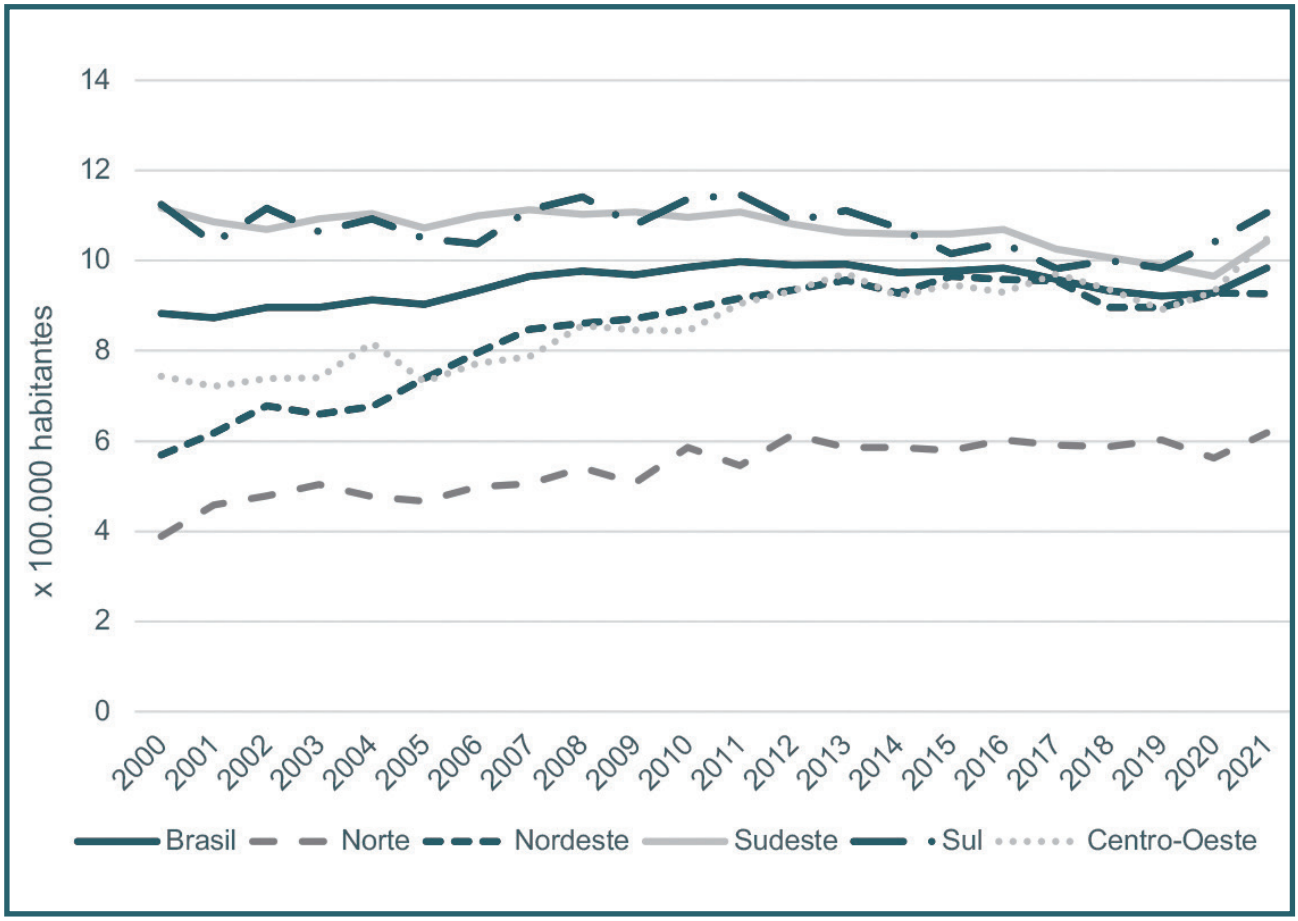
GRÁFICO 52. Taxas de mortalidade por câncer de mama em mulheres (por 100.000 hab. de sexo feminino), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por cirrose hepática no Brasil apresentou uma tendência de crescimento gradual ao longo dos anos, com oscilações regionais. Entre 2000 e 2021, observou-se um aumento nas taxas nacionais, atingindo 9,83 por 100.000 habitantes em 2021. O Sul e o Sudeste registraram as maiores taxas ao longo de todo o período, o que pode estar relacionado ao maior consumo de álcool e a fatores dietéticos. No Nordeste, a tendência foi de crescimento até 2015, seguida por um leve declínio. O Norte apresentou os menores índices, mas com crescimento mais acentuado nos últimos anos, enquanto o Centro-Oeste teve um aumento considerável na última década, alcançando 10,48 por 100.000 habitantes em 2021. A relação entre a cirrose e o consumo excessivo de álcool, bem como infecções por hepatites virais, pode explicar as variações regionais. As taxas possivelmente refletem mudanças nos padrões de consumo e políticas de saúde pública voltadas à redução do uso do álcool (Gráfico 53).

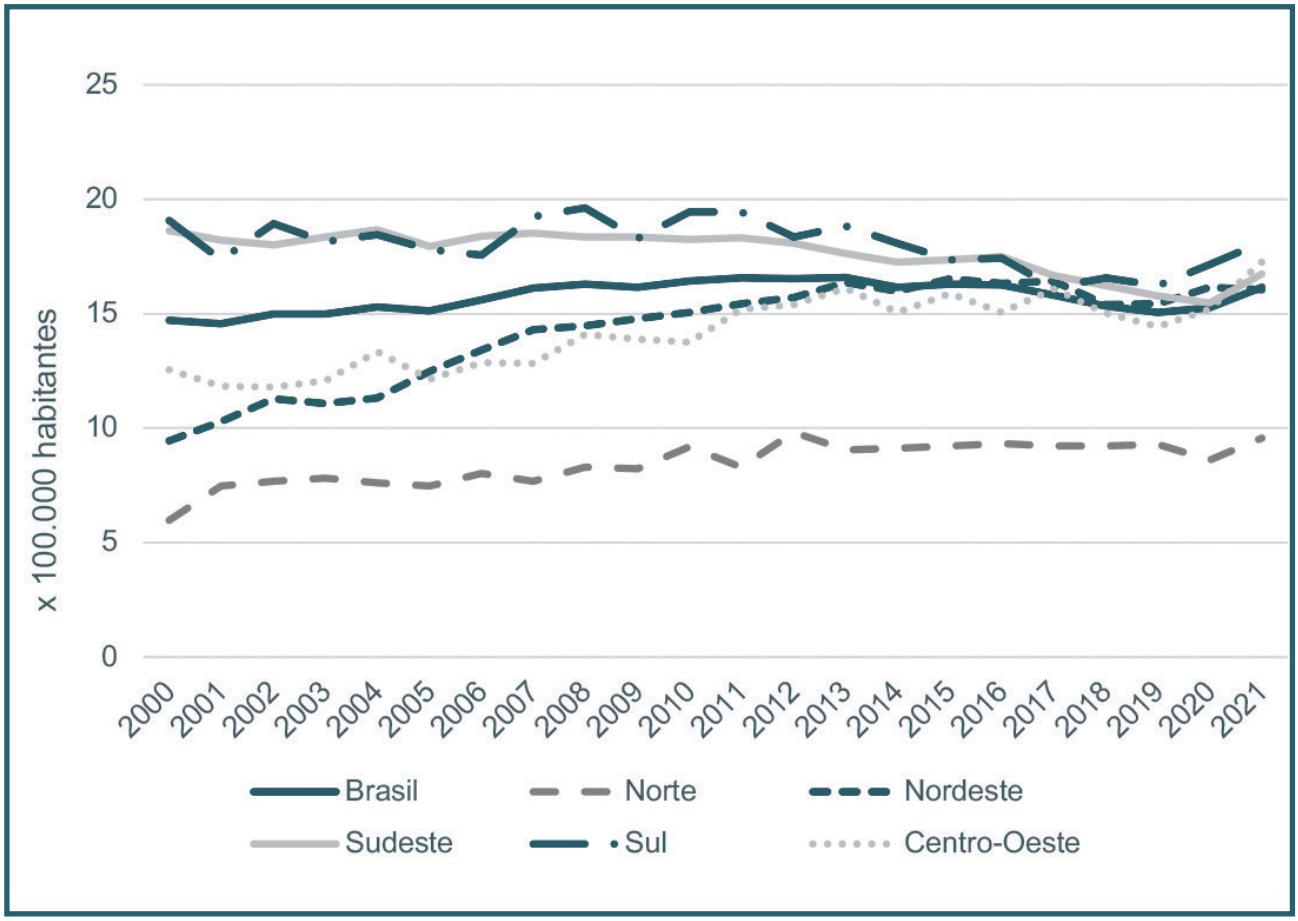
GRÁFICO 53. Taxas de mortalidade por cirrose hepática (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

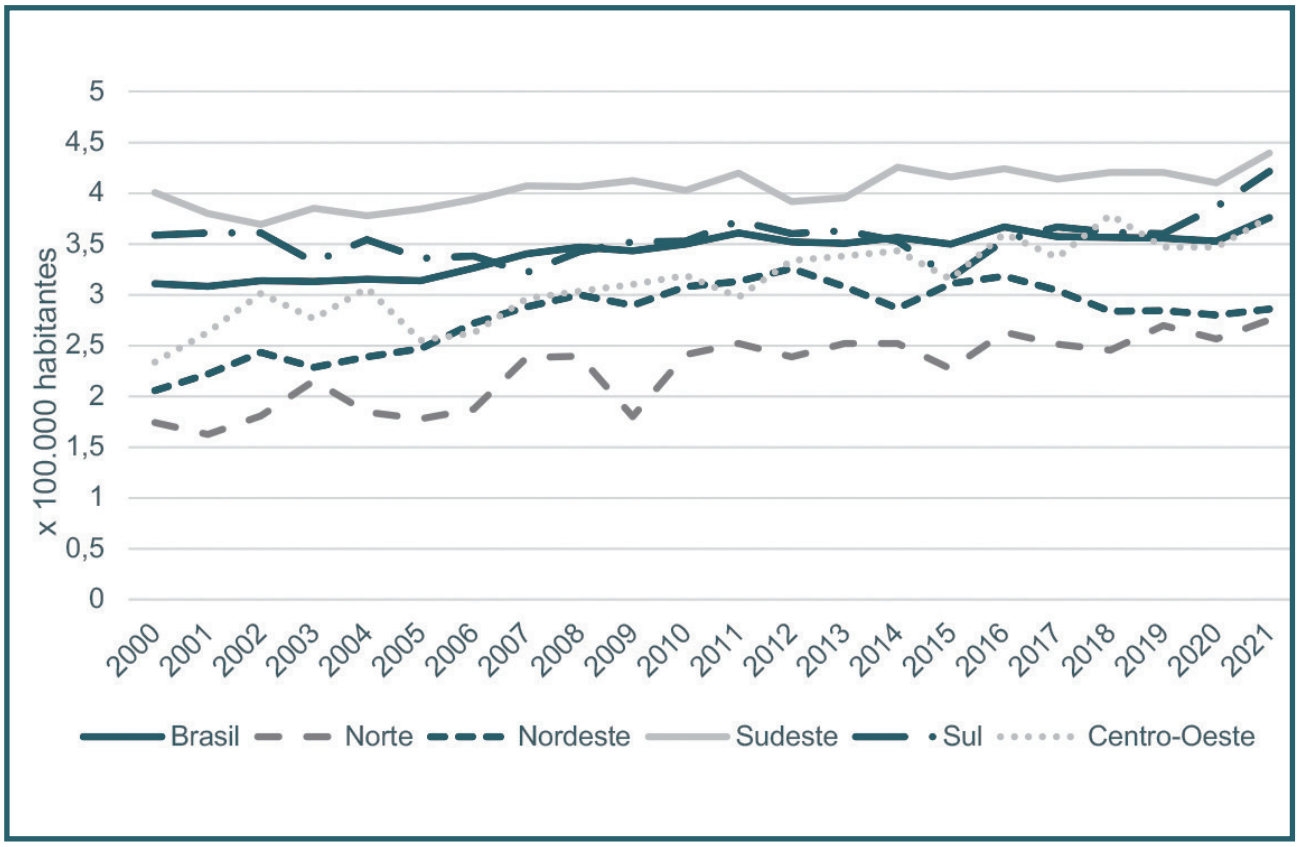
As diferenças de mortalidade por cirrose hepática entre homens e mulheres são evidentes em todas as regiões do Brasil, com taxas consistentemente mais altas entre os homens. Esse padrão pode estar relacionado a fatores como maior consumo de álcool e hepatites virais na população masculina, além de menor adesão a medidas preventivas e ao acompanhamento médico regular. Regionalmente, o Sul e o Sudeste apresentaram os maiores índices de mortalidade para ambos os sexos ao longo do período analisado, enquanto o Norte registrou os menores valores, o que pode refletir diferenças nos perfis epidemiológicos das regiões, incluindo acesso a serviços de saúde, padrões de consumo de álcool e prevalência de hepatopatias. Notavelmente, a mortalidade feminina apresenta menor variação ao longo do tempo, sugerindo menor influência de fatores de risco modificáveis, como o consumo excessivo de álcool, quando comparada à masculina.

GRÁFICO 54. Taxas de mortalidade por cirrose hepática em homens (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

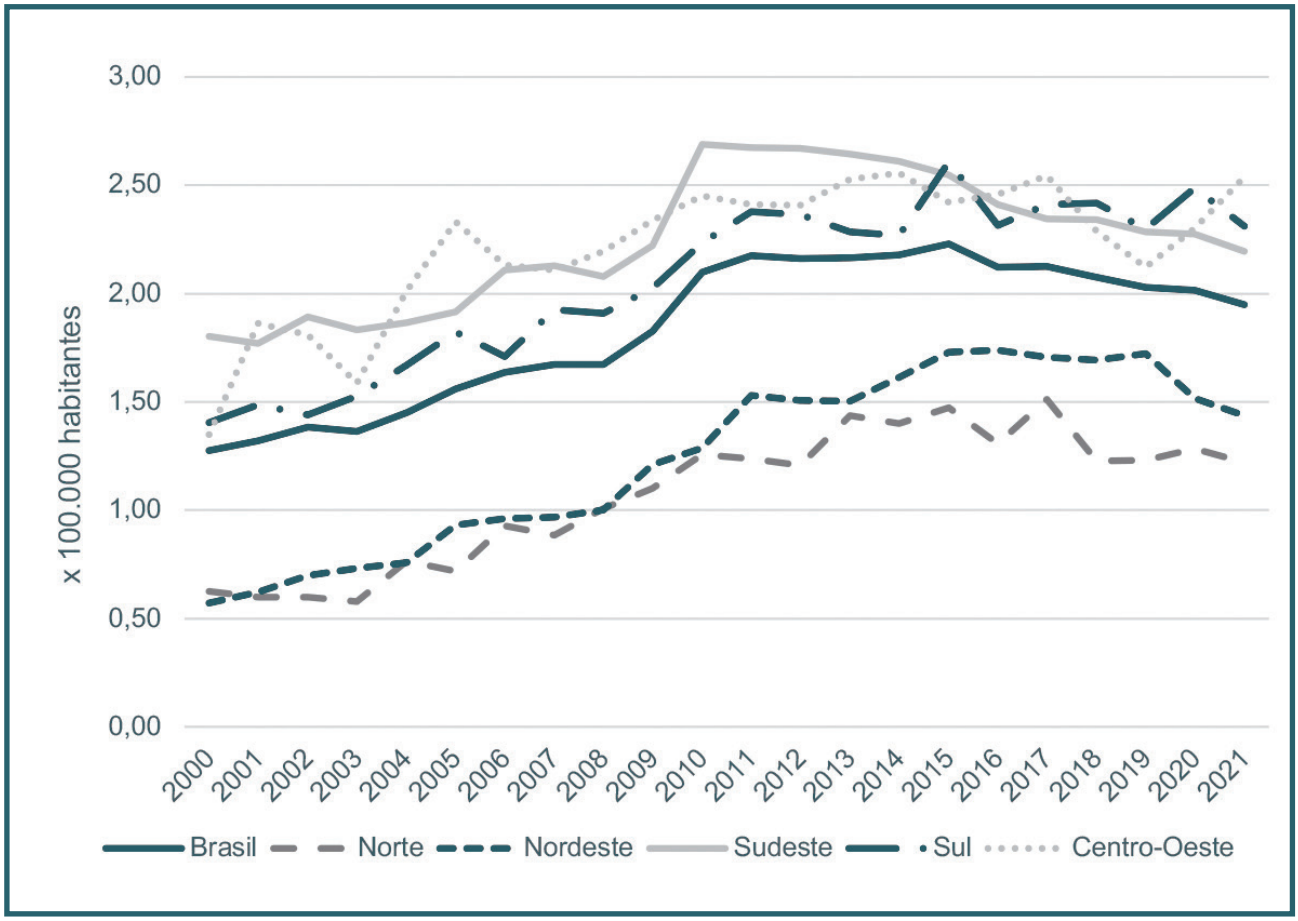
GRÁFICO 55. Taxas de mortalidade por cirrose hepática em mulheres (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por pancreatite no Brasil apresentou um crescimento gradual ao longo dos anos 2000, atingindo um pico em 2015 (2,23 por 100.000 habitantes), seguido por uma leve oscilação nos anos seguintes. O Sudeste registrou as maiores taxas durante todo o período, com um pico de 2,69 em 2010, seguido de uma leve queda e posterior estabilização. O Sul e o Centro-Oeste também apresentaram valores elevados, especialmente a partir de 2004, com o Centro-Oeste mantendo taxas superiores a 2,0 por 100.000 habitantes em grande parte do período. Já o Norte e o Nordeste mantiveram as menores taxas, apesar de um crescimento gradual, sugerindo diferenças no acesso a diagnóstico e tratamento, além de variações nos fatores de risco, como consumo de álcool e doenças biliares, principais causas da pancreatite grave. Nos últimos anos, observa-se uma tendência de estabilização ou leve redução na maioria das regiões, o que pode estar relacionado a melhorias na detecção precoce e manejo da doença (Gráfico 56).

GRÁFICO 56. Taxas de mortalidade por pancreatite (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.

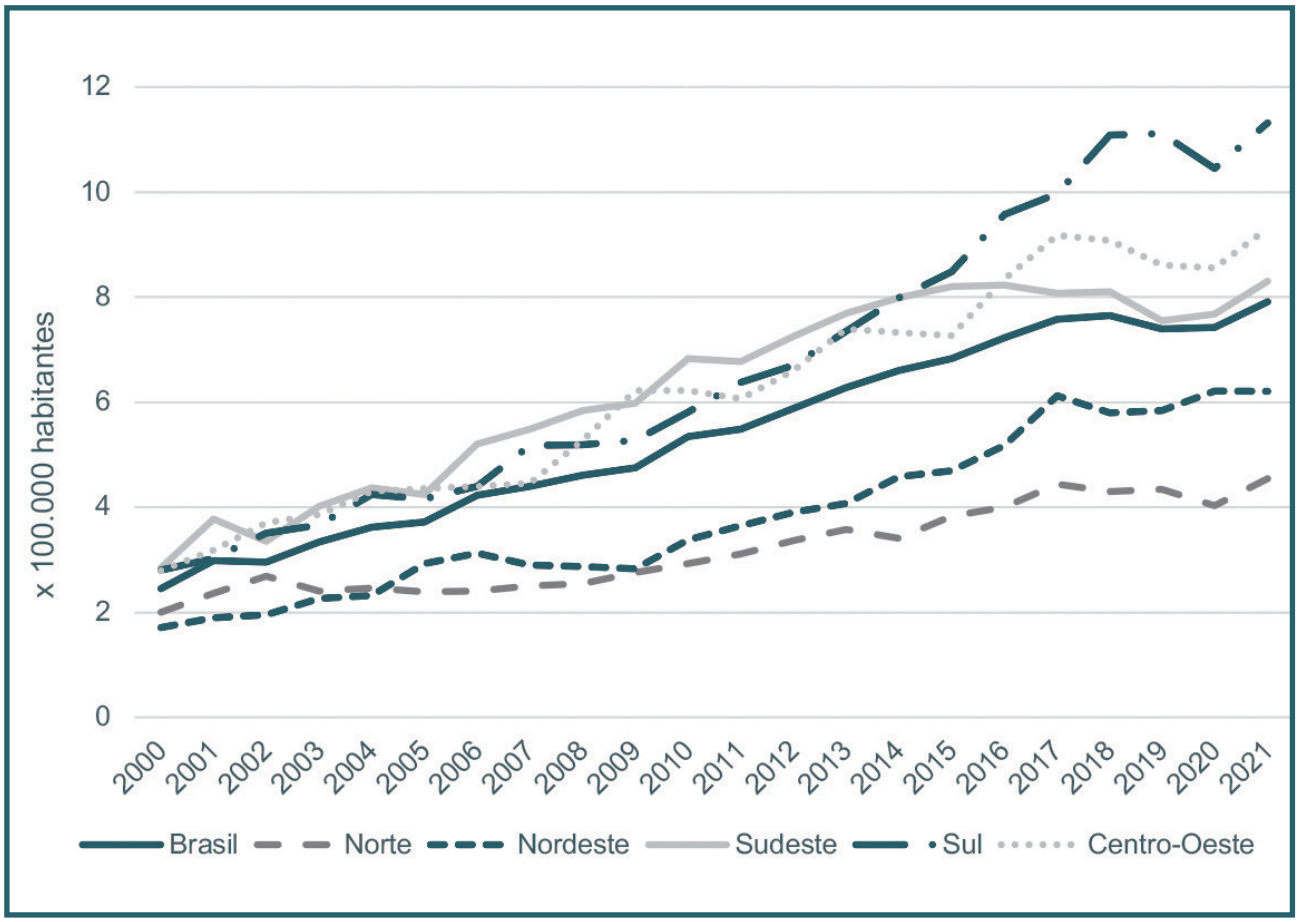


Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por quedas no Brasil apresentou um crescimento contínuo ao longo das últimas duas décadas, passando de 2,45 por 100.000 habitantes em 2000 para 7,91 em 2021. Esse aumento pode estar associado ao envelhecimento populacional, uma vez que idosos são mais vulneráveis a quedas com desfechos fatais, além de possíveis subnotificações em períodos anteriores. Além disso, o consumo de álcool é um fator relevante, uma vez que compromete o equilíbrio e a coordenação motora, aumentando o risco de quedas, especialmente em idosos. O Sul e o Sudeste registraram os maiores índices ao longo do período, atingindo 11,31 e 8,30 por 100.000 habitantes em 2021, respectivamente, o que pode estar relacionado ao perfil etário mais envelhecido dessas regiões e melhor registro de óbitos. O Centro-Oeste também apresentou um crescimento expressivo, ultrapassando 9,30 em 2021, enquanto o Nordeste e o Norte mantiveram as menores taxas, embora tenham registrado aumentos graduais. A estabilização ou

desaceleração em algumas regiões nos últimos anos pode refletir avanços em políticas de prevenção, como programas voltados à mobilidade segura, assistência a idosos e campanhas de conscientização sobre os riscos do consumo de álcool.

GRÁFICO 57. Taxas de mortalidade por queda (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.

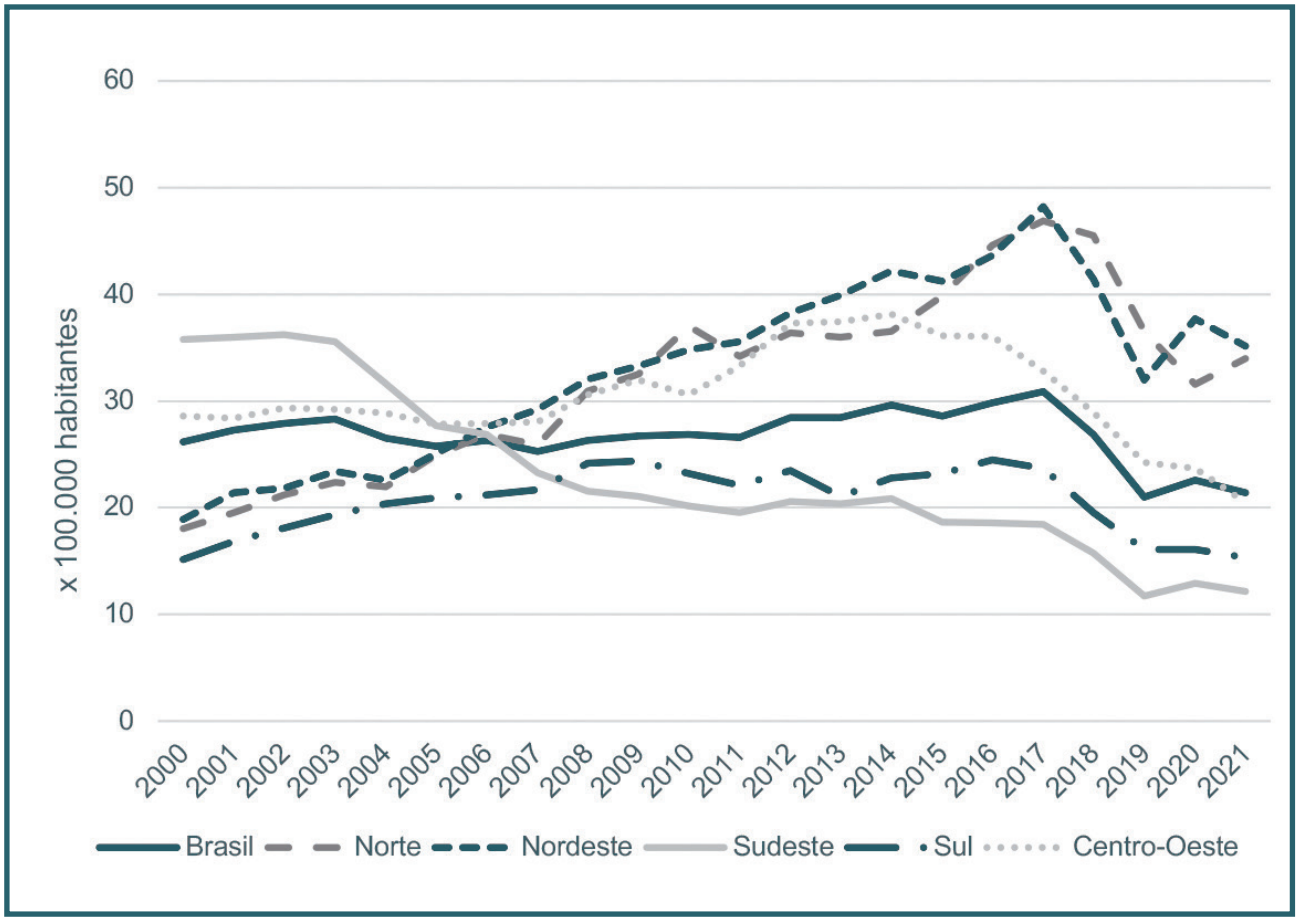


Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A mortalidade por violência interpessoal no Brasil apresentou variações ao longo das últimas duas décadas, com um crescimento até 2017, quando atingiu o pico de 30,88 por 100.000 habitantes, seguido por uma queda significativa nos anos seguintes. Essa redução pode estar associada a mudanças nas políticas de segurança pública, ao fortalecimento de programas de prevenção à violência e a variações nos padrões de criminalidade. Além disso, a pandemia de COVID-19 pode ter impactado essa tendência, tanto pela redução da mobilidade urbana e das interações sociais devido ao isolamento, quanto por mudanças na dinâmica dos registros e atendimentos hospitalares, que podem ter subnotificado casos

de violência, sendo classificados sob outras causas, como quedas ou acidentes domésticos. As diferenças regionais são marcantes: Norte e Nordeste registraram os maiores índices nos últimos anos, com picos de 46,88 e 48,21 por 100.000 habitantes, respectivamente, refletindo desafios estruturais na segurança pública e desigualdades sociais. Já no Sudeste, houve um declínio contínuo desde 2005, caindo de 35,8 para 12,1 em 2021, enquanto o Sul e o Centro-Oeste apresentaram flutuações, mas mantiveram números mais elevados em comparação ao Sudeste. A queda acentuada a partir de 2018 pode também estar relacionada a fatores como mudanças no perfil etário da população, variações no acesso a armas de fogo e dinâmicas locais de violência organizada.

GRÁFICO 58. Taxas de mortalidade por violência interpessoal (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de óbito. Brasil, 2000-2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

A análise da mortalidade direta e indiretamente associada ao uso de álcool no Brasil nas últimas duas décadas evidencia a complexidade e a multiplicidade de fatores envolvidos nesse fenômeno. As taxas de mortalidade atribuíveis ao álcool apresentaram comportamentos distintos ao longo do tempo, a depender da condição clínica analisada — algumas mantiveram-se relativamente estáveis, outras mostraram tendência de crescimento e há aquelas que indicam queda consistente. Essa diversidade de padrões reforça a necessidade de abordagens específicas para cada agravo, considerando suas particularidades clínicas, sociais e contextuais.

Causas externas, como colisões de trânsito, apresentaram redução gradual a partir de 2012, possivelmente associada à ampliação da fiscalização e à implementação de políticas públicas, como a Lei Seca. Por outro lado, os TUA e as doenças hepáticas vêm apresentando crescimento, especialmente a partir de 2018, o que pode refletir, mudanças nos padrões de consumo, entre outros fatores. O impacto da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental também precisa ser destacado, já que a crise sanitária afetou a o funcionamento e o acesso a serviços especializados em dependência.

Essas tendências também variam conforme o território. O Norte e o Nordeste têm registrado crescimento preocupante nas taxas de mortalidade por cirrose hepática e outros agravos, possivelmente associados a mudanças nos padrões de consumo de álcool, dificuldades no acesso ao cuidado e fragilidade das ações de prevenção. Em contrapartida, o Sudeste e o Sul apresentam, em alguns períodos, estabilização ou declínio desses indicadores, o que pode refletir maior disponibilidade de serviços, ações educativas mais consolidadas e estratégias de intervenção mais efetivas.

Além das análises absolutas, há evidência de mudanças relevantes em causas fortemente associadas ao consumo de álcool. No comparativo entre os anos 2000 e 2021, observou-se aumento percentual nas taxas de mortalidade por envenenamento por álcool (200%), doença cardíaca hipertensiva (134%) câncer colorretal (+127%),câncer de mama em mulheres (79%) câncer de fígado (+72%), pancreatite (+54%), transtornos por uso de álcool – TUA (+46%), Câncer de Esôfago (+29%) e cirrose hepática (+11% - sendo de 10% em homens e 23% em mulheres). Causas externas como quedas (+216%) e lesões autoprovocadas (+87%), fortemente influenciadas pelo consumo abusivo de álcool, também apresentaram aumento expressivo no período. Observa-se que esses números consideram o total geral de óbitos por cada causa, e não especificamente o percentual correspondente de cada FAA. Além disso, a comparação foi realizada apenas entre os extremos do período analisado (que coincide com o período da pandemia), e a série temporal apresenta variações expressivas entre esses dois pontos. Tanto o percentual de FAA quanto essas oscilações ao longo do tempo serão objeto de análise mais aprofundada posterior.

Outro aspecto a ser considerado é o envelhecimento populacional, que amplia a vulnerabilidade a condições crônicas exacerbadas pelo consumo contínuo de álcool, como as doenças cardiovasculares e hepáticas. Avanços diagnósticos e melhorias na qualidade dos registros de óbito também podem contribuir para o aumento aparente de determinadas causas, exigindo uma interpretação cautelosa das séries temporais.

Neste capítulo, apresentamos uma análise das principais causas de mortalidade direta e indiretamente associadas ao consumo de álcool no Brasil, com base nos dados do SIM do DataSUS, entre 2000 e 2021. O SIM, por ser um dos sistemas de informação em saúde mais antigos e consolidados do país — assim como o sistema de nascidos vivos — é potencialmente um dos mais úteis para monitorar os impactos do álcool ao longo do tempo, pois permite uma leitura qualificada dos padrões de saúde da população. Os resultados evidenciam o impacto significativo do álcool em diferentes desfechos, como transtornos por uso de álcool, cirrose hepática, além de outros desfechos impactados pelo consumo, como quedas, suicídios e diversos tipos de câncer. Observou-se um crescimento relevante em várias dessas causas, especialmente a partir de 2018, com destaque para o período da pandemia de COVID-19. As diferenças regionais e entre os gêneros revelam desigualdades importantes no perfil de mortalidade, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção, cuidado e políticas públicas integradas para a redução dos danos associados ao consumo de álcool no país.

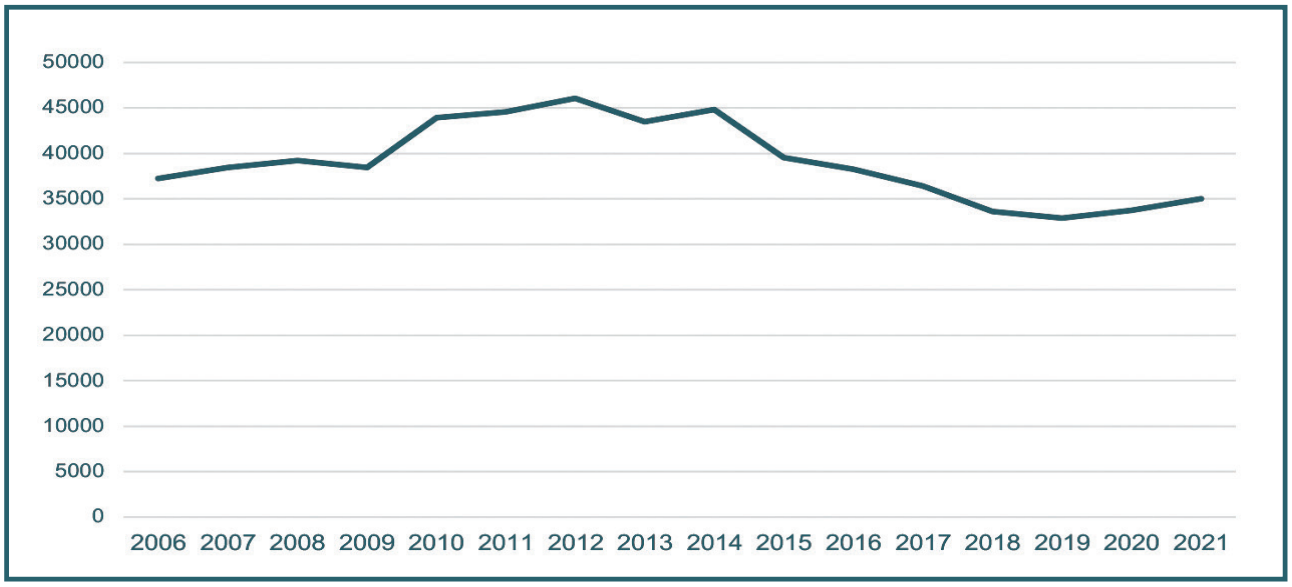
Em suma, compreender o impacto do álcool sobre a mortalidade no Brasil requer uma leitura integrada dos dados epidemiológicos com os determinantes sociais, as desigualdades regionais, a estrutura dos serviços de saúde e o histórico das políticas públicas. Essa abordagem multifatorial é essencial para embasar ações intersetoriais e sustentadas, voltadas à prevenção, tratamento e redução dos danos associados ao uso de álcool — com vistas à diminuição da carga de mortalidade evitável no país.

3.7. Colisões de trânsito

Anualmente, cerca de 1,35 milhão de pessoas perdem a vida em colisões de trânsito, sendo as lesões decorrentes desses eventos a principal causa de morte entre crianças e jovens de 5 a 29 anos. Países em desenvolvimento, que concentram aproximadamente 60% da frota mundial de veículos, respondem por 92% dos óbitos nas estradas. Usuários vulneráveis, como pedestres, ciclistas e motociclistas, representam mais da metade dessas vítimas fatais. Estima-se que os prejuízos econômicos relacionados as colisões de trânsito correspondam a até 5% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países em desenvolvimento (OMS, 2024). Em resposta a esse quadro, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu como meta reduzir pela metade o número global de mortes e feridos no trânsito até 2030.

No Brasil, os dados de 2019 posicionam o país como o quinto com maior número de mortes por lesões no trânsito, totalizando 33.871 óbitos – o equivalente a quase quatro por hora. Segundo os dados mais recentes do DataSUS, esse número permaneceu praticamente inalterado, com 33.813 mortes registradas por colisões viárias em 2021 (Gráfico 59), evidenciando a necessidade de ações mais eficazes de segurança viária.

GRÁFICO 59. Óbitos por colisões de trânsito em rodovias – Brasil, 2006 a 2021.



Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

Apesar de uma redução nas taxas de mortalidade entre 1990 e 2019, especialmente entre pedestres, observou-se, no mesmo período, um aumento nas mortes de motociclistas e ciclistas (MALTA *et al.*, 2021). A mortalidade prematura permanece mais elevada entre homens jovens, enquanto os anos vividos com incapacidades afetam majoritariamente os idosos. As desigualdades regionais também persistem, possivelmente associadas à implementação heterogênea do Código de Trânsito Brasileiro, às variações na fiscalização e às disparidades nas ações educativas (MALTA *et al.*, 2021). Projeções apontam que o Brasil não deverá alcançar a meta de redução de 50% nas mortes até 2030.

Entre os fatores de risco mais relevantes e bem documentados para colisões, destaca-se o consumo de álcool (OMS, 2024). A ingestão dessa substância compromete funções cognitivas essenciais à condução segura, como atenção, julgamento e coordenação motora (DONG *et al.*, 2024; HOUSTON *et al.*, 2014). Além disso, a desinibição e a impulsividade associadas ao álcool favorecem um falso senso de confiança, o que leva à adoção de

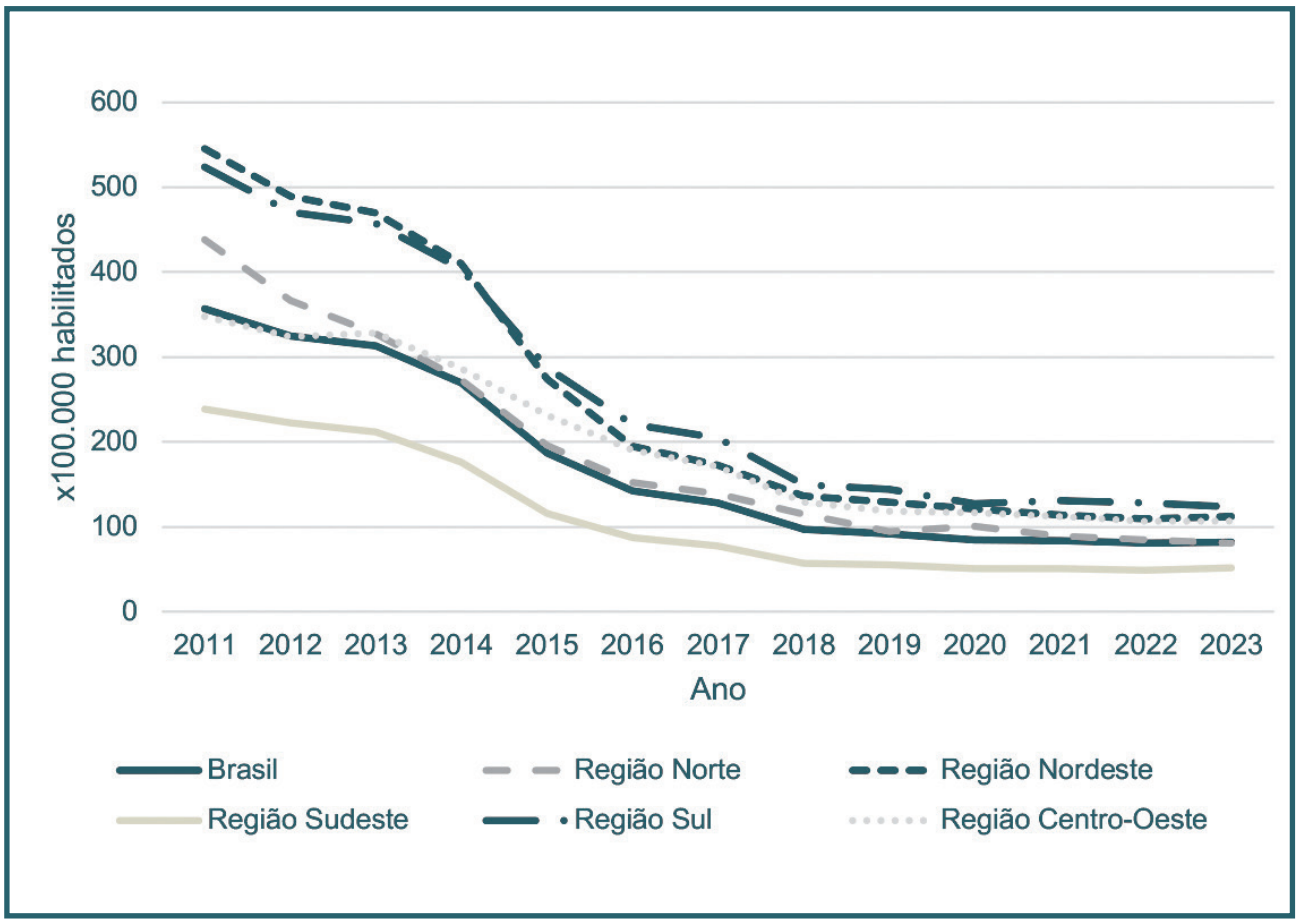
comportamentos de risco — como o excesso de velocidade, a condução imprudente e a negligência quanto ao uso de cinto de segurança e capacete (National Highway Traffic Safety Administration, 2024). Nesse contexto, compreender a magnitude dos agravos associados ao consumo de álcool no trânsito constitui um passo fundamental para dimensionar o problema e orientar a formulação de estratégias de controle, fiscalização e prevenção mais eficazes.

Os dados analisados nesta seção visam oferecer um panorama dos impactos do consumo de álcool no trânsito brasileiro. As informações foram extraídas dos Boletins de Acidentes de Trânsito (BAT) e dos Anuários da Polícia Rodoviária Federal (PRF), que reúnem dados detalhados sobre colisões ocorridas nas rodovias federais e estão disponíveis na seção de dados abertos do portal da PRF (POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, 2022). Para fins de padronização e comparação, os indicadores foram calculados com base em 100 mil Carteiras Nacionais de Habilitação (CNHs), conforme as estatísticas disponibilizadas pela Secretaria Nacional de Trânsito (SENATRAN).

Complementarmente, foram incluídas informações do capítulo "Colisões de Trânsito Relacionadas ao Uso de Álcool", presente no II Relatório Brasileiro sobre Drogas (OPALEYE *et al.*, 2021), a fim de enriquecer a análise com dados consolidados sobre a correlação entre o uso de álcool e a ocorrência de acidentes. A série histórica indica um aumento gradativo nas colisões, feridos e óbitos entre 2007 e 2011. No entanto, a partir de 2014 até 2022, observa-se uma tendência de queda nesses indicadores. Os dados brutos correspondentes ao período analisado estão apresentados na Tabela 12 presente nos materiais complementares.

Entre os anos de 2011 e 2023 observa-se uma redução nas colisões de trânsito no Brasil, passando de 357 para 82 colisões a cada 100.000 CNHs. As regiões Sul e Nordeste registraram as maiores taxas, enquanto a Região Sudeste apresentou as menores em todo o período. Essas informações estão apresentadas no gráfico 60.

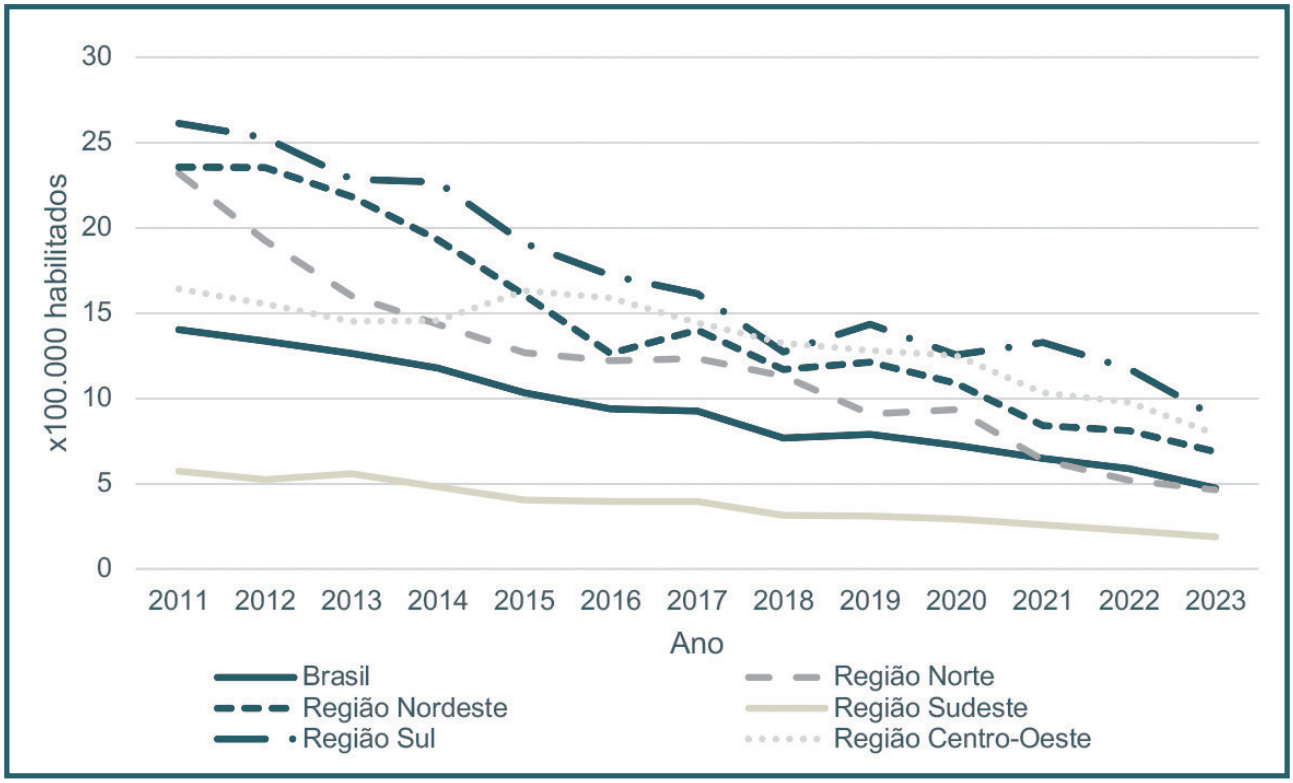
GRÁFICO 60. Total de colisões de trânsito a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



Fonte: Senatran.

No Brasil, o número de colisões com ingestão de álcool a cada 100.000 carteiras nacionais de habilitação (CNH) entre 2011 e 2023 teve uma tendência a uma diminuição passando de 14 a aproximadamente 5 colisões a cada 100.000 CNHs (Gráfico 61). As regiões Sul e Nordeste apresentaram as maiores taxas, e a Região Sudeste apresentou as menores em todo o período. A região Centro-Oeste acompanhou a tendência a diminuição, embora em 2015 tenha apresentado um leve aumento que voltou a estabilizar após 2016.

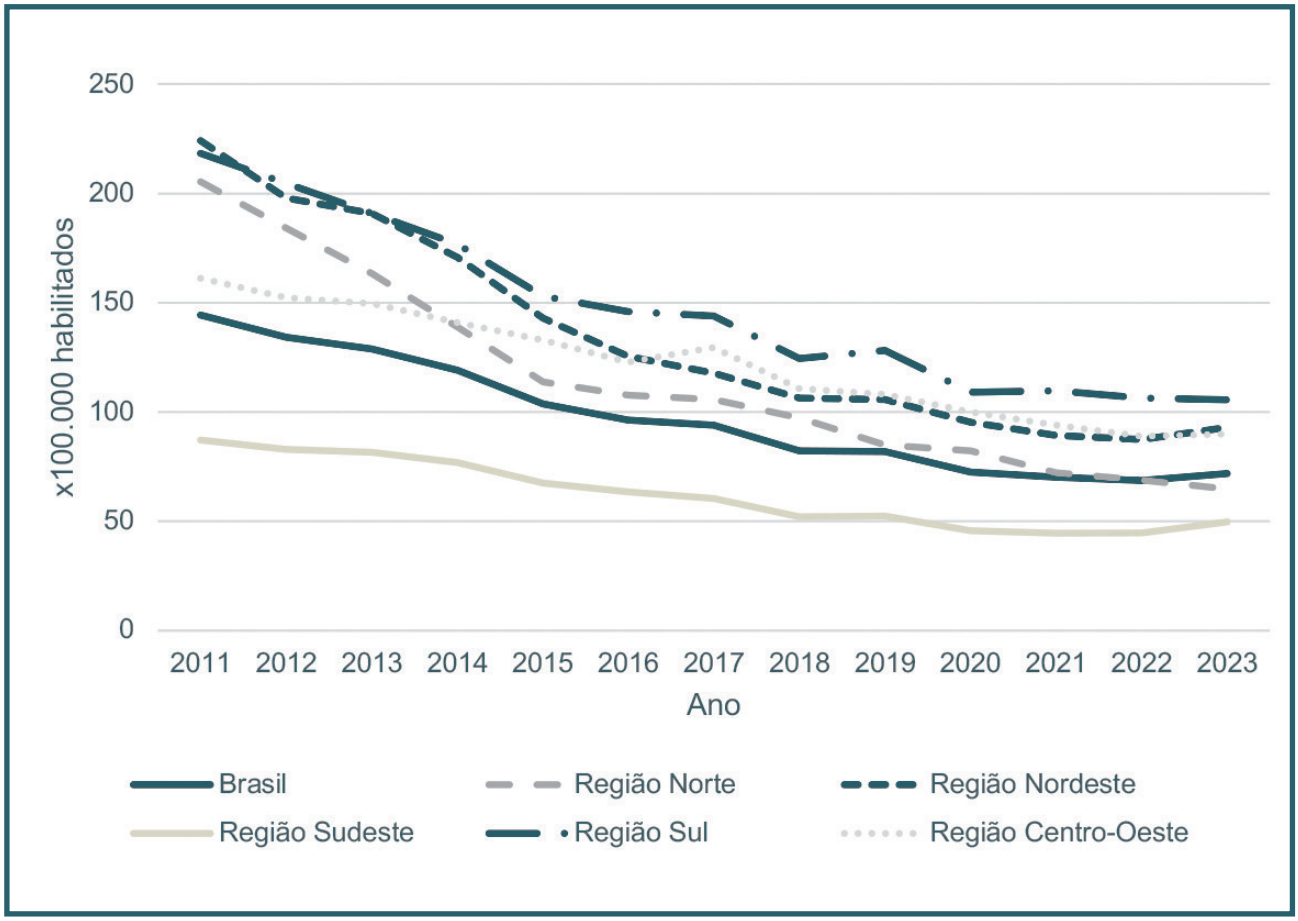
GRÁFICO 61. Colisões de trânsito com envolvimento de álcool a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



Fonte: Senatran.

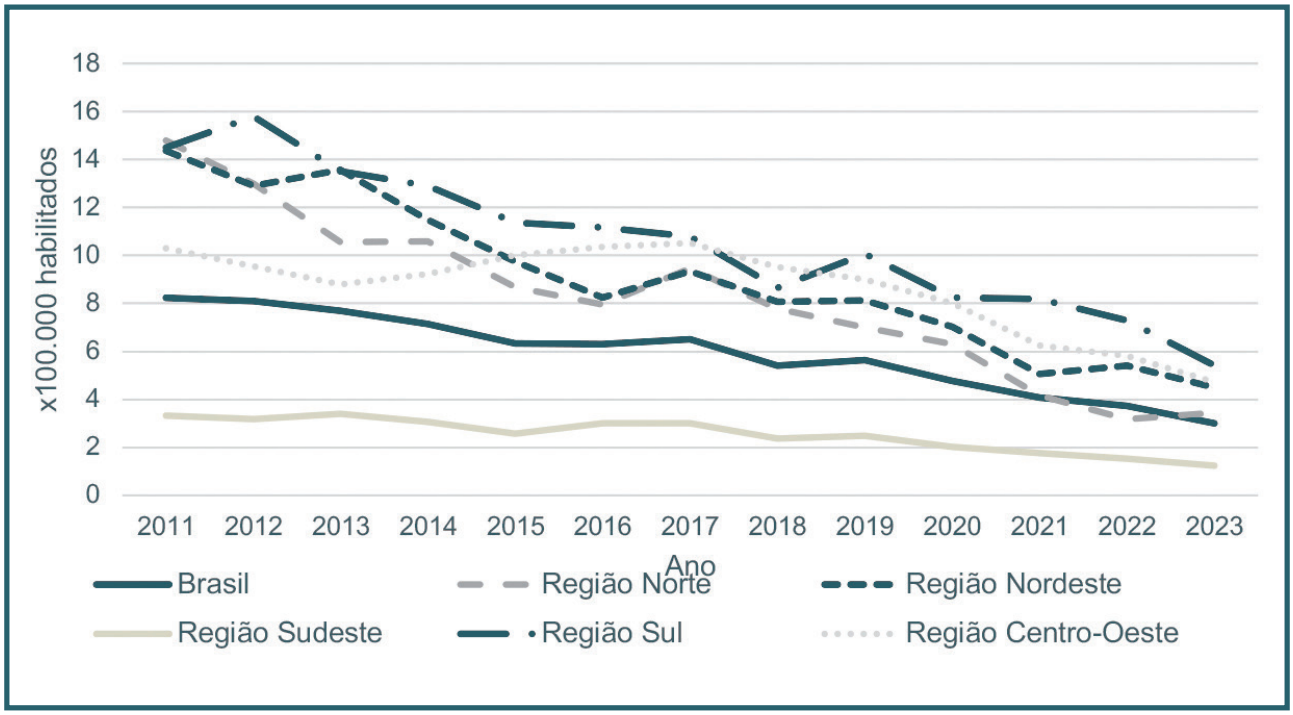
A análise da série histórica de colisões de trânsito no Brasil, padronizada por 100.000 Carteiras Nacionais de Habilitação (CNHs), revela tendências relevantes na ocorrência de feridos e óbitos entre os anos de 2011 e 2023. Conforme apresentado no Gráfico 62, observa-se uma queda progressiva no total de feridos leves em colisões de trânsito nesse período. Quando se considera exclusivamente os casos com envolvimento de álcool, essa redução também é visível, embora com padrões distintos de variação ao longo dos anos (Gráfico 63). Tendência semelhante é observada entre os feridos graves, tanto no total (Gráfico 64) quanto naqueles relacionados ao consumo de álcool (Gráfico 65), com diminuição acentuada após 2014. A análise agregada do total de feridos mostra uma redução consistente, com ligeiras oscilações entre 2019 e 2021 (Gráfico 66), enquanto os feridos em colisões com álcool seguiram trajetória paralela, ainda que com taxas ligeiramente inferiores (Gráfico 67). Por fim, os Gráficos 68 e 69 indicam uma redução nos óbitos por colisões de trânsito, com e sem envolvimento de álcool, ainda que as taxas se mantenham elevadas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

GRÁFICO 62. Total de feridos leves em colisões de trânsito a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



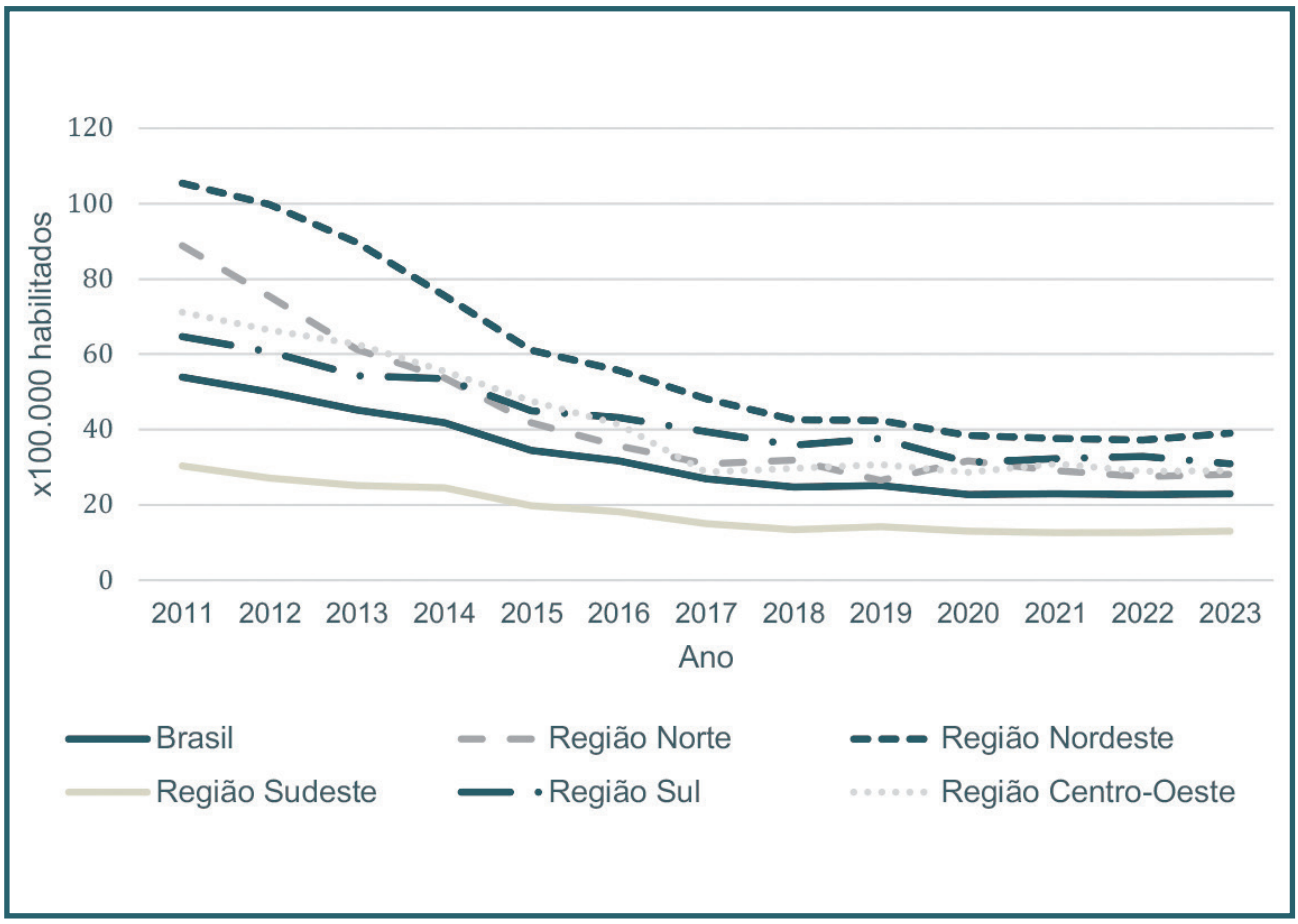
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 63. Total de feridos leves em colisões de trânsito com envolvimento de álcool a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



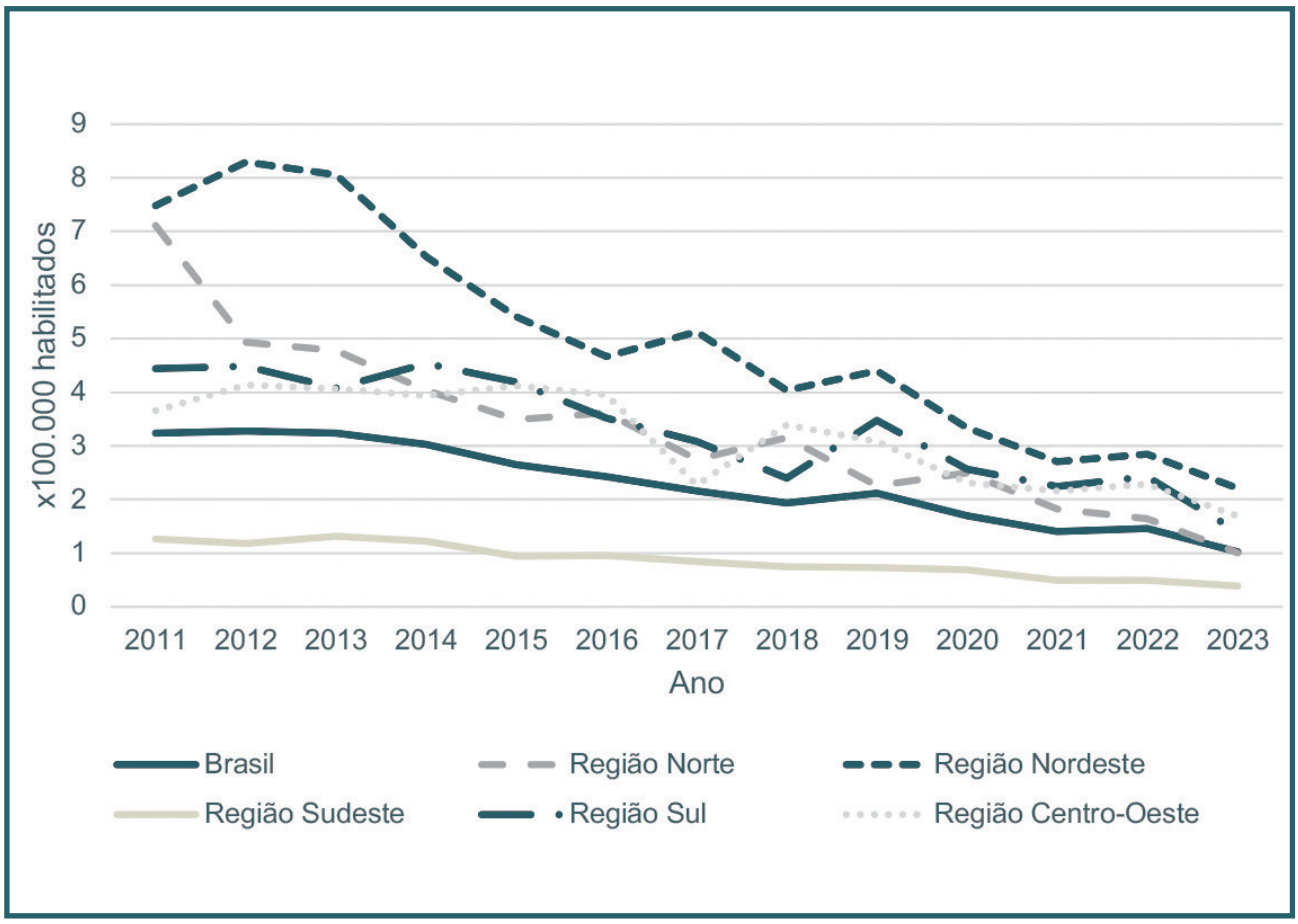
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 64. Total de feridos graves em colisões de trânsito a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



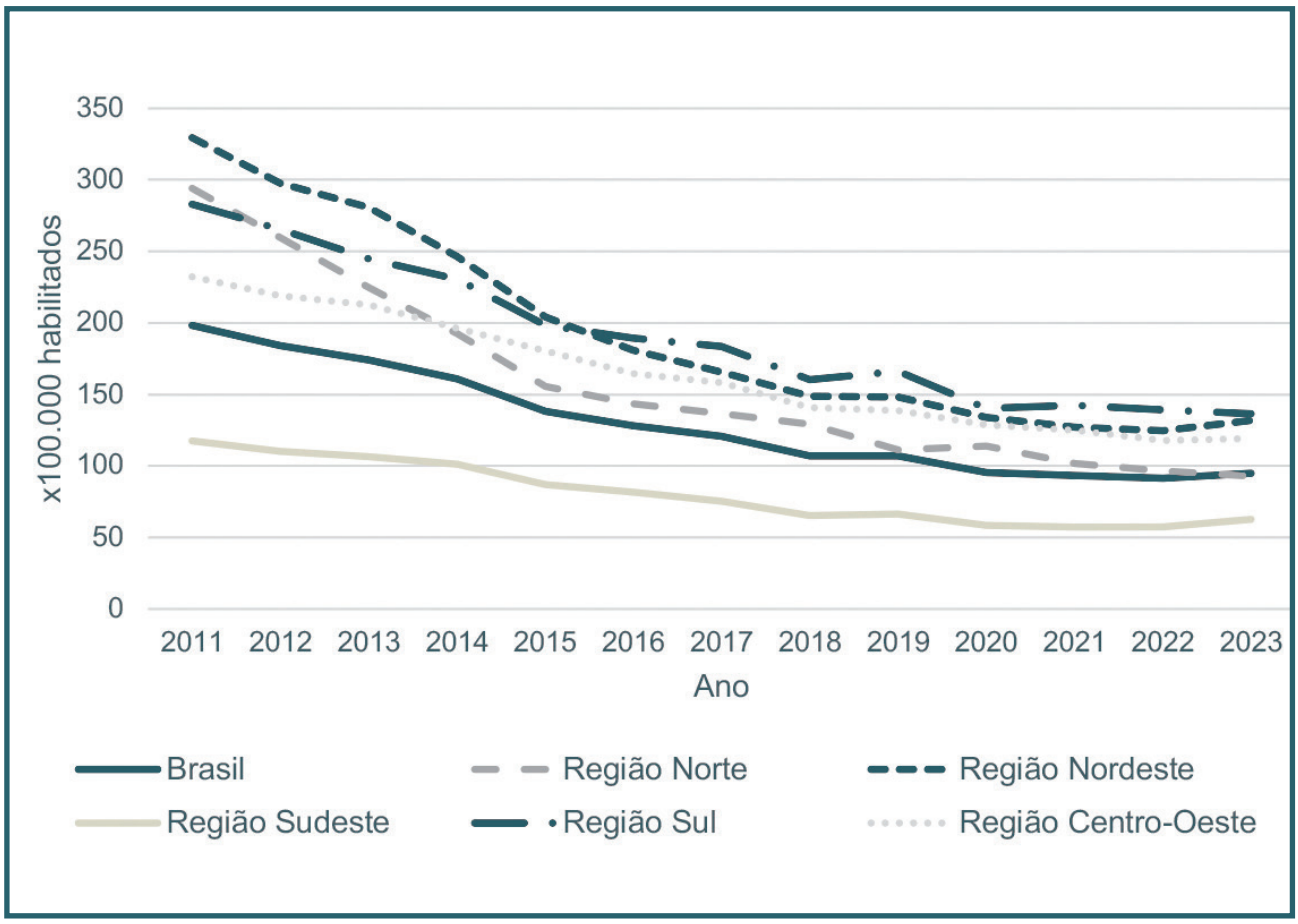
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 65. Total de feridos graves em colisões de trânsito com envolvimento de álcool a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



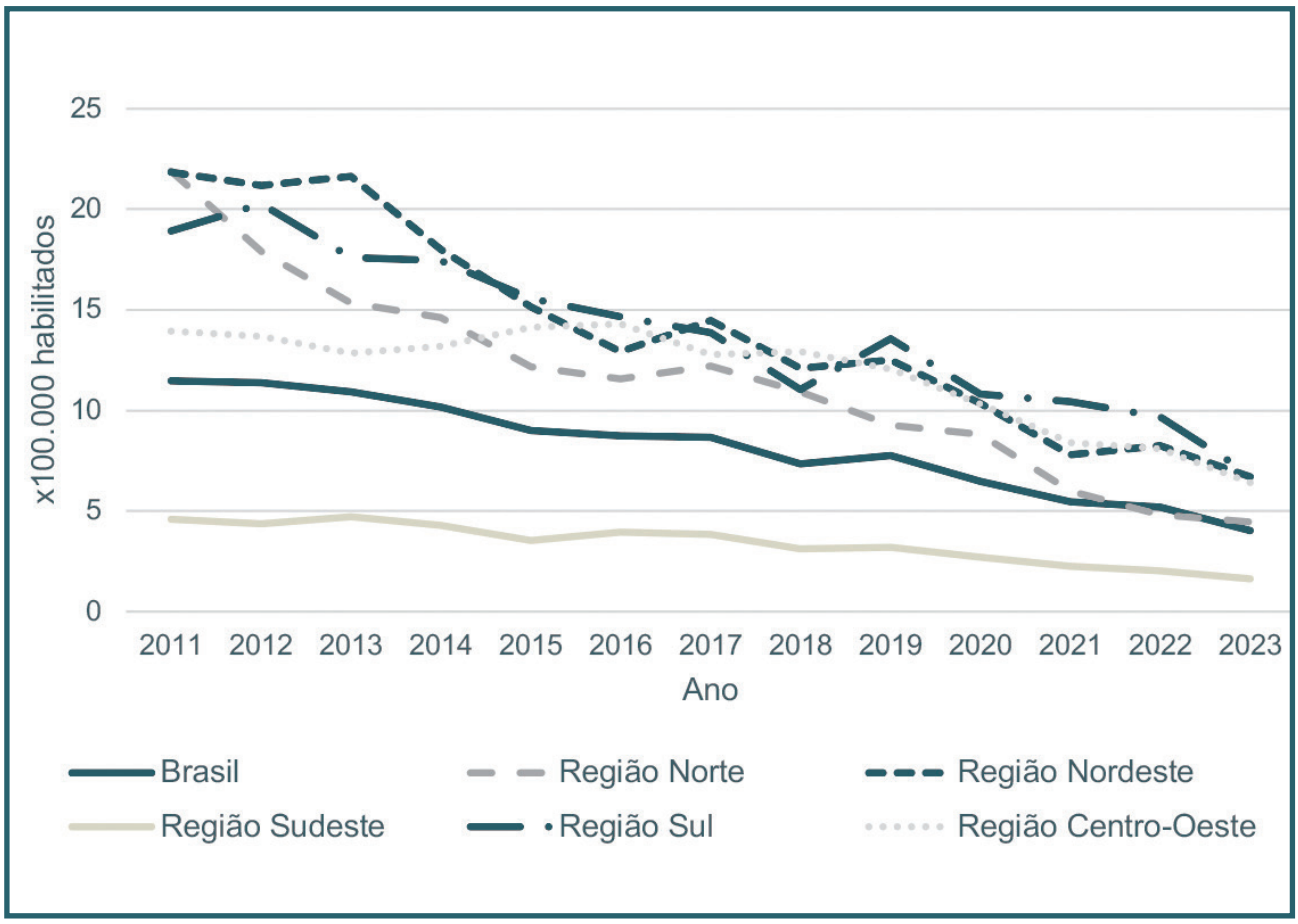
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 66. Total de feridos em colisões de trânsito a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



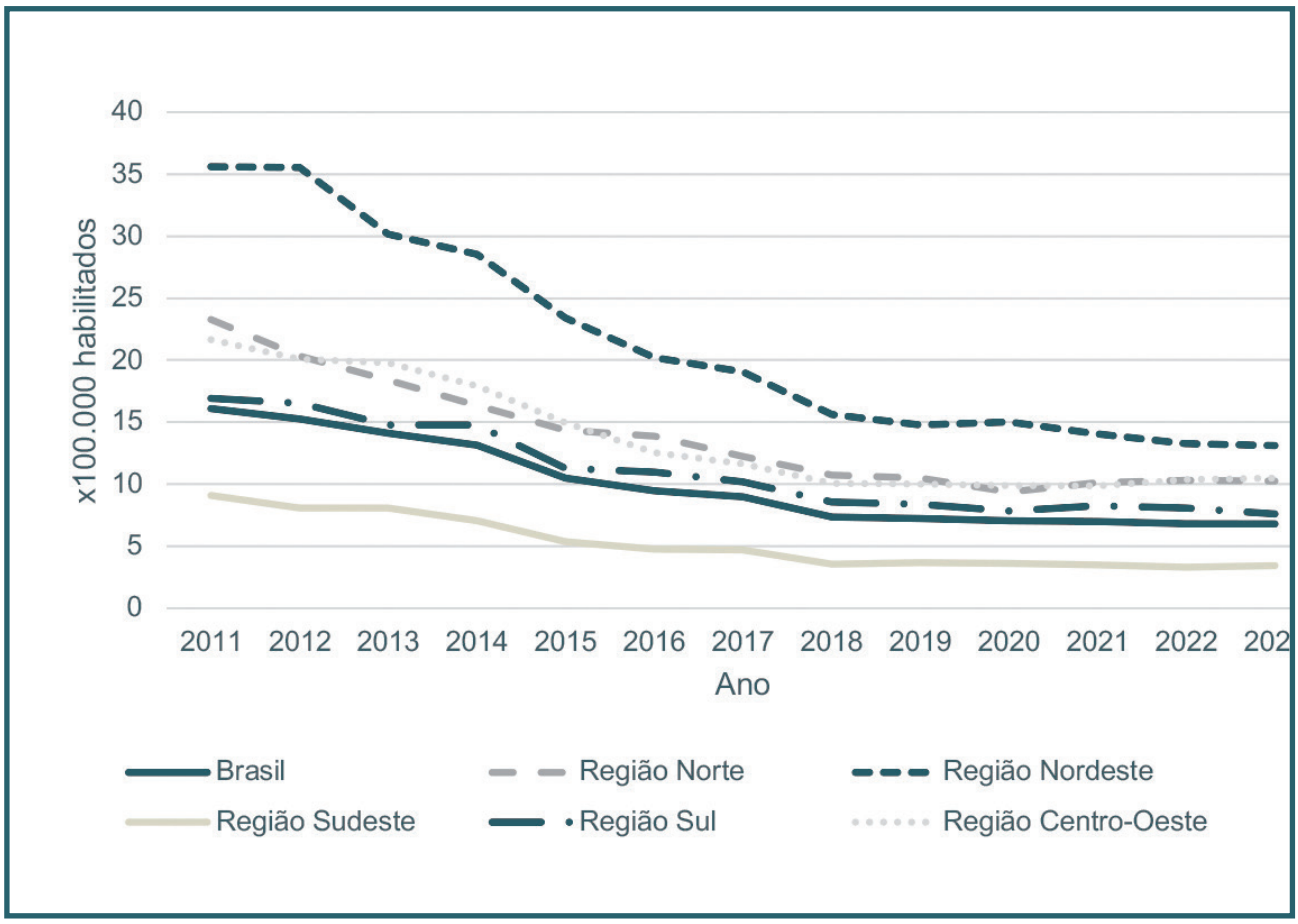
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 67. Total de feridos em colisões de trânsito com envolvimento de álcool a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



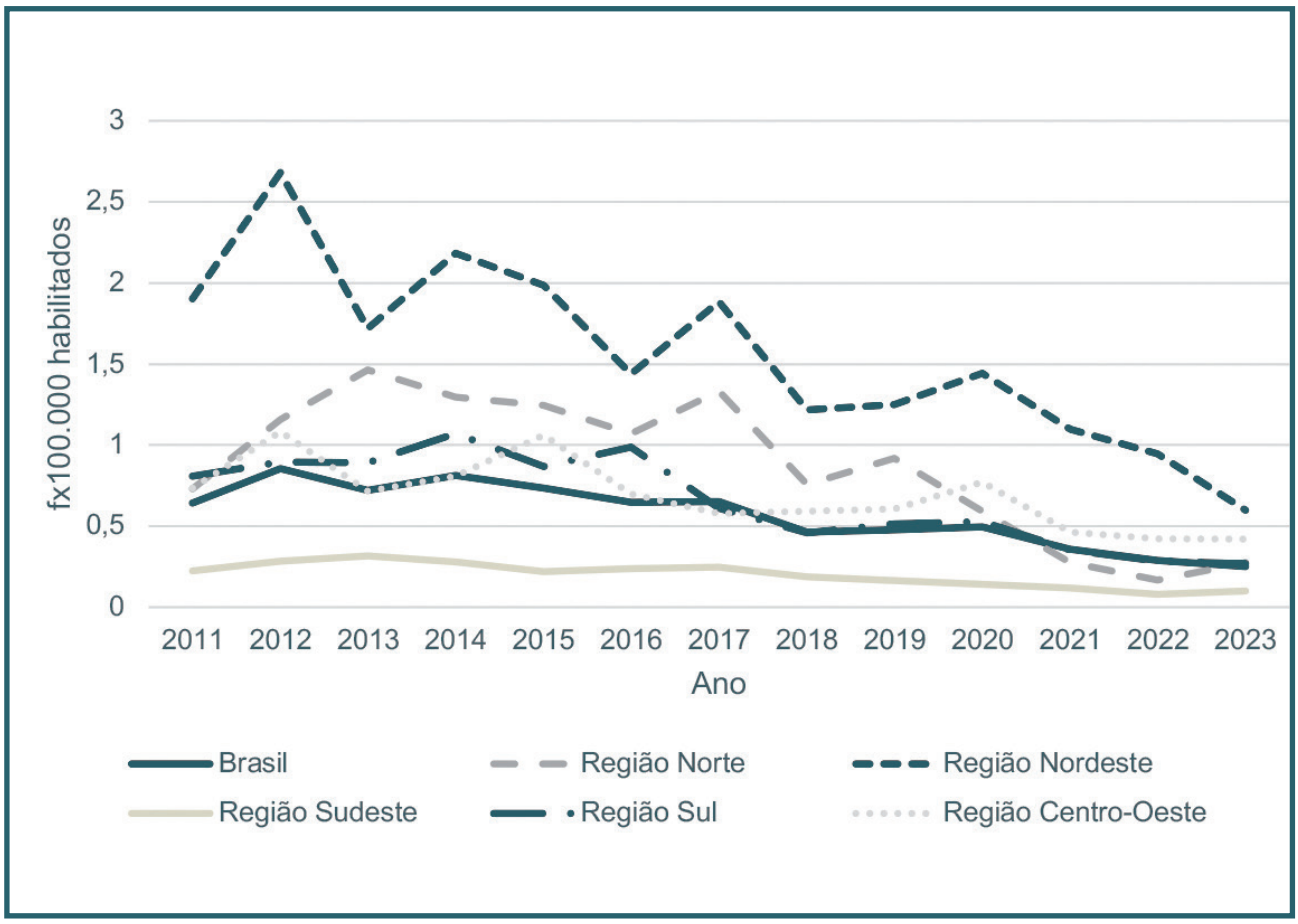
Fonte: Senatran.

GRÁFICO 68. Total de óbitos em colisões de trânsito a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



Fonte: Senatran.

GRÁFICO 69. Total de óbitos em colisões de trânsito com envolvimento de álcool a cada 100.000 CNHs – Brasil, 2011 a 2023.



Fonte: Senatran.

Embora os dados apresentados permitam observar tendências relevantes sobre os agravos no trânsito brasileiro, sua precisão e abrangência ainda dependem da qualidade dos sistemas de registro e monitoramento utilizados no país. Nesse sentido, é importante considerar os mecanismos atuais de produção e disponibilização dessas informações. Alguns estados, como São Paulo, desenvolveram sistemas próprios de monitoramento. O Infosiga, mantido pelo Detran-SP, é uma base de dados abertos atualizada mensalmente, que disponibiliza informações detalhadas sobre colisões, como localização, circunstâncias e perfil das vítimas. No entanto, não inclui dados específicos sobre o envolvimento de álcool nas ocorrências (PRODESP, 2024).

No âmbito federal, a PRF elaborou o Plano de Dados Abertos (PDA) 2024–2026 (OLIVEIRA, 2024), com o objetivo de promover o controle social e incentivar o desenvolvimento de tecnologias voltadas à segurança viária, por meio da disponibilização de bases públicas como o Boletim de Acidente de Trânsito (BAT), o sistema de multas e o Anuário Estatístico da PRF (Quadro 2).

QUADRO 2. Bases de dados utilizadas para o plano de dados abertos da PRF – 2024.

Base de Dados		Ordem
Nome	**Descrição**	
BAT	Boletim de Acidente de Trânsito	1
MULTAS	Sistema de Gestão de Infrações SERPRO e RENACOM	2
ANUÁRIO 2023	Publicação anual que reúne dados estatísticos e informações detalhadas sobre as atividades da instituição	3
MAPEAR	Mapear áreas vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes (ESCA) ao longo das rodovias federais brasileiras	4

Fonte: Polícia Rodoviária Federal.

Adicionalmente, a Secretaria Nacional de Trânsito (Senatran) iniciou a fase de testes de um novo modelo de coleta de dados para o Registro Nacional de Estatísticas e Sinistros de Trânsito (Renaest), com uso de um aplicativo que permite a inserção direta de informações por agentes de segurança pública. A proposta visa ampliar a precisão e a agilidade dos registros. No entanto, a coleta de dados ainda depende majoritariamente das polícias militares — responsáveis pelo registro em 81% dos estados brasileiros. Apenas 11% das unidades federativas utilizam informações fornecidas pelas secretarias de saúde.

Este capítulo apresentou dados sobre colisões, feridos e mortos no trânsito entre 2011 e 2023. Observa-se uma redução significativa nos índices gerais, incluindo os casos associados ao consumo de álcool. A queda nas colisões por 100 mil habilitados ocorreu em todas as regiões, mas com diferentes magnitudes. O Nordeste e o Sul, que inicialmente registravam os índices mais altos, apresentaram uma redução progressiva, enquanto a Região Sudeste manteve os menores valores ao longo do período. Essa tendência também se refletiu no número de feridos, especialmente nos casos envolvendo álcool, que tiveram uma redução ainda mais expressiva, o que pode estar associado a maior fiscalização e conscientização. No entanto, os óbitos no trânsito seguem como um ponto de atenção, com as Regiões Nordeste e Centro-Oeste registrando os índices mais elevados, enquanto a Sudeste permaneceu com os menores registros. Apesar da tendência de queda nos óbitos associados ao álcool, oscilações regionais, sugerindo desafios específicos.

Esses dados devem ser analisados com cautela, uma vez que a redução observada pode estar associada a uma combinação de fatores, incluindo mudanças na legislação,

intensificação da fiscalização e campanhas educativas, além de possíveis mudanças nos hábitos de condução, como maior adesão ao uso do cinto de segurança e uma conscientização crescente sobre os riscos da direção sob efeito de álcool.

A Lei Seca (Lei nº 11.705/2008) estabeleceu tolerância zero para o consumo de álcool na direção, sendo reforçada em 2012 (Lei nº 12.760/2012), que dobrou o valor das multas e permitiu a penalização sem necessidade do teste do etilômetro. Ainda, em meados de 2013, iniciou-se o processo de compra dos etilômetros e treinamentos da PRF para implementação. Em 2018 (Lei nº 13.546/2017), as penalidades foram ampliadas, prevendo penas de até 8 anos de prisão para motoristas que causassem mortes sob efeito de álcool. A decisão do Supremo Tribunal Federal em 2022, confirmando a validade da punição para motoristas que recusassem o teste do etilômetro, fortaleceu os mecanismos de fiscalização. Paralelamente, outras mudanças podem ter influenciado os índices, como a alteração do Código de Trânsito em 2019, que modificou o limite de pontos da CNH, e o Programa Renovar, que busca modernizar a frota de veículos pesados.

No entanto, a simples existência dessas leis não garante uma aplicação uniforme em todo o território nacional. O impacto das normas pode variar conforme o nível de fiscalização e a capacidade de aplicação das leis em cada estado. A eficácia da Lei Seca e das medidas punitivas depende de recursos para fiscalização, treinamento de agentes e adesão da população. Além disso, as disparidades regionais influenciam os padrões de colisões. Diferenças na infraestrutura viária, no estado de conservação da frota, na disponibilidade de transporte público seguro e na cultura de mobilidade podem explicar por que algumas regiões mantêm índices mais altos, mesmo com um arcabouço legal mais rigoroso. Fatores como o uso (ou desuso) do capacete, a presença de veículos alternativos, como carroças e bicicletas, e a predominância de outros meios de transporte, como barcos na Região Norte, alteram a dinâmica das colisões e da fiscalização.

É importante reconhecer também as limitações dos dados analisados. Os números absolutos e as taxas por habilitados fornecem um panorama geral, mas não capturam nuances importantes, como a distribuição das colisões entre áreas urbanas e rodovias não cobertas pela PRF. Como a PRF concentra sua atuação em rodovias federais, colisões ocorridas em vias urbanas, rurais ou estradas estaduais podem estar subestimadas, o que influencia a representatividade dos dados nacionais. Além disso, a qualidade e precisão dos registros podem variar entre estados e municípios, afetando a interpretação das tendências. Quedas nos índices não necessariamente indicam melhoria na segurança viária como um todo, podendo refletir mudanças no comportamento da população, redução do número de deslocamentos ou variações na metodologia de coleta de dados. Assim, para uma compreensão mais abrangente da segurança no trânsito, é essencial considerar múltiplas fontes de dados e diferentes recortes geográficos.

Dessa forma, a redução dos sinistros de trânsito e de suas consequências não pode ser atribuída a um único fator, mas sim a um conjunto de medidas legislativas, ações fiscalizatórias e mudanças culturais. Para consolidar essa tendência de queda, são necessárias estratégias específicas para cada realidade regional, garantindo que as políticas de trânsito sejam eficazes, adaptáveis e sustentáveis no longo prazo.

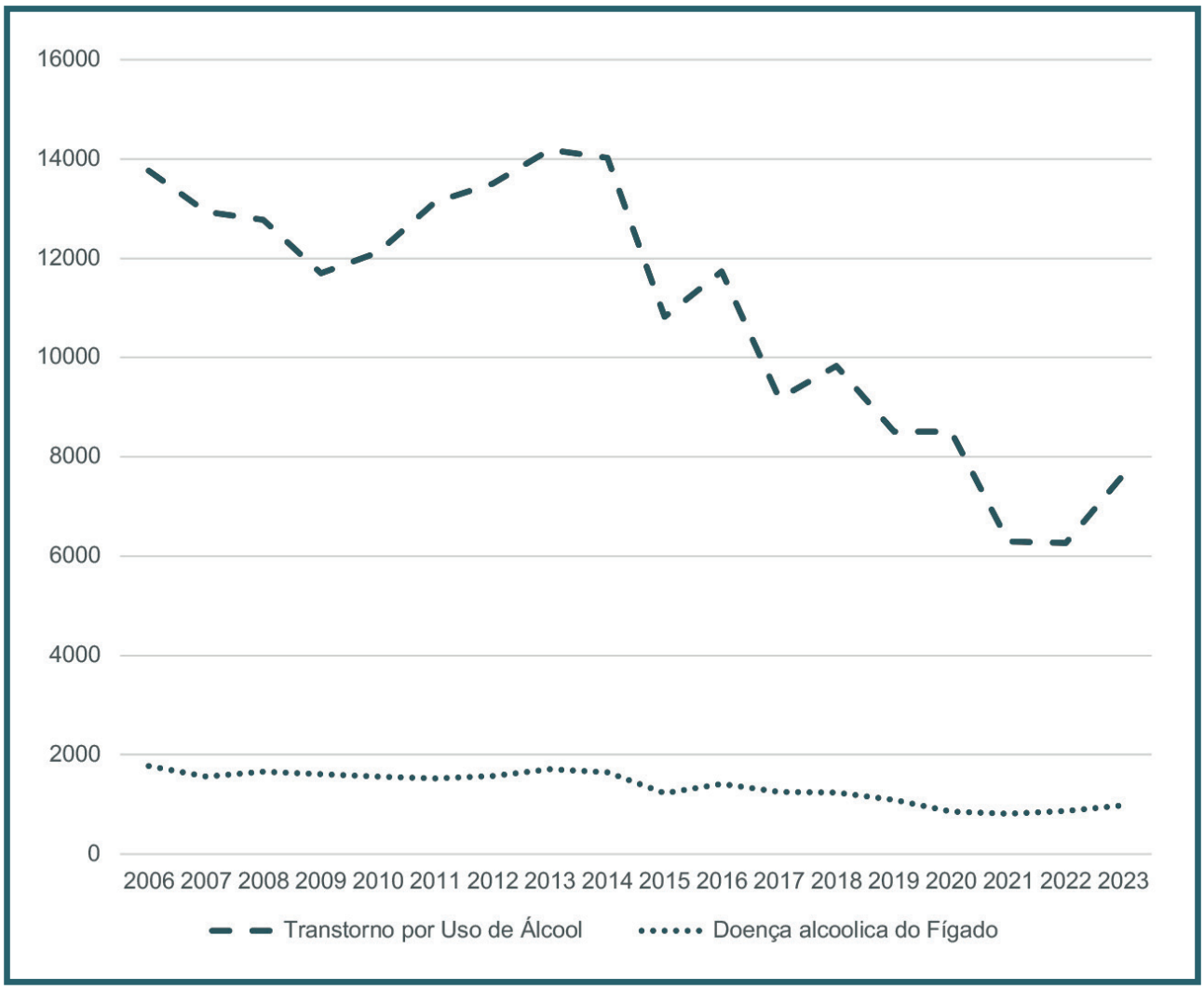
3.8 Benefícios por incapacidade temporária e auxílio-doença

O consumo de álcool tem impactos negativos no desempenho profissional e está associado a um aumento na frequência de sintomas pós-consumo, além de comprometer a regularidade e a eficiência na execução de atividades profissionais e sociais (HASHEMI *et al.*, 2022; YANG *et al.*, 2021). Um estudo publicado na revista científica *JAMA Network* avaliou dados da pesquisa nacional sobre uso de drogas e saúde dos Estados Unidos da América de 2015-2019 e demonstrou que o TUA está diretamente associado ao aumento das faltas no ambiente de trabalho. A média de dias perdidos no trabalho aumentava progressivamente conforme a gravidade do TUA. Por exemplo, entre aqueles sem TUA, a média anual foi de 13,0 dias, enquanto entre pessoas com TUA grave, essa média foi de 32,3 dias. Indivíduos com TUA representavam 9,3% da força de trabalho em tempo integral, mas foram responsáveis por 14,1% das ausências registradas no período (PARSLEY *et al.*, 2022). Além disso, o consumo de álcool aumenta o risco de licenças médicas (AMIRI *et al.*, 2020). Esses desfechos estão associados a impactos econômicos e sociais significativos, o que reforça a necessidade de análises sobre os efeitos do álcool no contexto laboral.

No Brasil, indivíduos com TUA podem ter direito a benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) quando essa condição (ou um agravo decorrente dela) causa incapacidade temporária ou permanente para o trabalho. Para obter esses benefícios, é necessário comprovar que o transtorno gera limitações físicas, mentais ou psicossociais que impedem o exercício da atividade profissional. Essa comprovação é realizada por meio de perícia médica conduzida pelo INSS, onde um médico especializado avalia a condição de saúde do indivíduo e determina a extensão das limitações impostas pelo transtorno, deferindo ou indeferindo a solicitação (BRASIL, 2024c).

A seguir, apresentaremos dados sobre afastamentos do trabalho diretamente relacionados ao uso de álcool, com base nos Relatórios de Acompanhamento Mensal do Benefício por Incapacidade Temporária (acidentários e previdenciários), disponibilizados pelo Ministério da Previdência Social. As informações referem-se aos benefícios concedidos entre 2006 e 2023 por Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool (CID F10) e por Doença Alcoólica do Fígado (CID K70), conforme ilustrado no Gráfico 70.

GRÁFICO 70. Benefícios previdenciários e acidentários concedidos pelo INSS em decorrência de Transtornos Mentais e Comportamentais relacionados ao uso de álcool (CID F10) e de Doença Alcoólica do Fígado (CID K70) – Brasil, 2006 a 2023.



Fonte: Ministério da Previdência Social – Relatórios de Acompanhamento Mensal do Benefício Auxílio por Incapacidade Temporária.

A análise dessa série histórica evidencia uma redução expressiva nas concessões de benefícios por incapacidade temporária relacionados ao álcool, especialmente a partir de 2013. Como a concessão depende da avaliação pericial realizada pelo INSS, essas variações podem refletir não apenas mudanças no perfil epidemiológico da população, mas também alterações nas diretrizes institucionais, nos critérios adotados nas perícias e nas interpretações individuais dos profissionais envolvidos.

A interpretação desses dados requer prudência, considerando possíveis interferências de múltiplos fatores. O TUA frequentemente coexiste com outras condições médicas e

psiquiátricas, incluindo o uso de outras substâncias. Em alguns casos, o benefício pode ser solicitado com base em uma condição comórbida, já que pacientes podem omitir o uso de álcool em função do estigma social. Outro fator relevante é a ampliação da RAPS, com seus múltiplos dispositivos de cuidado. Muitos pacientes passaram a ser acompanhados nesses serviços, o que pode ter reduzido o impacto do transtorno na funcionalidade e, consequentemente, a necessidade de afastamento por incapacidade.

Além disso, uma parcela da população com TUA busca acolhimento em comunidades terapêuticas de longa permanência, onde nem sempre há avaliação e acompanhamento psiquiátrico. Isso pode dificultar a comprovação diagnóstica no momento da solicitação de benefícios. Outra questão relevante refere-se aos indivíduos que não contribuem para o INSS e, portanto, recorrem a outras formas de assistência, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou auxílios baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Vale destacar que os dados apresentados se referem exclusivamente aos benefícios efetivamente concedidos e não incluem o total de solicitações — uma limitação importante para análises futuras. Ainda, a análise de benefícios concedidos por transtornos mentais no mesmo período mostrou um aumento expressivo, o que também ocorreu com o total geral de benefícios, sugerindo uma eventual subnotificação dos casos em que o uso de álcool está presente, mas não é registrado como causa principal do afastamento.

Uma abordagem integrada e multidimensional da relação entre o consumo de álcool e os benefícios previdenciários pode fornecer subsídios mais robustos para compreender o custo social do álcool e orientar a formulação de políticas públicas voltadas à redução de danos. Além disso, os benefícios por incapacidade temporária e auxílio-doença, quando bem estruturados, podem funcionar como instrumentos de apoio à recuperação e reinserção social das pessoas acometidas, desde que articulados a estratégias de tratamento, reabilitação e retorno ao mercado de trabalho.

Este capítulo apresentou uma análise sobre os impactos do consumo de álcool no contexto laboral, com ênfase nos benefícios por incapacidade temporária e auxílio-doença. Dados do INSS revelam uma redução nas concessões de benefícios relacionados ao álcool a partir de 2013, o que pode refletir tanto mudanças institucionais quanto dificuldades na comprovação diagnóstica. Entretanto, considerando o aumento geral de benefícios, inclusive por transtornos mentais, é importante ponderar que os auxílios podem estar sendo solicitados com base em outras condições coexistentes. A análise também destaca a importância de uma abordagem integrada entre saúde, trabalho e seguridade social para mitigar os efeitos do TUA e promover a recuperação e reinserção social dos indivíduos afetados.

Considerações finais

Este relatório consolidou uma ampla variedade de dados sobre o consumo de álcool no Brasil e seus impactos diretos e indiretos. A análise contemplou não apenas a comercialização e os padrões de consumo, mas também suas repercussões na saúde pública, incluindo morbidade, mortalidade e desfechos sociais. Ao longo das últimas décadas, observaram-se tendências distintas entre diferentes condições de saúde: algumas mantiveram-se estáveis, outras cresceram de forma preocupante, enquanto algumas apresentaram redução, refletindo o impacto de políticas públicas, transformações nos hábitos de consumo, aprimoramentos nos sistemas de diagnóstico e tratamento, expansão da rede ambulatorial e avanços na vigilância epidemiológica.

Um aspecto central identificado foi a transição no modelo assistencial. A expressiva redução nas taxas de internação hospitalar por TUA, por exemplo, não necessariamente indica uma menor demanda, mas sim uma redistribuição do cuidado para serviços extra-hospitalares, como os CAPS e unidades ambulatoriais especializadas. O fortalecimento dessas estruturas favoreceu um modelo de cuidado mais contínuo, territorializado e menos centrado na hospitalização, em consonância com as diretrizes de desinstitucionalização da atenção em saúde mental. No entanto, essa mudança exige acompanhamento sistemático para avaliar a efetividade e a capacidade de resposta da rede substitutiva.

A eficácia de políticas públicas específicas também é evidenciada na redução das taxas de morbidade e mortalidade por colisões de trânsito. O endurecimento da legislação — com destaque para a Lei nº 11.705/2008 (Lei Seca) e sua atualização pela Lei nº 12.760/2012 —, aliado ao aumento da fiscalização por meio de blitzes e uso de etilômetros, contribuiu significativamente para a queda dos acidentes fatais e internações hospitalares. A mortalidade por colisões apresentou declínio até 2018, com novo aumento nos anos de pandemia, possivelmente relacionado ao relaxamento da fiscalização e alterações nos padrões de mobilidade.

Estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce também influenciaram os desfechos de morbidade e mortalidade em determinadas condições. Nos cânceres associados ao uso de álcool — como colorretal, esofágico, hepático e de cavidade oral — observou-se crescimento tanto da morbidade quanto da mortalidade entre 2008 e 2021. No entanto, o aumento foi mais expressivo na morbidade hospitalar, indicando detecção mais precoce. Esse descompasso sugere que mais pacientes têm sido diagnosticados em estágios iniciais, o que favorece melhores prognósticos. Esse avanço reflete a ampliação dos programas de rastreamento, o fortalecimento das ações de diagnóstico precoce e o aumento da cobertura de exames no SUS. Embora a mortalidade também tenha crescido, sua progressão mais

lenta reforça a hipótese de que os esforços de detecção precoce estão contribuindo para reduzir a letalidade desses cânceres.

A introdução dos antivirais de ação direta (DAAs) no SUS a partir de 2015 para o tratamento da hepatite C, associada à ampliação do diagnóstico por testes rápidos, também reduziu a incidência de complicações como cirrose e câncer hepático.

As desigualdades regionais evidenciam a necessidade de políticas territorializadas. Embora o Sul e Sudeste concentrem historicamente as maiores taxas de morbidade e mortalidade associadas ao álcool, os dados mais recentes mostram crescimento expressivo desses indicadores nas regiões Norte e Nordeste. O aumento da incidência de câncer colorretal e de cavidade oral nessas regiões pode indicar mudanças nos padrões de consumo, mas também reflete lacunas na cobertura de rastreamento e no acesso ao tratamento. A mortalidade por cirrose hepática, por sua vez, é significativamente mais elevada no Nordeste, evidenciando disparidades no acesso à atenção especializada.

A análise integrada entre morbidade, mortalidade e incidência permite compreender de forma mais precisa o cenário epidemiológico. Alguns destaques incluem mudanças no comparativo entre 2008 e 2021:

A comparação entre os anos de 2008 e 2021 evidencia mudanças relevantes nos padrões de morbidade e mortalidade por condições associadas ao uso de álcool (FAA). Enquanto alguns agravos demonstraram crescimento expressivo, outros apresentaram queda. Condições com variação percentual (2008–2021):

- **Transtorno por uso de álcool:**
  - Mortalidade: +10,7%.
  - Morbidade hospitalar: –56%.

- **Câncer colorretal:**
  - Mortalidade: +81,8%.
  - Morbidade hospitalar: +122%.

- **Câncer de mama (mulheres):**
  - Mortalidade: +47,4%.
  - Morbidade hospitalar: +63%.

- **Câncer de fígado:**
  - Mortalidade: +44,8%.
  - Morbidade hospitalar: +133%.

- **Pancreatite:**
    - Mortalidade: +23,1%.
    - Morbidade hospitalar: +39%.

- **Câncer de laringe:**
    - Mortalidade: +14,3%.
    - Morbidade hospitalar: +24%.

- **Tuberculose:**
    - Mortalidade: –8,6%.
    - Morbidade hospitalar: –11%.

- **Colisões de trânsito:**
    - Mortalidade: –24,6%.
    - Morbidade hospitalar: –39%.

Esses dados demonstram que a mortalidade tende a variar menos que a morbidade (com exceção do TUA), pois depende de fatores estruturais como gravidade da condição, estágio ao diagnóstico, acesso a tratamento especializado e fatores socioeconômicos. Em contraste, a morbidade hospitalar é mais sensível a transformações no sistema de saúde, como ampliação da atenção primária, mudanças na rede de serviços e nas estratégias de prevenção.

A pandemia de COVID-19 teve impacto significativo em diversos desfechos. Houve queda na procura por serviços hospitalares, descontinuidade de cuidados e agravamento das condições de saúde mental. Esses fatores podem ter contribuído para o aumento da mortalidade por causas evitáveis, evidenciando a necessidade de ações que garantam o acesso oportuno ao cuidado, mesmo em contextos de crise sanitária.

Ressalta-se, por fim, a importância de identificar e coletar indicadores sistemáticos, padronizados e monitoráveis ao longo do tempo. Apenas com dados consistentes será possível acompanhar tendências, avaliar o impacto de políticas públicas e formular estratégias eficazes e sustentáveis para a promoção da saúde e a redução dos danos relacionados ao álcool. Em síntese, este relatório reforça a importância de políticas públicas baseadas em evidências epidemiológicas, adaptadas às realidades regionais e sensíveis às desigualdades socioeconômicas. Para mitigar os danos associados ao consumo de álcool, é fundamental uma abordagem intersetorial que integre prevenção, cuidado, vigilância e inclusão social.

Referências

- AMIRI, S.; BEHNEZHAD, S. Alcohol consumption and sick leave: a meta-analysis. **Journal of Addictive Diseases**, v. 38, n. 2, p. 100–112, 2020.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. **The American journal of psychiatry**, v. 170, n. 8, p. 834–851, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767415/. Acesso em: 8 maio 2024.
- ANDERSON, B. O. et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 1, p. e6–e7, 2023. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00317-6/fulltext. Acesso em: 26 mar. 2024.
- BAGNARDI, V. et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a com-prehensive dose-response meta-analysis. **British Journal of Cancer**, v. 112, n. 3, p. 580–593, 2015.
- BALIUNAS, D. et al. Alcohol consumption and risk of incident human immu-nodeficiency virus infection: a meta-analysis. **International Journal of Public Health**, v. 55, n. 3, p. 159–166, 2010.
- BASTOS, F. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (LNUD)**: LNUD. [S. l.]: ICICT / FIOCRUZ, 2017. Pesquisa domiciliar. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614.
- BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- BRASIL. **Painel-Oncologia**. [s. d.]. Disponível em: http://tabnet.DataSUS.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Acesso em: 6 ago. 2024.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade - DATASUS**. [S.l.], [s. d.]. Disponível em: http://tabnet.DataSUS.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 6 ago. 2024.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids 2023**. Número especial, dezembro 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view. Acesso em: 26 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Bebidas alcoólicas no Brasil**: disponibilidade, marketing e desafios regulatórios. São Paulo: Fiocruz, 2024a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de tuberculose** – número especial | mar. 2024b. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar-2024.pdf . Acesso em: 26 ago. 2025.
- BRASIL. **Auxílios por incapacidade temporária acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, 2024c**. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/acidente_trabalho_incapacidade/tabelas-cid-10. Acesso em: 7 ago. 2024.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
- CARLINI E. A. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- CLARO, R. M. et al. **VIGITEL 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: VIGITEL. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Inquérito de saúde da população brasileira. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.
- CLINTON, S. K.; GIOVANNUCCI, E. L.; HURSTING, S. D. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. **Journal of Nutrition**, v. 150, n. 4, p. 663–661, 2020.
- DONG, Mi. et al. Drinking and driving: A systematic review of the impacts of alcohol consumption on manual and automated driving performance. **Journal of Safety Research**, v. 89, p. 1–12, 2024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437524000057. Acesso em: 6 ago. 2024.
- ECONODATA. **500 Maiores Empresas de Fabricação de Bebidas Alcoólicas no Brasil**. 2023. Disponível em: https://www.econodata.com.br/empresas/todo-brasil/fabricacao-de-bebidas-alcoolicas-c-111. Acesso em: 1 ago. 2024.

- EUROMONITOR INTERNATIONAL. **Beer in Brazil**. Passport, 2022. Disponível em: https://www.euromonitor.com/beer-in-brazil/report.
- FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S.; SANTOS, W. S. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00049519, 22 abr. 2020. Erratum in: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, eER049519, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519.
- GRISWOLD, Max G. et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territo-ries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/article/S0140-6736%2818%2931310-2/fulltext. Acesso em: 26 mar. 2024.
- GUERRA, A. et al. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2023: Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2023**. CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2023. Relatório Nacional. Disponível em: https://cisa.org.br/images/upload/Panorama_Alcool_Saude_CISA2023.pdf?utm_source=sitecisa&utm_medium=cpc&utm_campaign=panorama_2023&utm_id=panora-ma2023&utm_term=panorama%2Bsaude%2Balcool&utm_content=btnlink.
- HASHEMI, N. et al. A systematic review and meta-analysis uncovering the relationship between alcohol consumption and sickness absence. When type of design, data, and sickness absence make a difference. **PloS One**, v. 17, n. 1, p. e0262458, 2022.
- HOUSTON, R. J. et al. Effects of Heavy Drinking on Executive Cognitive Functioning in a Community Sample. **Addictive behaviors**, v. 39, n. 1, p. 345–349, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4101901/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e grandes regiões: PNS. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde, 2020. Pesquisa domiciliar. Disponível em: https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa industrial anual**: produto. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/industria/9044-pesquisa-industrial-anual-produto.html. Acesso em: 26 ago. 2025.
- JUN, S. et al. Cancer risk based on alcohol consumption levels: a comprehensive systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and Health**, v. 45, p. e2023092, 2023.

- KRESINA, T. F. et al. Alcohol use and HIV pharmacotherapy. **AIDS research and human retroviruses**, v. 18, n. 11, p. 757–770, 2002.
- LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (I LENAD)**: LENAD. SENAD, 2007. Levantamento nacional. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%c3%81LCOOL.PDF?sequence=5&isAllowed=y.
- LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD)**: LENAD. UNIAD/INPAD, 2013. Levantamento nacional. Disponível em: https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf.
- MALTA, D. C. et al. Road traffic injuries and deaths and the achie-vement of UN Sustainable Development Goals in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study, 1990 to 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, n. Suppl 1, p. e0261-2021, Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9038143/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. **Drunk Driving**. Disponível em: https://www.nhtsa.gov/risky-driving/drunk-driving. Acesso em: 6 ago. 2024.
- OLIVEIRA, A. F. S. et al. **Plano de Dados Abertos PRF - Abril/2024 a Abril/2026**. Brasília: PRF. 2024.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Road traffic injuries**. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries. Acesso em: 6 ago. 2024.
- OPALEYE, E. S. (org.). **II Relatório Brasileiro sobre Drogas**: sumário executivo. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021.
- PANDREA, I. et al. Alcohol's Role in HIV Transmission and Disease Progression. **Alcohol Research & Health**, v. 33, n. 3, p. 203–218, 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860502/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- PARSLEY, I. C. et al. Association Between Workplace Absenteeism and Alcohol Use Disorder From the National Survey on Drug Use and Health, 2015-2019. **JAMA network open**, v. 5, n. 3, p. e222954, 2022.
- PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; BONI, R. B. **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras**. CPAD/HCPA/UFRGS e SENAD/MJ, 2010. Levantamento nacional. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/pesquisas/uso-nas-estradas.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.
- POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL. **Anuário 2022**. [S. l.], [s. d.] Brasília: PRF Disponível em: https://www.gov.br/prf/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/diest-arquivos/anuario-2022_final.html#S%C3%A9rie_hist%C3%B3rica. Acesso em: 7 mar. 2024.

- PRODESP. **Portal Detran**. [S. l.], [s. d.]. Site Infosiga. Disponível em: https://infosiga.detran.sp.gov.br/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- SIH/SUS **(MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS) – DataSUS** [s. d.]. Disponível em: https://DataSUS.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- SINAN **(DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – 2007 em diante)** – DataSUS, [s. d.]. Disponível em: https://DataSUS.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/. Acesso em: 6 ago. 2024.
- SONTATE, K. V. et al. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 699726, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8729263/. Acesso em: 26 mar. 2024.
- 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 and Alcohol Dependence**, v. 110, n. 1–2, p. 108–116, 2010.
- VIANA, F. L. E. **Caderno Setorial ETENE**: Indústria de Bebidas Alcoólicas. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2023.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/274603. Acesso em: 7 mar. 2024.
- WINDLE, M. The trading of sex for money or drugs, sexually transmitted diseases (STDs), and HIV-related risk behaviors among multisubstance using alcoholic inpatients. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 49, n. 1, p. 33–38, 1997.
- XU, H. et al. Effects of alcohol consumption on viral hepatitis B and C. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 33, p. 10052–10063, 2021.
- YANG, J. et al. Association between Alcohol Consumption and Serum Cortisol Levels: a Mendelian Randomization Study. **Journal of Korean Medical Science**, v. 36, n. 30, p. e195, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.

Anexos: Materiais suplementares

TABELA 1. Casos de HIV notificados no Sinan, por região – Brasil, 2012 a 2022.

Região de residência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Brasil	15882	21921	32439	40268	42754	46363	46910	46721	37023	42676	43403
Norte	820	1205	2681	3848	4380	4806	5305	5348	4585	5701	6200
Nordeste	1921	2893	5477	7956	8702	10575	11549	12281	9286	11236	11414
Sudeste	8761	10600	14203	16480	17832	18466	17891	16794	13383	14667	15064
Sul	3328	5638	7578	8801	8607	8726	8300	8282	6387	7313	6900
Centro-oeste	1052	1585	2500	3183	3233	3790	3865	4016	3382	3759	3825

Fonte: SVS/MS – SINAN/DataSUS.

TABELA 2. Casos totais de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo região de residência por ano de diagnóstico entre 2012 a 2022.

Região de residência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Brasil	42823	43666	42421	41323	39696	38893	38501	38288	30562	35424	36753
Norte	3586	4433	4569	4367	4489	4202	4621	4836	3657	4892	4909
Nordeste	8724	9234	9039	9077	8903	9153	9310	9220	7250	8321	8812
Sudeste	18057	17547	17019	16426	15770	15251	14560	13969	11749	13041	13527
Sul	9393	9344	8832	8624	7779	7392	7129	7102	5458	6284	6464
Centro-oeste	3063	3108	2962	2829	2755	2895	2881	3161	2448	2886	3041

Fonte: SVS/MS – SINAN/DataSUS.

TABELA 3. Total de casos confirmados de hepatite A, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2021.

Região de residência	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	17437	21554	17005	13351	11680	10824	6964	7520	6580	6238	6438	3169	1182	2139	2105	896	531	363
Norte	4497	3534	3931	2548	2440	2550	1971	2760	2675	2120	2693	1503	386	194	212	149	59	32
Nordeste	5396	7098	5391	4459	4467	4043	2318	2271	1698	2309	1948	592	221	180	153	98	81	48
Sudeste	2263	3139	3414	3132	2139	1607	1077	1293	1286	1138	953	577	294	1483	1387	461	278	188
Sul	3108	4182	2462	2052	1388	1256	1075	592	453	320	245	238	199	208	278	143	88	64
Centro-oeste	2161	3588	1799	1155	1243	1367	520	600	466	350	599	257	82	73	75	45	25	29

Fonte: DCCI/SVS/MS – Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018-2022.

TABELA 4. Total de casos confirmados de hepatite B, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2021.

Região de residência	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	10241	12000	12112	12407	13400	14760	13693	16307	15618	16450	16200	14610	14197	13756	14201	14167	7999	7256
Norte	1033	1066	1385	1469	1750	2223	1972	2289	2206	3187	2831	2091	2045	2124	2255	2467	1218	1106
Nordeste	972	1255	1137	1130	1255	1570	1360	1640	1583	1648	1693	1513	1507	1650	1991	2218	1216	1126
Sudeste	3880	4259	4439	4706	5303	5336	4947	6035	5558	5235	4837	4844	4650	4530	4358	3938	2320	2118
Sul	3454	4101	3858	3812	3803	4045	4095	4962	4959	4979	5495	4988	4659	4259	4502	4423	2618	2145
Centro-oeste	883	1301	1275	1285	1276	1578	1314	1376	1305	1394	1336	1171	1332	1190	1090	1118	625	761

Fonte: DCCI/SVS/MS – Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018-2022.

TABELA 5. Total de casos confirmados de hepatite C, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2021.

Região de residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	10747	10987	12618	12482	11991	11640	25565	25324	24174	24899	23111	13386	11166
Norte	314	323	370	434	510	401	1030	1061	1151	1139	1069	582	600
Nordeste	719	728	794	815	829	718	1734	1677	1863	2173	2226	1135	1011
Sudeste	6961	6869	8060	7893	7047	6431	13579	13514	12891	13199	11729	6671	5334
Sul	2403	2757	2947	2904	3176	3694	8257	7940	7245	7458	7129	4354	3554
Centro-oeste	350	310	447	436	429	396	962	1130	1022	927	958	644	665

Fonte: DCCI/SVS/MS – Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018-2022.

TABELA 6. Total de casos confirmados de hepatite D, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2021.

Região de residência	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	134	169	171	210	220	299	269	311	292	364	308	197	116	149	150	148	97	75
Norte	99	110	134	146	149	236	206	242	219	299	244	124	56	92	96	98	47	33
Nordeste	7	20	5	17	17	22	10	13	12	9	20	18	6	11	9	8	11	6
Sudeste	18	23	17	19	33	20	26	23	29	31	25	31	32	20	23	20	20	11
Sul	8	10	14	12	13	11	16	22	19	13	16	19	15	12	14	16	17	20
Centro-oeste	2	5	1	16	8	10	11	11	13	12	3	5	7	14	8	6	2	5

Fonte: DCCI/SVS/MS – Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018-2022.

TABELA 7. Colisões, feridos e mortos em colisões de trânsito - Brasil, 2007 a 2022.

Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos graves	Feridos	Mortos
2007	127.671	57.733	23.574	81.307	6.742
2008	141.038	60.144	24.495	84.639	6.914
2009	158.646	67.451	26.067	93.518	7.341
2010	183.465	75.249	27.970	103.219	8.623
2011	192.322	77.776	29.051	106.827	8.675
2012	184.561	76.177	28.291	104.468	8.663
2013	186.745	76.848	26.962	103.810	8.426
2014	169.197	74.596	26.236	100.832	8.234
2015	122.158	67.743	22.508	90.251	6.867
2016	96.362	65.249	21.423	86.672	6.398
2017	89.567	65.604	18.716	84.320	6.248
2018	69.332	58.971	17.724	76.695	5.273
2019	67.556	60.559	18.632	79.191	5.338
2020	63.576	54.381	17.130	71.511	5.293
2021	64.539	54.181	17.665	71.846	5.396
2022	64.547	54.839	18.132	72.971	5.439

Fonte: Anuário da Polícia Rodoviária Federal, 2022.

TABELA 8. Procedimentos de fiscalização de alcoolemia - Brasil, 2011 a 2022.

Ano	Pessoas fiscalizadas	Veículos fiscalizados	Testes de alcoolemia
2011	459.424	5.213.318	93.922
2012	4.094.088	5.914.475	648.291
2013	7.170.917	8.014.877	1.515.165
2014	7.257.235	7.539.378	1.528.336
2015	8.169.449	7.697.068	1.989.602
2016	7.777.745	7.484.616	1.939.346
2017	7.040.455	6.565.167	2.131.139
2018	6.942.882	7.107.693	1.705.507
2019	8.255.958	8.987.762	2.478.507
2020	9.396.822	10.611.709	893.344
2021	8.367.252	9.472.090	299.465
2022	11.453.334	11.227.345	2.889.992

Fonte: Anuário da Polícia Rodoviária Federal, 2022.

TABELA 9. Infrações de alcoolemia, ultrapassagem, velocidade, capacete e cinto – Brasil, 2007 a 2022.

Ano	Alcoolemia Constatação	Alcoolemia Recusa	Capacete	Cinto	Ultrapassagem	Velocidade	Demais
2007	6.619	0	19.073	90.067	230.544	689.359	819.794
2008	10.210	0	27.970	133.121	291.425	1.024.003	946.065
2009	22.521	0	35.168	182.260	323.468	1.309.813	1.172.377
2010	28.665	0	36.542	182.640	345.092	1.261.385	1.184.034
2011	27.738	0	44.326	181.026	346.157	1.095.222	1.189.848
2012	31.792	0	55.661	203.073	337.501	1.028.479	1.187.258
2013	38.901	0	56.741	248.040	375.545	1.082.554	1.450.022
2014	34.286	1.896	51.635	231.546	332.603	1.300.655	1.374.603
2015	23.459	17.037	52.290	247.699	308.735	3.244.773	1.515.109
2016	17.860	16.572	50.873	233.294	277.367	3.272.472	1.716.519
2017	19.083	20.486	48.140	213.347	285.538	3.053.200	2.384.051
2018	17.929	21.583	44.412	186.288	256.628	4.840.535	1.988.804
2019	18.467	36.327	46.773	209.913	247.081	3.038.748	2.144.814
2020	11.884	26.843	70.585	271.377	292.044	2.390.344	2.118.708
2021	11.478	22.440	32.438	251.517	281.091	2.626.535	2.014.021
2022	15.757	48.706	19.296	228.723	251.007	1.294.871	2.277.164

Fonte: Anuário da Polícia Rodoviária Federal, 2022.

TABELA 10. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Brasil, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos graves	Feridos	Mortos
2007	127675	57733	23574	81307	6742	3106	2047	869	2916	181
2008	141043	60144	24495	84639	6914	3561	2272	934	3206	207
2009	158646	67451	26067	93518	7341	4813	2997	1214	4211	249
2010	183469	75249	27970	103219	8623	6806	4069	1669	5738	401
2011	192326	77776	29051	106827	8675	7559	4437	1745	6182	345
2012	184568	76177	28291	104468	8663	7594	4592	1860	6452	485
2013	186748	76848	26962	103810	8426	7527	4583	1933	6516	430
2014	169201	74596	26236	100832	8234	7391	4485	1899	6384	508
2015	122161	67743	22508	90251	6867	6745	4146	1734	5880	480
2016	96363	65249	21423	86672	6398	6332	4267	1637	5904	439
2017	89567	65604	18716	84320	6248	6448	4528	1506	6034	455
2018	69333	58971	17724	76695	5274	5501	3876	1389	5265	332
2019	67557	60564	18631	79195	5338	5812	4172	1566	5738	353

2020	63585	54385	17133	71518	5292	5436	3587	1278	4865	373
2021	64566	54191	17684	71875	5398	5001	3135	1083	4218	275
2022	64603	54887	18169	73056	5441	4686	2990	1173	4163	232
2023	67723	59482	18931	78413	5621	3910	2482	846	3328	207

Fonte: Senatran.

TABELA 11. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Região Sul, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos graves	Feridos	Mortos
2007	32701	15790	5158	20948	1273	1053	662	206	868	39
2008	36535	16169	5317	21486	1229	1144	688	232	920	40
2009	45220	19314	6240	25554	1500	1770	1049	330	1379	58
2010	54939	23069	6779	29848	1790	2685	1508	462	1970	109
2011	56428	23513	6966	30479	1823	2814	1561	479	2040	87
2012	53142	23078	6850	29928	1863	2856	1782	506	2288	101
2013	53992	22499	6413	28912	1745	2697	1595	482	2077	105
2014	49802	21795	6596	28391	1821	2795	1591	559	2150	132
2015	36698	19578	5759	25337	1442	2443	1452	536	1988	111
2016	29152	19253	5689	24942	1450	2268	1471	464	1935	130
2017	27740	19544	5338	24882	1384	2189	1463	419	1882	83
2018	20906	17386	4997	22383	1195	1777	1209	334	1543	64
2019	20752	18406	5409	23815	1206	2059	1446	499	1945	74
2020	18600	15947	4570	20517	1144	1840	1208	375	1583	77
2021	19776	16566	4869	21435	1243	2001	1233	338	1571	53
2022	19917	16564	5126	21690	1255	1830	1133	377	1510	44
2023	19833	16960	4965	21925	1222	1431	870	224	1094	43

Fonte: Senatran.

TABELA 12. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Região Sudeste, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos
2007	49625	20339	7975	28314	2131	677	495	194	689	31
2008	54509	21252	8218	29470	2231	834	539	212	751	48
2009	58505	22905	8287	31192	2285	981	685	231	916	44
2010	64748	24141	8283	32424	2598	1369	855	327	1182	69

2011	67625	24700	8599	33299	2578	1623	942	357	1299	63
2012	65949	24558	8073	32631	2396	1549	944	349	1293	84
2013	65534	25285	7762	33047	2512	1724	1054	408	1462	98
2014	57234	24916	7941	32857	2286	1561	995	395	1390	91
2015	38774	22687	6630	29317	1801	1359	869	315	1184	73
2016	30351	21943	6272	28215	1642	1375	1043	330	1373	83
2017	27717	21564	5345	26909	1666	1413	1066	301	1367	88
2018	20809	19051	4934	23985	1309	1153	869	274	1143	68
2019	20577	19662	5340	25002	1384	1168	932	275	1207	62
2020	19192	17391	4934	22325	1371	1120	772	263	1035	54
2021	19728	17389	4955	22344	1370	1008	687	195	882	47
2022	19668	17985	5112	23097	1336	906	621	202	823	32
2023	21566	20706	5417	26123	1439	778	515	161	676	42

Fonte: Senatran.

TABELA 13. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Região Nordeste, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos
2007	26633	12139	6020	18159	2134	718	418	264	682	61
2008	29172	12527	6337	18864	2149	832	524	273	797	76
2009	31617	13533	6517	20050	2230	1145	713	368	1081	85
2010	37354	15610	7484	23094	2731	1548	914	527	1441	156
2011	40447	16615	7815	24430	2640	1747	1065	555	1620	141
2012	38906	15730	7920	23650	2823	1869	1025	659	1684	213
2013	39996	16243	7625	23868	2567	1858	1154	685	1839	146
2014	37377	15558	6871	22429	2600	1759	1045	595	1640	199
2015	26496	13822	5905	19727	2263	1554	944	523	1467	192
2016	19824	12726	5664	18390	2051	1285	838	474	1312	146
2017	18181	12418	5080	17498	2014	1480	986	542	1528	199
2018	14874	11627	4652	16279	1707	1280	883	441	1324	133
2019	14596	11935	4793	16728	1669	1370	918	497	1415	141
2020	13900	10965	4429	15394	1732	1252	810	384	1194	166
2021	13556	10658	4495	15153	1679	1002	605	323	928	131
2022	13640	10907	4645	15552	1654	1012	674	356	1030	118
2023	14632	12111	5098	17209	1710	895	586	288	874	78

Fonte: Senatran.

TABELA 14. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Região Centro-Oeste, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos
2007	11689	5834	3012	8846	773	350	228	123	351	15
2008	13247	6495	3117	9612	847	434	274	139	413	21
2009	14808	7273	3246	10519	897	547	313	173	486	30
2010	16561	7938	3619	11557	987	746	478	232	710	29
2011	17039	7895	3485	11380	1061	804	505	179	684	36
2012	16763	7882	3434	11316	1038	805	494	214	708	56
2013	17819	8131	3405	11536	1074	788	477	221	698	39
2014	16344	8035	3170	11205	1022	832	527	225	752	46
2015	13748	7911	2835	10746	889	971	595	245	840	63
2016	11762	7600	2563	10163	775	982	640	244	884	43
2017	10922	8269	1836	10105	743	921	672	145	817	37
2018	8494	7300	1960	9260	664	872	627	223	850	39
2019	8024	7327	2080	9407	678	869	609	209	818	41
2020	8005	6895	1974	8869	681	861	552	159	711	53
2021	7953	6689	2198	8887	702	734	444	154	598	33
2022	7850	6551	2136	8687	765	721	429	169	598	31
2023	8154	6868	2222	9090	802	603	360	129	489	32

Fonte: Senatran.

TABELA 15. Colisões, feridos e mortes por colisões de trânsito (total e com ingestão de álcool) - Região Norte, 2007 a 2023.

	TOTAL					COM INGESTÃO DE ÁLCOOL				
Ano	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos	Colisões	Feridos leves	Feridos Graves	Feridos	Mortos
2007	7027	3631	1409	5040	431	308	244	82	326	35
2008	7580	3701	1506	5207	458	317	247	78	325	22
2009	8496	4426	1777	6203	429	370	237	112	349	32
2010	9867	4491	1805	6296	517	458	314	121	435	38
2011	10787	5053	2186	7239	573	571	364	175	539	18
2012	9808	4929	2014	6943	543	515	347	132	479	31
2013	9407	4690	1757	6447	528	460	303	137	440	42
2014	8444	4292	1658	5950	505	444	327	125	452	40
2015	6445	3745	1379	5124	472	418	286	115	401	41
2016	5274	3727	1235	4962	480	422	275	125	400	37
2017	5007	3809	1117	4926	441	445	341	99	440	48

2018	4250	3607	1181	4788	399	419	288	117	405	28
2019	3608	3234	1009	4243	401	346	267	86	353	35
2020	3888	3187	1226	4413	364	363	245	97	342	23
2021	3553	2889	1167	4056	404	256	166	73	239	11
2022	3528	2880	1150	4030	431	217	133	69	202	7
2023	3538	2837	1229	4066	448	203	151	44	195	12

Fonte: Senatran.

TABELA 16. Número de óbitos por Transtorno por Uso de Álcool, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

Ano	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	4771	102	1101	2413	776	379
2001	5044	130	1209	2513	805	387
2002	5096	142	1266	2392	816	480
2003	5213	145	1272	2436	841	519
2004	5762	159	1416	2732	977	478
2005	6351	155	1827	2886	918	565
2006	6627	200	2169	2799	892	567
2007	6943	205	2282	2907	1012	537
2008	7313	254	2354	2978	1129	598
2009	6834	242	2318	2692	1067	515
2010	7073	235	2372	2752	1119	595
2011	7335	256	2502	2856	1118	603
2012	6944	211	2379	2729	1035	590
2013	7025	251	2557	2533	1112	572
2014	6500	248	2228	2409	1073	542
2015	6421	218	2269	2383	1002	549
2016	6287	215	2248	2375	965	484
2017	6257	248	2189	2305	949	566
2018	6428	229	2068	2415	1101	615
2019	6445	239	2040	2475	1101	590
2020	8530	299	3041	3157	1307	726
2021	8830	309	2947	3364	1504	706

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 17. Número de óbitos por colisões de trânsito, da população do sexo masculino, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	23430	1565	5410	9359	4672	2424
2001	24820	1608	5500	10540	4729	2443
2002	26547	1832	6365	10429	5156	2765
2003	26647	1802	6063	10923	5151	2708
2004	28424	1892	6510	11317	5704	3001
2005	29185	2044	7097	11489	5625	2930
2006	29705	2060	7264	12052	5584	2745
2007	30782	2137	7664	12312	5734	2935
2008	31362	2291	7802	12431	5721	3117
2009	30788	2231	8117	11565	5640	3235
2010	35253	2807	10061	12833	5991	3561
2011	36064	2867	10500	13164	6034	3499
2012	37088	3017	11389	12943	6069	3670
2013	35022	2940	10950	12073	5495	3564
2014	36169	3113	11332	12530	5497	3697
2015	32100	2962	10484	10592	4819	3243
2016	31025	2904	10241	9987	4757	3136
2017	29482	2796	9438	9754	4678	2816
2018	27256	2487	8897	8597	4404	2871
2019	26822	2453	8542	8684	4414	2729
2020	27899	2655	8924	8922	4430	2968
2021	28674	2671	9018	9247	4623	3115

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 18. Número de óbitos por colisões de trânsito, na população do sexo feminino, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	5588	361	1181	2307	1169	570
2001	5615	381	1114	2471	1085	564
2002	6038	428	1269	2443	1188	710
2003	6247	432	1275	2560	1318	662
2004	6503	456	1324	2727	1328	668

2005	6736	468	1443	2803	1321	701
2006	6738	531	1382	2873	1281	671
2007	6757	481	1512	2754	1312	698
2008	7113	499	1547	2882	1383	802
2009	6974	522	1588	2748	1323	793
2010	7974	624	1989	2976	1509	876
2011	7784	627	1837	3039	1431	850
2012	8256	716	2081	3021	1554	884
2013	7706	654	1967	2774	1386	925
2014	7955	628	2034	2939	1428	926
2015	6870	616	1779	2446	1236	793
2016	6614	564	1756	2361	1210	723
2017	6418	570	1602	2318	1191	737
2018	5687	530	1467	1996	1092	602
2019	5491	492	1486	1839	1035	639
2020	5282	530	1406	1788	901	657
2021	5738	598	1470	1908	1065	697

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 19. Número de óbitos por lesões autoprovocadas, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	6824	373	1139	2529	2049	734
2001	7792	440	1445	3029	2184	694
2002	7773	394	1552	2958	2072	797
2003	7913	437	1626	3028	2051	771
2004	8070	448	1659	2999	2177	787
2005	8596	477	1905	3224	2211	779
2006	8705	482	1977	3324	2149	773
2007	8949	543	2193	3244	2210	759
2008	9405	620	2228	3423	2262	872
2009	9455	593	2115	3588	2322	837
2010	9517	626	2132	3758	2185	816
2011	9935	694	2310	3937	2184	810
2012	10425	698	2346	4049	2386	946
2013	10669	765	2517	4010	2407	970
2014	10802	712	2412	4346	2367	965
2015	11341	890	2572	4380	2545	954

2016	11578	829	2740	4296	2659	1054
2017	12647	901	3006	4691	2907	1142
2018	12905	995	3027	4732	2951	1200
2019	13654	1068	3103	4987	3200	1296
2020	13955	1123	3258	5097	3167	1310
2021	15635	1220	3809	5646	3536	1424

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 20. Número de óbitos por câncer de laringe, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	2427	70	252	1400	595	110
2001	2664	88	362	1515	569	130
2002	2798	85	366	1560	623	164
2003	2733	95	360	1536	601	141
2004	2951	72	419	1679	630	151
2005	3157	84	490	1718	667	198
2006	3305	91	556	1776	698	184
2007	3402	112	589	1796	728	177
2008	3623	115	654	1915	725	214
2009	3490	117	611	1852	717	193
2010	3618	141	658	1861	725	233
2011	3891	134	747	1980	772	258
2012	4339	195	843	2249	785	267
2013	4141	169	842	2112	737	281
2014	4142	174	869	2060	761	278
2015	4384	196	915	2157	845	271
2016	4382	206	984	2051	782	359
2017	4501	197	1058	2187	745	314
2018	4455	222	970	2187	798	278
2019	4532	212	1036	2234	737	313
2020	4478	204	1073	2093	810	298
2021	4562	212	1023	2175	828	324

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 21. Número de óbitos por câncer colorretal, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	7696	152	764	4696	1709	375
2001	8089	147	842	4816	1874	410
2002	8772	164	879	5296	1992	441
2003	9090	194	912	5605	1956	423
2004	9551	194	1012	5703	2120	522
2005	10321	235	1185	6148	2173	580
2006	10822	233	1342	6208	2394	645
2007	11324	271	1385	6630	2389	649
2008	12218	299	1556	7023	2615	725
2009	12471	331	1645	7266	2499	730
2010	13344	335	1744	7686	2745	834
2011	14017	381	1917	7919	2902	898
2012	14615	372	2073	8224	3016	930
2013	15415	467	2242	8585	3170	951
2014	16326	504	2366	9206	3229	1021
2015	16697	519	2566	9164	3345	1103
2016	17699	634	2690	9719	3546	1110
2017	18867	671	2937	10176	3763	1320
2018	19606	730	3092	10653	3808	1323
2019	20578	697	3186	11291	3980	1424
2020	20245	753	3238	10794	4041	1419
2021	21262	740	3410	11362	4321	1429

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 22. Número de óbitos por câncer de cavidade oral e lábio, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	2094	52	373	1205	370	94
2001	2258	64	389	1240	452	113
2002	2351	66	426	1320	420	119
2003	2509	67	488	1311	508	135
2004	2565	71	500	1344	485	165
2005	2732	92	595	1391	504	150
2006	2739	86	631	1360	489	173

2007	2972	91	713	1469	539	160
2008	3034	110	713	1534	495	182
2009	3179	102	771	1589	556	161
2010	3128	88	756	1568	540	176
2011	3310	117	773	1681	561	178
2012	3449	152	807	1674	609	207
2013	3569	128	839	1768	625	209
2014	3752	157	927	1786	638	244
2015	3942	160	992	1921	650	219
2016	3941	146	1002	1913	668	212
2017	4063	181	982	1950	664	286
2018	4253	191	1004	2097	697	264
2019	4274	195	1027	2054	758	240
2020	3936	174	1019	1843	650	250
2021	4016	149	1015	1891	686	275

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 23. Número de óbitos por câncer de esôfago, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	5306	96	554	2764	1634	258
2001	5431	87	606	2742	1722	274
2002	5757	96	741	2949	1682	289
2003	5998	118	731	3015	1806	328
2004	6336	120	848	3250	1789	329
2005	6457	125	896	3262	1840	334
2006	6797	147	1098	3333	1863	356
2007	6988	130	1137	3426	1898	397
2008	7210	142	1207	3590	1897	374
2009	7375	162	1220	3672	1946	375
2010	7645	155	1390	3729	1958	413
2011	7636	162	1378	3657	2005	434
2012	7750	195	1456	3708	1943	448
2013	7930	207	1490	3746	2004	483
2014	8100	217	1622	3804	1948	509
2015	8402	258	1651	3996	1985	512
2016	8338	244	1714	3930	1926	524

2017	8554	263	1793	3998	2008	492
2018	8649	272	1804	4038	2021	514
2019	8716	279	1836	4001	1998	602
2020	8307	280	1808	3803	1845	571
2021	8430	311	1889	3754	1935	541

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 24. Número de óbitos por câncer de fígado, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	5042	293	1025	2433	988	303
2001	5143	279	1076	2499	996	293
2002	5461	301	1147	2640	1016	357
2003	5607	303	1234	2671	1079	320
2004	5969	300	1372	2780	1163	354
2005	6237	316	1634	2824	1126	337
2006	6724	352	1736	3004	1240	392
2007	6872	386	1762	3068	1254	402
2008	7074	355	1831	3178	1284	426
2009	7580	407	1972	3408	1346	447
2010	7721	444	1966	3464	1351	496
2011	8100	432	2109	3598	1483	478
2012	8790	493	2295	3847	1589	566
2013	8772	473	2258	3932	1617	492
2014	9170	544	2331	4121	1667	507
2015	9711	530	2453	4302	1806	620
2016	9786	576	2461	4382	1732	635
2017	10201	647	2587	4459	1892	616
2018	10551	673	2711	4606	1909	652
2019	10902	656	2784	4890	1926	646
2020	10764	661	2761	4585	2048	709
2021	10598	700	2617	4582	2036	663

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 25. Número de óbitos por câncer de mama, na população do sexo feminino, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	8393	209	1263	4861	1644	416
2001	8743	186	1286	5140	1693	438
2002	9082	248	1421	5213	1781	419
2003	9414	243	1515	5344	1798	514
2004	9876	264	1636	5637	1843	496
2005	10270	275	1818	5742	1899	536
2006	10950	327	2161	5860	1983	619
2007	11194	337	2187	6065	2037	568
2008	11945	394	2418	6398	2067	668
2009	12098	378	2447	6370	2189	714
2010	12853	390	2670	6715	2323	755
2011	13345	488	2727	6900	2433	797
2012	13746	477	2845	7118	2438	868
2013	14388	549	3103	7278	2555	903
2014	14786	571	3097	7523	2615	980
2015	15593	667	3401	7771	2749	1005
2016	16254	661	3485	8176	2897	1035
2017	16927	696	3717	8450	2915	1149
2018	17763	788	3859	8857	3038	1221
2019	18296	768	4111	9097	3116	1204
2020	18032	792	4059	8912	3070	1199
2021	18361	808	4212	8967	3186	1188

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 26. Número de óbitos por cirrose hepática, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	15337	515	2789	8261	2884	888
2001	15390	622	3064	8132	2693	879
2002	16012	665	3404	8101	2924	918
2003	16187	713	3347	8378	2811	938
2004	16693	691	3472	8562	2911	1057
2005	16705	689	3830	8403	2819	964
2006	17464	752	4170	8694	2812	1036

2007	18260	777	4480	8888	3039	1076
2008	18654	848	4588	8890	3140	1188
2009	18703	810	4690	9015	2992	1196
2010	19192	951	4846	9008	3175	1212
2011	19619	899	4997	9177	3228	1318
2012	19658	1027	5128	9039	3084	1380
2013	19856	993	5279	8949	3177	1458
2014	19655	1009	5150	9000	3094	1402
2015	19888	1011	5389	9074	2953	1461
2016	20186	1065	5379	9241	3044	1457
2017	19817	1059	5395	8922	2901	1540
2018	19476	1067	5088	8838	2976	1507
2019	19365	1110	5119	8735	2947	1454
2020	19649	1050	5323	8595	3144	1537
2021	20979	1169	5348	9350	3361	1751

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 27. Número de óbitos por cirrose hepática, na população masculina, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	12573	400	2271	6741	2415	746
2001	12622	512	2500	6674	2218	718
2002	13157	538	2778	6668	2443	730
2003	13305	561	2752	6865	2365	762
2004	13746	557	2846	7061	2424	858
2005	13736	557	3169	6857	2358	795
2006	14343	611	3439	7093	2342	858
2007	14960	596	3696	7212	2584	872
2008	15257	657	3769	7203	2654	974
2009	15292	664	3887	7277	2490	974
2010	15683	753	3988	7295	2666	981
2011	15969	690	4111	7381	2688	1099
2012	16068	829	4203	7350	2556	1130
2013	16242	775	4398	7227	2642	1200
2014	15939	790	4321	7133	2559	1136
2015	16227	811	4487	7240	2473	1216
2016	16311	831	4452	7353	2506	1169
2017	16007	833	4507	7062	2339	1266

2018	15628	842	4247	6925	2417	1197
2019	15481	860	4273	6796	2385	1167
2020	15787	809	4488	6707	2540	1243
2021	16835	909	4486	7313	2699	1428

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 28. Número de óbitos por cirrose hepática, na população feminina, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	2745	114	513	1513	465	140
2001	2759	109	560	1455	474	161
2002	2845	124	623	1431	479	188
2003	2873	151	591	1510	445	176
2004	2933	132	625	1498	479	199
2005	2951	130	654	1540	458	169
2006	3103	140	726	1595	465	177
2007	3272	181	777	1665	446	203
2008	3373	186	816	1680	479	212
2009	3377	142	797	1722	496	220
2010	3475	194	853	1697	501	230
2011	3616	206	875	1783	534	218
2012	3561	198	916	1679	520	248
2013	3576	212	871	1709	529	255
2014	3668	215	817	1855	518	263
2015	3630	197	892	1827	469	245
2016	3839	231	917	1879	528	284
2017	3775	224	882	1848	552	269
2018	3797	222	828	1892	548	307
2019	3822	247	835	1905	550	285
2020	3820	238	828	1870	595	289
2021	4097	259	849	2019	653	317

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 29. Número de óbitos por pancreatite, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	2216	83	280	1332	360	161
2001	2328	81	309	1326	385	227
2002	2470	83	351	1434	377	225
2003	2463	82	371	1406	403	201
2004	2652	111	389	1447	445	260
2005	2887	106	483	1501	490	307
2006	3062	140	504	1669	463	286
2007	3161	136	511	1700	526	288
2008	3197	158	534	1675	525	305
2009	3526	176	651	1808	561	330
2010	4087	204	698	2209	624	352
2011	4275	204	835	2216	669	351
2012	4287	202	827	2231	671	356
2013	4333	244	829	2228	653	379
2014	4397	241	896	2217	654	389
2015	4536	257	965	2182	758	374
2016	4353	231	976	2083	678	385
2017	4392	271	963	2042	712	404
2018	4325	223	960	2055	719	368
2019	4264	227	983	2019	689	346
2020	4267	240	871	2025	751	380
2021	4154	231	829	1967	703	424

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 30. Número de óbitos por queda, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	4258	265	837	2105	718	333
2001	5262	320	938	2831	785	388
2002	5273	372	978	2544	919	460
2003	6017	340	1147	3073	968	489
2004	6617	356	1190	3386	1129	556
2005	6876	353	1515	3319	1116	573
2006	7903	363	1638	4119	1193	590

2007	8318	384	1533	4378	1414	609
2008	8801	398	1533	4712	1426	732
2009	9171	440	1520	4871	1461	879
2010	10426	475	1833	5604	1622	892
2011	10788	513	1986	5611	1795	883
2012	11649	563	2145	6064	1902	975
2013	12551	607	2247	6484	2104	1109
2014	13327	587	2540	6783	2303	1114
2015	13900	668	2619	7026	2464	1123
2016	14832	709	2905	7107	2806	1305
2017	15667	795	3453	7020	2942	1457
2018	15937	782	3292	7103	3299	1461
2019	15538	799	3329	6674	3332	1404
2020	15711	752	3563	6832	3153	1411
2021	16874	859	3580	7440	3440	1555

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 31. Número de óbitos por violência interpessoal, por ano e por região. Brasil, 2000-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2000	45437	2391	9266	26482	3884	3414
2001	48042	2651	10619	26943	4370	3459
2002	49774	2944	10971	27463	4743	3653
2003	51138	3172	11873	27273	5115	3705
2004	48464	3177	11593	24530	5435	3729
2005	47673	3682	13007	21688	5632	3664
2006	49211	4053	14429	21235	5748	3746
2007	47795	3986	15455	18601	5928	3825
2008	50215	4853	17083	17393	6641	4245
2009	51519	5191	17891	17171	6750	4516
2010	52342	6015	18886	16564	6486	4391
2011	52306	5637	19407	16205	6211	4846
2012	56471	6091	20997	17215	6660	5508
2013	56937	6102	22047	17149	6029	5610
2014	59807	6292	23423	17722	6566	5804
2015	58245	6957	23015	15957	6736	5580
2016	61269	7891	24509	16054	7175	5640
2017	63867	8407	27216	16030	7002	5212

2018	56049	8277	23518	13787	5816	4651
2019	44122	6733	18266	10359	4815	3949
2020	47791	5897	21620	11503	4865	3906
2021	45664	6429	20279	10876	4653	3427

Fonte: SVS/MS – SIM/DataSUS.

TABELA 32. Número de casos registrados de transtorno por uso de álcool AIH, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

Ano	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	96194	409	15657	46830	25186	8112
2009	81499	593	12594	34256	26562	7494
2010	82376	594	12807	34914	26384	7677
2011	82818	803	12322	34534	27356	7803
2012	76006	636	11694	31213	24917	7546
2013	69612	482	10477	27300	24588	6765
2014	65374	577	10244	25263	24202	5088
2015	59706	477	9220	21508	23505	4996
2016	51338	385	8222	16968	21813	3950
2017	48746	387	8035	15161	21273	3890
2018	47252	302	8160	15515	19857	3418
2019	47064	302	8671	16612	18075	3404
2020	39165	334	7356	13489	14789	3197
2021	38514	345	6635	13538	14807	3189

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 33. Número de casos registrados de transtorno por uso de álcool, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	58226	263	9210	25348	17843	5562
2009	55760	452	8263	22954	18850	5241
2010	57087	443	8574	23808	19058	5204
2011	57100	636	8411	23248	19592	5213
2012	51836	533	7931	20636	17859	4877
2013	47001	466	7332	17382	17660	4161
2014	45871	574	7448	16879	17416	3554
2015	42514	477	6853	14633	17153	3398
2016	37730	385	6084	12349	15984	2928

2017	36381	387	5975	11215	15744	3060
2018	35721	302	6167	11673	14917	2662
2019	35385	302	6445	12467	13516	2655
2020	29543	334	5157	10485	11143	2424
2021	28451	345	4785	9972	11087	2262

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 34. Número de casos registrados de doença alcoólica do fígado, na população do sexo feminino, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	2746	97	562	1389	495	203
2009	2905	96	619	1442	522	226
2010	3200	129	631	1656	557	227
2011	3143	178	671	1536	522	236
2012	2991	146	736	1450	471	188
2013	3129	149	803	1417	497	263
2014	2924	219	761	1268	397	279
2015	2843	166	682	1237	448	310
2016	2907	161	734	1267	441	304
2017	2592	124	626	1129	400	313
2018	2540	145	588	1156	394	257
2019	2529	129	647	1067	439	247
2020	2248	95	534	1009	386	224
2021	2319	144	604	969	365	237

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 35. Número de casos registrados de doença alcoólica do fígado, na população do sexo masculino, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	11657	286	2070	5872	2706	723
2009	13129	409	2313	6843	2784	780
2010	14195	517	2582	7294	2884	918
2011	13960	573	2608	7184	2645	950
2012	14068	608	3104	6727	2748	881

2013	14272	557	3392	6524	2760	1039
2014	14169	647	3252	6369	2779	1122
2015	14368	604	3210	6601	2739	1214
2016	14125	606	3242	6314	2663	1300
2017	13523	578	3089	6067	2585	1204
2018	13025	505	3074	5639	2558	1249
2019	12694	471	2863	5581	2594	1185
2020	11566	411	2611	5125	2441	978
2021	12274	538	3162	5078	2459	1037

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 36. Número de casos registrados de outras doenças do fígado, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	38170	2661	9774	16423	7153	2159
2009	40280	2780	10337	17058	7835	2270
2010	41505	2831	10674	17723	7971	2306
2011	43411	2954	10906	18806	8069	2676
2012	43258	3036	11117	18365	8075	2665
2013	43958	2990	11807	18729	7919	2513
2014	44013	3035	11332	19153	8055	2438
2015	42982	3107	10759	18808	7847	2461
2016	43253	3364	10953	18328	8130	2478
2017	43103	3364	11273	18154	7878	2434
2018	43287	3388	10800	18971	7675	2453
2019	44433	3160	11605	18923	8156	2589
2020	39432	2764	9860	16891	7531	2386
2021	41243	2994	11227	17170	7326	2526

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 37. Número de casos registrados de outras doenças do fígado, na população do sexo feminino, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	12649	921	3447	5432	2160	689
2009	13789	919	3711	5849	2542	768
2010	14114	953	3661	6027	2636	837
2011	15107	1026	3799	6611	2757	914
2012	15480	1127	3836	6712	2839	966
2013	15889	1159	4193	6795	2785	957
2014	16201	1198	4125	6976	2993	909
2015	16093	1278	3977	7028	2894	916
2016	16591	1402	4131	6977	3122	959
2017	16630	1528	4184	6907	3143	868
2018	16840	1443	4088	7338	3014	957
2019	17482	1342	4533	7421	3125	1061
2020	14947	1111	3692	6271	2972	901
2021	15703	1207	4180	6509	2839	968

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 38. Número de casos registrados de outras doenças do fígado, na população do sexo masculino, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	25521	1740	6327	10991	4993	1470
2009	26491	1861	6626	11209	5293	1502
2010	27391	1878	7013	11696	5335	1469
2011	28304	1928	7107	12195	5312	1762
2012	27778	1909	7281	11653	5236	1699
2013	28069	1831	7614	11934	5134	1556
2014	27812	1837	7207	12177	5062	1529
2015	26889	1829	6782	11780	4953	1545
2016	26662	1962	6822	11351	5008	1519
2017	26473	1836	7089	11247	4735	1566
2018	26447	1945	6712	11633	4661	1496
2019	26951	1818	7072	11502	5031	1528
2020	24485	1653	6168	10620	4559	1485
2021	25540	1787	7047	10661	4487	1558

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 39. Número de casos registrados de pancreatite, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	22457	793	3234	12514	4021	1895
2009	20785	710	2997	11855	3624	1599
2010	23150	731	3523	13057	4017	1822
2011	25065	875	4000	13654	4567	1969
2012	27167	973	4364	14899	4937	1994
2013	28420	1236	4384	15365	5168	2267
2014	29995	1430	4618	16046	5703	2198
2015	31312	1607	4985	16174	6259	2287
2016	31597	1776	5273	16245	6044	2259
2017	32837	1847	5642	16282	6419	2647
2018	34173	1974	5892	17228	6432	2647
2019	34676	2012	6201	17090	6573	2800
2020	35242	2024	6272	16832	7256	2858
2021	34989	2196	6799	16219	7038	2737

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 40. Número de casos registrados de neoplasia de cólon, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	35948	1085	4542	17974	9797	2550
2009	38116	1628	4738	18641	10511	2598
2010	43624	1959	5271	21793	11592	3009
2011	49570	1501	5921	24948	13982	3218
2012	54003	1309	6882	26754	15905	3153
2013	60731	1523	8389	29572	17740	3507
2014	63097	1211	8680	30787	18918	3501
2015	67224	1188	9550	32773	20019	3694
2016	70781	1691	10350	33674	20822	4244
2017	74858	1639	11313	35338	22423	4145
2018	80674	1633	11942	37593	25129	4377
2019	86049	1812	12330	40342	27091	4474
2020	82185	1744	11662	36777	26935	5067
2021	88924	2031	12848	40468	28437	5140

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 41. Número de casos registrados de neoplasia de lábio, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	26805	543	7756	10540	6098	1868
2009	27676	578	8192	11276	5801	1829
2010	27751	541	7973	11450	5615	2172
2011	26187	547	7319	11092	5268	1961
2012	27648	510	7046	12703	5498	1891
2013	26357	572	6003	12474	5646	1662
2014	24609	512	4904	11889	5658	1646
2015	25723	583	5647	12443	5615	1435
2016	25558	583	5694	12038	5671	1572
2017	26335	732	5760	12535	5612	1696
2018	25717	733	5149	12674	5484	1677
2019	26910	695	5391	12664	6404	1756
2020	23907	620	5212	10992	5450	1633
2021	23770	728	5441	10597	5299	1705

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 42. Número de casos registrados de neoplasia de laringe, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	8526	208	1490	4513	1832	483
2009	8774	227	1427	4682	1896	542
2010	9501	312	1526	4985	2044	634
2011	9581	232	1546	5115	2009	679
2012	9965	316	1576	5349	2056	668
2013	11503	313	2444	5768	2169	809
2014	11804	305	2526	6001	2202	770
2015	12342	264	2715	6187	2417	759
2016	12193	368	2941	5766	2312	806
2017	12286	410	2864	5929	2370	713
2018	12366	349	2929	5940	2446	702
2019	12813	388	3197	6067	2451	710
2020	11626	384	2728	5558	2217	739
2021	11858	388	2794	5473	2416	787

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 43. Número de casos registrados de neoplasia de esôfago, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	12021	186	1596	6423	3160	656
2009	14039	231	2142	7216	3797	653
2010	15327	304	2249	7903	4044	827
2011	15449	240	2450	7849	4073	837
2012	16549	294	2581	8432	4436	806
2013	16976	333	2929	8650	4277	787
2014	17464	374	2831	9006	4329	924
2015	17458	390	2759	9022	4316	971
2016	17397	383	3013	8515	4538	948
2017	18027	451	2954	8797	4893	932
2018	18099	405	2909	8844	4993	948
2019	18980	453	3188	8986	5273	1080
2020	17378	526	2788	7794	5194	1076
2021	17085	507	3111	7557	4857	1053

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 44. Número de casos registrados de neoplasia de mama, na população do sexo feminino, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	37755	1029	7760	19145	7641	2180
2009	39802	1277	8255	20044	7993	2233
2010	42498	1243	8242	21872	8624	2517
2011	43998	1266	8979	22387	8700	2666
2012	48711	1215	9838	25282	9613	2763
2013	53845	1401	11528	27587	10386	2943
2014	55587	1512	11384	28797	10702	3192
2015	58767	1654	12385	30202	11093	3433
2016	61521	1824	13255	30621	11815	4006
2017	64733	2026	13886	32185	12324	4312
2018	67726	2183	14367	33916	13063	4197
2019	72430	2322	15716	36643	13373	4376
2020	64814	2203	14746	32017	12017	3831
2021	68754	2508	16540	33215	12374	4117

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 45. Número de casos registrados de neoplasia de fígado, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	3918	117	614	1988	1009	190
2009	4711	201	792	2316	1126	276
2010	5036	245	800	2526	1129	336
2011	6000	214	981	3188	1277	340
2012	6995	230	1245	3617	1543	360
2013	7930	238	1624	3901	1795	372
2014	8184	253	1549	4097	1928	357
2015	8846	270	1635	4385	2110	446
2016	9211	324	1768	4491	2164	464
2017	9747	305	1929	4755	2268	490
2018	10099	351	2113	4780	2320	535
2019	10646	391	2240	4907	2536	572
2020	10235	330	2173	4626	2455	651
2021	10430	368	2309	4663	2458	632

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

TABELA 46. Número de atendimentos hospitalares por colisões de trânsito, por ano e por região. Brasil, 2008-2021.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
2008	54370	1654	17599	19918	12390	2809
2009	37939	1721	11761	17981	3846	2630
2010	42087	2123	14491	19518	3681	2274
2011	40984	1435	15625	18364	3552	2008
2012	40257	1608	14258	18800	4414	1177
2013	41463	2129	12799	20658	4887	990
2014	44128	1916	16776	18692	4669	2075
2015	39311	1899	13403	18242	3875	1892
2016	42802	2335	15282	18416	4033	2736
2017	38261	2109	13265	16087	3886	2914
2018	35639	1828	12941	14733	3349	2788
2019	33733	1338	12817	14619	3035	1924
2020	34191	2126	14325	14356	3001	383
2021	36843	2805	15445	15550	2576	467

Fonte: SVS/MS – SIH/DataSUS.

Relatório da situação epidemiológica e do impacto do consumo de álcool no Brasil

Esplanada dos Ministérios,
Bloco T, Palácio da Justiça -
Edifício Sede
Brasília – DF
CEP: 70064-900

Versão digital disponível em:
www.gov.br/obid
www.cpad.org.br

CPAD Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO