

# O ESTADO DA ARTE DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL: EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

## EL ESTADO DEL ARTE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN BRASIL: EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

### THE STATE OF THE ART OF ALCOHOL CONSUMPTION IN BRAZIL: EPIDEMIOLOGY, PREVENTION, AND TREATMENT

RECIBIDO: 15 de junio 2025

ACEPTADO: 30 agosto 2025

Rosana Camarini <sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8131-6108>

Zila M. Sanchez <sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7427-7956>

Maristela Monteiro <sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9527-0967>

1. Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

2. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil.

3. Consultora Internacional, Estados Unidos da América.

#### RESUMO

Este artigo apresenta uma síntese integrada sobre o consumo de álcool no Brasil, reunindo evidências epidemiológicas, políticas públicas, estratégias preventivas e modalidades terapêuticas disponíveis. Observam-se padrões de consumo elevados, especialmente entre homens, mulheres jovens e grupos vulneráveis, além de desigualdades regionais e raciais. Apesar de avanços como a Lei Seca, permanecem lacunas em políticas de preços, controle da disponibilidade e regulação da publicidade, bem como desafios na implementação de intervenções preventivas baseadas em evidências. O texto aborda programas preventivos comunitários, escolares e familiares, além da organização e da efetividade da rede de atenção à saúde, incluindo tratamentos psicoterapêuticos, farmacológicos e o papel da atenção primária. Conclui destacando a necessidade de políticas integradas, maior acesso a terapias eficazes, aprimoramento do monitoramento epidemiológico e fortalecimento da regulação para mitigar a influência da indústria e reduzir os danos relacionados ao álcool no país.

**Palavras-chave:** Consumo de álcool; epidemiologia; prevenção; políticas públicas; tratamento; Brasil.

**Keywords:** Alcohol consumption; epidemiology; prevention; public policy; treatment; Brazil.

**Palabras clave:** Consumo de alcohol; epidemiología; prevención; políticas públicas; tratamiento; Brasil.

**Correspondencia:** Rosana Camarini. Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil, email: [camarini@icb.usp.br](mailto:camarini@icb.usp.br)



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

## ABSTRACT

This article provides an integrated overview of the current state of alcohol consumption in Brazil, combining epidemiological data, public policies, preventive strategies, and available treatment modalities. High consumption patterns persist, particularly among men, young women, and vulnerable groups, with notable regional and racial disparities. Despite advances such as stricter drinking-and-driving laws, major gaps remain in pricing policies, availability control, and marketing regulation, alongside challenges in implementing evidence-based prevention. The manuscript examines community, school, and family-based prevention programs, as well as the structure and effectiveness of Brazil's health-care network, describing psychotherapeutic and pharmacological treatments and the role of primary care. It concludes by stressing the need for integrated policies, expanded access to effective therapies, improved epidemiological monitoring, and stronger regulation to counter industry influence and reduce alcohol-related harm nationwide.

## RESUMEN

Este artículo presenta una síntesis del estado actual del consumo de alcohol en Brasil, integrando evidencias epidemiológicas, políticas públicas, estrategias preventivas y modalidades terapéuticas disponibles. Se destacan patrones de consumo elevados, especialmente entre hombres, mujeres jóvenes y poblaciones vulnerables, así como desigualdades regionales y raciales. A pesar de avances como la "Ley Seca", persisten brechas significativas en regulación de precios, disponibilidad y marketing, además de obstáculos en la implementación de intervenciones preventivas basadas en evidencia. El texto discute las iniciativas comunitarias, escolares y familiares, así como la capacidad de la red de atención en salud, describiendo tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos y la actuación de la atención primaria. Concluye enfatizando la necesidad de fortalecer políticas integradas, ampliar el acceso a terapias eficaces, mejorar la calidad de los datos epidemiológicos y enfrentar los intereses de la industria para reducir los daños relacionados con el alcohol en el país.

## Cenário Epidemiológico Nacional

O consumo de álcool no Brasil representa um desafio de saúde pública, impactando múltiplas esferas da sociedade brasileira. Este artigo examina o cenário contemporâneo do uso de bebidas alcoólicas no país, explorando dados epidemiológicos, políticas existentes e barreiras para implementar as que são custo-efetivas, iniciativas preventivas e modalidades terapêuticas disponíveis no sistema de saúde nacional.

Esta análise sintetiza conhecimentos sobre consumo de álcool no Brasil, fundamentando-se em fontes governamentais, pesquisas científicas e documentos normativos.

A análise das tendências de consumo de bebidas alcoólicas nas Américas nas últimas décadas traz à tona uma questão preocupante: apesar dos esforços globais para reduzir os danos causados pelo álcool, a região permanece praticamente estagnada. Os números são claros: entre 1990 e 2016, o consumo per capita de álcool manteve-se estável, com apenas uma discreta redução entre 2010 e 2016. Essa estabilidade esconde, no entanto, um problema de saúde pública de proporções alarmantes, responsável por centenas de milhares de mortes prematuras e milhões de anos de vida perdidos anualmente. Mais da metade dessas mortes ocorreu entre pessoas com menos de 60 anos, atingindo indivíduos em plena idade produtiva (Monteiro et al., 2021).

O que torna esse cenário ainda mais desafiador é a disparidade regional. Todas as nações que apresentaram aumento no consumo per capita de álcool ao longo do período estão concentradas no Caribe e na América Central. Cuba, Colômbia, Uruguai, El Salvador e diversos países do Caribe não-latino experimentaram crescimentos significativos nos anos mais recentes. Essa heterogeneidade demonstra que não existe uma solução única para toda a região, e que as políticas públicas precisam ser adaptadas às realidades locais, considerando fatores econômicos, culturais e sociais específicos de cada território (Monteiro et al., 2021).

Alguns países apresentaram mudanças de trajetória interessantes quando se compara o período anterior e posterior a 2010, ano em que a OMS adotou a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool. Colômbia e Brasil, por exemplo, mostraram tendência de aumento até 2009, mas essa trajetória se inverteu para redução a partir de 2010. No cômputo geral do período completo, porém, ambos os países terminaram com tendência de estabilidade, já que o crescimento inicial foi compensado pela queda posterior. Essa inversão sugere que algo mudou após 2010 nesses países, ainda que os efeitos não tenham sido suficientemente fortes para gerar uma redução significativa no período total (Monteiro et al., 2021)

O Sistema Global de Informações sobre Álcool e Saúde (GISAH), desenvolvido e mantido pela Organização Mundial da Saúde, constitui uma ferramenta essencial para o monitoramento global do consumo de álcool e seus impactos na saúde pública. Os dados do GISAH indicam que o Brasil registrou um consumo de 7,7 – 7,8 litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais (2019-2020), superior aos 5,8 litros da média mundial e ligeiramente acima dos 7,5 litros registrados para a região das Américas. Este número, embora represente uma redução em relação aos 8,6 litros registrados em 2010, ainda posiciona o Brasil como um país de consumo elevado quando comparado ao contexto global (WHO, 2024).

A análise desagregada por gênero revela disparidades marcantes. Os homens brasileiros consomem em média 13,4 litros de álcool puro por ano, uma quantidade mais de cinco vezes superior aos 2,4 litros consumidos pelas mulheres. Esta diferença de gênero é consistente com padrões observados globalmente, onde o consumo per capita entre homens alcançou 8,2 litros em 2019, comparado a 2,2 litros entre mulheres. No entanto, é importante notar que enquanto os homens mantêm níveis mais elevados de consumo, têm sido observados aumentos mais acentuados entre as mulheres brasileiras nas últimas décadas (WHO, 2024).

O III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Madruga e Laranjeira, 2025), investigou mais de 16 mil brasileiros acima de 14 anos através de amostra domiciliar probabilística, as prevalências de consumo são consistentemente mais altas entre homens (75,2% na vida, 55,4% no último ano e 41,8% no último mês) do que entre mulheres (53,0%, 33,9% e 22,1%), e variam regionalmente, sendo maiores no Sul e Centro-Oeste e menores no Norte do país, refletindo diferenças culturais. A cerveja é a bebida mais consumida (73,5%), seguida por vinho (22,2%) e destilados (19,4%). Entre adolescentes de 14 a 17 anos, apesar da proibição legal, 27,6% já beberam, 19,1% consumiram no último ano e 10,4% no último mês, indicando acesso facilitado e iniciação precoce, já que cerca de 56% dos brasileiros experimentaram álcool antes dos 18 anos. Em comparação às edições anteriores do levantamento, houve estabilização ou leve redução dos indicadores de uso recente (consumo na vida: 69,5% em 2012 para 63,7% em 2023; no último ano: 47,7% para 44,2%), confirmando que o álcool permanece a substância mais prevalente e socialmente aceita no país, com padrões de uso frequentemente abusivos entre os que bebem e maior concentração de risco entre homens e jovens adultos.

No que tange às diferenças por raça, o estudo de Plens et al (2022) que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 com 87 555 adultos brasileiros, identificou que o padrão de consumo de álcool variou significativamente segundo a cor/raça: pessoas não brancas relataram menor consumo de álcool em comparação às brancas, apresentando menor probabilidade de serem bebedores leves ou moderados. Entretanto, mulheres negras tiveram 38 % mais chance de serem bebedoras moderadas do que mulheres brancas, evidenciando a intersecção entre desigualdades de gênero e raça.

Um estudo realizado pela Fiocruz-Brasília apontou que o ônus financeiro do consumo alcoólico para o sistema público é substancial. Cálculos econômicos estimam custos totais de R\$ 18,8 bilhões anuais, englobando gastos diretos em saúde e perdas de produtividade (Nilson, 2024).

Os indicadores de mortalidade relacionada ao álcool no Brasil revelam ainda a magnitude do problema. Estimativas de 2019 calculam aproximadamente 12 óbitos por hora atribuíveis ao consumo alcoólico, totalizando mais de 100 mil mortes anuais. Análises por recorte racial evidenciam desigualdades marcantes. A população negra apresenta taxa de mortalidade 30% superior à população branca, refletindo disparidades estruturais no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, DATA SUS; Nilson, 2024).

## Políticas Públicas

As políticas públicas de controle do consumo de álcool no Brasil apresentam importantes avanços pontuais, mas permanecem marcadas por lacunas estruturais e baixa efetividade. Um estudo recente de Oliveira et al. (2021), que avaliou a legislação federal e estadual utilizando o instrumento *Alcohol Policy Scoring* (APS) da Organização Pan-Americana da Saúde, identificou 435 documentos normativos vigentes até 2019 e revelou que o país alcança apenas 51,6% do escore total esperado, com deficiências expressivas nas áreas de especificação, disponibilidade e marketing de bebidas alcoólicas. Embora as leis sobre direção sob efeito de álcool (“Lei Seca”) constituam uma exceção bem-sucedida, o conjunto das políticas nacionais é fragmentado, contraditório e frequentemente descolado das evidências internacionais de custo-efetividade. Além disso, os estados, apesar da autonomia para complementar as normas federais, têm contribuído pouco para reduzir essas lacunas, reproduzindo desigualdades regionais — com melhores indicadores nas regiões Sul e Sudeste e maiores fragilidades no Norte e Nordeste.

A consolidação do arcabouço legal brasileiro ocorreu entre 2007 e 2008, com dois marcos principais: o Decreto nº 6.117/2007, que instituiu a Política Nacional sobre o Álcool e definiu diretrizes para fortalecimento da fiscalização, ações preventivas e incentivo à pesquisa; e a Lei nº 11.705/2008, que alterou a lei de trânsito e instituiu a tolerância zero para condutores de veículos automotores, prevendo multa, suspensão da carteira e apreensão do veículo para qualquer nível de álcool detectado. Estudos demonstram impacto positivo dessa legislação, com redução estimada de 32% nas mortes por acidentes de trânsito relacionados ao álcool e queda de cerca de 50% na proporção de condutores alcoolizados em Belo Horizonte após as mudanças normativas (Salgado et al., 2012).

Entre as experiências locais exitosas, destaca-se a chamada “Lei Seca de Diadema” (Lei Municipal nº 2.107/2002), que determinou o fechamento de bares e estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas entre 23h e 5h. A medida foi acompanhada por expressiva redução dos homicídios, de 213 em 2002 para 33 em 2016, e tornou-se referência internacional, sendo reconhecida pela ONU como exemplo de política pública eficaz na prevenção da violência urbana associada ao álcool (Duailibi et al, 2007). Apesar de recentes propostas de flexibilização e criação de polos noturnos terem reacendido o debate, o caso de Diadema permanece emblemático quanto ao potencial de intervenções municipais integradas de fiscalização, penalidades graduais e vigilância social.

Apesar dos avanços observados em outros domínios, o Brasil permanece gravemente defasado no campo da regulação do marketing de bebidas alcoólicas. A legislação em vigor contém uma contradição estrutural que compromete toda a política nacional de controle da propaganda: a Lei nº 9.294/1996 define como “bebidas alcoólicas” apenas aquelas com teor superior a 13° GL, excluindo, portanto, a cerveja e a maior parte dos vinhos, justamente os produtos mais consumidos no país. Essa definição anacrônica permite que esses produtos sejam amplamente anunciados em horários e meios acessíveis a crianças e adolescentes, associando o consumo de álcool ao sucesso, aos esportes e à sociabilidade. Tal brecha normativa transforma a propaganda em um vetor ativo de iniciação precoce e de normalização do uso de álcool, contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que desde 2010 orienta a adoção de restrições abrangentes e efetivas à publicidade, ao patrocínio e à promoção de bebidas alcoólicas. A urgência de revisar a legislação brasileira é evidente, pois, sem alinhar a definição legal de “bebida alcoólica” aos padrões internacionais e incluir todos os tipos de produtos, especialmente a cerveja, o país continuará incapaz de proteger adequadamente populações vulneráveis e de reduzir o impacto do marketing sobre o consumo nocivo de álcool, além de se distanciar do movimento internacional de controle do marketing da indústria que afeta especialmente adolescentes (Jernigan et al, 2017).

## Estratégias Preventivas Comunitárias e Educacionais

### Avanços na Prevenção Científica

No âmbito da prevenção do uso de álcool entre crianças e adolescentes, o campo da ciência da prevenção tem avançado de forma consistente, consolidando abordagens baseadas em evidências que buscam reduzir a iniciação precoce e o consumo nocivo. Esses avanços resultam da integração entre pesquisa, prática e políticas públicas, favorecendo o desenvolvimento de programas mais eficazes e culturalmente sensíveis às realidades locais, especialmente no Brasil (Brasil, 2018; Sanchez et al, 2018).

Nos últimos anos, a ciência da prevenção tem se consolidado como um campo interdisciplinar fundamental para o enfrentamento de problemas de saúde pública, especialmente no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas. Em editorial publicado no *Journal of Prevention*, Sanchez (2025) destaca o amadurecimento da área e os avanços obtidos nos três primeiros anos da revista, que se firmou como um espaço de difusão de estudos voltados à eficácia e à implementação de intervenções preventivas baseadas em evidências. A autora ressalta a importância da translação do conhecimento científico para contextos reais, a incorporação da equidade como princípio transversal nas estratégias preventivas e a necessidade de superar a fragmentação entre pesquisa, prática e formulação de políticas públicas.

Complementando essa perspectiva, o artigo publicado na Revista Panamericana de Salud Pública por Sanchez e colaboradores (2025a) apresenta um exemplo concreto de esforço regional para promover a implementação de práticas preventivas eficazes. O estudo descreve o desenvolvimento do registro de programas do “Evidencia Viva”, uma iniciativa

voltada à América Latina que visa sistematizar, avaliar e disseminar programas de prevenção do uso de substâncias com base empírica comprovada, com ênfase no uso de álcool, já que a maioria dos estudos inseridos no repositório, tratam do consumo de álcool entre adolescentes. Esse repositório regional representa um avanço estratégico ao apoiar tomadores de decisão e profissionais na seleção de intervenções eficazes e culturalmente adequadas, promovendo uma mudança de paradigma na gestão de políticas públicas preventivas na região.

Os autores enfatizam que, apesar da abundância de iniciativas de prevenção, muitas ainda são replicadas sem avaliação rigorosa de sua efetividade. O “Evidencia Viva” busca reverter esse cenário ao disponibilizar informações acessíveis, atualizadas e alinhadas aos critérios internacionais de qualidade científica e prática. Além disso, promove capacitação e suporte técnico, contribuindo para a redução das desigualdades na adoção de práticas baseadas em evidências entre os países latino-americanos.

Ambos os artigos convergem ao destacar a necessidade de fortalecer os ecossistemas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas por meio de redes colaborativas, padronização metodológica, monitoramento contínuo e participação comunitária. Juntas, essas contribuições reforçam o papel da América Latina como um território em expansão no campo da prevenção científica, ao mesmo tempo em que oferecem modelos de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas replicáveis para outras regiões de baixa e média renda.

### **Prevenção em Contexto Escolar e Familiar**

Embora o ambiente escolar ofereça amplo alcance e oportunidades para ações continuadas, a prevenção do uso de álcool entre adolescentes não deve ter na escola sua primeira escolha estratégica, mas sim ser um componente articulado dentro de um sistema mais amplo de prevenção. As Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas reconhecem que programas escolares, quando isolados, apresentam impacto limitado sobre o consumo de substâncias, devendo estar integrados a políticas familiares, comunitárias e regulatórias que abordem os determinantes estruturais do uso, dentro de um sistema de prevenção (UNODC, 2015).

O Currículo Europeu de Prevenção (EUPC), recentemente adaptado para o Brasil (Hoffmann et al, 2025), reforça esse princípio ao alertar que programas mal concebidos ou mal adaptados podem, inclusive, gerar efeitos iatrogênicos, ou seja, causar danos inadvertidos, aumentando o risco de uso de álcool e outras drogas (EUPC-Brasil, 2025), o que justifica cuidado extra na implementação de programas escolares para o consumo de álcool (WHO, 2025).

Além das limitações inerentes às intervenções escolares, é importante reconhecer que o consumo de álcool entre adolescentes é fortemente influenciado por múltiplos contextos de socialização. Evidências recentes apontam que a exposição precoce em casa e a permissividade de cuidadores favorecem a normalização do consumo, enquanto programas preventivos conduzidos nas escolas, muitas vezes apoiados ou financiados pela própria indústria do álcool, tendem a reforçar mensagens ambíguas sobre “uso responsável”. Soma-se a isso o papel crescente das plataformas digitais, que veiculam publicidade segmentada e conteúdos de apelo emocional voltados a jovens, frequentemente sem regulação adequada. Diante desse cenário, recomenda-se que as políticas públicas incorporem estratégias integradas de proteção que restrinjam o marketing e o patrocínio da indústria alcoólica em ambientes domésticos, escolares e digitais, fortalecendo intervenções baseadas em evidências e livres de conflitos de interesse (WHO, 2025).

No entanto, em vez de avançar na adoção de políticas efetivas para o controle da disponibilidade e do acesso ao álcool, o Brasil tem priorizado intervenções escolares, frequentemente sem evidências consistentes de impacto sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Um exemplo emblemático é o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), implementado por policiais militares desde a década de 1990 e adaptado do modelo norte-americano D.A.R.E, atualmente presente em quase metade das escolas brasileiras (Pereira e Sanchez, 2020).

Um ensaio controlado randomizado com mais de 4.000 estudantes de São Paulo não encontrou efeitos preventivos sobre o uso de álcool, tabaco ou outras drogas para alunos de 5º. ano e identificou um efeito adverso para o álcool entre alunos do 7º ano: aqueles que já praticavam binge drinking (consumo de 5 doses ou mais de álcool em duas horas), tinham mais de três vezes maior chance de manter esse padrão após o programa do que os colegas do grupo controle (Sanchez et al, 2021). Valente et al. (2022) identificaram que o programa frequentemente enfrenta entraves institucionais, como falta de

apoio dentro da própria corporação e restrições logísticas, além de dificuldades de integração com o ambiente escolar. Além disso, foi observado que muitos policiais utilizam experiências pessoais de policiamento ostensivo para abordar o tema das drogas, desviando-se do conteúdo previsto nos currículos baseados em evidências. Reações negativas por parte dos estudantes mais velhos também foram relatadas, especialmente no que diz respeito à presença de figuras autoritárias em contextos que exigem escuta ativa e empatia, o que pode inclusive justificar os achados negativos frente ao consumo de álcool no padrão de binge drinking.

Situação semelhante ocorreu na primeira versão do programa #Tamojunto, adaptação brasileira do programa europeu *Unplugged*, cuja eficácia na redução da embriaguez entre adolescentes havia sido demonstrada em diferentes países europeus (Faggiano et al., 2008). Durante a adaptação cultural para o Brasil, modificações conceituais e metodológicas, como a substituição da mensagem de não uso por conteúdos de redução de danos, resultaram em aumento de 30% na iniciação alcoólica entre adolescentes escolares com idade média de 13 anos, caracterizando um efeito iatrogênico identificado por meio de ensaio clínico randomizado conduzido em seis cidades brasileiras, envolvendo mais de cinco mil estudantes (Sanchez et al., 2017). Após a reformulação e o retorno à fidelidade teórica e metodológica do modelo original, o #Tamojunto 2.0 reverteu esse resultado, promovendo redução de 22% na iniciação ao uso de álcool entre adolescentes (Sanchez et al., 2021), efeito mediado pelo aumento das crenças negativas em relação à substância (Garcia-Cerde et al., 2023).

Paralelamente às intervenções escolares, o Brasil tem investido em estratégias familiares voltadas à prevenção do uso de álcool, entre as quais se destaca o programa Famílias Fortes (FF-BR 10–14), adaptação brasileira do Strengthening Families Program. Implementado nos Centros de Referência de Assistência Social, o programa propõe sete encontros semanais que envolvem cuidadores e filhos de 10 a 14 anos, com atividades voltadas ao fortalecimento dos vínculos afetivos, melhoria da comunicação e estabelecimento de regras familiares sobre o uso de álcool e outras drogas. A avaliação de sua implementação em cerca de 800 famílias em 12 municípios brasileiros mostrou que, embora o programa não tenha reduzido o consumo de álcool entre os adolescentes, produziu resultados significativos entre os cuidadores, com diminuição do consumo abusivo de álcool e aprimoramento das práticas parentais, mediadores do uso de álcool por adolescentes. Em um país onde o consumo nocivo de álcool entre adultos é elevado e fortemente associado à iniciação precoce dos filhos, intervenções familiares desse tipo desempenham papel essencial na construção de uma política de prevenção mais abrangente, articulando dimensões escolares, familiares e comunitárias (Sanchez et al., 2024; Sanchez et al., 2025b).

As evidências científicas há muito estabeleceram quais são as medidas mais eficientes para reduzir o consumo nocivo: controle de preços através de taxação adequada, restrições à disponibilidade física das bebidas e limitações rigorosas ao marketing e publicidade. Essas são as chamadas "melhores escolhas" em termos de custo-efetividade.

No entanto, uma análise regional realizada em 2020 revelou que justamente essas políticas são as menos implementadas nos países das Américas. As pontuações mais baixas foram obtidas nas áreas de políticas de preços e regulamentação do marketing de bebidas alcoólicas. Entre os 11 países que mostraram redução no consumo durante o período 2010-2016, apenas o Equador ajusta seus impostos sobre bebidas alcoólicas pela inflação. O Canadá, por sua vez, implementou políticas de preço mínimo para álcool em nível subnacional, com 9 das 13 províncias e territórios adotando essas medidas para vendas no local e 5 para vendas para consumo externo.

Um desafio adicional significativo é a qualidade e disponibilidade dos dados sobre consumo de álcool. Apenas cinco países das Américas fornecem dados governamentais oficiais à OMS: Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos e Uruguai. Para os demais países da região, as estimativas dependem de fontes da indústria alcooleira, que não podem ser validadas independentemente, ou de dados da Organização para Alimentação e Agricultura (FAO). Além disso, o consumo não registrado de álcool não é estimado no nível de cada país, o que representa uma lacuna importante, já que produtos artesanais e ilegais podem representar uma parcela significativa do consumo total em algumas nações.

Essa fragilidade nos dados dificulta não apenas o monitoramento adequado da situação, mas também a formulação de políticas baseadas em evidências e a avaliação de seu impacto real. Muitos países dispõem de informações sobre consumo de álcool, mas essas não são utilizadas ou acessadas por aqueles responsáveis pelo monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e pela vigilância em saúde. Melhorar a capacidade dos países de coletar, analisar e utilizar esses dados tornou-se uma prioridade urgente.

A meta estabelecida no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.5 é alcançar uma redução relativa de 10% no uso nocivo de álcool até 2030. Com base nas tendências atuais, essa meta parece cada vez mais distante para a região das

Américas. A menos que medidas efetivas de controle sejam implementadas rapidamente, o impacto significativo do álcool na mortalidade, morbidade e desenvolvimento não apenas deixará de diminuir, como poderá até aumentar nas próximas décadas.

A Organização Mundial da Saúde lançou em 2018 a iniciativa SAFER, um conjunto de cinco intervenções custo-efetivas para reduzir os danos relacionados ao álcool: fortalecer restrições à disponibilidade de álcool, avançar e fazer cumprir medidas contra dirigir embriagado, facilitar acesso a triagem e tratamento, fazer cumprir proibições ou restrições abrangentes à publicidade de álcool, e aumentar os preços através de impostos e políticas de precificação. A Organização Pan-Americana da Saúde está atualmente trabalhando na Argentina, Bolívia e México no desenvolvimento de roteiros para promover a implementação dessa iniciativa.

O caminho está claramente traçado, mas exige enfrentamento de interesses econômicos poderosos e vontade política consistente. Até o momento, a resposta das Américas tem sido inadequada para proteger sua população dos danos atribuíveis ao álcool. O álcool continua sendo um obstáculo significativo para o desenvolvimento sustentável na região, afetando não apenas a saúde, mas também dimensões econômicas, sociais e ambientais. Sem ações concretas e sustentadas, as consequências continuarão se acumulando, medidas em vidas interrompidas, famílias desestruturadas e potencial humano desperdiçado.

## Modalidades Terapêuticas e Programas de Tratamento

O tratamento eficaz do Transtorno por Uso de Álcool (TUA) envolve a combinação de intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, nas quais profissionais de saúde capacitados auxiliam na redução ou interrupção do consumo, enquanto a farmacoterapia contribui para a cessação e prevenção de recaídas (NIAAA). Contudo, a adesão e a efetividade dessas abordagens podem ser comprometidas pelo estigma associado ao uso de álcool, que ainda constitui uma barreira significativa ao tratamento. Reconhecendo esse desafio, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) recomenda ações voltadas à redução da discriminação e à revisão contínua das políticas e da linguagem adotadas nos serviços de saúde, de modo a promover ambientes baseados no respeito e no acolhimento.

Atualmente, os principais medicamentos aprovados pelas principais agências regulatórias mundiais para o tratamento do AUD são dissulfiram, naltrexona (oral e injetável de longa duração) e acamprosato. Além disso, nalmefeno oral foi aprovado na União Europeia em 2013, e baclofeno recebeu aprovação na França em 2018 (Camarini e Cruz, 2024).

### Rede de Atenção Psicossocial

O sistema público de saúde estrutura-se para oferecer cuidados especializados. Em 2021, o sistema público de saúde registrou 400.300 atendimentos para transtornos mentais associados ao uso de substâncias químicas, um aumento de cerca de 12,4% em relação a 2020 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2022).

O estudo de Coutinho et al. (2016) estimou os custos diretos atribuíveis ao consumo de risco de álcool ( $\geq 25$  g/dia de etanol) para o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Os autores calcularam um gasto anual aproximado de US\$ 8,26 milhões (paridade de poder de compra-2010), correspondendo a cerca de 2,4% dos custos totais das doenças analisadas e a 0,38% do PIB brasileiro. As maiores parcelas dos custos atribuíveis foram associadas ao câncer de orofaringe ( $\approx 34\%$ ), câncer de mama ( $\approx 20\%$ ) e cirrose hepática ( $\approx 15\%$ ). Embora as mulheres representem a maioria dos custos totais com essas doenças, os homens concentraram mais de dois terços dos custos atribuíveis ao álcool, refletindo maior prevalência de consumo de risco nessa população. Os resultados evidenciam o impacto econômico significativo do consumo de álcool para o sistema público de saúde e reforçam a necessidade de estratégias preventivas e políticas de redução de danos voltadas ao uso nocivo de álcool no Brasil.

A espinha dorsal do atendimento especializado é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), serviços comunitários que contam com equipes multidisciplinares voltadas ao cuidado de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os CAPS AD têm como objetivo oferecer atendimento mais próximo da realidade dos usuários e de suas famílias, evitando internações hospitalares sempre que possível. A rede organiza-se em diferentes modalidades, de acordo com o nível de complexidade e abrangência:

**CAPS AD I** – Atendimento diurno, em municípios pequenos (20 a 50 mil habitantes).

**CAPS AD II** – Atendimento diurno, em municípios maiores.

**CAPS AD III** – Atendimento integral, com leitos para acolhimento noturno.

**CAPS AD IV** – Atendimento 24 horas, modelo mais intensivo e recente.

O modelo assistencial adotado nos CAPS prioriza a construção de vínculos terapêuticos e projetos de cuidado individualizados. A participação da família é considerada um elemento fundamental tanto no processo de enfrentamento quanto na superação da dependência, colaborando para a criação de redes de apoio e maior adesão ao tratamento. O foco terapêutico recai sobre a reorganização da vida cotidiana, com a construção de novas rotinas nas quais as substâncias deixem de ser utilizadas como estratégias de regulação emocional. Silva et al. (2014) identificaram, a partir da perspectiva dos profissionais dos CAPS AD, fatores que favorecem a adesão terapêutica

Nesse contexto, uma proposta promissora para fortalecer a efetividade do cuidado é a adoção do modelo de *care management* no SUS. Segundo Pinsky et al. (2018), essa abordagem visa melhorar o acesso, o acompanhamento e a permanência dos usuários em tratamento, ao promover maior articulação entre os diferentes níveis de atenção e reduzir a fragmentação dos serviços. O *care management* pode, portanto, contribuir para a continuidade do cuidado e para um manejo mais eficiente das comorbidades psiquiátricas e clínicas que frequentemente acompanham os transtornos por uso de substâncias.

### **Comunidades Terapêuticas**

Comunidades Terapêuticas (CTs) são modalidades residenciais de tratamento para pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, que oferecem um ambiente estruturado e suporte psicossocial. Elas complementam o espectro terapêutico do sistema público, integrando-se a outras abordagens como psicoterapia analítica, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções para prevenção de recaídas. Essa diversidade metodológica é reconhecida em diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Além disso, conforme destacado por Ribeiro et al. (2013), as CTs desempenham papel importante na reabilitação psicossocial de indivíduos com transtornos por uso de substâncias. O estudo evidencia que, ao oferecerem um ambiente estruturado, afastado de estímulos relacionados ao uso de drogas, essas comunidades favorecem o desenvolvimento de rotinas saudáveis, o fortalecimento de vínculos interpessoais e o resgate da autonomia. Os autores também apontam que a convivência coletiva e as atividades ocupacionais propostas pelas CTs funcionam como mecanismos de suporte emocional e de reorganização da vida cotidiana, contribuindo significativamente para a prevenção de recaídas e para a reinserção social. No entanto, ressaltam a necessidade de supervisão técnica contínua e de alinhamento com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, a fim de evitar práticas punitivas ou desvinculadas do cuidado comunitário.

### **Atenção Primária**

Na atenção primária à saúde (APS), o tratamento do TUA fundamenta-se em estratégias de identificação precoce e intervenções breves (IB), com eficácia comprovada na redução do consumo e frequência de uso. A intervenção breve é uma técnica baseada principalmente na entrevista motivacional, utilizada por profissionais de saúde para orientar usuários cujo consumo de substâncias psicoativas compromete sua saúde (Cruvinel et al., 2013). Seu objetivo é reduzir os danos e problemas associados ao uso abusivo dessas substâncias. Além disso, por favorecer a detecção precoce de usuários em risco, a intervenção breve representa uma estratégia eficaz e de baixo custo que pode ser incorporada pelos gestores e planejadores de saúde no planejamento de ações voltadas à prevenção e ao tratamento do uso de álcool. Estudos brasileiros mostraram que essas IBs diminuíram o número de doses e dias de consumo em gestantes, idosos e adultos, sempre com melhor resultado quando aplicadas logo no primeiro contato na APS (Pereira et al., 2013).

Além da IB, há necessidade de uma abordagem acolhedora e humanizada, que vá além do modelo biomédico tradicional e da expectativa de abstinência imediata. Isso inclui acompanhamento psicossocial, redução de estigma e capacitação contínua dos profissionais, conforme recomendado pela Política Nacional de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (2000). A atuação conjunta com equipes de saúde da família fortalece o vínculo e favorece o acompanhamento longitudinal, essencial para a manutenção do tratamento.

A porta de entrada do sistema possui papel fundamental. A APS conhece a população, o território e os determinantes sociais que influenciam mudanças comportamentais, oferecendo capilaridade universal.

O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas (Guia AD), publicado pelo Ministério da Saúde, destaca que a APS deve ser o principal ponto de atenção para a detecção precoce e cuidado contínuo de usuários de álcool e outras drogas. O guia enfatiza a importância de ações como rastreamento, acolhimento, intervenção breve e encaminhamentos adequados dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estudos como o de Ronzani et al. (2005) demonstram que a implementação de rotinas de rastreamento e intervenção breve na APS é uma estratégia eficaz para identificar usuários em risco e reduzir danos associados ao uso de álcool.

Na APS, o cuidado a usuários de álcool ainda enfrenta desafios significativos relacionados à formação dos profissionais e às abordagens adotadas. O estudo de Bradley et al. (2018) avaliou a intervenção CHOICE (Choosing Healthier Drinking Options in Primary Care), um programa de gestão de cuidados por enfermeiros voltado a envolver pacientes em tratamentos para o TUA dentro da atenção primária. Essa intervenção aumentou o engajamento dos pacientes e o uso de medicamentos para o TUA, mas não reduziu o consumo de álcool mais do que o tratamento usual. Em contraste, intervenções centradas no paciente, que estabelecem a abstinência como meta e integram o uso de medicamentos e/ou terapia breve, mostraram-se mais eficazes. Os autores recomendam que pesquisas futuras avaliem se essas abordagens melhoram o funcionamento geral, os desfechos de saúde e os resultados autorrelatados sobre o consumo de álcool. Muitos profissionais de enfermagem não se sentem preparados para lidar com pacientes alcoolistas, em parte devido à falta de capacitação técnica e à presença de posturas moralizantes, o que compromete a qualidade do acolhimento. De forma complementar, Malvezzi e Nascimento (2018), ao investigarem discursos de profissionais da APS, no Brasil, identificaram que o cuidado aos usuários de álcool é frequentemente pautado por valores morais e visões punitivistas, com forte ênfase na abstinência como única via terapêutica. Essas posturas contribuem para a criminalização simbólica do usuário, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, e desconsideram práticas como a redução de danos. Ambos os estudos sugerem que a superação desses entraves passa pela reconfiguração dos saberes e práticas na APS, com foco em abordagens mais empáticas, críticas e contextualizadas.

A APS deve atuar de forma integrada com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), promovendo a identificação precoce e o acompanhamento contínuo dos usuários, conforme orienta o plano terapêutico do Ministério da Saúde. A Política Nacional para Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas também reforça a importância de fortalecer essa rede articulada, com ênfase na ampliação da atenção psicossocial e na capacitação permanente dos profissionais envolvidos (Almeida & Sartes, 2021).

### **Abordagem farmacoterapêutica**

Os medicamentos recomendados para o tratamento do TUA no Brasil são os mesmos aprovados pela Food and Drug Administration (FDA), refletindo uma convergência internacional nas abordagens terapêuticas baseadas em evidências. Entre esses fármacos estão:

- **Dissulfiram**, que atua como um inibidor da enzima aldeído desidrogenase, provocando reações aversivas quando o álcool é consumido, como rubor facial, náusea, vômito, cefaleia e taquicardia, funcionando como um agente de dissuasão para a recaída;
- **Naltrexona**, um antagonista dos receptores opioides  $\mu$  ( $\mu$ ), que reduz os efeitos prazerosos associados ao consumo de álcool e, consequentemente, diminui o desejo (craving);

- **Acamprosato**, que modula a neurotransmissão glutamatérgica, contribuindo para a restauração do equilíbrio neuroquímico no encéfalo de indivíduos em abstinência.

Estes medicamentos são indicados principalmente para auxiliar na redução do desejo ou impulso de beber, sendo recomendada sua utilização em conjunto com intervenções psicossociais, como psicoterapia, grupos de apoio e acompanhamento multiprofissional, para aumentar a eficácia do tratamento e prevenir recaídas (Camarini e Cruz, 2024; Campana et al., 2012). Entretanto, no Brasil, apenas o dissulfiram e a naltrexona estão disponíveis no atendimento público, sendo fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) especializados em álcool e outras drogas.

A maioria das farmacoterapias apresenta limitações, com altas taxas de recaída entre seis meses e um ano após o início do tratamento (Brandon et al., 2007; Nguyen et al., 2020).

Embora as intervenções farmacológicas atuais para o TUA possam gerar resultados positivos para alguns indivíduos, sua eficácia é inconsistente entre os pacientes, com grande variabilidade na resposta ao tratamento. Nem todos os indivíduos com TUA respondem bem aos medicamentos disponíveis, e alguns apresentam efeitos adversos significativos ou dificuldades em manter a adesão. O uso off-label de outros fármacos para o tratamento do TUA ainda enfrenta diversos desafios, reforçando a necessidade de explorar novas opções terapêuticas (Camarini e Cruz, 2024).

Apesar dos avanços no conhecimento e na oferta de medicamentos eficazes — como naltrexona, acamprosato, topiramato e dissulfiram —, a adoção desses tratamentos ainda é limitada no Brasil. Há lacunas na implementação clínica e na disponibilidade pelo SUS, além de deficiências na capacitação de profissionais de saúde e na adesão dos pacientes aos protocolos terapêuticos (Carvalho et al., 2021). O principal achado do estudo sobre farmacoterapia em um CAPS-AD de Minas Gerais (Betim-MG) foi a identificação de um perfil de prescrição que, embora predominasse o uso de benzodiazepínicos (diazepam) e suplementos vitamínicos para TUA, existia uma significativa prescrição de medicamentos contraindicados, como a clorpromazina, mesmo contrariando as diretrizes clínicas. A análise de 295 prontuários revelou que para TUA, os medicamentos mais usados foram diazepam (54,1 %), tiamina (37 %), complexo B (29,5 %) e dissulfiram (2,7 %) (Guimarães et al., 2023).

## Conclusão: necessidade de abordagem integrada para TUA

O tratamento eficaz do TUA envolve a combinação de intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, nas quais profissionais de saúde capacitados auxiliam na redução ou interrupção do consumo, enquanto a farmacoterapia contribui para a cessação e prevenção de recaídas (NIAAA). Contudo, a adesão e a efetividade dessas abordagens podem ser comprometidas pelo estigma associado ao uso de álcool, que ainda constitui uma barreira significativa ao tratamento. Reconhecendo esse desafio, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) recomenda ações voltadas à redução da discriminação e à revisão contínua das políticas e da linguagem adotadas nos serviços de saúde, de modo a promover ambientes baseados no respeito e no acolhimento.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e estratégias associadas, como a Entrevista Motivacional, a Prevenção de Recaídas e o Treinamento de Habilidades Sociais, apresentam evidências moderadas de eficácia no tratamento do TUA e outras drogas. Essas abordagens são especialmente relevantes para a saúde pública, pois permitem a padronização de protocolos, facilitam a mensuração de resultados e possuem ampla aplicabilidade. No entanto, a implementação dessas estratégias nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no Brasil ainda é limitada. Poucos estudos descrevem a aplicação prática das técnicas da TCC nesses serviços, sendo apontadas barreiras como a escassez de formação dos profissionais, a ausência de protocolos padronizados e a falta de políticas públicas que incentivem sua difusão no Sistema Único de Saúde (SUS).

## Desafios e Perspectivas Futuras

Os indicadores epidemiológicos do consumo de álcool no Brasil sinalizam agravamento em segmentos específicos, especialmente entre mulheres e jovens.

As políticas implementadas demonstram efetividade parcial, particularmente na redução de mortalidade no trânsito, mas persistem lacunas importantes. A infraestrutura terapêutica, embora diversificada, necessita expansão e qualificação contínuas.

As políticas brasileiras sobre álcool têm incluído ações pontuais de redução de danos, mas ainda carecem de uma abordagem sistemática de promoção da saúde, sobretudo para grupos vulneráveis como adolescentes, mulheres e populações indígenas. Para tanto, é necessária uma reformulação das políticas públicas, expandindo-as além da redução de danos e incorporando educação, prevenção, atenção integral, abordagem intersetorial, tributação, controle de publicidade e regulação da venda ao consumidor. Estratégias como regulação da comercialização, comunicação voltada à mudança de comportamento e políticas integradas demonstram alta eficácia na redução do consumo de álcool. Além disso, é fundamental considerar o conflito de interesse da indústria de bebidas alcoólicas, que pode influenciar políticas, campanhas educativas e pesquisas, comprometendo a implementação de medidas de saúde pública baseadas em evidências.

Essas estratégias, aliadas ao investimento em pesquisa aplicada, pesquisa pré-clínica e desenvolvimento de tecnologias, contribuem para um enfrentamento mais eficaz dessa problemática, que exige compromisso político contínuo, alocação adequada de recursos e coordenação intersetorial efetiva, envolvendo os setores da saúde, educação, segurança e sociedade civil em ações sinérgicas baseadas em evidências científicas atualizadas.

### Contribuições de autoria (CRediT):

RC, ZMS e MM contribuíram igualmente em todas as etapas do desenvolvimento do manuscrito. Cada autora participou da redação, rascunho original, revisão e edição.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, E. A. S., & Sartes, L. M. A. (2021). A terapia cognitivo-comportamental aplicada ao CAPS AD: Uma revisão de escopo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(2), 674–692. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.61063>
- Bradley, K. A., Bobb, J. F., Ludman, E. J., Chavez, L. J., Saxon, A. J., Merrill, J. O., et al. (2018). Alcohol-related nurse care management in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 613–621. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed>
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257–284.
- Camarini, R., & Cruz, F. C. (2024). Introduction: Approved treatments for alcohol use disorder by regulatory agencies. *International Review of Neurobiology*, 178, 1–22. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2024.07.001>
- Campana, L. C., et al. (2012). Medicações para o tratamento da dependência de álcool: Atualização e proposta de protocolo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 154–161. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300005>
- Carvalho, C. S. L., Carvalho, G. S., & Costa, N. C. (2021). Avanços no tratamento farmacológico do alcoolismo: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 11271–11283. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1770>
- Coutinho, E. S., Bahia, L., Barufaldi, L. A., Abreu, G. A., Malhão, T. A., Pepe, C. R., & Araujo, D. V. (2016). Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, 50, 28. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005741>
- Duaílibi, S., Ponicki, W., Grube, J., Pinsky, I., Laranjeira, R., & Raw, M. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2276–2280. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.092684>
- EUPC, EUDA, UNODC, & Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2024). *EUPC-BRASIL: Adaptação brasileira do Currículo Europeu de Prevenção – Manual para tomadores de decisão, formadores de opinião e formuladores de políticas* (versão provisória). EUDA.

- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhardt, G., Vignataglianti, F., Cuomo, L., et al. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537–543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>
- Garcia-Cerde, R., Valente, J. Y., & Sanchez, Z. M. (2023). Changes in alcohol beliefs mediate the effects of a school-based prevention program on alcohol use among Brazilian adolescents. *Addictive Behaviors*, 137, 107522. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107522>
- GDS. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Guimarães, R. A., Souza, M. M., Caetano, C. A. A., Teles, S. A., & Matos, M. A. (2023). Pharmacotherapy used for alcohol and cocaine use disorders in a CAPS AD of Minas Gerais. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 59, e204093.
- Hoffmann, E. V., Nobre-Sandoval, L. A., & Burkhardt, G. (2025). Bridging gaps: The European Prevention Curriculum translation, adaptation and implementation process in Brazil. *Journal of Prevention*, 46(5), 775–784. <https://doi.org/10.1007/s10935-025-00831-4>
- Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: A systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112(Suppl 1), 7–20. <https://doi.org/10.1111/add.13591>
- Madruga, C. S., & Laranjeira, R. (Coords.). (2025). *Terceiro levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD III)*. Universidade Federal de São Paulo.
- Malvezzi, C. D., & Nascimento, J. L. (2018). Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: Moralismo, criminalização e teorias da abstinência. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1095–1112. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>
- Monteiro, M. G., Martins, C. B., Sanchez, Z. M., Rehm, J., Shield, K., Falade, R., et al. (2021). Assessing Sustainable Development Goal Target Indicator 3.5.2: Trends in alcohol per capita consumption in the Americas 1990–2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e142. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.142>
- Nguyen, L. C., Durazzo, T. C., Dwyer, C. L., Rauch, A. A., Humphreys, K., Williams, L. M., & Padula, C. B. (2020). Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 1–7.
- Nilson, E. (2024). *Estimação dos custos diretos e indiretos atribuíveis ao consumo do álcool no Brasil*. ACT Promoção da Saúde/Vital Strategies. [https://actbr.org.br/wp-content/uploads/2024/12/reset\\_estudo\\_custo\\_atribuivel.pdf](https://actbr.org.br/wp-content/uploads/2024/12/reset_estudo_custo_atribuivel.pdf)
- Oliveira, C. W. L., Mendes, C. V., Kiepper, A., Monteiro, M. G., Wagner, G. A., & Sanchez, Z. M. (2021). Analysis of gaps in alcohol policies in Brazil using the Pan American Health Organization's Alcohol Policy Scoring. *International Journal of Drug Policy*, 97, 103322. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103322>
- Pereira, A. P. D., & Sánchez, Z. M. (2020). Characteristics of school-based drug prevention programs in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8), 3131–3142. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.28632018>
- Pereira, M. O., Anginoni, B. M., Ferreira, N. C., Oliveira, M. A. F., Vargas, D., & Colvero, L. A. (2013). Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 420–428. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300018>
- Pinsky, I., Bernal, C., Vuolo, L., & Neighbors, C. J. (2018). Introducing care management to Brazil's alcohol and substance use disorder population. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(3), 320–324. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2235>
- Plens, J. A., Valente, J. Y., Mari, J. J., Ferrari, G., Sanches, Z. M., & Rezende, L. F. M. (2022). Patterns of alcohol consumption in Brazilian adults. *Scientific Reports*, 12, 8603. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12127-2>
- Ribeiro, M., et al. (2013). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(4), 593–601. <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/d6GNgyKtVD4xRDQNpj5hVPJ/>
- Ronzani, T. M., Ribeiro, M. S., Amaral, M. B., & Formigoni, M. L. O. S. (2005). Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: Dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 852–861. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300019>
- Salgado, R. S., Campos, V. R., Dualaibi, S., & Laranjeira, R. R. (2012). O impacto da Lei Seca sobre o beber e dirigir em Belo Horizonte/MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 2759–2768. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400019>
- Sanchez, Z. M. (2025). Advancing prevention science: Three years of the *Journal of Prevention*. *Journal of Prevention*, 46, 157–159.
- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Sanudo, A., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Schneider, D., et al. (2017). The #Tamojunto drug prevention program in Brazilian schools: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 18(7), 772–782. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0770-8>
- Sanchez, Z. M., Schneider, D. R., Pedroso, R. T., Sanudo, A., Aveiro, A. G., et al. (2018). *Prevenção ao uso de drogas: Implantação e avaliação de programas no Brasil*. Ministério da Saúde/UNIFESP. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/50961>
- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Galvão, P. P., Gubert, F. A., Melo, M. H., Caetano, S. C., Mari, J. J., & Cogo-Moreira, H. (2021). A cluster randomized controlled trial evaluating the effectiveness of the school-based drug prevention program #Tamojunto2.0. *Addiction*, 116(6), 1580–1592. <https://doi.org/10.1111/add.15358>

- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Gusmões, J. D. P., Ferreira-Junior, V., Caetano, S. C., Cogo-Moreira, H., Andreoni, S. (2021). Effectiveness of a school-based substance use prevention program taught by police officers in Brazil: Two cluster randomized controlled trials of the PROERD. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103413. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103413>
- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Gubert, F. A., Galvão, P. P. O., Cogo-Moreira, H., Rebouças, L. N., dos Santos, M. H. S., Melo, M. H. S., & Caetano, S. C. (2024). Short-term effects of the strengthening families program (SFP 10–14) in Brazil: A cluster randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00748-6>
- Sanchez, Z. M., Burkhardt, G., Hoffmann, E. V., Salazar, F., & Gervila, E. (2025). Advancing the implementation of evidence-based substance use prevention in Latin America: The Evidencia Viva programs registry. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, 1.
- Sanchez, Z. M., Caetano, S. C., Galvão, P. P. O., Gubert, F. A., Rebouças, L. N., Soares-Santos, L. E., & Valente, J. Y. (2025). Does the Brazilian version of the strengthening families program (Familias Fortes) reduce adolescent substance use and change parental behavior? *BMC Public Health*, 25, 1119. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21338-x>
- Silva, L. M., et al. (2014). Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD sob a perspectiva dos profissionais do serviço. *Saúde em Debate*, 38(102), 515–526. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PG4CXgBS67CDXxfvNKXL5dQ/>
- UNODC, & World Health Organization. (2018). *International standards on drug use prevention*. United Nations Office on Drugs and Crime. [https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC\\_2013\\_2015\\_international\\_standards\\_on\\_drug\\_use\\_prevention\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf)
- Valente, J. Y., Galvão, P. P. O., Gusmões, J. S. P., & Sanchez, Z. M. (2022). A systematic review of the effect of the school-based drug prevention program Keepin' it REAL: Translated and implemented in Brazil by PROERD. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11), 4175–4189. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.07162022>
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. WHO.
- World Health Organization. (2025). *Can homes, schools and digital platforms drive young people's alcohol consumption? Snapshot series on alcohol control policies and practice (Brief 13)*. WHO.

## Documentos Governamentais e Legislação

- Agência Brasil (EBC). Lei seca diminui índice de homicídios em Diadema. Agência Brasil. São Paulo; 7 jul. 2003. Disponível em: sítio EBC.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 100 p. ISBN 978-85-334-2340.
- Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de São Paulo. Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 278 p.
- Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 23 maio 2007.
- Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 20 jun. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Aprova a Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde, incluindo comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 26 out. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt14\\_82\\_25\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt14_82_25_10_2016.html).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. Brasília; 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt24\\_36\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt24_36_22_09_2017.html).
- Brasil. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATA SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.
- Brasil. Lei Municipal de Diadema nº 2.107, de 15 de julho de 2002. Institui normas para o funcionamento de bares e similares. Diário Oficial do Município de Diadema; 15 jul. 2002.