PENSANDO A

Política sobre Drogas

Caderno de Debates: estratégias dos serviços de saúde para a redução dos impactos do uso de álcool

Volume 14

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

CADERNO DE DEBATES

ESTRATÉGIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A REDUÇÃO DOS IMPACTOS DO USO DE ÁLCOOL

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

CADERNO DE DEBATES

ESTRATÉGIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A REDUÇÃO DOS IMPACTOS DO USO DE ÁLCOOL

1ª edição
2025

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

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, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Luiza Nicolau Brandão Caldas

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Giulliana Bianconi

H828c 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
Caderno de debates: estratégias dos serviços de saúde para a redução dos impactos do uso de álcool [recurso eletrônico] / André Akira Sueno Goldani...[et. al.] – Porto Alegre: HCPA, SENAD, 2025.

59p.
E-book ISBN: 978-85-85323-13-4

1. Transtornos relacionados ao uso de álcool 2. Consumo de álcool 3. Políticas de saúde 4. Rede de atenção psicossocial 5. Sistema Único de Saúde I. Goldani, André Akira Sueno 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)

DOI: https://doi.org/10.4322/978-85-85323-13-4

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

Produzido por:
editora cubo
soluções para o universo acadêmico

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

© Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – outubro 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.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution* (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

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

Coodenação Executiva

Dra. Daiane Silvello

Coordenação de Desenvolvimento

Dr. Felipe Ornell

Autores (Caderno de Debates)

Dr. André Akira Sueno Goldani

Dra. Silvia Bassani Schuch Goi

Dra. Silvia Chwartzmann Halpern

Prof. Dr. Thiago Marques Fidalgo

Acad. Diego Escobar Deves

Acad. Eduarda Vasconcelos Colchete

Acad. Luciana Cohn Soria

Profa. Dra. Lisia Von Diemen

Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Autores (Sumário Executivo)

Dr. André Akira Sueno Goldani

Dra. Silvia Bassani Schuch Goi

Acad. Diego Escobar Deves

Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Profa. Dra. Lisia Von Diemen

Acad. Luciana Cohn Soria

Dra. Silvia Chwartzmann Halpern

Revisão Final

Dra. Carla Dalbosco

Dra. Jaqueline Bohrer Schuch

Dra. Silvia Chwartzmann Halpern

APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado no âmbito do projeto técnico-científico voltado à análise e ao fortalecimento das estratégias dos serviços de saúde frente aos impactos do uso de álcool no Brasil. Com foco no papel estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o material reúne evidências nacionais e internacionais, buscando apoiar a formulação de políticas públicas efetivas e a qualificação da prática clínica nos diferentes níveis de atenção.

A produção deste caderno resulta de uma articulação entre pesquisadores, profissionais da saúde e gestores públicos, que, a partir de dados atualizados e experiências consolidadas, discutem caminhos para ampliar o acesso, a efetividade e a integração das estratégias de cuidado relacionadas ao consumo nocivo de álcool.

Este trabalho foi desenvolvido com apoio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), no contexto das ações de prevenção, tratamento e redução de danos associados ao uso de bebidas alcoólicas.

A equipe do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CPAD/HCPA) foi responsável pelo suporte técnico-científico, contando ainda com a colaboração de instituições parceiras que contribuíram com análises, revisão técnica e subsídios para a elaboração deste material.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1

1.1. Epidemiologia do uso de álcool: panorama global e brasileiro 1

1.2. Desafios para os serviços de saúde 2

1.3. Objetivos deste caderno de debates 3

1.4. Conceitos fundamentais 4

2. CENÁRIO DO MANEJO DE ÁLCOOL NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL 7

2.1. Estrutura e funcionamento da RAPS no Brasil 7

2.2. Atenção primária no manejo do uso de álcool no Brasil 9

2.3. Atenção secundária e terciária no manejo do uso de álcool no Brasil 10

3. PROTOCOLOS EXISTENTES NO BRASIL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE USO DE ÁLCOOL NO BRASIL 11

3.1. Diagnóstico e tratamento 13

3.2. Considerações finais 13

4. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 15

4.1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) 16

4.2. Entrevista Motivacional (EM) 17

4.3. Manejo de Contingências (MC) 17

4.4. Redução de Danos (RD) 18

4.5. Desintoxicação médica e reinserção social 18

4.6. Intervenções em grupos de mútua ajuda 19

5. RASTREAMENTO E INTERVENÇÕES BREVES 20

5.1. Conceito 20

5.2. Evidência científica 20

5.3. Experiências internacionais 22

5.3.1. Estados Unidos da América (EUA) 22

5.3.2. Europa 22

5.3.3. América Latina 23

5.3.4. Outros países 23

5.3.5. Considerações 23

5.4. Experiências brasileiras 24

5.5. Aplicabilidade no Brasil: barreiras e facilitadores 24
5.5.1. Barreiras 25
5.5.2. Facilitadores 25
5.5.3. Considerações finais 26
5.6. Estratégias de implementação 26
5.6.1. Inclusão sistemática da triagem de álcool na rotina de acolhimento 26
5.6.2. Capacitação e supervisão contínua das equipes 26
5.6.3. Incentivos financeiros e inclusão em políticas de financiamento 26
5.6.4. Fortalecimento da articulação com a RAPS 27
5.6.5. Uso de tecnologias digitais e teleintervenções 28
5.6.6. Sensibilização dos profissionais e redução do estigma 28
5.6.7. Avaliação de custo-efetividade e impacto em saúde 28

6. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL 29
6.1. Dissulfiram 29
6.2. Naltrexona 30
6.3. Acamprosato 30
6.4. Topiramato 31
6.5. Cenário no SUS 31

7. MONITORAMENTO E PONTOS-CHAVE 33
7.1. Indicadores de impacto 33
7.1.1. Indicadores de saúde 33
7.1.2. Indicadores de violência 34
7.1.3. Indicadores econômicos 34
7.2. Indicadores de resultado 35
7.2.1. Indicadores de acesso e desempenho dos serviços 35
7.3. Indicadores de processo 35
7.3.1. Indicadores de capacitação e qualidade dos serviços 35
7.3.2. Indicadores de implementação 35

8. REUNIÃO TÉCNICA 36
8.1. Participantes da reunião técnica 36
8.2. Principais temas em debate 37
8.2.1. Atenção Primária e o rastreamento sistemático de uso de álcool 37
8.2.2. Dose padrão de álcool 37
8.2.3. Intervenções breves e tratamento farmacológico 37

8.2.4. Outras técnicas de tratamento 37
8.2.5. Comunicação e redução de estigma 38
8.2.6. Ampliação de medidas regulatórias 38
8.2.7. Formação continuada e integração de redes 38
8.3. Desafios para a implementação 38
8.4. Conclusões 39

REFERÊNCIAS 40

SIGLÁRIO 48

INTRODUÇÃO

1

1.1. Epidemiologia do uso de álcool: panorama global e brasileiro

O consumo excessivo de álcool é uma preocupação global de saúde pública, representando um importante fator de risco para diversas doenças e gerando impactos sociais e econômicos significativos. Estima-se que 400 milhões de pessoas no mundo vivam com transtornos por uso de álcool (TUA), sendo que 209 milhões atendem aos critérios para transtorno grave (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024a). Em 2019, esse consumo foi responsável por aproximadamente 2,6 milhões de mortes em todo o mundo. Nas Américas, o álcool contribui direta e indiretamente para mais de 5,5% do total de óbitos anuais (CHRYSTOJA et al., 2021). No Brasil, foram registrados cerca de 12 óbitos por hora relacionados ao álcool em 2019 (NILSON, 2024). Além disso, o uso excessivo de álcool figura entre os principais fatores de risco comportamentais para morbidade e mortalidade, principalmente entre homens (MALTA et al., 2022).

Contudo, o impacto não é homogêneo entre as populações. A prevalência de TUA apresenta marcadas diferenças entre os sexos. Entre pessoas com 15 anos ou mais, estima-se que 9,3% dos homens (264 milhões) e 4,8% das mulheres (136 milhões) convivam com esse transtorno. Países de alta renda apresentam maior prevalência de TUA em comparação com países de renda média e baixa. No entanto, os padrões de consumo são semelhantes entre indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos; o que difere significativamente é a taxa de mortalidade, que é mais elevada entre pessoas de menor renda, devido provavelmente ao acesso limitado aos serviços de saúde e à maior exposição a outros fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024a).

O consumo excessivo de álcool sobrecarrega o sistema de saúde tanto pelos agravos totalmente atribuíveis ao álcool (cirrose alcoólica, hepatite alcoólica, etc.), quanto pelos parcialmente atribuíveis (acidentes de trânsito, violências, doenças cardíacas, câncer, etc.) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Os impactos diretos e indiretos geram um custo estimado de 10 a 19 bilhões de reais, conforme estudo realizado pela Fiocruz em 2019 (NILSON, 2024). Diante disso, a cada US$1,00 investido em boas políticas públicas, ou *best buys*[1], no sentido de prevenir as consequências negativas relacionadas ao álcool, seriam economizados US$7,00. De acordo com estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), sete a cada dez mortes no mundo são causadas por doenças não transmissíveis, e um dos fatores mais impactantes de risco para essas enfermidades é o uso nocivo de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

[1] *Best buys*, segundo a OMS, são intervenções custo-efetivas e prioritárias para reduzir o uso nocivo de álcool, recomendadas por seu impacto significativo na saúde pública.

A partir do elucidado, percebe-se a urgência de implementação de políticas públicas que visem à redução do uso nocivo de álcool e à mitigação de suas consequências. Em 2010, a Estratégia Global da OMS para Reduzir o Uso Abusivo do Álcool foi aprovada, fornecendo orientações para a redução do consumo da substância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Já em 2017, a Assembleia Mundial de Saúde endossou três intervenções avaliadas como melhores *best buys* (redução de demanda e oferta): políticas de aumento de impostos e preços; aplicação e reforço de restrições da disponibilidade física do álcool (por meio da redução do horário de venda); e restrição da publicidade de bebidas alcoólicas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024b). No ano seguinte, a OMS lançou o Pacote Técnico SAFER: *Strengthen restrictions on alcohol availability; Advance and enforce drink–driving countermeasures; Facilitate access to screening, brief interventions and treatment; Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship and promotion; Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies* (Reforçar as restrições à disponibilidade de álcool; Avançar e aplicar medidas de combate à condução sob efeito de álcool; Facilitar o acesso a triagem, intervenções breves e tratamento; Aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, patrocínio e promoção do álcool; Aumentar os preços do álcool por meio de impostos especiais e políticas de preços.), objetivando a implementação de políticas de controle do uso do álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Em 2011, o Brasil lançou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis, atualmente atualizado para o período de 2021-2030 (BRASIL, 2021b). O documento aborda a questão da redução do consumo de álcool e faz parte da agenda da saúde até 2030, visando reduzir em 10% o consumo nocivo de álcool. Para isso, no plano constam ações estratégicas relacionadas à regulação de publicidade, a leis de restrição da disponibilidade, ao fortalecimento da articulação de redes de atenção à saúde e de proteção social e à promoção de ações educacionais de prevenção em escolas públicas e privadas (BRASIL, 2021b).

1.2. Desafios para os serviços de saúde

De acordo com informações publicadas a partir de uma reunião entre especialistas da *UK Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD), o álcool é a substância que causa mais danos para o próprio usuário e para terceiros, demonstrando ser uma problemática que ultrapassa o indivíduo e impacta diretamente a esfera social (NUTT et al., 2010). Portanto, nota-se que o consumo nocivo de álcool é uma demanda que perpassa diversos âmbitos da sociedade e exige a mobilização interdisciplinar e de todos os níveis de atenção em saúde. Apesar disso, e mesmo diante do notório impacto socioeconômico gerado pelo consumo nocivo da substância mencionada, o déficit de subsídios científicos, no que tange a dados quantitativos em nível federal sobre a temática, dificulta a articulação de políticas efetivas de prevenção e intervenção (MANGUEIRA et al., 2015; PIRES; SANTOS, 2021). Ainda, os dados coletados e apresentados pelos relatórios oficiais carecem de especificidades que contribuem para a criação de projetos voltados para os públicos que são mais acometidos pelo uso nocivo de álcool. Como apontado pelo III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), não são realizados levantamentos de forma regular temporalmente, dificultando principalmente a comparação de achados (BASTOS et al., 2017).

Quando comparado com outros países que carecem de um serviço universal de saúde pública, o Brasil demonstra maior alcance no que diz respeito ao público que é atendido por comorbidades relacionadas ao consumo de álcool. No entanto, devido ao maior investimento no setor terciário de saúde, como outros países de baixa e média renda, há mais dificuldades no desenvolvimento e implementação de estratégias preventivas nesta área (NADKARNI et al., 2023).

1.3. Objetivos deste caderno de debates

A eficácia na implementação de diretrizes para as respostas dos serviços de saúde em relação ao uso de álcool no Brasil demanda um estudo abrangente e minucioso. É crucial realizar uma análise detalhada dos impactos das diversas intervenções e protocolos adotados no manejo do consumo nocivo de álcool, considerando os distintos subgrupos populacionais e os contextos regionais, à luz das evidências científicas já consolidadas para este fim.

Entretanto, as diretrizes vigentes frequentemente carecem de uma integração adequada entre os setores de saúde, educação e assistência social, o que pode comprometer sua efetividade. Além disso, as modificações nas políticas de saúde são frequentemente influenciadas por interesses institucionais, deixando em segundo plano as necessidades reais da população e as evidências científicas. Esse cenário é agravado por desafios multifacetados, incluindo a falta de integração entre os serviços de saúde, a escassez de dados atualizados sobre o consumo e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que envolva diferentes setores da sociedade. Como exemplo, muitos serviços de saúde enfrentam dificuldades operacionais, como falta de capacitação profissional e recursos limitados.

As diversas estratégias de intervenção para o controle do consumo de álcool apresentam facilitadores e barreiras, e, ao abordá-las, é imprescindível considerar os desafios específicos enfrentados por cada nível de atenção à saúde. Isso implica uma análise cuidadosa do contexto de implementação, alinhando as diretrizes à realidade brasileira, bem como aos desafios socioeconômicos que permeiam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

Por essa razão, ao formular diretrizes para as respostas dos serviços de saúde, é indispensável que estas não apenas reflitam as melhores práticas internacionais, mas também sejam adaptáveis às especificidades do sistema de saúde brasileiro, garantindo que as intervenções sejam eficazes, acessíveis e, principalmente, centradas nas necessidades específicas da população brasileira.

O objetivo deste documento é fornecer uma análise abrangente das questões relacionadas ao consumo de álcool no Brasil e no mundo, suas implicações para a saúde pública, revisar os protocolos existentes e explorar as estratégias e intervenções recomendadas. Além disso, este Caderno de Debates busca promover a conscientização sobre a necessidade de políticas públicas articuladas na área da saúde e baseadas em evidências que possam reduzir o consumo nocivo de álcool e suas consequências sociais e econômicas. As intenções deste Caderno são: demonstrar o estado da arte atual relacionado a esta temática, incentivar o aprofundamento do conhecimento científico e a formação de profissionais da saúde em abordagens de rastreamento e intervenções breves, assim como promover subsídios para a implementação de melhores práticas de intervenção e tratamentos adequados e mais efetivos.

Ao reunir evidências recentes, a partir de dados nacionais e internacionais, e explorar o contexto específico do Brasil, o documento propõe-se a:

- Identificar e caracterizar os padrões de consumo de álcool no Brasil, destacando prevalência e os grupos populacionais mais afetados, com ênfase na relação entre o uso nocivo de álcool e os custos sociais e econômicos para o país.
- Examinar os desafios enfrentados pelos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária, em seu papel como porta de entrada para o manejo do uso nocivo de álcool, e discutir as barreiras e facilitadores para a implementação de estratégias de intervenção eficazes.
- Discutir as estratégias existentes e as intervenções recomendadas, incluindo o uso de modelos como Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento ao Tratamento (SBIRT, na sigla em inglês), farmacoterapia,

intervenções psicossociais e a importância da rede de atenção psicossocial (RAPS) no tratamento de indivíduos com transtornos relacionados ao álcool.

- Fomentar a discussão sobre a intersetorialidade e a integração das políticas públicas em saúde mental e controle do uso de substâncias, promovendo ações que considerem as complexidades sociais, econômicas e culturais do Brasil.
- Oferecer subsídios teóricos e práticos para formuladores de políticas públicas, pesquisadores e profissionais de saúde, visando à adoção de diretrizes e protocolos que contemplem a perspectiva integral no trato do uso nocivo de álcool.

Assim, esta análise busca abordar esses desafios, reunir evidências e propor soluções que estimulem um ambiente mais saudável e sustentável para a população brasileira, reduzindo os impactos diretos e indiretos do consumo nocivo de álcool.

1.4. Conceitos fundamentais

A compreensão do uso nocivo de álcool e suas diversas classificações é fundamental para abordar suas variações de apresentação de forma eficaz. O conceito de "história natural da doença" se refere ao desenvolvimento progressivo de uma condição, desde a exposição inicial até as manifestações clínicas e suas consequências. No caso do uso nocivo de álcool, essa trajetória pode incluir desde o uso ocasional até o avanço para padrões prejudiciais ou, ainda, para o TUA, que pode levar a complicações severas e impactos significativos na vida do indivíduo. O consumo de álcool, inicialmente considerado comportamento socialmente aceitável, pode evoluir ao longo do tempo, apresentando uma trajetória que varia em sua severidade e possíveis sequelas.

Não se trata de uma linha divisória clara, mas sim de um *continuum*, em que a gravidade e as consequências do consumo variam significativamente entre os usuários de álcool. É importante destacar que a progressão através desse espectro não é linear. Indivíduos podem passar por diferentes estágios, regressar a estágios anteriores ou permanecer em um estágio específico por longos períodos. Além disso, fatores individuais como genética, ambiente social, predisposição para dependência e outros problemas de saúde influenciam o percurso de cada pessoa pelo espectro do uso de álcool (REHM et al., 2017). Podemos visualizar a seguir os diferentes estágios e níveis de gravidade:

- **Uso nocivo de álcool:** Esse termo abrange uma gama de comportamentos de consumo que resultam em consequências negativas para a saúde, que vão desde a ingestão de quantidades de álcool que colocam a saúde em risco, até o desenvolvimento de um padrão problemático que atenda os critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* 5ª edição (DSM-5-TR) para o TUA. Uma característica crucial desse processo é a lentidão com que as manifestações clínicas mais severas se desenvolvem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Muitos indivíduos podem apresentar padrões de consumo de risco ou mesmo uso prejudicial durante anos sem experienciar sintomas significativos ou consequências imediatas para a sua saúde. Esse período de latência, que pode ser extenso, dificulta a detecção precoce e a intervenção efetiva.
- **Uso de risco:** Refere-se ao consumo de álcool em níveis que, embora não atendam aos critérios de um TUA, ainda podem causar problemas de saúde. Considerando as diretrizes do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), quantidades acima de 14 doses padrão (nos EUA, corresponde a 14 gramas de álcool puro) semanais para homens abaixo de 65 anos e 7 para mulheres de todas as idades colocam os indivíduos em risco (WILLENBRING; MASSEY; GARDNER, 2009; PATEL; BALASANOVA, 2021).

- ***Binge Drinking*:** Definido como o consumo de quantidades maiores de álcool em um período restrito de tempo (por exemplo, consumo de muitas doses de álcool em um evento social pontual), o *binge drinking* está associado a riscos cardiovasculares, desfechos como acidentes de trânsito, envolvimento em situações de violência, desencadeamento de comorbidades psiquiátricas, representando um comportamento que deve ser monitorado e intervencionado precocemente (PATEL; BALASANOVA, 2021).
- **Transtorno por Uso de Álcool (TUA):** O DSM-5-TR caracteriza este transtorno como um padrão problemático de uso que leva a prejuízos significativos para o indivíduo. É um padrão de consumo que afeta significativamente a saúde e o funcionamento do indivíduo. Onze critérios são utilizados para diagnosticar o TUA, e a gravidade é determinada pelo número de critérios preenchidos. Uma pontuação de 2 a 3 indica TUA leve; 4 a 5, moderado; e 6 ou mais, severo. Esses critérios incluem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022):
    - Consumir quantidades maiores ou por períodos mais longos do que o pretendido.
    - Desejo de reduzir ou parar de beber, mas incapacidade de fazê-lo.
    - Dedicação de muito tempo para obter álcool, beber ou se recuperar dos efeitos da bebida.
    - Forte desejo ou compulsão para beber.
    - Incapacidade de cumprir compromissos em casa, trabalho ou escola devido ao consumo de álcool.
    - Continuar bebendo mesmo quando isso causa problemas nos relacionamentos.
    - Abandono de atividades importantes de trabalho ou lazer devido ao consumo de álcool.
    - Consumo de álcool em situações perigosas (ex.: dirigir).
    - Continuar bebendo mesmo quando isso piora problemas físicos ou psicológicos.
    - Necessidade de aumentar a quantidade de álcool para obter o mesmo efeito.
    - Experimentação de sintomas de abstinência ao parar de beber (ex.: náusea, agitação, irritabilidade, insônia).

O início do consumo de álcool costuma ocorrer em um contexto social, com quantidades consideradas baixas e sem consequências aparentes. Com o tempo, o padrão de consumo pode mudar, passando para quantidades maiores e mais frequentes, eventualmente levando ao desenvolvimento de dependência ou TUA. Entretanto, durante o período em que o padrão de consumo é prejudicial, mas sem atingir o limiar do TUA, muitas vezes não há manifestações clínicas óbvias que levem o indivíduo a procurar ajuda médica.

Na maioria dos casos, somente após anos de consumo excessivo, complicações de saúde mais graves podem se manifestar, tais como: cirrose hepática, pancreatite, diversos tipos de câncer (mama, fígado, colorretal, esôfago, laringe, boca e faringe) e doenças cardiovasculares (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2024). O consumo de risco também está associado ao risco e ao agravamento de transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão e transtorno bipolar, e a outros transtornos relacionados ao uso de substâncias. O consumo de álcool durante a gravidez pode resultar na síndrome alcoólica fetal, a principal causa evitável de defeitos congênitos e distúrbios de neurodesenvolvimento. A demora no aparecimento dessas complicações frequentemente resulta em um diagnóstico tardio, dificultando o tratamento e reduzindo as chances de recuperação completa (SCHUCKIT, 2009).

Sendo assim, a identificação de padrões de consumo de risco, mesmo na ausência de sinais e sintomas graves, permite intervenções que podem prevenir ou atenuar os danos à saúde a longo prazo. Programas de rastreamento, aconselhamento e intervenções breves são cruciais para identificar indivíduos em risco e interromper a progressão do uso nocivo de álcool antes que consequências potencialmente irreversíveis se

estabeleçam. Por isso, a conscientização sobre os riscos associados ao consumo de álcool, mesmo em níveis considerados baixos, é fundamental para incentivar a busca por ajuda e a adoção de hábitos mais saudáveis.

A intervenção precoce no uso nocivo de álcool é essencial para modificar desfechos de longo prazo. Ela inclui estratégias como o rastreamento (por exemplo, o uso de questionários como AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*) e intervenções breves, e visa identificar padrões prejudiciais de consumo antes que se tornem dependência ou resultem em complicações severas de saúde, como doenças hepáticas, transtornos mentais e aumento do risco de acidentes. A implementação de políticas e protocolos que incentivem a detecção e a abordagem inicial do consumo prejudicial de álcool podem não apenas reduzir a severidade das consequências a longo prazo, mas também melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, evitar internações hospitalares e reduzir custos associados ao tratamento de complicações graves.

Podemos traçar um comparativo como ocorre atualmente nas diretrizes nacionais para rastreio do câncer de colo de útero no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016). Ambas as situações envolvem a identificação e tratamento de condições potencialmente graves antes da evolução para estágios mais avançados e severos. As diretrizes nacionais para rastreio do câncer de colo de útero enfatizam a importância do exame de Papanicolau como uma ferramenta fundamental para detectar lesões precoces, permitindo intervenções que podem impedir o desenvolvimento do câncer. As campanhas de conscientização e as recomendações para o rastreio regular resultaram em uma redução significativa na mortalidade por câncer de colo de útero, evidenciando como intervenções em estágios iniciais podem levar a desfechos muito mais favoráveis. Além disso, o treinamento e a capacitação de profissionais, desde a Atenção Primária até serviços especializados, foi fundamental para manter a padronização das avaliações e das condutas.

Ambas as condições, portanto, reforçam a importância da intervenção precoce e do rastreio sistemático na saúde pública. Para o uso abusivo de álcool, o investimento em programas de conscientização e capacitação de profissionais de saúde pode levar a uma mudança significativa nos padrões de consumo de álcool, resultando em uma sociedade mais saudável, mais consciente e menos sobrecarregada por problemas relacionados ao álcool.

Assim como as diretrizes exitosas para o câncer de colo de útero demonstram resultados positivos ao longo dos anos, as intervenções precoces para o uso de álcool têm o potencial de modificar profundamente o cenário de saúde pública, prevenindo complicações e desfechos negativos e promovendo uma melhor qualidade de vida.

CENÁRIO DO MANEJO DE ÁLCOOL NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

2

2.1. Estrutura e funcionamento da RAPS no Brasil

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um modelo organizacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) criado para atender pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas. É uma estratégia fundamental para garantir o cuidado integral e integrado a essa população, e se destaca por sua estrutura abrangente e humanizada. Mediante a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011), a RAPS foi instituída e proposta no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que buscava a desinstitucionalização e a desospitalização da atenção em saúde mental, substituindo o modelo asilar por uma rede de serviços comunitários e de base territorial.

A RAPS foi criada com o objetivo de organizar e expandir a rede de atenção à saúde mental no Brasil, e seus objetivos gerais são: a) oferecer atendimento integral e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico; b) reduzir a necessidade de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos; c) promover a reinserção social dos usuários e o respeito aos seus direitos; e d) garantir uma rede de cuidado acessível, integrada e territorializada.

Uma importante característica da RAPS é a articulação entre seus diversos componentes, de modo a proporcionar um cuidado contínuo e coordenado, indo além da mera justaposição de serviços. Essa articulação envolve o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, a construção de projetos terapêuticos singulares e a atuação em rede, fortalecendo as potencialidades de cada ponto de atenção (HIRDES, 2009; RONZANI; FURTADO, 2010). Da mesma forma, a RAPS preconiza (BRASIL, 2011):

- Atenção integral e intersetorialidade: Busca o cuidado integral, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde mental, bem como promove a articulação entre diferentes setores (saúde, assistência social, educação, justiça, cultura) para atender às necessidades das pessoas nas suas diferentes demandas.
- Estrutura em diferentes níveis de atenção: Organiza-se em diferentes níveis de complexidade da assistência de acordo com a gravidade e as demandas de cada situação:
    - **Atenção Primária:** Realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), com foco na promoção, prevenção e acompanhamento inicial.

- **Atenção Secundária:** Serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- **Atenção Terciária:** Atendimento em serviços hospitalares para casos mais graves, como internações psiquiátricas em hospitais gerais.

- Diversidade de dispositivos e serviços: A RAPS é composta por dispositivos que se organizam em diferentes níveis de complexidade e abrangem ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação psicossocial, reinserção social e melhoria da qualidade de vida. Os principais dispositivos que compõem a RAPS são:
  - **Atenção Básica:** Realizada nas UBS e na ESF. Foco na promoção da saúde mental, prevenção de agravos, acolhimento, identificação precoce de problemas e encaminhamento para serviços especializados, quando necessário.
  - **CAPS:** Os CAPS são dispositivos essenciais na RAPS por oferecerem atendimento especializado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os transtornos por uso de substâncias (TUS). Existem diferentes modalidades:
    - CAPS I: Atendimento em municípios de menor porte, com população de até 70 mil habitantes.
    - CAPS II: Para municípios com maior densidade populacional, atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes.
    - CAPS III: Funciona 24 horas por dia e oferece acolhimento noturno para casos de maior complexidade.
    - CAPSi: Especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.
    - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): Direcionado ao tratamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.
    - CAPS AD III: Opera 24 horas, com suporte intensivo para casos graves de dependência química.
  - **Unidades de Acolhimento:** Oferecem acolhimento transitório integrados aos CAPS para pessoas em situação de vulnerabilidade social e com TUS, com funcionamento 24 horas e em regime residencial.
  - **Atenção Hospitalar e de Urgência:** Inclui leitos psiquiátricos em hospitais gerais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).
  - **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs):** Moradias para pessoas com transtornos mentais que passaram longos períodos internadas.
- Modelo Comunitário e Territorializado: Prioriza o atendimento no território do usuário, promovendo o vínculo com os serviços locais, incentivando a participação da comunidade e da rede de apoio no cuidado.
- Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial: Busca substituir gradualmente o modelo asilar e manicomial por uma rede de serviços comunitários, favorecendo a reinserção social e a recuperação da autonomia dos usuários. Apoia projetos de geração de renda, trabalho e cultura como ferramentas para reabilitação.
- Reabilitação psicossocial: Visa à autonomia, à reinserção social e à melhoria da qualidade de vida das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com TUS.
- Enfoque na Redução de Danos: Utiliza estratégias que buscam minimizar os prejuízos associados ao uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente focar apenas na abstinência.
- Cuidado Continuado e Humanizado: Oferece um cuidado que respeita as singularidades do usuário e seu contexto, promovendo acolhimento e atendimento humanizado. Busca garantir a continuidade do cuidado, mesmo após alta ou mudanças no quadro clínico.
- Participação Social: Incentiva a inclusão dos usuários, familiares e movimentos sociais nas discussões e decisões sobre políticas públicas de saúde mental.

- Atenção integral e intersetorialidade: A RAPS articula diversos serviços e setores, como saúde, assistência social, educação, justiça, entre outros, para promover um cuidado integral.

Especificamente, os CAPS AD são serviços de atenção secundária na RAPS que atuam como elo entre a Atenção Primária e a atenção terciária no manejo do uso de álcool e outras drogas. Suas principais atribuições incluem:

- Acolhimento e atendimento a pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias com equipe multiprofissional.
- Atividades terapêuticas individuais e em grupo.
- Assistência medicamentosa, quando necessária.
- Articulação com a rede de serviços (UBS, serviços hospitalares, comunidades terapêuticas, etc.).
- Ações de prevenção, promoção e reinserção social (BRASIL, 2011).

2.2. Atenção primária no manejo do uso de álcool no Brasil

Os desafios enfrentados pela Atenção Primária à saúde no Brasil no manejo do TUA no SUS incluem importantes questões relacionadas ao acesso e cobertura, capacitação das equipes, coordenação com os serviços especializados e estigma, que dificultam a efetividade do cuidado nesse nível de atenção (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

A Atenção Primária deve ser a principal porta de entrada para o manejo dos TUA, dada sua proximidade com a comunidade e seu papel de coordenação do cuidado. No entanto, os profissionais das UBS frequentemente não se sentem preparados para abordar essa problemática, seja por falta de capacitação específica, seja pela sobrecarga de demandas e escassez de recursos. Essa situação compromete o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, fundamentais para o manejo efetivo dos TUA (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Desta forma, é necessário investir na qualificação das equipes, com a incorporação de protocolos e fluxos de atendimento claros, bem como na integração entre a Atenção Primária e a RAPS, de modo a garantir a continuidade do cuidado. Essa articulação pode ser viabilizada por meio de ações como a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2011).

A Portaria que institui a RAPS evidencia a importância da articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais componentes da rede para a atenção integral à saúde mental e aos transtornos relacionados ao uso de substâncias (BRASIL, 2011). Nesse sentido, é fundamental que as UBS possuam equipes multiprofissionais treinadas para realizar a identificação precoce, a intervenção breve e o encaminhamento adequado dos casos de TUA para a RAPS, quando necessário. Além disso, a integração e a comunicação efetiva entre a APS e os demais serviços da RAPS são essenciais para o acompanhamento longitudinal desses usuários (BRASIL, 2015). Em um cenário ideal, pode-se encontrar oportunidades de melhoria, como:

- Implementação de diretrizes específicas para o manejo dos TUA no âmbito da APS, garantindo que os profissionais sigam procedimentos e protocolos padronizados e baseados em evidências.
- Fortalecimento da articulação entre a APS e os serviços especializados da RAPS, como os CAPS AD, permitindo encaminhamentos ágeis, fluxos de atendimento específicos e compartilhamento de informações para um cuidado integral.
- Desenvolvimento de programas de capacitação continuada para os profissionais da APS, focados no manejo dos TUA e na redução de estigmas associados.
- Investimento em recursos materiais e humanos nas UBS para garantir que possam atender adequadamente à demanda relacionada ao uso de álcool.

- Criação de indicadores específicos para avaliar a eficácia das intervenções na APS relacionadas ao uso de álcool, permitindo ajustes e melhorias contínuas nas práticas de cuidado.
- Fortalecimento da articulação intersetorial (saúde, assistência social, segurança pública, entre outros) para uma abordagem ampliada do problema.
- Ampliação de ações de prevenção e promoção da saúde voltadas ao consumo abusivo de álcool na comunidade.

Ao abordar esses desafios e implementar as melhorias sugeridas, a APS poderá desempenhar de forma mais eficaz seu papel no manejo dos TUA, promovendo a saúde e o bem-estar da população. Uma abordagem integrada e fortalecida da Atenção Primária pode contribuir significativamente para o enfrentamento do uso nocivo de álcool no âmbito do SUS.

2.3. Atenção secundária e terciária no manejo do uso de álcool no Brasil

No Brasil, os serviços de atenção secundária e terciária desempenham um papel crucial no manejo do uso problemático de álcool. Esses níveis de atenção oferecem uma gama de serviços especializados para atender às demandas de saúde mais complexas relacionadas ao consumo abusivo de álcool.

Nos hospitais, os pacientes podem receber atendimento de emergência, passando por processos de desintoxicação e internação para tratamento de complicações clínicas e psiquiátricas decorrentes do uso de álcool. Esses serviços hospitalares também realizam acompanhamento multiprofissional e encaminhamento para tratamento ambulatorial.

Apesar da diversidade de serviços disponíveis, a atenção secundária e terciária no manejo do uso de álcool enfrenta uma série de desafios, como a insuficiência de recursos e dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção, a superlotação e sobrecarga dos serviços devido à alta demanda, além de problemas de infraestrutura (falta de espaço físico, equipamentos e recursos humanos insuficientes, com falta de profissionais especializados) e lacunas no encaminhamento e na continuidade do tratamento, dificultando a articulação entre os diferentes serviços.

Para enfrentar esses obstáculos relacionados ao tratamento do uso de álcool no Brasil, a integração da atenção secundária e terciária com a RAPS é fundamental. Nos casos mais graves, a internação em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais com leitos psiquiátricos, que fazem parte da RAPS, pode ser necessária. Além disso, os CAPS AD atuam como principal ponto de atenção especializado, garantindo o cuidado integral e a continuidade do tratamento. Assim, é essencial investir na qualificação e ampliação da RAPS, fortalecendo a Atenção Primária, os CAPS AD e a articulação entre os diferentes serviços, além de adotar estratégias de matriciamento e educação permanente. Dessa forma, será possível proporcionar um cuidado efetivo e abrangente aos indivíduos com TUS (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; RAMOS; CASTALDELLI-MAIA, 2024).

3

PROTOCOLOS EXISTENTES NO BRASIL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE USO DE ÁLCOOL NO BRASIL

Ao longo das últimas décadas, foram criadas algumas diretrizes e protocolos direcionados à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e manejo dos transtornos relacionados ao uso de álcool, visando minimizar seus impactos e melhorar a qualidade de vida da população. Neste sentido, este documento tem como objetivos: (i) revisar as principais estratégias adotadas por entidades governamentais e não governamentais para a prevenção e o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool, destacando normativas oficiais e recomendações baseadas em evidências científicas; e (ii) apresentar uma análise crítica comparativa com diretrizes internacionais, especialmente as da OMS e de outras entidades de referência, identificando avanços, desafios e oportunidades para aprimoramento das políticas e práticas adotadas no Brasil (**Quadro 3.1**).

O MS, por exemplo, já estabeleceu protocolos específicos para a assistência aos indivíduos com transtornos por uso de álcool por meio das Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a). Essas diretrizes priorizam a identificação precoce dos casos, o tratamento de quadros leves e moderados e o encaminhamento para serviços especializados nos casos mais graves. Além do tratamento clínico, os protocolos também consideram fatores socioambientais, individuais e genéticos, reconhecendo a complexidade da dependência do álcool e seus impactos diversos. É válido salientar que, em função da diversidade de áreas envolvidas no atendimento aos transtornos relacionados ao álcool, cada profissão da saúde segue diretrizes e protocolos específicos, tornando-se necessária uma padronização progressiva das condutas assistenciais para aprimorar a efetividade dos serviços oferecidos.

No que tange à prevenção do uso de álcool no Brasil, as diretrizes baseiam-se em estratégias integradas que incluem educação, conscientização, rastreamento precoce, intervenções breves e políticas de redução de danos. As campanhas preventivas desempenham um papel crucial na redução do consumo abusivo, principalmente entre jovens e grupos de risco, como gestantes e populações vulnerabilizadas (BUNING et al., 2004). Um desses documentos é o *Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas* (Guia AD), que destaca a necessidade de ações educativas contínuas em escolas, universidades, ambientes de trabalho e unidades de saúde (BRASIL, 2015). A Nota Técnica Conjunta nº 263/2024 enfatiza que as políticas públicas brasileiras devem continuar alinhadas às recomendações internacionais da OMS, que incluem medidas como a regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas, restrição da disponibilidade e aumento de impostos sobre o álcool como estratégias comprovadas para reduzir o consumo nocivo (BRASIL, 2024a).

QUADRO 3.1. Protocolos e diretrizes publicadas sobre prevenção e tratamento do uso problemático relacionado ao álcool no Brasil.

Ano	Órgão	Protocolo	Síntese	SBI	FAR	ICP	MC	DMS	IAM
2003	MS	Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003)	Diretrizes do SUS para atendimento à população com problemas relacionados ao álcool e outras drogas.	●				●	●
2011	ABP	Tratamento da Dependência de Álcool – Diretrizes ABP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al., 2011)	Diretrizes médicas baseadas em evidências sobre tratamento da dependência, incluindo rastreamento e acolhimento.	●	●	●	●	●	●
2012	MS	Portaria GM nº 121 (BRASIL, 2012a)	Institui as Unidades de Acolhimento Transitório para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias. Nunca foi implementado.	●					
2012	MS	Portaria GM nº 130 (BRASIL, 2012b)	Redefine os CAPS AD III (24h) e os respectivos incentivos financeiros.	●					
2012	AMB/ SBMFC	Projeto Diretrizes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012)	Artigos sobre malefícios do álcool, focados em dependência. Parte está desatualizada, com foco em efeitos fisiológicos.	●	●	●		●	
2015	MS	Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Drogas (Guia AD) (BRASIL, 2015)	Manual para trabalhadores da RAPS que atendem pessoas usuárias de álcool e outras drogas.	●		●		●	●
2019	CFP	Referências Técnicas para Psicólogos(as) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019)	Orientações técnicas para psicólogos atuando em políticas públicas voltadas a álcool e outras drogas.	●			●	●	●
2021	MS	Linhas de Cuidado – Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a)	Plataforma com diversos tipos de intervenção para situações específicas, da Atenção Primária à especializada.	●			●	●	●
2021	CFM	Parecer CFM nº 8/2021 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021)	Regulamenta atuação em clínicas voltadas à dependência química.	●	●	●		●	
2021	Cofen	Resolução Cofen nº 678/2021 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021)	Define a atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.	●		●		●	●
2022	SENAD/ MJ	Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2022)	Define estratégias de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de substâncias psicoativas.	●	●	●	●	●	●
2024	MS	Nota Técnica Conjunta nº 263/2024 – SVSA/SAPS/ Saes/MS (BRASIL, 2024a)	Última nota técnica sobre padronização da dose padrão de álcool.	●					

SBI – SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*); FAR – Tratamento Farmacológico; ICP – Intervenções comportamentais e psicossociais; MC – Manejo de contingências; DMS – Desintoxicação médica e social; IAM – Intervenções de ajuda mútua; AMB – Associação Médica Brasileira; CFM – Conselho Federal de Medicina; CFP – Conselho Federal de Psicologia; GM – Gabinete do Ministro; CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; Cofen – Conselho Federal de Enfermagem; AD – Álcool e Drogas; SUS – Sistema Único de Saúde; RAPS – Rede de Atenção Psicossocial; SVSA – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Saes – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; MS – Ministério da Saúde; ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria; Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos.

A triagem e o rastreamento precoce são elementos fundamentais da estratégia preventiva. Segundo as Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB), recomenda-se o uso de instrumentos validados, como o AUDIT, para identificar padrões de consumo prejudiciais e classificar os pacientes conforme o nível de risco (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al., 2011). Essa abordagem permite intervenções precoces antes que o consumo evolua para um transtorno severo. Além disso, o Parecer CFM nº 08/2021 reforça a importância de intervenções breves nos serviços de Atenção Primária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021). A estratégia *Screening and Brief Intervention* (SBI), amplamente utilizada em países desenvolvidos, tem se mostrado eficaz na redução do consumo excessivo e no encaminhamento de pacientes para acompanhamento especializado quando necessário (ALDRIDGE; LINFORD; BRAY, 2017).

3.1. Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico dos transtornos relacionados ao uso de álcool segue os critérios estabelecidos pelo CID-11 (Classificação Internacional de Doenças da OMS) e pelo DSM-5-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). A Resolução Cofen nº 678/2021 normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento, triagem e monitoramento de pacientes com consumo problemático de álcool, enquanto as Diretrizes de Tratamento da Dependência de Álcool publicadas na *Revista de Direito e Políticas Públicas* recomendam o uso de protocolos de avaliação como AUDIT e CAGE (do inglês *Cut down, Annoyed, Guilty, Eyes opened*), permitindo um diagnóstico mais preciso da gravidade do transtorno e a indicação da melhor abordagem terapêutica (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

O tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool no Brasil adota um modelo multidisciplinar, que combina intervenções farmacológicas e abordagens psicossociais. Os medicamentos recomendados pelo Projeto Diretrizes – AMB incluem naltrexona e acamprosato, utilizados para reduzir a compulsão pelo álcool e auxiliar na manutenção da abstinência, além do dissulfiram, que desencoraja o consumo ao induzir reações adversas quando combinado ao álcool (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

As abordagens psicossociais são fundamentais no tratamento, com destaque para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que auxilia na modificação de padrões de comportamento associados ao consumo. Grupos de mútua ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), também desempenham um papel central na reabilitação (BABOR et al., 2022).

Conforme já mencionado neste caderno, os serviços de atendimento são oferecidos pela RAPS, que incluem a Atenção Primária para casos leves, os CAPS AD para casos moderados e graves, e unidades de desintoxicação e hospitais gerais para pacientes que necessitam de internação (BRASIL, 2011).

3.2. Considerações finais

As diretrizes brasileiras para prevenção e tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool seguem uma abordagem baseada em evidências científicas e são alinhadas a recomendações internacionais, como as da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). O Brasil adota um modelo de cuidado integral e multiprofissional, incorporando estratégias preventivas, métodos de triagem e diagnóstico precoce, além de um conjunto de intervenções farmacológicas e psicossociais para o manejo da dependência alcoólica.

Embora o país tenha recomendado estratégias de triagem precoce e intervenções breves no campo da prevenção, a implementação dessas abordagens ainda não avançou significativamente. No entanto, a literatura internacional reconhece amplamente que tais estratégias são eficazes na redução do consumo

problemático de álcool (BARBOSA et al., 2015). Modelos como o SBI, recomendado pela OMS, são progressivamente incorporados às diretrizes nacionais, mas ainda são pouco utilizados na Atenção Primária. Além disso, o uso de instrumentos validados, como o AUDIT, possibilitaria uma identificação mais precisa dos padrões de consumo e permitiria intervenções direcionadas.

No que diz respeito ao tratamento, o Brasil conta com uma ampla rede de serviços de atenção especializada dentro da RAPS. A atuação dos CAPS AD é essencial para fornecer suporte contínuo a pacientes com transtornos relacionados ao álcool, garantindo acompanhamento médico, psicológico e social. A abordagem multidisciplinar no tratamento, incluindo terapias baseadas em evidências, como a TCC, reflete as recomendações do *National Health Service* (NHS) da Inglaterra, e de organizações internacionais, que enfatizam a importância do suporte psicossocial para promover mudanças no comportamento e evitar recaídas (NATIONAL HEALTH INSTITUTE, 2022).

Em relação ao manejo clínico, os protocolos brasileiros incluem o uso de naltrexona, acamprosato e dissulfiram, que são recomendados pela OMS e amplamente utilizados em diversos países para auxiliar na redução do consumo e na manutenção da abstinência. No entanto, a implementação dessas recomendações ainda é baixa e a adesão ao tratamento farmacológico continua sendo um desafio, conforme observado também em revisões internacionais conduzidas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, Reino Unido), que apontam que a combinação de terapia medicamentosa e suporte psicossocial gera melhores resultados a longo prazo (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2011).

Embora as estratégias adotadas no Brasil sejam robustas e estejam em consonância com as recomendações internacionais, as barreiras ainda persistem. A necessidade de ampliar o acesso a tratamentos baseados em evidências, fortalecer os mecanismos de triagem e aprimorar a capacitação dos profissionais de saúde são aspectos fundamentais para melhorar os desfechos clínicos e garantir maior efetividade no combate aos transtornos relacionados ao uso de álcool. A continuidade da integração entre prevenção, diagnóstico precoce e tratamento especializado é essencial para que o país continue aprimorando sua resposta a essa questão de saúde pública e reduzindo o impacto do álcool na população.

4 ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O enfrentamento do uso problemático de álcool exige uma abordagem integral, que considere não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes psicossociais envolvidos na manutenção do consumo. As intervenções não farmacológicas desempenham papel central nesse processo, oferecendo alternativas terapêuticas eficazes para promover mudanças de comportamento, fortalecer a autonomia dos usuários e apoiar a manutenção da abstinência ou a redução de danos. As intervenções cognitivo-comportamentais e psicossociais são reconhecidas como componentes centrais no TUA, contribuindo para a mudança de padrões de consumo, a construção de estratégias de enfrentamento e a manutenção da abstinência (SILVA; TUCCI, 2015; MILLER; ROLLNICK, 2023). Desde a década de 1980, essas abordagens passaram a integrar protocolos de tratamento devido à sua eficácia comprovada na redução do uso e na prevenção de recaídas (CORDIOLI; GREVET, 2021). No Brasil, essas práticas foram incorporadas gradualmente aos serviços públicos de saúde, especialmente a partir da criação dos CAPS AD (BRASIL, 2024b). A Política Nacional sobre Drogas e Saúde Mental reforça a importância das abordagens cognitivo-comportamentais e psicossociais, orientando a atuação dos CAPS, da Atenção Primária e de programas comunitários (BRASIL, 2022). Atualmente, essas estratégias são amplamente utilizadas em atendimentos individuais e em grupo, visando tanto a abstinência quanto a redução de danos, conforme os objetivos terapêuticos traçados em conjunto com o usuário.

Embora os desafios relacionados à formação de equipes e à disponibilidade de serviços persistam, a implementação dessas intervenções no SUS representaria um avanço importante na atenção integral ao uso de álcool e outras drogas (PIRES; SANTOS, 2021). A diversidade de métodos permite a personalização dos planos terapêuticos, promovendo maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida para os pacientes. Fortalecer essas práticas e ampliar seu acesso constitui uma prioridade para o aprimoramento contínuo das políticas públicas voltadas ao TUA. Essas abordagens são baseadas em evidências e vêm sendo incorporadas progressivamente aos serviços públicos de saúde, com destaque para os CAPS AD e outras instâncias da atenção comunitária. Ao valorizar o cuidado centrado na pessoa e respeitar as singularidades de cada trajetória de uso, as intervenções não farmacológicas contribuem para ampliar o acesso ao tratamento, aumentar a adesão e melhorar os desfechos terapêuticos.

Este capítulo busca, portanto, oferecer subsídios técnicos para fortalecer as práticas existentes, orientar a qualificação das equipes e apoiar a formulação de políticas públicas mais eficazes e humanizadas voltadas ao cuidado das pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. Visa-se resumir o panorama das principais estratégias utilizadas no contexto brasileiro, com ênfase naquelas compatíveis com os princípios da RAPS e do SUS, como a TCC, a entrevista motivacional (EM), o manejo de contingências (MC), a técnica

de redução de danos (RD), as intervenções de mútua ajuda, além dos processos de desintoxicação médica com reinserção social (**Quadro 4.1**). As intervenções breves serão descritas no capítulo seguinte.

QUADRO 4.1. Estratégias prioritárias no cenário brasileiro atual.

Nome da intervenção	Breve descrição do conceito	Classificação da prioridade para debate
Rastreamento e intervenções breves (SBIRT)	Abordagem estruturada para identificar precocemente o uso problemático de álcool, aplicar intervenções rápidas e encaminhar casos graves para tratamento especializado.	Alta
Intervenções comportamentais e psicossociais	Terapias como TCC, MC e EM para promover mudanças comportamentais.	Média
Redução de danos	Estratégias que visam minimizar os impactos negativos do uso de substâncias, sem exigir abstinência imediata, priorizando a saúde e a dignidade do indivíduo.	Alta
Desintoxicação médica e reinserção social	Estabilização clínica de pacientes em abstinência, realizada em ambientes hospitalares ou sociais, como CAPS AD.	Alta
Intervenções de ajuda mútua	Grupos como AA que oferecem suporte emocional e comunitário para manter a abstinência.	Baixa
Manejo de contingências	Uso de reforços positivos (como recompensas) para incentivar comportamentos desejados, como comparecimento a sessões de tratamento e redução do consumo de álcool.	Média

4.1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC é uma abordagem estruturada, baseada na identificação, avaliação e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1979). A teoria subjacente à TCC propõe que o comportamento de busca por substâncias é influenciado pela maneira que o indivíduo interpreta o mundo e se mantém devido a distorções cognitivas e padrões de enfrentamento ineficazes, que podem ser reestruturados mediante técnicas específicas de intervenção (BECK, 2021). Dentre os métodos mais utilizados, estão a identificação de gatilhos para o uso, a reestruturação de pensamentos automáticos e o treinamento em habilidades de enfrentamento.

A TCC foi primeiramente desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 1960, como uma intervenção para tratar a depressão (BECK, 1979). Beck defendia que, independentemente da causa, a depressão poderia ser concebida como uma perturbação no pensamento consciente e, assim, os sintomas poderiam ser manejados pelo próprio paciente, uma vez que seus pensamentos e comportamentos resultariam de uma visão distorcida do mundo. O tratamento, portanto, consistiria na modificação desses pensamentos disfuncionais (BECK, 1979). Posteriormente, esses princípios foram adaptados para uma variedade de situações, incluindo o TUA, com ênfase na modificação de crenças desadaptativas associadas ao consumo. A evolução da TCC incluiu a incorporação de estratégias específicas para prevenção de recaídas e fortalecimento das habilidades de enfrentamento, ampliando a sua aplicabilidade em contextos de dependência de álcool (CORDIOLI; GREVET, 2021).

Além da modificação cognitiva, a TCC promove também o fortalecimento de habilidades sociais e emocionais, capacitando os pacientes a lidar de maneira mais adaptativa com situações de estresse, conflitos

interpessoais e pressão social para consumo (MARLATT; DONOVAN, 2005). Sessões típicas envolvem práticas de prevenção de recaídas, resolução de problemas e construção de estratégias para manejo de emoções negativas (BECK, 1979). Essas habilidades são fundamentais para a manutenção da abstinência a longo prazo e para a redução da vulnerabilidade a recaídas.

Magill e Ray (2009) apontam em uma metanálise que a TCC, isoladamente ou combinada a intervenções farmacológicas, apresenta resultados positivos na redução do consumo de álcool e na melhora do funcionamento psicossocial dos pacientes. No Brasil, sua aplicação tem sido progressivamente incorporada aos serviços de saúde mental, embora ainda existam desafios relacionados à formação de terapeutas e à adaptação de protocolos ao contexto dos CAPS AD (ALMEIDA; SARTES; SOUZA, 2022).

4.2. Entrevista Motivacional (EM)

A EM é uma abordagem centrada na promoção da motivação intrínseca do paciente para a mudança de comportamento, desenvolvida inicialmente para tratar dependência química (MILLER; ROLLNICK, 2023). Fundamentada em princípios como empatia, desenvolvimento da discrepância, suporte à autoeficácia e identificação da ambivalência, a EM se diferencia por adotar uma postura colaborativa e não confrontativa, tendo como objetivo principal auxiliar o indivíduo a identificar suas motivações para mudança, respeitando sua autonomia e fortalecendo sua percepção de competência pessoal (SORDI et al., 2024).

De forma geral, a EM combina aspectos da terapia centrada no paciente com técnicas cognitivo-comportamentais. As intervenções são centradas nos estágios de mudança do paciente, e o terapeuta adota uma postura de aceitação e empatia, a fim de direcionar o paciente a refletir sobre a discrepância entre seus objetivos ideais e seus comportamentos reais (CORDIOLI; GREVET, 2021). O processo de EM deve seguir os princípios da autonomia do paciente, colaboração com o terapeuta, e evocação, ou seja, devem ser exploradas as razões e preocupações oriundas do paciente e não do terapeuta (MILLER; ROLLNICK, 2023).

No tratamento de TUA, a EM se mostrou eficaz em diversos contextos, incluindo intervenções breves realizadas na Atenção Primária e em programas de reabilitação em saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

4.3. Manejo de Contingências (MC)

O MC é uma técnica comportamental que utiliza reforços positivos imediatos para promover comportamentos desejáveis, como a abstinência de álcool, e foi inicialmente sistematizada a partir dos estudos de B.F. Skinner, na década de 1950 (SKINNER, 1965). Essa estratégia parte do princípio do condicionamento operante, segundo o qual comportamentos reforçados tendem a se repetir com maior frequência (PETRY, 2010). Em programas de tratamento, são oferecidas recompensas tangíveis quando o paciente apresenta comportamentos desejáveis, como testes de alcoolemia negativos ou comparecimento regular às sessões terapêuticas (PETRY, 2000).

Segundo Petry (2010), o manejo de contingências é altamente eficaz para aumentar a adesão ao tratamento, reduzir o consumo de álcool e prevenir recaídas. Quando combinado a outras abordagens psicossociais, o MC potencializa os resultados clínicos e melhora os índices de recuperação. A técnica tem sido utilizada tanto em contextos ambulatoriais quanto em programas de internação, com adaptação para diferentes públicos e realidades, e geralmente os reforços são dados em forma de vales-prêmio, incentivos monetários ou recompensas sociais (DUTRA et al., 2008).

Uma metanálise de 2021 reforçou a eficácia do MC no tratamento de TUS, sendo ele uma das intervenções psicossociais mais eficazes tanto na promoção da abstinência quanto na aceitação do paciente (GINLEY et al., 2021). O estudo analisou 50 ensaios clínicos randomizados (ECR) e demonstrou que o MC superou outras abordagens em termos de eficácia para alcançar a abstinência sustentada, reforçando seu papel como uma ferramenta essencial no arsenal terapêutico contra o transtorno por uso de álcool.

4.4. Redução de Danos (RD)

A RD é uma estratégia que visa minimizar os impactos negativos do uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a interrupção total do consumo (HAWK et al., 2017). No caso do álcool, a RD pode incluir práticas como incentivar o consumo de bebidas com menor teor alcoólico, promover hidratação adequada, orientar sobre os limites seguros e fortalecer o uso de estratégias de autocuidado. Essa abordagem reconhece que abstinência pode não ser uma meta viável para todos os indivíduos e valoriza ganhos parciais como avanços importantes na promoção à saúde (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

No Brasil, a RD foi inicialmente implementada na década de 1990, em resposta à epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, e, a partir dos anos 2000, foi incorporada à política nacional de saúde mental e atenção a usuários de álcool e outras drogas, expandindo-se para diferentes contextos, como o CAPS AD, consultórios e serviços de Atenção Primária (MACHADO; BOARINI, 2013; PASSOS; SOUZA, 2011).

A RD baseia-se em princípios de respeito à autonomia, não julgamento e foco na qualidade de vida, sendo amplamente utilizada em políticas de saúde pública voltadas a usuários de substâncias. Em programas que aplicam RD, o objetivo é reduzir riscos como acidentes, violência, intoxicações agudas e problemas de saúde física e mental, mesmo na ausência da abstinência total (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010). Assim, a RD se diferencia de modelos tradicionais abstencionistas ao oferecer uma abordagem mais flexível e realista para o cuidado, representando uma estratégia fundamental para ampliar o alcance do cuidado e reduzir os prejuízos associados ao uso de álcool (GOMES; VECCHIA, 2018). Segundo o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), em 2023, estratégias de RD que visam à diminuição do consumo e à melhoria do bem-estar, mesmo sem interrupção total do uso, podem ser eficazes na recuperação de pessoas com TUA, ampliando as possibilidades terapêuticas e promovendo ganhos significativos em saúde e qualidade de vida (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 2023).

4.5. Desintoxicação médica e reinserção social

A desintoxicação é o processo inicial e, muitas vezes, indispensável no tratamento de transtornos por uso de álcool. Ela visa eliminar ou reduzir a presença do etanol no organismo de forma segura, controlada e com suporte clínico ou psicossocial, preparando o indivíduo para etapas subsequentes do tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A desintoxicação pode ocorrer inicialmente por meio de abordagem médica, com supervisão clínica contínua e, frequentemente, uso de medicações, como benzodiazepínicos, para o manejo da síndrome de abstinência alcoólica e outras complicações. Após essa fase, a reinserção social torna-se fundamental, envolvendo acolhimento, suporte emocional, ambiente protegido e participação em atividades de ressocialização, frequentemente realizadas em serviços como os CAPS AD. A reinserção social também conta com acompanhamento multiprofissional e supervisão médica, garantindo a segurança clínica e promovendo a recuperação integral do usuário. Ambos os modelos buscam reduzir os riscos físicos, como crises convulsivas ou *delirium tremens*, e oferecer um ambiente seguro para o início da recuperação (SOUZA; CORRÊA-OLIVEIRA; PESSOA, 2024).

Historicamente, o reconhecimento da síndrome de abstinência alcoólica como condição clínica de risco contribuiu para a estruturação de protocolos de desintoxicação no país, especialmente a partir dos anos 2000, com a consolidação da RAPS e das diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, formalmente instituída pela Resolução nº 1, de 19 de março de 2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2018). Atualmente, diretrizes nacionais e internacionais recomendam que a desintoxicação alcoólica seja acompanhada de avaliação clínica contínua e de encaminhamento imediato para intervenções complementares, como psicoterapia, grupos de apoio e estratégias motivacionais (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2006). Embora a desintoxicação não garanta, por si só, a recuperação sustentada, ela é um passo fundamental para interromper o ciclo do uso e iniciar um plano terapêutico mais abrangente e personalizado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

4.6. Intervenções em grupos de mútua ajuda

As intervenções de mútua ajuda são estratégias baseadas no apoio entre pares que compartilham experiências de vida semelhantes, especialmente voltadas à recuperação de TUA. Esses grupos oferecem suporte emocional, encorajamento e troca de estratégias de enfrentamento em ambientes geralmente não clínicos, funcionando como complemento aos tratamentos formais. Um dos modelos mais conhecidos mundialmente é o dos Alcoólicos Anônimos (AA), criado em 1935 nos Estados Unidos, cuja abordagem é centrada nos "12 passos" e na ideia de abstinência total como meta terapêutica (KELLY; HUMPHREYS; FERRI, 2020).

Estudos demonstram que a participação em grupos de mútua ajuda pode melhorar significativamente os desfechos do tratamento, especialmente quando associada a intervenções clínicas, aumentando taxas de abstinência e reduzindo recaídas (KELLY; HUMPHREYS; FERRI, 2020). Outros modelos têm surgido, além dos AA, como o *SMART Recovery* e o *Women for Sobriety*, com abordagens laicas e baseadas em evidências comportamentais ou psicossociais. Esses programas oferecem opções diversas para diferentes perfis de pacientes, ampliando a acessibilidade e adesão aos cuidados (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 1999).

No Brasil, os grupos de mútua ajuda passaram a se popularizar nas décadas de 1970 e 1980, com a consolidação do AA em várias cidades do país, muitas vezes em articulação com serviços públicos e comunitários. Atualmente, esses grupos são reconhecidos como parte complementar da RAPS, sendo recomendados em diversas diretrizes do SUS para promover apoio contínuo e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2003). A articulação entre os serviços de saúde e os grupos de mútua ajuda tem sido fundamental para garantir a continuidade do cuidado e sustentação da recuperação a longo prazo.

RASTREAMENTO E INTERVENÇÕES BREVES

5

5.1. Conceito

O SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*) é uma estratégia de saúde pública voltada para a identificação precoce e abordagem do uso nocivo de álcool (e outras substâncias). Ele se baseia em três componentes principais:

- *Screening* (Rastreamento)

  Utilizam-se instrumentos padronizados e validados (por exemplo, AUDIT ou ***Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*** – ASSIST) para detectar sinais de consumo de risco ou uso nocivo de álcool. O foco está na detecção precoce, evitando que problemas associados ao álcool se tornem graves.

- *Brief Intervention* (Intervenção Breve)

  Usuários com padrões de consumo de riscos ou nocivos recebem aconselhamento curto e focado (geralmente de 5 a 15 minutos), muitas vezes fundamentado em técnicas de entrevista motivacional. O objetivo é estimular a reflexão sobre o consumo, aumentar a percepção de riscos e incentivar mudanças em direção à redução do uso de álcool.

- *Referral to Treatment* (Encaminhamento para Tratamento)

  Nos casos em que o consumo de álcool se revela mais grave – incluindo dependência ou comorbidades –, o profissional encaminha a pessoa para serviços especializados (CAPS, ambulatórios de psiquiatria, etc.). Essa etapa visa garantir atenção continuada e suporte intensivo quando necessário.

A proposta do SBIRT (**Figura 5.1**) se destaca por seu caráter preventivo e integrativo, podendo ser aplicada em diversos pontos de contato com o sistema de saúde (por exemplo, UBS e prontos-socorros). Além disso, o SBIRT está alinhado a uma lógica de redução de danos e promoção da saúde, em que o aconselhamento breve funciona como ponto de inflexão para motivar mudanças de comportamento antes de surgirem consequências mais graves.

5.2. Evidência científica

O SBIRT tem sido avaliado há décadas em ECR, revisões sistemáticas e metanálises, comprovando sua eficácia na redução do consumo de álcool em diferentes contextos, sobretudo na APS e em serviços de emergência. Uma



FIGURA 5.1. Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento (SBIRT). Adaptado de WOULDES et al. (2021).

revisão de Cochrane de 2018 concluiu que o SBIRT reduz de três a quatro unidades de álcool por semana (cerca de 30 a 40 g de etanol/semana) na APS, enquanto outra revisão sistemática observou uma redução média de 1,6 a 2,0 drinques/semana em 6 a 12 meses de seguimento (KANER et al., 2018; JONAS et al., 2012).

Entre os ECRs mais conhecidos, destaca-se o *Project TrEAT*, no qual uma única sessão de aconselhamento breve (15 minutos) em consultórios de APS resultou, após 12 meses, em redução média de 13% no volume semanal de álcool consumido, além de diminuir o número de dias de internação hospitalar (FLEMING et al., 1997). De forma semelhante, a partir de uma análise de diversos projetos de SBIRT em serviços de emergência, APS e clínicas comunitárias, foram registradas reduções de 15% a 30% no consumo de álcool em seis meses, variando conforme a intensidade da intervenção (de sessões únicas de 5 a 15 minutos até acompanhamentos breves estendidos) e o perfil da população (bebedores de risco ou moderados) (BABOR et al., 2022).

Alguns estudos enfocaram grupos específicos, sendo observado que intervenções breves em emergência pediátrica reduziram significativamente o consumo de álcool e eventos relacionados entre adolescentes em até 12 meses de seguimento (CUNNINGHAM et al., 2015). Já o *Project ASSERT* evidenciou, em prontos-socorros, uma queda de cerca de 40% nos episódios de uso pesado de álcool após três meses, com parte dos efeitos ainda visível ao final de 12 meses (ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH COLLABORATIVE, 2007).

Paralelamente, estudos econômicos corroboraram a relação custo-benefício favorável do SBIRT. Ao analisar intervenções em prontos-socorros nos EUA, um estudo demonstrou que a triagem e a intervenção breve geram economia de custos ao evitar internações futuras e reduzir a reincidência de comportamentos de risco (BARBOSA et al., 2015). De modo semelhante, uma revisão de revisões sistemáticas de estudos de custo-efetividade concluiu que, sempre que a cobertura na APS é ampliada, há potencial para reduzir substancialmente as despesas diretas (internações, atendimentos de emergência) e indiretas (absenteísmo e afastamentos previdenciários) (O'DONNELL et al., 2014).

Por outro lado, evidências sugerem que o SBIRT é menos efetivo em indivíduos com dependência grave, demandando encaminhamentos para abordagens mais intensivas (SAITZ, 2010). Por exemplo, uma metanálise encontrou resultados mais expressivos em bebedores de risco ou moderados, comparados a dependentes estabelecidos (MOYER et al., 2002). Ou seja, aponta-se que o SBIRT é particularmente útil nos estágios iniciais do uso de risco e que a intensidade da intervenção e o ambiente de aplicação influenciam os resultados.

Com base nessas pesquisas, reforça-se que o SBIRT, além de reduzir o consumo de álcool e retardar a progressão para quadros mais graves, demonstra custo-efetividade em diversos contextos – sobretudo se

acompanhado de uma rede de atenção capaz de acolher casos mais complexos, fortalecendo a adesão e a manutenção das mudanças a longo prazo.

5.3. Experiências internacionais

5.3.1. Estados Unidos da América (EUA)

A ampla difusão do SBIRT nos EUA deve-se, em grande parte, ao financiamento fornecido pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) e ao apoio de agências como o *National Institutes of Health* (NIH). A partir de meados dos anos 2000, foram realizados projetos demonstrativos em diferentes estados, possibilitando a capacitação de equipes, a criação de protocolos de triagem e o desenvolvimento de ferramentas de suporte para a aplicação do SBIRT em cenários variados (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2013).

Em um estudo multicêntrico envolvendo prontos-socorros, clínicas ambulatoriais e serviços comunitários, identificou-se que a adoção sistemática do SBIRT levou a reduções significativas no consumo de álcool (e outras drogas) em um período de seis meses, além de maior encaminhamento para tratamento especializado quando havia indicação de dependência grave ou complicações psiquiátricas associadas (MADRAS et al., 2009). Esse resultado positivo, porém, conviveu com desafios estruturais. Em termos de sustentabilidade financeira, conforme descrito pela própria SAMHSA, muitos serviços de saúde relataram que os recursos obtidos não eram suficientes para compensar a alta rotatividade de profissionais e a necessidade de treinamentos constantes (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION 2013). Somado a isso, a integração ao fluxo de trabalho revelou-se um obstáculo recorrente, pois a inclusão rotineira de triagens e intervenções breves demandava adaptações tecnológicas nos prontuários eletrônicos e suporte gerencial para reorganizar o tempo de consulta (WILLIAMS et al., 2011).

Outro aspecto levantado por diversos estudos foi a formação contínua e o engajamento de profissionais na implementação. Embora treinamentos iniciais pudessem fornecer a base para a utilização do SBIRT, a sobrecarga de trabalho e a falta de incentivos a longo prazo frequentemente levavam à redução gradual das triagens ao longo do tempo (SEALE; SHELLENBERGER; CLARK, 2010). Nesses cenários, a presença de lideranças clínicas comprometidas e o apoio de gestores facilitavam a adesão, pois encorajam práticas de supervisão, *feedback* e atualização periódica das equipes. Assim, no conjunto, a experiência dos EUA indica que o SBIRT pode ter impacto importante na redução do consumo de álcool e outras substâncias, mas depende de apoio institucional, financiamento consistente e medidas de integração ao dia a dia dos serviços de saúde para se manter sustentável e efetivo.

5.3.2. Europa

Na Europa, o SBIRT costuma ser referido como *Early Identification and Brief Intervention* (EIBI) em alguns países, notadamente no Reino Unido e na Suécia, onde há maior tradição de incorporar práticas preventivas na Atenção Primária. Entretanto, mesmo com diretrizes nacionais que recomendam a triagem e o aconselhamento breve, a adesão por parte dos profissionais de saúde ainda enfrenta obstáculos. Segundo Nilsen (2010), um dos motivos apontados para a baixa implementação em determinadas regiões do Reino Unido é a falta de tempo durante as consultas médicas, aliada à inexistência de incentivos financeiros que cubram o trabalho adicional de triagem. Além disso, há o desconforto relatado por alguns clínicos em abordar o tema álcool, considerado delicado na relação médico-paciente.

Um ECR conduzido no Reino Unido reforçou esses desafios, ao mostrar que estratégias mais intensas de aconselhamento – como sessões estruturadas de 20 minutos baseadas em entrevista motivacional – não produziram resultados significativamente superiores à entrega de um simples folheto informativo (KANER et al., 2013). Apesar de todos os grupos terem demonstrado alguma melhora, a diferença entre as intervenções foi estatisticamente insignificante, sugerindo que a implementação de ações mais intensivas enfrenta barreiras práticas, como a baixa taxa de retorno dos pacientes para sessões adicionais. A motivação dos pacientes para reduzir o consumo de álcool aumentou mais nos grupos que receberam aconselhamento estruturado, mas sem impacto significativo nos desfechos principais.

Na Suécia, evidencia-se que a existência de políticas públicas de prevenção na Atenção Primária favoreceu a adoção de intervenções breves em algumas regiões (HEATHER, 2012). Ainda assim, muitos profissionais de saúde se mostraram hesitantes em discutir uso de álcool, seja pela falta de segurança nos métodos de aconselhamento, seja pela percepção de que esse assunto pode ser percebido como invasivo pelos pacientes. De modo geral, a experiência europeia salienta que, mesmo em países com políticas de saúde mais estruturadas, o engajamento dos profissionais, treinamentos adequados e suporte organizacional são fatores-chaves para a implementação contínua do SBIRT.

5.3.3. América Latina

Na América Latina, há menor quantidade de estudos formais que descrevam de forma pormenorizada o processo de implementação do SBIRT. Ainda assim, há experiências iniciais no Chile e no México, onde a adaptação linguística do AUDIT foi acompanhada por treinamentos breves de profissionais da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Nessas iniciativas, a triagem e a intervenção breve eram realizadas por enfermeiros ou médicos da Atenção Primária, que se mostravam receptivos à abordagem, mas frequentemente sobrecarregados pela alta demanda de pacientes e pela falta de recursos para manter o processo de triagem sistemático.

Os resultados preliminares indicaram redução no consumo de álcool em bebedores de risco, mas ressaltaram obstáculos como carência de financiamento regular, limitações de infraestrutura e falta de incentivos para que gestores priorizassem a implementação do SBIRT nas unidades de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Além disso, a falta de sistemas informatizados dificultava o monitoramento contínuo dos casos, e a excessiva demanda por atendimentos clínicos muitas vezes impedia os profissionais de dedicar tempo à intervenção breve.

5.3.4. Outros países

A implementação do SBIRT em países de baixa e média renda enfrenta obstáculos comuns, como falta de tempo, ausência de incentivos financeiros, alta rotatividade de profissionais e dificuldades de integração com os sistemas de saúde. Uma revisão sistemática recente destacou que, mesmo onde há políticas nacionais de prevenção, a adesão na Atenção Primária depende de suporte institucional, treinamento contínuo e adequação cultural das ferramentas (ROSÁRIO et al., 2021). Esses fatores são decisivos para garantir a efetividade e sustentabilidade da abordagem.

5.3.5. Considerações

Em linhas gerais, cada região apresenta desafios comuns – entre eles, falta de tempo e treinamento insuficiente para as equipes, limitações de financiamento e integração inadequada aos fluxos clínicos – e particularidades – seja a existência de diretrizes nacionais (caso europeu), a necessidade de incentivos institucionais (caso

dos EUA) ou a escassez de políticas estruturantes (observada em alguns países da América Latina). Ainda assim, as experiências internacionais demonstram que, quando essas barreiras são mitigadas por meio de formação continuada, apoio de gestores e adaptação cultural dos instrumentos de triagem, o SBIRT se revela uma ferramenta custo-efetiva e eficaz para a redução do consumo nocivo de álcool.

5.4. Experiências brasileiras

No Brasil, a implementação do SBIRT (ou versões adaptadas do rastreamento e intervenção breve) vem ocorrendo de forma gradual, sobretudo em projetos-piloto e pesquisas conduzidas em parceria com universidades e serviços de saúde municipais ou estaduais (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; MOTA; RONZANI, 2012). Esses estudos apontam que, embora haja potencial para ampla adoção desse tipo de abordagem no SUS, persistem desafios de financiamento, capacitação profissional e integração aos fluxos de trabalho das UBS.

Em um estudo de 2009, foram descritas experiências de aplicação de intervenções breves em municípios de Minas Gerais, onde equipes de Saúde da Família foram treinadas para utilizar o AUDIT como instrumento de triagem e realizar o aconselhamento breve de pessoas com padrões de consumo de risco (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Os resultados preliminares mostraram melhorias na identificação de casos relacionados ao álcool e redução do consumo por parte dos usuários acompanhados. Porém, a sobreposição de atividades na rotina das UBS e a rotatividade de profissionais prejudicaram a continuidade da prática.

Em outro estudo, os mesmos autores analisaram a incorporação de estratégias de entrevista motivacional em serviços de APS de cidades do interior brasileiro, constatando adesão moderada por parte dos enfermeiros e agentes comunitários (MOTA; RONZANI, 2012). Embora os usuários reconhecessem a utilidade das intervenções curtas, a escassez de treinamentos continuados e a inexistência de protocolos oficiais para o SBIRT dificultaram a sustentação da prática ao longo do tempo.

Cabe destacar, ainda, o Curso SUPERA (SENAD/UNIFESP), ofertado entre 2006 e 2017 na modalidade de Educação a Distância, que estruturou uma capacitação nacional em práticas alinhadas ao SBIRT: rastreamento com instrumentos padronizados, intervenção breve e fluxos de encaminhamento na rede de atenção em saúde. O curso contou com material multimídia, carga horária que evoluiu de 120 para 150 horas e certificação de extensão pela UNIFESP. Em suas doze edições, foi oferecido gratuitamente a mais de 130 mil profissionais e concluiu a formação de mais de 70 mil, contribuindo para difundir e padronizar a aplicação da triagem e do aconselhamento breve em serviços da atenção primária e de urgência (FORMIGONI; SOARES, 2018).

Em termos de diretrizes oficiais, o MS brasileiro tem publicado documentos que recomendam o rastreamento e a intervenção breve para álcool no âmbito da RAPS. A Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Uso de Álcool e Outras Drogas menciona explicitamente a importância de identificar precocemente e ofertar aconselhamento breve a usuários de álcool em estágios iniciais de risco ou abuso, direcionando casos mais graves para CAPS AD (BRASIL, 2021a). Apesar dessa orientação, avaliações nacionais sobre a implementação prática ainda são escassas, refletindo a heterogeneidade regional e a autonomia dos municípios na gestão de suas políticas locais de saúde.

5.5. Aplicabilidade no Brasil: barreiras e facilitadores

A experiência de adoção do SBIRT no Brasil, apesar de promissora em projetos-piloto e iniciativas localizadas, ainda não alcançou caráter sistêmico em grande escala. Muitos estudos apontam que a efetiva incorporação do rastreamento e da intervenção breve no SUS enfrenta desafios estruturais e operacionais, ao mesmo tempo em que alguns fatores têm se mostrado favoráveis à implementação desse tipo de abordagem preventiva.

5.5.1. Barreiras

- Financiamento e falta de incentivos

  Embora existam iniciativas pontuais de treinamento, a ausência de uma política de financiamento específica dificulta a continuidade da capacitação e o suporte aos profissionais após a fase inicial de implantação. Alguns estudos indicam que, sem recursos destinados a cobrir o tempo investido na triagem e na intervenção breve, as equipes acabam abandonando o processo (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; MOTA; RONZANI, 2012).

- Sobrecarga de trabalho e rotatividade de profissionais

  A Atenção Primária costuma enfrentar alta demanda de consultas, reduzindo o tempo disponível para aplicar questionários de rastreamento ou conduzir aconselhamento breve de forma sistemática (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Além disso, a rotatividade de médicos, enfermeiros e agentes comunitários compromete a continuidade de projetos, pois nem sempre há treinamento para os recém-chegados, fragilizando a adesão de médio e longo prazo.

- Resistência e estigma

  Muitos estudantes de enfermagem demonstram atitudes negativas ou ambivalentes frente ao alcoolismo e à figura do alcoolista, tendência associada à insuficiente abordagem do tema durante a graduação (VARGAS; BITTENCOURT, 2013). Essa postura pode refletir tanto o desconhecimento técnico quanto estigmas socialmente reproduzidos, o que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado e a efetividade das abordagens preventivas.

- Lacunas de protocolos e padronização

  Apesar de o MS ter publicado documentos que reconhecem a importância de abordar precocemente o consumo de álcool na Atenção Primária – como a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Uso de Álcool e Outras Drogas na Rede de Atenção Psicossocial e os Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental –, não há um protocolo nacional que unifique instrumentos, fluxos e rotinas de triagem e intervenção breve em todas as UBS (BRASIL, 2013, 2021a). Consequentemente, cada localidade tende a adaptar ou a improvisar procedimentos próprios, gerando heterogeneidade na aplicação do SBIRT e nos resultados obtidos (MOTA; RONZANI, 2012).

5.5.2. Facilitadores

- Parcerias com universidades e pesquisas

  Experiências em que universidades apoiam a formação e a supervisão das equipes de Atenção Primária fortalecem a adoção do SBIRT (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). O envolvimento acadêmico permite a realização de estudos de caso, avaliações de impacto e capacitação prática, aumentando a consistência das intervenções.

- Apoio institucional e capilaridade do SUS

  O SUS tem cobertura em todo o território nacional, oferecendo ampla capilaridade para alcançar bebedores de risco nos estágios iniciais do consumo. Quando gestores locais (municipais ou estaduais) priorizam a integração do SBIRT na rotina de acolhimento, as equipes sentem-se mais motivadas a incorporar o rastreamento no fluxo de atendimento (MOTA; RONZANI, 2012).

- Formação continuada e supervisão periódica

  Oferecer treinamentos regulares (e não apenas pontuais) ajuda a consolidar o uso de questionários de triagem e técnicas de entrevista motivacional. Além disso, a supervisão por profissionais de referência (por exemplo, psicólogos e psiquiatras) pode sanar dúvidas e reforçar a aderência, mitigando o efeito negativo da rotatividade de pessoal.

- Perspectiva de redução de custos e prevenção de agravos

  Em alinhamento com a lógica de promoção e prevenção do SUS, implementar o SBIRT na Atenção Primária tem o potencial de diminuir complicações relacionadas ao uso nocivo de álcool, reduzindo internações, absenteísmo e despesas associadas à dependência. Essa economia futura pode servir de argumento para convencer gestores a investirem em capacitação e supervisão, reforçando o caráter custo-efetivo das intervenções breves.

5.5.3 Considerações finais

No Brasil, as condições para uma implementação mais ampla do SBIRT envolvem enfrentar barreiras como a falta de protocolos e fluxos padronizados, de incentivos financeiros e a alta rotatividade de profissionais, ao mesmo tempo em que se aproveitam fatores facilitadores, como a rede capilarizada do SUS, a parceria com universidades e o apelo de redução de custos a médio e longo prazo. Dessa forma, a sustentabilidade e a efetividade do SBIRT dependerão de estratégias que combinem formação contínua, apoio institucional e integração aos fluxos de trabalho da Atenção Primária (**Quadro 5.1**).

5.6. Estratégias de implementação

5.6.1. Inclusão sistemática da triagem de álcool na rotina de acolhimento

Uma maneira de garantir a aplicação efetiva do SBIRT é integrar instrumentos de rastreamento (como o AUDIT) ao acolhimento inicial dos usuários nas UBS. Dessa forma, o questionário deixa de ser uma etapa opcional, tornando-se parte do fluxo de atendimento, semelhante à aferição de pressão arterial ou à coleta de dados sobre tabagismo. Para viabilizar isso, recomenda-se:

- Inserir campos específicos no prontuário eletrônico (por exemplo, e-SUS) para registrar o resultado da triagem e a eventual intervenção breve.
- Criar protocolos de atendimento em que a triagem seja realizada periodicamente, por exemplo, anualmente ou em toda primeira consulta do ano.

5.6.2. Capacitação e supervisão contínua das equipes

- Elaboração de programas de educação permanente, com oficinas presenciais e atividades de ensino a distância (EaD) sobre triagem, entrevista motivacional e encaminhamento.
- Supervisões periódicas, conduzidas por profissionais de referência (por exemplo, psicólogos ou psiquiatras), para revisão de casos e solução de dúvidas práticas.

5.6.3. Incentivos financeiros e inclusão em políticas de financiamento

- Criação de mecanismos de incentivo nos repasses do MS, vinculados à execução de triagens e intervenções breves (similar às metas de hipertensão ou diabetes).
- Alocação de verbas específicas para a capacitação das equipes e a aquisição de materiais didáticos, garantindo a sustentabilidade das ações.

QUADRO 5.1. Barreiras, facilitadores e estratégias de implementação do SBIRT no Brasil.

Domínio	Barreiras	Facilitadores	Estratégias Possíveis
1. Financiamento e Economia	- Falta de recursos específicos para treinamento contínuo. - Ausência de incentivos financeiros para aplicação sistemática da triagem e da intervenção breve.	- Perspectiva de redução de custos a médio e longo prazo (menos internações, absenteísmo, etc.).	- Criar mecanismos de incentivo financeiro (metas e repasses vinculados). - Destinar verbas específicas para capacitação, materiais e supervisão. - Divulgar estimativas de custo-efetividade para sensibilizar gestores.
2. Recursos Humanos e Organização	- Sobrecarga de trabalho na Atenção Primária, dificultando a realização sistemática de rastreamentos e aconselhamentos. - Rotatividade de profissionais, enfraquecendo a continuidade das ações.	- Formação continuada e supervisão periódica, que minimizam o abandono da prática. - Parcerias com universidades e projetos de pesquisa, fornecendo treinamento, suporte e avaliação.	- Integrar o SBIRT à rotina de acolhimento (evitando ações pontuais). - Implantar programas de educação permanente, com oficinas, EaD e supervisão. - Firmar convênios com instituições acadêmicas para capacitações e pesquisas de extensão.
3. Políticas e Protocolos	- Falta de um protocolo nacional padronizado, resultando em grande heterogeneidade na aplicação. - Documentos oficiais que mencionam a abordagem breve, mas não definem fluxos e instrumentos obrigatórios em todo o país.	- Apoio institucional e capilaridade do SUS, com possibilidade de alcance em todo o território. - Existência de diretrizes gerais, ainda que pouco detalhadas.	- Elaborar e difundir diretrizes nacionais padronizadas, integrando-as a manuais e cadernos do MS. - Priorizar o SBIRT nas agendas municipais e estaduais de saúde, definindo metas de cobertura e protocolos claros de referência e contrarreferência.
4. Infraestrutura e Sistemas	- Falta de funcionalidades tecnológicas que facilitem o registro e o monitoramento de resultados (alertas, relatórios, etc.).	- Maior disponibilidade de ferramentas digitais (prontuário eletrônico, aplicativos, teleconsultas) que podem agilizar a triagem e a supervisão. - Potencial de uso do Telessaúde em regiões remotas.	- Desenvolver ou adaptar módulos específicos em sistemas como o e-SUS, com campos padronizados e alertas. - Digitalizar o processo de triagem (apps, tablets) para agilizar o preenchimento e o encaminhamento. - Implementar teleinterconsultas para suportar equipes em casos complexos ou regiões de difícil acesso.
5. Cultura e Percepções	- Resistência de profissionais que consideram o tema álcool delicado ou temem reações negativas dos pacientes. - Estigma envolvendo o uso de álcool, que pode inibir a adesão de usuários à triagem e ao aconselhamento breve.	- Sensibilização e envolvimento das equipes, mostrando o SBIRT como parte do cuidado integral. - Possível conscientização dos usuários de que a triagem é um procedimento de saúde rotineiro, sem julgamento moral.	- Realizar campanhas internas direcionadas aos profissionais e usuários, normalizando a abordagem do álcool. - Incluir tópicos de entrevista motivacional e redução de danos nos currículos de graduação e em treinamentos contínuos. - Fomentar a participação comunitária, reduzindo o estigma e promovendo adesão do usuário à triagem.

5.6.4. Fortalecimento da articulação com a RAPS

- Definir fluxos claros de referência e contrarreferência: quando e como encaminhar casos de maior gravidade ao CAPS AD, bem como estabelecer retornos e continuidade na UBS (BRASIL, 2015).

- Promover encontros regulares entre equipes da APS e especialistas em álcool e drogas, a fim de compartilhar experiências, capacitar e supervisionar o uso do SBIRT.

5.6.5. Uso de tecnologias digitais e teleintervenções

- Desenvolver ou adaptar ferramentas digitais para aplicação do AUDIT ou questionários semelhantes, com geração automática de pontuação e sugestões de intervenção.
- Explorar teleinterconsultas (via telessaúde ou plataformas similares) para que profissionais de saúde recebam orientações em tempo real sobre casos mais complexos.

5.6.6. Sensibilização dos profissionais e redução do estigma

- Inserir conteúdos sobre álcool, políticas de redução de danos e entrevista motivacional nos currículos de graduação em saúde (medicina, enfermagem, psicologia, etc.).
- Realizar campanhas dentro das unidades, voltadas tanto aos profissionais quanto aos usuários, enfatizando que a triagem e a intervenção breve são procedimentos de rotina, livres de julgamento moral.

5.6.7. Avaliação de custo-efetividade e impacto em saúde

- Por fim, há a necessidade de estudos nacionais que calculem o real custo-efetividade do SBIRT no SUS, estimando a economia potencial associada à redução de internações, absenteísmo e complicações médicas. Tais análises podem fornecer argumentos quantitativos a gestores e financiadores, reforçando a viabilidade econômica de investir na abordagem.

6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL

O TUA é uma condição crônica e recorrente associada a diversas complicações psiquiátricas incluindo prejuízos cognitivos, como distúrbios do sono, depressão e ansiedade, além de diversos comportamentos desadaptativos e de risco (CORRAO et al., 2004; CHERPITEL; YE, 2008).

A exposição crônica ao etanol induz neuroadaptações progressivas em múltiplos sistemas neurotransmissores, destacando-se a hipofunção dopaminérgica mesocorticolímbica, a hiperatividade do sistema glutamatérgico e a disfunção do sistema GABAérgico (REUS et al., 2018). Essas alterações contribuem para a transição do uso recreativo para o consumo compulsivo, mediada por uma sensibilização dos circuitos de *wanting* (motivação) dissociada da experiência hedônica (*liking*). Ademais, há envolvimento significativo do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com aumento da liberação de corticotropina e cortisol, amplificando a resposta ao estresse e reforçando a vulnerabilidade à recaída (REUS et al., 2018). Em paralelo, o sistema opioide endógeno sofre desregulação, com redução da sinalização μ-opioide e potencialização da sinalização κ-opioide, associadas à anedonia e estados disfóricos durante a abstinência. Esses mecanismos são sustentados por alterações epigenéticas e neuroinflamatórias que perpetuam a plasticidade mal-adaptativa, consolidando o TUA como uma condição crônica, recidivante e de base neurobiológica mensurável.

Com base nos avanços do entendimento dos mecanismos neurobiológicos do TUA, diversas opções farmacológicas têm sido desenvolvidas e estudadas com o objetivo de auxiliar pacientes a reduzir o consumo prejudicial de álcool e alcançar ou manter a abstinência (CORRAO et al., 2004; CHERPITEL; YE, 2008; REUS et al., 2018). Dentre os medicamentos aprovados por agências regulatórias nacionais ou internacionais, destacam-se o dissulfiram, a naltrexona (oral e injetável), o acamprosato e a nalmefena. Também vêm sendo estudados diversos fármacos com potencial terapêutico, como o baclofeno, topiramato, gabapentina, prazosina, ibudilast e D-cicloserina, além de medicamentos utilizados em outros transtornos psiquiátricos, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores seletivos de recaptação de serotonina e noradrenalina, antipsicóticos atípicos, estabilizadores de humor e outros anticonvulsivantes, estes com menor nível de evidência (SCHUCKIT, 2009).

6.1. Dissulfiram

O dissulfiram é um dos primeiros medicamentos desenvolvidos para o tratamento do transtorno por uso de álcool e atua como agente aversivo, inibindo a enzima acetaldeído desidrogenase. Isso leva ao acúmulo de

acetaldeído no organismo após a ingestão de álcool, resultando em reações desagradáveis como náuseas, vômitos, taquicardia e cefaleia (JØRGENSEN; PEDERSEN; TØNNESEN, 2011). A dose habitual varia entre 250 mg e 500 mg ao dia. O dissulfiram é mais indicado para pacientes motivados, não impulsivos e sem fatores desencadeantes aparentes para o consumo de álcool. É eficaz para promover abstinência total, aumentar o percentual de dias abstêmios, reduzir a média de dias de consumo de álcool, aumentar a probabilidade de não recaída e prolongar o tempo até o primeiro episódio de consumo excessivo.

No entanto, há riscos de efeitos adversos quando ocorre ingestão de álcool durante o tratamento. A acumulação sistêmica de acetaldeído provoca uma síndrome aversiva que pode causar, dependendo da quantidade de álcool ingerida, rubor facial, taquicardia reflexa, hipotensão, sudorese profusa, náuseas, vômitos, cefaleia pulsátil, dispneia, angústia torácica e palpitações (JØRGENSEN; PEDERSEN; TØNNESEN, 2011). Em casos de maior exposição ao etanol ou em pacientes com comorbidades cardiovasculares, pode haver progressão para arritmias, infarto agudo do miocárdio e, em situações extremas, morte súbita. A intensidade da resposta é proporcional à quantidade ingerida de álcool e de dissulfiram, podendo iniciar-se entre 10 e 30 minutos após a ingestão alcoólica e durar até várias horas (SKINNER et al., 2014).

A eficácia do dissulfiram está fortemente associada à adesão e, em alguns casos, à supervisão do uso. Estudos apontam resultados positivos na manutenção da abstinência, entretanto, a evidência geral de eficácia ainda é considerada insuficiente devido à dificuldade de estabelecer grupos placebo para comparação (JØRGENSEN; PEDERSEN; TØNNESEN, 2011). Há alguns anos, esse fármaco teve sua disponibilidade interrompida no país, impactando negativamente na abordagem farmacológica de um grupo de indivíduos que se beneficiam do tratamento. Atualmente, no Brasil, está disponível apenas em algumas farmácias de manipulação, reduzindo o acesso a uma pequena parcela de pacientes.

6.2. Naltrexona

A naltrexona é um antagonista opioide estruturalmente relacionado à morfina, que atua bloqueando os receptores μ-opioides, reduzindo os efeitos gratificantes do álcool e o reforçamento positivo associado ao consumo (MCGOWAN et al., 2016). Essa ação contribui para a diminuição do desejo de beber, sendo especialmente eficaz em pacientes com forte fissura por álcool, história familiar de TUA e tabagismo associado (JONAS et al., 2014). Está disponível nas formas oral e injetável de liberação prolongada (esta última não disponível no Brasil). A naltrexona tem demonstrado eficácia na redução do número de dias de consumo, na quantidade de álcool ingerida por ocasião do uso e na prevenção de recaídas (MCGOWAN et al., 2016). Seu uso é geralmente bem tolerado, com efeitos adversos leves e transitórios, como náuseas, cefaleia e tontura (KRANZLER; SOYKA, 2018). É contraindicada em pacientes que fazem uso de analgésicos opioides, com dependência de opioides, em síndrome de abstinência aguda de opioides ou com hepatite aguda ou insuficiência hepática (KRANZLER; SOYKA, 2018). Sua evidência de eficácia é considerada moderada e estudos indicam que é uma opção custo-efetiva no tratamento do TUA. No Brasil, a naltrexona está disponível gratuitamente apenas no estado de São Paulo.

6.3. Acamprosato

O acamprosato é um aminoácido derivado da taurina, classificado como um modulador do neurotransmissor glutamato, que atua restaurando o equilíbrio entre os sistemas excitatório e inibitório no cérebro, alterado pelo consumo crônico de álcool (CANIDATE et al., 2017). Ao estabilizar a função glutamatérgica, o medicamento contribui para a redução dos sintomas de abstinência e para a prevenção de recaídas no uso

de álcool. É particularmente eficaz na manutenção da abstinência em pacientes que já cessaram o consumo, sendo sua eficácia aumentada quando combinado com intervenções psicossociais (RAY et al., 2020). Embora não seja comercializado no Brasil (apesar de seu uso ser aprovado pela Anvisa), estudos demonstram que o acamprosato apresenta bom custo-efetividade, com menores gastos nos grupos que utilizaram o medicamento em comparação aos que receberam placebo. Sua evidência de eficácia é considerada moderada e o perfil de segurança é favorável, sendo a diarreia o efeito adverso mais comum (GARBUTT et al., 2014).

6.4. Topiramato

O topiramato é um anticonvulsivante que atua em múltiplos sistemas neuroquímicos. Seu mecanismo de ação inclui o aumento da atividade do ácido gama-aminobutírico (GABA), a inibição dos receptores do glutamato do tipo AMPA/kainato e o bloqueio de canais de sódio, o que resulta em efeitos inibitórios no sistema nervoso central (JOHNSON et al., 2003; KRANZLER; SOYKA, 2018). Essas propriedades fazem com que o topiramato reduza o reforço positivo associado ao consumo de álcool, além de modular circuitos neurais relacionados à recompensa e impulsividade (KRANZLER; SOYKA, 2018; WITKIEWITZ; LITTEN; LEGGIO, 2019). ECRs e metanálises demonstraram que o topiramato pode reduzir significativamente o número de dias de consumo, a quantidade total de álcool ingerida e os episódios de consumo excessivo (JOHNSON et al., 2003; JONAS et al., 2014; REUS et al., 2018). Também pode melhorar medidas secundárias como funcionamento social e bem-estar subjetivo. Entre os efeitos adversos mais comuns estão parestesias, gosto metálico, perda de peso, fadiga, sonolência e prejuízos cognitivos leves, como dificuldade de concentração e memória. Devido a esses efeitos, o acompanhamento clínico regular é essencial. Embora o topiramato ainda não esteja aprovado especificamente para o tratamento do TUA, sua evidência é crescente, e ele é considerado uma alternativa viável, especialmente em pacientes com comorbidades como transtornos de humor ou epilepsia (JOHNSON et al., 2003).

6.5. Cenário no SUS

No Brasil, poucas medicações para o tratamento do TUA estão atualmente disponíveis no SUS. Dentre as listadas neste caderno (**Quadro 6.1**), apenas a naltrexona possui alguma disponibilidade, ainda que bastante restrita, sendo encontrada apenas em alguns centros especializados. Já o dissulfiram, o acamprosato, o topiramato e outros fármacos não são, até o momento, ofertados de forma sistemática pelo SUS para essa indicação específica.

Todas essas medicações, no entanto, têm perfil de custo-benefício considerado favorável, especialmente quando comparado ao custo social e sanitário do TUA não tratado. Estudos demonstram que intervenções farmacológicas eficazes podem reduzir significativamente a morbimortalidade associada ao uso de álcool, bem como a sobrecarga nos serviços de saúde e na segurança pública (REUS et al., 2018). Portanto, ao menos naltrexona e dissulfiram – cujas eficácias são amplamente reconhecidas e que apresentam baixo custo relativo – deveriam ser plenamente acessíveis na rede pública de saúde como parte de uma estratégia nacional de enfrentamento ao TUA (AGABIO et al., 2021; WITKIEWITZ; LITTEN; LEGGIO, 2019).

Por fim, vale ressaltar que a adesão ao tratamento, a supervisão clínica adequada e a combinação com abordagens psicoterapêuticas, como a TCC, são fatores fundamentais para otimizar os resultados do tratamento farmacológico do transtorno por uso de álcool (WITKIEWITZ; LITTEN; LEGGIO, 2019).

QUADRO 6.1. Principais medicações utilizadas no tratamento do transtorno por uso de álcool (TUA).

Medicamento	Mecanismo de Ação	Indicação Principal	Efeitos Adversos Comuns
Dissulfiram	Inibe o aldeído desidrogenase → acúmulo de acetaldeído → reação aversiva	Manutenção da abstinência, com adesão e supervisão	Náuseas, vômitos, cefaleia, sonolência, gosto metálico
Naltrexona	Antagonista dos receptores opioides (μ) → reduz prazer associado ao álcool	Redução do consumo e da recaída	Náuseas, cefaleia, tontura, fadiga
Acamprosato	Modula glutamato (NMDA) e GABA → restaura equilíbrio neuroquímico	Manutenção da abstinência	Diarreia, flatulência, prurido, insônia
Topiramato	Modula GABA e glutamato → reduz compulsão e *craving*	Redução do consumo em padrões pesados	Parestesias, alteração do paladar, dificuldade de concentração

MONITORAMENTO E PONTOS-CHAVE

7

A efetividade das políticas públicas de saúde voltadas ao manejo do consumo nocivo de álcool depende de um monitoramento sistemático e integrado. Este capítulo propõe uma estrutura de avaliação que contempla diversos aspectos – como impactos na saúde, acesso aos serviços, custos econômicos, capacitação dos profissionais e qualidade do atendimento –, permitindo identificar pontos fortes e desafios para o aprimoramento contínuo das intervenções.

O acompanhamento das políticas de saúde para álcool deve basear-se em indicadores que reflitam as múltiplas dimensões do impacto das intervenções (**Quadro 7.1**). Ressalta-se que os indicadores aqui sugeridos não são exaustivos e que outros podem ser contemplados conforme as especificidades do contexto. Dentre os indicadores-chave sugeridos, destacam-se:

7.1. Indicadores de impacto

7.1.1. Indicadores de saúde

- Taxa de Hospitalização por Condições Relacionadas ao Álcool: Número de pessoas hospitalizadas por intoxicação, cirrose, pancreatite e outras complicações por 100 mil habitantes.
- Taxa de Mortalidade Atribuível ao Álcool: Número de óbitos, direta ou indiretamente, relacionados ao consumo de álcool por 100 mil habitantes.
- Anos Vividos com Incapacidade (YLDs): Medida do impacto dos transtornos relacionados ao uso de álcool na qualidade de vida, calculada com base na prevalência da condição, na duração dos sintomas e em pesos de incapacidade definidos por estudos internacionais de carga de doenças.
- Redução do Consumo: Média de redução do consumo de álcool (medida em doses padrão por semana) entre os usuários que receberam intervenção.
- Taxa de Retenção e Adesão ao Tratamento: Número de pacientes que completam o ciclo terapêutico e mantêm acompanhamento a longo prazo sobre o total de pacientes.
- Taxa de Reinternação e Recaída: Número de pacientes que retornam aos serviços por complicações ou recaídas sobre o total de pacientes.

QUADRO 7.1. Indicadores Multidimensionais para o Monitoramento das Políticas de Saúde no Manejo do Consumo de Risco de Álcool.

Dimensão	Categoria	Indicador
Indicadores de impacto	Saúde	Taxa de Hospitalizações por Condições Relacionadas ao Álcool Taxa de Mortalidade Atribuível ao Álcool Anos Vividos com Incapacidade (YLDs) Redução do Consumo Taxa de Retenção e Adesão ao Tratamento Taxa de Reinternação e Recaída
	Violência	Taxa de Colisões de Trânsito Relacionadas ao Álcool Taxa de Violência Doméstica Associada ao Consumo de Álcool Taxa de Crimes e Incidentes Relacionados ao Álcool
	Indicadores Econômicos	Custos Diretos e Indiretos Custo-benefício
Indicadores de resultado	Acesso e Desempenho dos Serviços	Taxa de Cobertura de Triagem (ex.: SBIRT) Taxa de Encaminhamento e Adesão ao Tratamento Especializado Tempo de Espera para Atendimento
Indicadores de processo	Capacitação e Qualidade dos Serviços	Número de Profissionais Treinados Qualidade do Atendimento e Satisfação dos Usuários Efetividade da Integração entre os Serviços
	Indicadores de Implementação	Taxa de Fidelidade à Intervenção Taxa de Aceitabilidade Taxa de Penetração Sustentabilidade Tempo de Implementação Adaptação e Flexibilidade Engajamento das Lideranças

7.1.2. Indicadores de violência

- Taxa de Violência no Trânsito Relacionada ao Álcool: Número de vítimas de acidentes de trânsito atribuíveis ao consumo de álcool – fatais e/ou não fatais, conforme a disponibilidade dos dados – por 100 mil habitantes.
- Taxa de Violência Doméstica Associada ao Consumo de Álcool: Número de vítimas de violência doméstica relacionadas ao consumo de álcool por 100 mil habitantes.
- Taxa de Crimes e Incidentes Relacionados ao Álcool: Número de ocorrências de vandalismo, agressões e outros delitos atribuíveis ao consumo de álcool por 100 mil habitantes.

7.1.3. Indicadores econômicos

- Custos Diretos e Indiretos: Somatória dos gastos relacionados ao manejo do consumo nocivo de álcool, incluindo despesas hospitalares, absenteísmo e perdas de produtividade.
- Custo-benefício: Comparação entre os investimentos realizados em ações de prevenção e tratamento e as economias geradas pela redução de internações e atendimentos de emergência.

7.2. Indicadores de resultado

7.2.1. Indicadores de acesso e desempenho dos Serviços

- Taxa de Cobertura de Triagem (por exemplo, SBIRT): Número de pessoas submetidas a rastreamento para identificar padrões de consumo de risco sobre o total de pessoas atendidas.
- Taxa de Encaminhamento e Adesão ao Tratamento Especializado: Número de pacientes que mantêm tratamento em serviços especializados (como os CAPS AD) sobre o total de pacientes com identificação de risco.
- Tempo de Espera para Atendimento: Tempo entre a identificação de um caso e o início do tratamento.

7.3. Indicadores de processo

7.3.1. Indicadores de capacitação e qualidade dos serviços

- Número de Profissionais Treinados: Quantidade de profissionais capacitados para realizar a triagem, intervenção e encaminhamento de casos de uso nocivo de álcool.
- Qualidade do Atendimento e Satisfação dos Usuários: Índice obtido por meio de pesquisas periódicas com os pacientes e avaliações internas dos serviços prestados.
- Efetividade da Integração entre os Serviços: Medida do desempenho dos fluxos de comunicação e encaminhamento entre a Atenção Primária, os CAPS AD e outros níveis de atendimento, avaliada por meio de entrevistas estruturadas, questionários ou indicadores de tempo/resolução coletados com gestores e profissionais.

7.3.2. Indicadores de implementação

- Taxa de Fidelidade à Intervenção: Número ser-viços prestados em conformidade com os protocolos estabelecidos (ex.: medido por auditorias ou checklists de procedimentos) sobre o total de serviços prestados.
- Taxa de Aceitabilidade: Grau de satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários em relação à intervenção (ex.: avaliado por meio de questionários estruturados com nota de 0 a 10).
- Taxa de Penetração: Número de unidades de saúde (ou profissionais) que adotaram a intervenção em relação ao total de unidades de saúde (ou profissionais).
- Sustentabilidade: Avaliada com base na frequência de treinamentos, na atualização dos protocolos e na manutenção das práticas no cotidiano dos serviços.
- Tempo de Implementação: Tempo médio entre a introdução do protocolo e sua adoção plena nas unidades de saúde.
- Adaptação e Flexibilidade: Medida por registros de modificações formais nos protocolos e por entrevistas, ou por questionários com profissionais sobre o processo de adaptação ao contexto local.
- Engajamento das Lideranças: Avaliado por meio de questionários com profissionais e gestores, frequência em reuniões e registro de apoio a ações da intervenção.

REUNIÃO TÉCNICA

8

Este capítulo apresenta uma síntese da reunião técnica realizada em 20 de fevereiro de 2025, na Sala Modular do Ministério da Justiça e Segurança Pública, organizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD/MJSP). O encontro reuniu representantes de diversos órgãos governamentais, instituições de pesquisa, organizações da sociedade civil e especialistas em saúde pública, com foco na abordagem do consumo nocivo de álcool no Brasil. O principal objetivo foi discutir estratégias para ampliar a prevenção, o rastreamento e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool, fortalecendo as políticas públicas já existentes. Como ponto de partida, os participantes revisaram evidências científicas, compartilharam experiências de implementação e definiram desafios e oportunidades para aperfeiçoar o cuidado integral às pessoas que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas.

A seguir, as discussões ocorridas na reunião foram organizadas em itens, a fim de destacar pontos de convergência e divergência, bem como propostas de ação. O propósito central deste capítulo é oferecer uma visão abrangente sobre como o sistema de saúde brasileiro pode aprimorar suas respostas ao consumo nocivo de álcool, tanto no âmbito da Atenção Primária quanto em níveis mais especializados de cuidado.

8.1 Participantes da reunião técnica

A reunião contou com a presença de profissionais e gestores de órgãos como:

- **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (Senad/MJSP):** Representada pela equipe das diretorias responsáveis pela formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas sobre drogas (Diretoria de Prevenção e Reinserção Social – DPRS – e Diretoria de Pesquisa, Avaliação e Gestão de Informações – DPAGI).
- **Ministério da Saúde (MS):** Incluindo o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Desmad), a Vigilância de Doenças Crônicas e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que contribuíram com estatísticas epidemiológicas e perspectivas de organização da rede de atenção.
- **Instituições de Ensino e Pesquisa:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (UFRGS/CPAD), Universidade Federal do São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre outras,

apresentando evidências científicas e resultados de projetos-piloto em prevenção e tratamento do uso nocivo de álcool.

- **Organizações da sociedade civil nacionais e internacionais:** ACT Promoção da Saúde, *Vital Strategies*, OPAS e Abead, que trouxeram experiências em ***advocacy***, formulação de campanhas de conscientização e modelos de intervenção breve.
- **Outros órgãos:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Instituto Nacional do Câncer (Inca), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), abordando diferentes enfoques regulatórios, sociais e jurídicos.

8.2 Principais temas em debate

8.2.1. Atenção Primária e o rastreamento sistemático de uso de álcool

Um dos eixos centrais do encontro foi a discussão sobre a inserção de procedimentos padronizados de SBIRT na rotina da Atenção Primária, com capacitação das equipes para identificar precocemente o uso abusivo de álcool. Foi consenso que a Atenção Primária ocupa posição estratégica, pois se constitui na porta de entrada do SUS. No entanto, ainda há insuficiência de treinamento e falta de mecanismos de incentivo ou exigência para a realização do rastreamento de forma sistematizada.

8.2.2. Dose padrão de álcool

O MS, por meio de suas secretarias, apresentou o avanço na definição oficial de "dose padrão" – 10 g de álcool puro – para padronizar orientações e pesquisas. Embora tenha sido enfatizado que não existe um consumo livre de riscos, a formalização dessa medida busca facilitar a comunicação com a população e subsidiar iniciativas como rotulagem de bebidas alcoólicas e recomendações de uso. Ainda assim, reiterou-se que a disponibilização de informações claras não substitui a necessidade de políticas mais abrangentes de controle.

8.2.3. Intervenções breves e tratamento farmacológico

Foram apresentados estudos sobre a efetividade de intervenções breves, que podem ocorrer em até 15 minutos, reduzindo o uso abusivo de álcool, principalmente entre usuários com risco moderado. Especialistas também ressaltaram a necessidade de ampliar a disponibilidade de medicamentos com evidência de eficácia (como naltrexona, acamprosato e dissulfiram) no SUS. Discutiu-se a importância de adequar doses de tiamina (vitamina B1) para evitar complicações neurológicas associadas ao transtorno de uso de álcool.

8.2.4. Outras técnicas de tratamento

As discussões incluíram métodos psicossociais, terapias integradas e estratégias de acompanhamento individualizado, ampliando o leque de opções para o manejo do consumo nocivo de álcool. Essas técnicas adicionais foram apresentadas como complementares às medidas já estabelecidas, sendo alternativas de intervenção, e poderiam ser ensinadas e treinadas pelas equipes multiprofissionais, no sentido de aumentar a efetividade dos tratamentos. Além disso, discutiu-se também sobre ferramentas inovadoras que auxiliarão

no tratamento como plataformas com Inteligência Artificial e óculos de Realidade Virtual, as quais facilitarão a implementação de estratégias mais personalizadas e com psiquiatria de precisão.

8.2.5. Comunicação e redução de estigma

A adoção de campanhas informativas, incluindo rotulagem mais clara dos produtos e alertas sobre os danos do consumo de álcool, apareceu como prioridade para ampliar a percepção de risco na sociedade. Propôs-se, inclusive, a elaboração de mensagens específicas sobre a correlação entre álcool e câncer, sobretudo entre mulheres. Em paralelo, a redução do estigma no atendimento a pessoas com transtorno por uso de álcool foi apontada como fundamental, pois o preconceito ainda afasta muitos pacientes dos serviços de saúde.

8.2.6. Ampliação de medidas regulatórias

Embora o foco principal do evento fosse a abordagem clínica, também se debateu a necessidade de articular medidas regulatórias no âmbito da reforma tributária e das legislações específicas. Os participantes defenderam políticas que limitem a disponibilidade de bebidas alcoólicas – como restrição de horários de venda e revisão de publicidade –, seguindo as recomendações internacionais de *best buys* para reduzir o consumo nocivo. Houve também interesse em fortalecer iniciativas de fiscalização e controle, reforçando a integração intersetorial (Receita Federal, Ministério da Agricultura, Anvisa, etc.).

8.2.7. Formação continuada e integração de redes

Foram apresentados modelos de capacitação por EaD e supervisão presencial para equipes de saúde, prevendo a articulação com diferentes setores (educação, assistência social, comunidades terapêuticas). Sugeriu-se incluir conteúdos de saúde mental e dependência química de forma sistemática na grade curricular de cursos de graduação (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social), a fim de formar profissionais mais preparados para a detecção e o cuidado integral.

8.3. Desafios para a implementação

- Cobertura desigual e rotatividade de profissionais

  A grande diversidade territorial brasileira, associada a carências estruturais, torna complexa a implementação de protocolos de rastreamento e intervenção. A rotatividade das equipes de saúde foi apontada como um obstáculo significativo, pois inviabiliza a continuidade das ações e exige capacitações frequentes.

- Falta de alinhamento intersetorial

  Embora o encontro tenha congregado representantes de diversos órgãos, reconheceu-se que ainda há lacunas na coordenação efetiva entre saúde, segurança pública, fazenda, educação e outros setores. Tais sinergias são determinantes para criar políticas sustentáveis de controle do consumo de álcool.

- Viabilização de medicamentos

  A dificuldade de incorporação de fármacos essenciais no SUS (acamprosato, dissulfiram e naltrexona) reflete, em parte, a falta de interesse comercial e a complexidade regulatória. Também se discutiu a ausência

de formulações adequadas de tiamina em doses altas (oral e parenteral) para prevenção de complicações neurológicas.

- Baixa percepção de risco da sociedade

  Uma barreira importante é o fato de o consumo de álcool ser culturalmente aceito e amplamente promovido, reduzindo a aderência a cuidados preventivos. Campanhas de conscientização e estratégias de ***marketing*** social devem enfrentar a influência da indústria de bebidas, que atua massivamente na publicidade e em eventos culturais e esportivos.

8.4. Conclusões

A reunião técnica evidenciou tanto o potencial quanto os desafios de se avançar em políticas de saúde para abordar o consumo nocivo de álcool no Brasil. Houve consenso de que a Atenção Primária pode desempenhar papel de destaque na prevenção, por meio do rastreamento e de intervenções breves, desde que haja capacitação contínua das equipes e integração efetiva com serviços especializados. Ao mesmo tempo, o fortalecimento de políticas públicas de controle passa pela adoção de medidas regulatórias, como maior tributação, restrição de publicidade e limites de disponibilidade, além de campanhas nacionais que amplificam a percepção de risco.

Ficou clara também a necessidade de uma coordenação intersetorial mais robusta, que inclua órgãos de saúde, justiça, fazenda, educação e assistência social, bem como a participação ativa da sociedade civil. O grupo ressaltou a importância de incorporar evidências científicas a cada etapa, garantindo que as ações sejam custo-efetivas e culturalmente adaptadas à realidade brasileira. Em meio à revisão do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas e à iminente reforma tributária, o encontro reforçou a urgência de priorizar o tema do álcool na agenda governamental, transformando as propostas debatidas em estratégias concretas e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH COLLABORATIVE. The impact of screening, brief intervention, and referral for treatment on emergency department patients' alcohol use. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 50, n. 6, p. 699-710, 710.e1-6, 2007. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.06.486.

AGABIO, R. et al. The influence of anxiety symptoms on clinical outcomes during baclofen treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, Fayetteville, v. 125, p. 296-313, 2021. http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.030. PMid:33454289.

ALDRIDGE, A.; LINFORD, R.; BRAY, J. Substance use outcomes of patients served by a large US implementation of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). **Addiction (Abingdon, England)**, Abingdon, v. 112, n. S2, p. 43-53, 2017. http://doi.org/10.1111/add.13651. PMid:28074561.

ALMEIDA, É. A. S.; SARTES, L. M. A.; SOUZA, K. S. S. Inserção das Estratégias Cognitivo-Comportamentais no CAPS Álcool e Drogas. **Psicologia:** Ciência e Profissão, Brasília, v. 42, p. e239448, 2022. http://doi.org/10.1590/1982-3703003239448.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP et al. Tratamento da dependência de álcool: diretrizes. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 32-48, 2011. https://doi.org/10.25118/2763-9037.2011.v1.864.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. **Abuso e Dependência de Álcool**: Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB, 2012.

BABOR, T. F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity:** research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2022. http://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.001.0001.

BARBOSA, C. et al. The Cost-effectiveness of Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in emergency and outpatient medical settings. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 53, p. 1-8, 2015. http://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.003. PMid:25648375.

BASTOS, F. I. P. M. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ICICT, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 3 maio 2025.

BECK, A. T. (Org.). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 mar. 2018. Seção 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado:** transtornos por uso de álcool no adulto. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <http://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas – PLANAD 2022-2027**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2024a. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/documento_consulta_externa.php?id_acesso_externo=0045203457>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. S**aúde Mental em Dados – 13ª Edição**: Saúde Mental em Dados, nº 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>. Acesso em: 3 maio 2025.

BUNING, E. et al. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Tradução Mariane Arantes Rocha de Oliveira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CANIDATE, S. S. et al. A systematic review of naltrexone for attenuating alcohol consumption in women with alcohol use disorders. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, New York, v. 41, n. 3, p. 466-472, 2017. http://doi.org/10.1111/acer.13313. PMid:28247556.

CHERPITEL, C. J.; YE, Y. Alcohol-attributable fraction for injury in the U.S. general population: data from the 2005 National Alcohol Survey. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, Piscataway, v. 69, n. 4, p. 535-538, 2008. http://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.535. PMid:18612569.

CHRYSTOJA, B. R. et al. Mortality in the Americas from 2013 to 2015 resulting from diseases, conditions and injuries which are 100% alcohol-attributable. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 116, n. 10, p. 2685-2696, 2021. http://doi.org/10.1111/add.15475. PMid:33844362.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução Cofen nº 678/2021: Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021_92732.html>. Acesso em: 3 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Parecer CFM nº 8/2021 (Processo-Consulta CFM nº 2/2021)**: regulamentação das clínicas médicas especializadas em tratamento da dependência química. Brasília, 29 jul. 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2021/8_2021.pdf. Acesso em: 3 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (Org.). **Psicoterapias:** abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2021.

CORRAO, G. et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. **Preventive Medicine**, New York, v. 38, n. 5, p. 613-619, 2004. http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.027. PMid:15066364.

CUNNINGHAM, R. M. et al. Alcohol interventions among underage drinkers in the ED: a randomized controlled trial. **Pediatrics**, Springfield, v. 136, n. 4, p. e783-e793, 2015. http://doi.org/10.1542/peds.2015-1260. PMid:26347440.

DUTRA, L. et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 165, n. 2, p. 179-187, 2008. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851. PMid:18198270.

FLEMING, M. F. et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 277, n. 13, p. 1039-1045, 1997. http://doi.org/10.1001/jama.1997.03540370029032. PMid:9091691.

FORMIGONI, M. L. O. S.; SOARES, K. (Org.). **Projeto SUPERA 12 anos:** avanços na capacitação de profissionais para abordagem de usuários de álcool ou outras drogas por meio da Educação a Distância. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2018. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2022/06/ebook12anos_SUPERA.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA – ENSP; CENTRO DE ESTUDOS SOBRE TABACO E SAÚDE – CETAB. **Bebidas alcoólicas no Brasil:** disponibilidade, marketing e desafios regulatórios. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ENSP, CETAB, 2023. 60 p. (Caderno de Debates). Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fiocruz-projeto-alcool-diagramacao-f-pagina-simples.pdf&sa=D&source=docs&ust=1746293427850377&usg=AOvVaw2bGacvPqxegmFIXUOO45y3>. Acesso em: 3 maio 2025.

GARBUTT, J. C. et al. Clinical and biological moderators of response to naltrexone in alcohol dependence: a systematic review of the evidence. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 109, n. 8, p. 1274-1284, 2014. http://doi.org/10.1111/add.12557. PMid:24661324.

GINLEY, M. K. et al. Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: a meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 89, n. 1, p. 58-71, 2021. http://doi.org/10.1037/ccp0000552. PMid:33507776.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018. http://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016. PMid:30020385.

HAWK, M. et al. Harm reduction principles for healthcare settings. **Harm Reduction Journal**, London, v. 14, n. 1, p. 70, 2017. http://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4. PMid:29065896.

HEATHER, N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? **Addiction Science & Clinical Practice**, Bethesda, v. 7, n. 1, p. 15, 2012. http://doi.org/10.1186/1940-0640-7-15. PMid:23186309.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036. PMid:19142334.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JOHNSON, B. A. et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 361, n. 9370, p. 1677-1685, 2003. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13370-3. PMid:12767733.

JONAS, D. E. et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 311, n. 18, p. 1889-1900, 2014. http://doi.org/10.1001/jama.2014.3628. PMid:24825644.

JONAS, D. E. et al. **Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2012.

JØRGENSEN, C. H.; PEDERSEN, B.; TØNNESEN, H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, New York, v. 35, n. 10, p. 1749-1758, 2011. http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01523.x. PMid:21615426.

KANER, E. et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. **BMJ (Clinical Research Ed.)**, London, v. 346, p. e8501, 2013. http://doi.org/10.1136/bmj.e8501. PMid:23303891.

KANER, E. F. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 2, n. 2, p. CD004148, 2018. http://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4. PMid:29476653.

KELLY, J. F.; HUMPHREYS, K.; FERRI, M. Alcoholics anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 3, n. 3, p. CD012880, 2020. PMid:32159228.

KRANZLER, H. R.; SOYKA, M. Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 320, n. 8, p. 815-824, 2018. http://doi.org/10.1001/jama.2018.11406. PMid:30167705.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia:** Ciência e Profissão, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. http://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006.

MADRAS, B. K. et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 99, n. 1-3, p. 280-295, 2009. http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.08.003. PMid:18929451.

MAGILL, M.; RAY, L. A. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, Piscataway, v. 70, n. 4, p. 516-527, 2009. http://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516. PMid:19515291.

MALTA, D. C. et al. Burden of disease attributable to Risk Factors in Brazil: an analysis of national and subnational estimates from the 2019 Global Burden of Disease study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 55, p. e0262, 2022. http://doi.org/10.1590/0037-8682-0262-2021. PMid:35107525.

MANGUEIRA, S. O. et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 157-168, 2015. http://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. (Org.). **Relapse prevention:** maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005.

MCGOWAN, J. et al. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 75, p. 40-46, 2016. http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021. PMid:27005575.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing: helping people change and grow 4th ed. New York: The Guilford Press, 2023.

MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M. Intervenção breve na atenção primária para o uso de álcool no Brasil: oportunidades e desafios. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Intervenções breves para uso de álcool e outras drogas**. Juiz de Fora: CienBook, 2012. p. 87-105.

MOYER, A. et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 97, n. 3, p. 279-292, 2002. http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x. PMid:11964101.

NADKARNI, A. et al. Closing the treatment gap for alcohol use disorders in low- and middle-income countries. **Global Mental Health (Cambridge, England)**, Cambridge, v. 10, p. e3, 2023. http://doi.org/10.1017/gmh.2022.57. PMid:36843876.

NATIONAL HEALTH INSTITUTE – NHS. **Alcohol misuse**. England: NHS, 2022. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/alcohol-misuse/>. Acesso em: 14 maio 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – NICE. **Alcohol-use disorders:** diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. London: NICE, 2011.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM – NIAAA. **Incorporating harm reduction into alcohol use disorder treatment and recovery**. USA: NIAAA, 2023. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/news-events/spectrum/volume-15-issue-3-fall-2023/incorporating-harm-reduction-alcohol-use-disorder-treatment-and-recovery>. Acesso em: 14 maio 2025.

NILSEN, P. Brief alcohol intervention--where to from here? Challenges remain for research and practice. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 105, n. 6, p. 954-959, 2010. http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02779.x. PMid:20121717.

NILSON, E. **Estimação dos custos diretos e indiretos atribuíveis ao consumo de álcool no Brasil**. Brasília: FIOCRUZ, Vital Strategies e ACT Promoção da Saúde, 2024.

NUTT, D. J.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **Lancet**, London, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, 2010. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6. PMid:21036393.

O'DONNELL, A. et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. **Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, Oxford, v. 49, n. 1, p. 66-78, 2014. http://doi.org/10.1093/alcalc/agt170. PMid:24232177.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. http://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017.

PATEL, A. K.; BALASANOVA, A. A. Unhealthy alcohol use. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 326, n. 2, p. 196, 2021. http://doi.org/10.1001/jama.2020.2015. PMid:34255006.

PETRY, N. M. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 58, n. 1-2, p. 9-25, 2000. http://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00071-X. PMid:10669051.

PETRY, N. M. Contingency management treatments: controversies and challenges. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 105, n. 9, p. 1507-1509, 2010. http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02879.x. PMid:20707772.

PIRES, R. R. C.; SANTOS, M. P. G. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e200072, 2021. http://doi.org/10.1590/s0104-12902021200072.

RAMOS, A.; CASTALDELLI-MAIA, J. M. Key features and current challenges of the Brazilian Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs (CAPS-AD). **International Review of Psychiatry (Abingdon, England)**, Abingdon, v. 37, n. 3-4, p. 322-331, 2024. PMid:40708429.

RAY, L. A. et al. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 3, n. 6, p. e208279, 2020. http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279. PMid:32558914.

REHM, J. et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. **Addiction (Abingdon, England)**, Oxford, v. 112, n. 6, p. 968-1001, 2017. http://doi.org/10.1111/add.13757. PMid:28220587.

REUS, V. I. et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 175, n. 1, p. 86-90, 2018. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.1750101. PMid:29301420.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. http://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010.

RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Sao Paulo, v. 43, p. 51-61, 2009. http://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800009. PMid:19669065.

ROSÁRIO, F. et al. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. **Implementation Science:** IS, London, v. 16, n. 1, p. 6, 2021. http://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0. PMid:33413487.

SAITZ, R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 29, n. 6, p. 631-640, 2010. http://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x. PMid:20973848.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. http://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016.

SCHUCKIT, M. A. Alcohol-use disorders. **Lancet**, London, v. 373, n. 9662, p. 492-501, 2009. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X. PMid:19168210.

SEALE, J. P.; SHELLENBERGER, S.; CLARK, D. C. Providing competency-based family medicine residency training in substance abuse in the new millennium: a model curriculum. **BMC Medical Education**, London, v. 10, n. 1, p. 33, 2010. http://doi.org/10.1186/1472-6920-10-33. PMid:20459842.

SILVA, É. C.; TUCCI, A. M. Intervenção breve para redução do consumo de álcool e suas consequências em estudantes universitários brasileiros. **Psicologia:** Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 728-736, 2015. http://doi.org/10.1590/1678-7153.201528410.

SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. Riverside: Free Press, 1965.

SKINNER, M. D. et al. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e87366, 2014. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0087366. PMid:24520330.

SORDI, A. O. et al. (Org.). **Drogas e adições:** consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2024.

SOUZA, N. M.; CORRÊA-OLIVEIRA, G. E.; PESSOA, R. M. P. Síndrome de Abstinência Alcoólica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 1, p. e221671, 2024. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221671.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION - SAMHSA. Center for Substance Abuse Treatment. Time-limited group therapy. In: **Brief interventions and brief therapies for substance abuse**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. (Treatment Improvement Protocol Series, n. 34). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947. Acesso em: 13 out. 2025.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION - SAMHSA. **Detoxification and substance abuse treatment**. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2006. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 45). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64109/. Acesso em: 2 out. 2025.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION – SAMHSA. **Systems-level implementation of screening, brief intervention, and referral to treatment.** Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – HHS. **Alcohol and cancer risk**. Washington: HHS, 2024. Disponível em: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/alcohol-cancer/index.html>. Acesso em: 3 maio 2025.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 66, n. 1, p. 84-89, 2013. http://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100013. PMid:23681384.

WILLENBRING, M. L.; MASSEY, S. H.; GARDNER, M. B. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. **American Family Physician**, Kansas City, v. 80, n. 1, p. 44-50, 2009. PMid:19621845.

WILLIAMS, E. C. et al. Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v. 25, n. 2, p. 206-214, 2011. http://doi.org/10.1037/a0022102. PMid:21517141.

WITKIEWITZ, K.; LITTEN, R. Z.; LEGGIO, L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. **Science Advances**, Washington, v. 5, n. 9, p. eaax4043, 2019. http://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043. PMid:31579824.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking (AUDIT):** a manual for use in primary care. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The SAFER technical package:** five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Eleventh Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11):** Digital Version – Terms of Use and License Agreement. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11>. Acesso em: 28 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Saving lives, spending less:** the case for investing in noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041059>. Acesso em: 28 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders**. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>. Acesso em: 28 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Tackling NCDs:** Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2nd ed. Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>. Acesso em: 28 dez. 2024.

WOULDES, T. A. et al. Evidence for the Effectiveness and Acceptability of e-SBI or e-SBIRT in the management of alcohol and illicit substance use in pregnant and post-partum women. **Frontiers in Psychiatry**, Switzerland, v. 12, p. 634805, 2021. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634805. PMid:34025470.

SIGLÁRIO

AA	Alcoólicos Anônimos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
Abead	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
ACMD	*UK Advisory Council on the Misuse of Drugs*
AMB	Associação Médica Brasileira
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Teste de Triagem para Envolvimento com Álcool, Tabagismo e Substâncias)
AUDIT	*Alcohol Use Disorders Identification Test* (Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool)
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilty, Eyes opened (Reduzir, Incomodado, Culpado, Olhos abertos)
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças da OMS
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conad	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CPAD	Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
Desmad	Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
DMS	Desintoxicação Médica e Social
DPAGI	Diretoria de Pesquisa, Avaliação e Gestão de Informações
DPRS	Diretoria de Prevenção e Reinserção Social
DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EaD	Ensino a Distância

ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EIBI	*Early Identification and Brief Intervention*
EM	Entrevista Motivacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAR	Tratamento Farmacológico
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GABA	Ácido gama-aminobutírico
GM	Gabinete do Ministro
Guia AD	Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HHA	Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
IAM	Intervenções de Ajuda Mútua
ICP	Intervenções Comportamentais e Psicossociais
Inca	Instituto Nacional de Câncer
LNUD	Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira
MC	Manejo de Contingências
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
NHS	*National Health Service*
NIAAA	*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
NIH	*National Institutes of Health*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
Saes	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAFER	*Strengthen restrictions on alcohol availability* [...] Aumentar o preço do álcool por meio de impostos específicos e políticas de preços
SAMHSA	*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBI	*Screening and Brief Intervention* (Rastreamento e Intervenção Breve)
SBIRT	*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* (Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento)
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental

TUA	Transtorno por Uso de Álcool
TUS	Transtorno por Uso de Substâncias
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
YLD	*Years Lived with Disability* (Anos Vividos com Incapacidade)