

Recomendações

Caderno Temático LENAD Módulo Álcool

Consumo de Bebida Alcoólicas na População Brasileira

As recomendações apresentadas neste documento são uma resposta direta aos achados sobre consumo de álcool na população advindos do LENAD III, oferecendo propostas de políticas e estratégias com potencial de enfrentar as demandas urgentes evidenciadas nos resultados.

As recomendações foram selecionadas com base na revisão da literatura científica, considerando diretrizes propostas por órgãos de referência, como o Pacote SAFER proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾ e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Global Alcohol Action Plan da OMS ^(2, 3) e marcos regulatórios e boas práticas já consolidadas no país como o Plano de DANT (Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030), proposto pelo Ministério da Saúde ⁽⁴⁾.

O conteúdo elaborado pelo comitê científico do LENAD contou com a validação e revisão de um painel de especialistas em saúde mental, saúde coletiva, prevenção e políticas públicas, que, por meio de consenso, elegeram ações que combinam não apenas evidências de efetividade, mas também possuem maior viabilidade de aplicação no contexto brasileiro.

O objetivo central deste documento é orientar gestores públicos, legisladores, profissionais de saúde e a comunidade de forma geral para a adoção de estratégias preventivas eficazes, viáveis e custo-efetivas que respondam de forma mais eficiente às prioridades de prevenção apontadas nos resultados do LENAD III.

As recomendações estão organizadas em quatro eixos estratégicos:

EIXO1

Redução da Disponibilidade

Estratégia 1.1: Reduzir o ACESSO à bebidas alcoólicas por menores de 18 anos, fortalecendo a fiscalização da proibição de venda e fornecimento de bebidas alcoólicas.

Estratégia 1.2: Estabelecer um sistema nacional de licenciamento e controle da densidade de pontos de venda.

Estratégia 1.3: Reduzir DISPONIBILIDADE através do controle da venda informal de bebidas alcoólicas (vendedores ambulantes).

Estratégia 1.4: Restringir a venda em áreas sensíveis e entornos escolares.

Estratégia 1.5: Fiscalizar a venda e entrega por plataformas digitais e aplicativos de entrega.

Estratégia 1.6: Regular preços, promoções e incentivos comerciais.

Estratégia 1.7: Restringir horários e dias de venda de bebidas alcoólicas.

EIXO2

Controle de qualidade e autenticidade de bebidas alcoólicas

Estratégia 2.1: Restituir e modernizar o sistema nacional de rastreabilidade e controle de produção de bebidas alcoólicas.

EIXO3

Restrições de Publicidade e Comunicação Estratégica

Estratégia 3.1: Restringir a publicidade de todas as bebidas alcoólicas, incluindo a cerveja.

Estratégia 3.2: Implementar rótulos com advertências sanitárias em produtos com qualquer teor alcoólico.

Estratégia 3.3: Adotar comunicações baseadas em evidências comportamentais, que corrijam crenças normativas equivocadas e reforcem normas sociais protetivas.



EIXO4

Intervenção Precoce e Tratamento

Estratégia 4.1: Garantir a implementação dos protocolos de triagem para uso abusivo de álcool (AUDIT) de forma rotineira na Atenção Primária.

Estratégia 4.2: Capacitar profissionais de saúde e assistência para realizar intervenções breves e encaminhamento precoce.

Estratégia 4.3: Inserir a capacitação em identificação e intervenção precoce nos currículos de formação em saúde.



EIXO5

Integridade científica, transparência e produção de Evidências

Estratégia 5.1: Garantir integridade, transparência e independência na formulação e monitoramento de políticas públicas

Estratégia 5.2: Assegurar financiamento regular, contínuo e transparente para pesquisas e inquéritos populacionais independentes.

Estratégia 5.3: Fortalecer a produção, avaliação e disseminação de evidências científicas sobre intervenções preventivas e de tratamento do alcoolismo.

REDUÇÃO DA DISPONIBILIDADE

Os resultados do LENAD III mostram que mais da metade dos bebedores relataram episódios de consumo pesado (seis doses ou mais em uma mesma ocasião), padrão que alcança dois terços entre homens. Esse padrão de uso nocivo está associado a maior risco de intoxicações, acidentes e violência, reforçando a necessidade de políticas de restrição de disponibilidade física e temporal de venda, com impacto comprovado na redução do consumo abusivo.

Os resultados do LENAD também evidenciam que o consumo de álcool no Brasil começa cedo e ocorre em um contexto de ampla disponibilidade. Mais da metade da população que já consumiu álcool experimentou pela primeira vez antes dos 18 anos, e cerca de um quarto iniciou o uso regular ainda nessa faixa etária. Entre adolescentes de 14 a 17 anos, quase 20% relataram consumo no último ano e 1 em cada 10 no último mês — evidenciando facilidade de acesso apesar da proibição legal. Três em cada quatro dos adolescentes que bebem afirmaram nunca ter enfrentado restrições para comprar bebidas, quase metade (44,9%) obteve o produto por meio de adultos, mais de um terço (34,4%) por vendedores ambulantes, e 16,4% relataram compras via aplicativos de entrega. Esses dados apontam falhas estruturais na fiscalização e uma rede de acesso que inclui o comércio informal e o digital.



Estratégia 1.1: Reduzir o ACESSO à bebidas alcoólicas por menores de 18 anos fortalecendo a fiscalização da proibição de venda e fornecimento de bebidas alcoólicas.

(Acesso por menores de idade)

O LENAD III revela falhas importantes na aplicação da legislação que proíbe a venda e o fornecimento de bebidas alcoólicas a menores. Entre os adolescentes entrevistados, três em cada quatro (74,7%) afirmaram nunca ter enfrentado restrições para comprar bebidas alcoólicas, apesar da proibição legal. Entre os menores que consomem álcool, cerca de 80% adquiriram em bares ou estabelecimentos comerciais. Esses dados evidenciam o acesso facilitado em estabelecimentos comerciais formais, e relevam a fragilidade da fiscalização. A Lei nº 13.106/2015 alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), tornando crime “vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica”. O artigo 243 estabelece pena de detenção de dois a quatro anos e multa, sem prejuízo de sanções administrativas. No entanto, a efetividade dessa norma depende da fiscalização coordenada entre os diferentes níveis de governo e setores responsáveis pelo controle de estabelecimentos comerciais e de consumo. Garantir a efetividade da proibição legal de venda e fornecimento de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes requer uma governança integrada entre União, Estados e Municípios, com papéis claramente definidos, canais de denúncia acessíveis, operações coordenadas e aplicação efetiva de sanções administrativas e criminais. A atuação de fiscalização deve ocorrer sob o princípio da responsabilidade compartilhada, com a fiscalização coordenada entre diferentes níveis de governo e setores responsáveis pelo controle de estabelecimentos comerciais e de consumo, de forma integrada: (A) Procons – nas esferas estadual e municipal; (B) Vigilâncias Sanitárias – estadual e municipal; (C) Polícias Militar e Civil; (D) Corpo de voluntários nomeados pelas Varas da Infância e Juventude (antigos “comissários de menores”); (E) Conselhos Tutelares – colegiados acionados sempre que houver situação de risco envolvendo crianças e adolescentes; e (F) Ministério Público – com atribuições tanto na Vara da Infância e Juventude quanto na esfera criminal, além de poder atuar por meio de planos gerais de atuação integrada, procedimentos administrativos, inquéritos civis e ações civis públicas. Essa rede de cooperação intersetorial é fundamental para assegurar a aplicação

efetiva da lei, coibir práticas ilegais e promover a proteção integral de crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto.

Ações

- ✓ Definir competências e fluxos intergovernamentais entre União, Estados e Municípios para fiscalização coordenada e integrada.
- ✓ Atuar sob o princípio da responsabilidade compartilhada entre Procons, Vigilâncias Sanitárias, Polícias, Conselhos Tutelares, Varas da Infância e Ministério Público.
- ✓ Ampliar operações conjuntas de fiscalização em bares, ambulantes e aplicativos de entrega.
- ✓ Realizar campanhas de conscientização voltadas para o comércio e adultos, sobre penalidades e riscos legais relacionados ao fornecimento de bebidas alcoólicas para menores de idade.
- ✓ Aplicar penalidades progressivas — multa, apreensão, cassação de licença e responsabilização criminal.



Estratégia 1.2: Estabelecer um sistema nacional de licenciamento e controle da densidade de pontos de venda.

(Regulação de oferta física e ordenamento territorial)

Diversos estudos ⁽⁵⁻⁸⁾ demonstram que a elevada densidade de pontos de venda — especialmente em áreas urbanas e vulneráveis — está associada a maior consumo per capita, aumento de intoxicações alcoólicas, violência interpessoal, acidentes de trânsito e problemas de ordem pública. A experiência internacional mostra diferentes arranjos regulatórios eficazes. Em países de mercado aberto regulado, como Estados Unidos e Reino Unido, a concessão de licenças é obrigatória, sujeita a fiscalização constante e a limites de densidade territorial. Já os modelos de monopólio estatal restringem a venda a estabelecimentos públicos, com controle rígido de horário e local de funcionamento. Em todos os casos, há um elemento comum: a exigência de licenciamento estatal e o reconhecimento da regulação da oferta como instrumento central de saúde pública.

No Brasil, a ausência de um sistema nacional de licenciamento específico e de mecanismos de controle territorial da oferta contribui para a expansão desordenada de pontos de venda, incluindo comércios informais e canais digitais, dificultando a fiscalização e aumentando a exposição de jovens e grupos vulneráveis. A adoção de um modelo integrado de licenciamento, fiscalização e planejamento territorial é, portanto, fundamental para reduzir a disponibilidade física de álcool, proteger a infância e adolescência, e mitigar os danos sociais e sanitários associados ao consumo abusivo.

Ações

- ✓ Instituir licenças específicas para a comercialização de bebidas alcoólicas, com diferenciação entre:
 - ✓ Venda para consumo local (bares, restaurantes, casas noturnas).
 - ✓ Venda sem consumo local (supermercados, conveniências, distribuidoras, e-commerce).
- ✓ Vincular renovação de licenças ao cumprimento de normas sanitárias, de segurança e de proibição de venda a menores.

- ✓ Definir limites de densidade territorial de pontos de venda, considerando mecanismos de planejamento territorial que integrem as políticas de saúde, segurança pública e ordenamento urbano, evitando a concentração de bares, depósitos e estabelecimentos em áreas de maior vulnerabilidade social.
- ✓ Integrar o sistema de licenciamento às ações de fiscalização e monitoramento. Através da implementação de licenças específicas também seria possível aplicar medidas de suspensão ou cassação em casos de venda a menores, adulteração de produtos ou reincidências após notificações.
- ✓ Criar cadastros públicos de licenças, acessíveis e auditáveis.

Estratégia 1.3: Controle da venda informal de bebidas alcoólicas (vendedores ambulantes)

(Disponibilidade irregular e comércio não autorizado)

A ausência de políticas nacionais específicas de licenciamento para a comercialização de bebidas alcoólicas constitui uma lacuna regulatória crítica que impede o controle efetivo da venda por ambulantes e outros canais informais. Essa modalidade de comércio amplia de forma descontrolada os pontos de oferta, resultando em um nível de disponibilidade física de álcool sem precedentes em qualquer outro contexto regulado. A inexistência de mecanismos formais de registro e autorização inviabiliza a fiscalização sistemática, o monitoramento da procedência dos produtos e a verificação da venda a menores de idade, favorecendo tanto o consumo precoce quanto a circulação de bebidas de origem irregular. O controle da comercialização por ambulantes deve, portanto, integrar a política nacional de regulação da oferta de bebidas alcoólicas, com credenciamento limitado, fiscalização conjunta intersetorial e penalidades progressivas para infrações, assegurando a proteção da infância e o cumprimento da legislação vigente.

Ações

- ✓ Estabelecer limite máximo de credenciamentos e período de vigência das credenciais para venda de bebidas alcoólicas por ambulantes. Atrelar novos credenciamentos ou renovação ao cumprimento das exigências protetivas mínimas: venda para menores, horários e locais permitidos.
- ✓ Ampliar operações conjuntas de fiscalização da venda informal, incluindo verificação do cumprimento das delimitações de pontos de venda (eventos, festas, entornos escolares, estádios) e venda para menores ⁽⁹⁾.
- ✓ Fiscalizar e aplicar penalidades progressivas, incluindo multas, apreensão de mercadorias e proibição de novo credenciamento para infratores reincidentes.
- ✓ Tornar organizadores de eventos co-responsáveis pela venda irregular em seus espaços.



Estratégia 1.4: Restringir a venda em áreas sensíveis e entornos escolares

(Disponibilidade física em zonas de risco)

Ações

- ✓ Expandir nacionalmente legislações estaduais e municipais que proíbem a venda de bebidas alcoólicas em um raio mínimo de 100 metros de escolas, unidades de saúde e equipamentos de convivência de crianças e adolescentes.
- ✓ Integrar a regulação do comércio de álcool ao planejamento urbano e à vigilância sanitária local.



Estratégia 1.5: Fiscalizar a venda e entrega por plataformas digitais e aplicativos de entrega.

(Disponibilidade digital e rastreabilidade)

Ações

- ✓ Implementar sistemas de verificação de idade, por exemplo, upload de documento, reconhecimento facial ou senha de entrega.
- ✓ Criar sistema de auditoria e rastreabilidade digital. A implementação de um sistema de auditoria digital e rastreabilidade nos aplicativos permite a detecção de venda em perímetros não permitidos, que pode ser exigida via regulação da Anvisa, Procon ou Prefeituras, com integração ao Ministério Público.
- ✓ Exigir compliance digital das plataformas, com multas e bloqueios em caso de reincidência.
- ✓ Utilizar Inteligência Artificial IA para identificar padrões de fraude e entregas em áreas sensíveis (ex: entorno escolar).
- ✓ Estabelecer e aplicar penalidades proporcionais e progressivas, incluindo multas elevadas.

Estratégia 1.6: Regular preços, promoções e incentivos comerciais

(Disponibilidade econômica)

O LENAD evidencia que o consumo atual de álcool é frequente e que, entre quem bebe, predominam padrões de ingestão em grandes quantidades por ocasião. A cerveja aparece como a principal bebida consumida (preferida por mais de 70% dos bebedores adultos ou adolescentes). Quase um quarto da população (23,3%) relatou já ter comprado bebidas alcoólicas por valores muito abaixo do normal, e quase um terço (36,4%) afirmou ter participado de eventos do tipo open bar, onde o consumo é liberado mediante pagamento fixo. Existe um corpo robusto de evidências mostrando que as políticas de preço são as mais custo-efetivas para reduzir consumo e riscos associados, especialmente entre adolescentes. A regulação de preços e a limitação de promoções que resultam em custos extremamente baixos para bebidas alcoólicas estão entre as políticas preventivas (para álcool e drogas em geral) com maior evidência de efetividade para conter experimentação precoce, consumo excessivo e desenvolvimento de transtornos associados, sendo a política pública considerada “Best Buy” das Diretrizes de Prevenção propostas pela OMS, OPAS e Ministério da Saúde ^(1, 3, 10-19).

Ações

- ✓ Adotar um sistema tributário misto, composto por imposto específico baseado no teor alcoólico e componente ad valorem vinculado ao preço de varejo
- ✓ Aplicar a tributação de forma diferenciada por tipo de bebida (cervejas, destilados, vinhos) e ajustada à dose padrão de 10g de álcool, de modo a desencorajar proporcionalmente o consumo de bebidas com maior teor alcoólico.
- ✓ Garantir a atualização automática dos valores pela inflação, prevenindo a erosão da política e assegurando sua efetividade a longo prazo
- ✓ Restringir ou proibir promoções comerciais do tipo Open-Bar: As promoções como combos, descontos de volume e “happy hours” e eventos do tipo “Open-Bar” resultam no acesso a bebidas alcoólicas por valores muito abaixo do mercado ⁽²⁰⁻²⁴⁾. É prioritário pelo menos regular eventos onde haja um estímulo ao consumo excessivo e não seja possível estabelecer o preço de venda.

- ✓ Destinar parte da arrecadação adicional das políticas de tributação para pesquisa, ações de prevenção e cuidado em saúde pública. A destinação específica da tributação pode ter dois impactos importantes: diminuir a resistência da população em relação a um aumento de preço e tributos e permitir que outras ações de política públicas efetivas tenham recurso para serem implementadas.

Estratégia 1.7 – Restringir horários e dias de venda de bebidas alcoólicas

(Disponibilidade temporal e controle de risco social)

A limitação dos horários e dias de funcionamento de pontos de venda é uma medida comprovadamente eficaz e de alta custo-efetividade para reduzir o consumo nocivo de álcool e seus danos sociais ⁽²⁵⁻³³⁾. Evidências nacionais, como o estudo de Diadema (SP) ⁽³⁴⁾, demonstram que a proibição da venda após as 23h reduziu em média nove homicídios por mês e diminuiu a violência contra mulheres, confirmando o impacto positivo das restrições de horário na prevenção da violência e de outros problemas relacionados ao álcool no contexto brasileiro.

Ações

- ✓ Estabelecer limites de horário para a venda e o consumo de bebidas alcoólicas, adotando restrições noturnas e/ou em dias e períodos de maior risco, como finais de semana, feriados prolongados e grandes eventos. As medidas podem variar conforme o contexto local, incluindo:
- ✓ Proibição total da venda após determinado horário (por exemplo, após as 22h ou 23h), como implementado com sucesso em Diadema (SP), onde observou-se expressiva redução de homicídios e violência doméstica;
- ✓ Restrição parcial por tipo de ponto de venda, aplicando horários diferenciados para bares, casas noturnas, postos de conveniência e comércio ambulante;
- ✓ Regulação sazonal ou territorial, especialmente em municípios turísticos, a exemplo das políticas já adotadas em cidades do litoral do Rio Grande do Sul, que estabeleceram limites temporários de venda durante o verão para conter desordens, acidentes e violências associadas ao consumo em áreas de grande aglomeração;
- ✓ Integrar a fiscalização de horários à concessão e renovação de licenças comerciais, com possibilidade de suspensão ou cassação em caso de reincidência.
- ✓ Estimular a adoção de legislações estaduais e municipais baseadas em evidências, inspiradas em experiências exitosas como a Lei Seca de Diadema (SP), que reduziu significativamente os índices de homicídios e violência doméstica após a restrição de horários de venda de álcool.

CONTROLE DE QUALIDADE E AUTENTICIDADE DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

A adulteração, falsificação e comercialização irregular de bebidas alcoólicas representam riscos graves à saúde pública, comprometendo a segurança do consumidor e a arrecadação tributária. A ausência de um sistema nacional ativo de rastreabilidade e monitoramento da produção de bebidas enfraqueceu a capacidade de fiscalização e controle do Estado. O Sistema de Controle de Produção de Bebidas (SICOBEB), implantado pela Receita Federal, cumpria essa função até sua desativação em 2016, quando o acompanhamento eletrônico da fabricação e circulação de produtos foi interrompido. Desde então, o país carece de um instrumento integrado de vigilância sanitária, tributária e de consumo capaz de detectar irregularidades e prevenir a circulação de produtos adulterados ou sem registro sanitário.

Estratégia 2.1: Restituir e modernizar o sistema nacional de rastreabilidade e controle de produção de bebidas alcoólicas.

A criação de um novo modelo nacional de rastreabilidade e controle eletrônico, baseado nas lições do SICOBEB e aprimorado por tecnologias digitais de monitoramento, é essencial para restaurar a capacidade regulatória do Estado e fortalecer a proteção à saúde da população. A implementação de um novo SICOBEB garante transparência, segurança sanitária e conformidade tributária em toda a cadeia produtiva — da fabricação à comercialização, incluindo plataformas digitais e serviços de entrega.

Ações

- ✓ Desenvolver um sistema eletrônico de controle e rastreabilidade de bebidas alcoólicas, com registro automatizado da produção, identificação por código único e integração entre órgãos de vigilância sanitária, tributária e de defesa do consumidor.
- ✓ Restabelecer mecanismos de selagem fiscal e certificação de origem, incorporando tecnologias de verificação digital. Sistemas de leitura automatizadas permitem ao consumidor e aos órgãos fiscalizadores verificar a autenticidade e a regularidade das bebidas assegurando que

todos os produtos comercializados possuam registro sanitário ativo, procedência comprovada e rotulagem padronizada.

- ✓ Realizar inspeções periódicas e ações de campo coordenadas em fábricas, distribuidores, bares, eventos e pontos de venda, com foco na detecção de produtos adulterados, falsificados ou de origem não comprovada.
- ✓ Aplicar sanções progressivas — multa, apreensão de mercadorias e cassação de licença — em casos de reincidência ou fraude comprovada.
- ✓ Divulgar alertas sanitários e relatórios públicos de apreensões e autuações, promovendo transparência e conscientização da população sobre os riscos do consumo de bebidas adulteradas.
- ✓ Estabelecer parcerias intersetoriais, livres de conflitos de interesse, com universidades, centros tecnológicos e órgãos reguladores para o desenvolvimento de ferramentas digitais de rastreabilidade e de bancos de dados integrados.

RESTRIÇÕES DE PUBLICIDADE E COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA

O início precoce do consumo, aliado ao uso entre adolescentes, evidencia a influência da publicidade e do marketing na normalização do beber, especialmente da cerveja — produto que, por ter menor teor alcoólico, permanece menos regulado e amplamente exposto em diferentes meios. Entre os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas, a cerveja é a principal escolha, mencionada por cerca de 40% deles, o que reforça sua centralidade na iniciação e na consolidação de padrões de risco. Por outro lado, o levantamento demonstra que a maior parte da população não consome álcool ou já interrompeu o uso, o que representa uma oportunidade estratégica para desconstruir crenças normativas equivocadas, como a percepção de que “todos bebem”.

Estratégia 3.1: Restringir a publicidade de todas as bebidas alcoólicas, incluindo a cerveja.

A legislação brasileira (Lei nº 9.294/1996) restringe a propaganda apenas de bebidas com teor alcoólico superior a 13° Gay Lussac, excluindo a cerveja e o vinho da definição legal de “bebida alcoólica”. Essa brecha regulatória permite ampla veiculação publicitária desses produtos em meios de comunicação, eventos esportivos e plataformas digitais, contribuindo para a normalização do consumo e a iniciação precoce entre adolescentes. É fundamental reduzir a exposição de crianças e adolescentes às mensagens promocionais de qualquer tipo de bebida alcoólica, independente do teor ⁽³⁵⁻⁴¹⁾. Revisar a legislação para harmonizar o marco regulatório nacional e assegurar que qualquer produto contendo álcool esteja sujeito às mesmas regras de restrição e controle publicitário é medida essencial de proteção à saúde pública.

Ações

- ✓ Revisar a Lei nº 9.294/1996 e seus decretos regulamentares, ampliando a definição de bebida alcoólica para todos os produtos com qualquer teor alcoólico, incluindo cervejas, vinhos e bebidas mistas e.

- ✓ Restringir a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas em horários, meios e locais acessíveis a crianças e adolescentes (incluindo todos os canais de comunicação possíveis (TV, rádio, OOH (“out of home”), digital, influencers, patrocínio de esporte e cultura, e marketing transfronteiriço, etc). conforme princípios já aplicados ao tabaco.
- ✓ Proibir o patrocínio e o uso de imagens ou conteúdos promocionais de bebidas alcoólicas em eventos esportivos, culturais e educacionais.
- ✓ Proibir veiculações que incluam alegações de saúde/bem-estar ou associação com sucesso, sexo, etc.
- ✓ Regular a publicidade digital e o marketing indireto, incluindo influenciadores, redes sociais e plataformas de streaming, com mecanismos de monitoramento e sanção.
- ✓ Fortalecer a fiscalização interinstitucional (Anvisa, Ministério da Justiça/SENAD, Ministério da Saúde e Ministério Público), com mecanismos de denúncia e penalidades progressivas por infração.



Estratégia 3.2: Implementar rótulos com advertências sanitárias em produtos com qualquer teor alcoólico.

A rotulagem de bebidas alcoólicas é uma medida de baixo custo e alta efetividade para informar a população sobre os riscos do consumo e reduzir danos ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. A Nota Técnica Conjunta nº 263/2024 – SVSA/SAPS/SAES/MS do Ministério da Saúde estabelece diretrizes nacionais para essa política, reconhecendo que não há nível seguro de consumo de álcool e recomendando que os rótulos indiquem o número de doses-padrão (10 g de álcool puro) por embalagem ⁽⁴⁵⁾. Essas ações são tecnicamente viáveis no contexto regulatório brasileiro, podem ser implementadas por meio de resolução conjunta entre o Ministério da Saúde e a Anvisa, e alinham o país às recomendações internacionais da OMS/OPAS para redução dos danos relacionados ao álcool.

Ações

- ✓ Estabelecer norma nacional de advertências sanitárias obrigatórias em todas as bebidas alcoólicas, independentemente do teor alcoólico.
- ✓ Definir layout padronizado com mensagens visuais de alta visibilidade e espaço mínimo padronizado na embalagem, de modo a garantir clareza e reduzir a influência de mensagens promocionais. O conteúdo deve ser baseado em evidências científicas e incluir informações sobre:
 - ✓ Riscos do consumo durante a gestação, incluindo a síndrome alcoólica fetal;
 - ✓ Associação entre bebidas alcoólicas e doenças crônicas, como câncer, doenças hepáticas e cardiovasculares;
 - ✓ Risco de acidentes, violência e dependência associados ao consumo.
- ✓ Exigir a indicação do número de doses-padrão por embalagem.
- ✓ Incluir QR Code com informações complementares e canais de ajuda.
- ✓ Integrar a política de rotulagem à regulação da publicidade e ao monitoramento sanitário, assegurando cumprimento e atualização periódica das mensagens.

Estratégia 3.3: Adotar comunicações baseadas em evidências comportamentais, que corrijam crenças normativas equivocadas e reforcem normas sociais protetivas

A formulação de mensagens públicas sobre álcool deve considerar as teorias de influência de normas sociais, que mostram como as percepções sobre o comportamento ou a aprovação dos outros podem moldar as próprias atitudes e decisões individuais. Evidências mostram que mensagens que enfatizam erroneamente a alta prevalência do consumo (“todo mundo bebe”) podem normalizar o comportamento e estimular a experimentação, especialmente entre adolescentes e jovens ⁽⁴⁶⁻⁵²⁾. No Brasil, os dados do LENAD III e de outros inquéritos nacionais indicam que a maioria dos adolescentes não consome álcool, e que grande parte dos adultos reduz ou interrompe o uso ao longo da vida. Assim, a comunicação pública deve corrigir percepções distorcidas, promovendo a noção de que não beber é a norma predominante e socialmente positiva.

Ações

- ✓ Evitar a propagar mensagens alarmistas ou estatísticas que superestimem o consumo de bebidas na população ou que reforcem crenças normativas errôneas de que beber é a regra e não a exceção.
- ✓ Adotar comunicações com narrativas factuais e equilibradas, com foco em bem-estar, coletividade e autocontrole.
- ✓ Integrar dados de inquéritos nacionais (como o LENAD) às comunicações públicas e à cobertura da imprensa, fornecendo informações contextualizadas que reduzam o viés de normalização.
- ✓ Capacitar porta-vozes e jornalistas para reconhecer e evitar discursos que reforcem normas descritivas negativas (por exemplo, “os jovens estão todos bebendo mais”), substituindo por abordagens que valorizem a diversidade de comportamentos e a predominância da não experimentação.

INTERVENÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO

O Alcoolismo atinge mais de um a cada dez brasileiros com 14 anos ou mais (11,5%), alcançando 16,2% entre homens. O LENAD também identificou que o Transtorno pelo Uso de Álcool já é identificado em 5,7% dos adolescentes com idade entre 14 e 17 anos. Apesar da altíssima proporção da população já reconhecendo os danos relacionados ao consumo abusivo e dependência alcoólica, a busca por tratamento é bastante limitada. Os dados do LENAD também apontam que, menos de 3% dos alcoolistas referem já ter buscado tratamento para lidar com seu problema relacionados ao consumo de álcool. Entre aqueles que buscaram, o CAPS-AD se destaca como equipamento mais utilizado, sendo seguido por serviços da saúde básica e rede de apoio informal.

Estratégia 4.1: Garantir a implementação dos protocolos de triagem para uso abusivo de álcool (AUDIT) de forma rotineira na Atenção Primária.

A avaliação sistemática do consumo de álcool na atenção primária permite identificar precocemente padrões de uso de risco, possibilitando intervenções antes da instalação do transtorno por uso de álcool (TUA). As intervenções breves demonstram maior eficácia nesse estágio inicial, enquanto sua efetividade diminui progressivamente à medida que o TUA se estabelece e se agrava ⁽⁵³⁻⁶²⁾.

Ações

- ✓ Incorporar instrumentos padronizados de triagem para uso de álcool nos fluxos de atendimento da Atenção Primária e nos protocolos de vigilância em saúde, assegurando a detecção precoce de padrões de uso de risco em diferentes faixas etárias.
- ✓ Integrar a avaliação do consumo de álcool aos procedimentos de avaliação psicossocial e de vulnerabilidade realizados nos serviços do SUS e do SUAS, favorecendo a identificação e o encaminhamento intersetorial de pessoas e famílias em situação de risco.

- ✓ Instituir rotinas regulares de rastreamento oportunístico em atendimentos de saúde mental, serviços de urgência, consultas médicas e visitas domiciliares, de forma articulada com as equipes de Atenção Básica e de referência territorial.
- ✓ Definir indicadores e mecanismos de monitoramento para acompanhar a implementação das ações de triagem e intervenção precoce nos municípios, promovendo a integração com os processos de avaliação e planejamento das redes locais de saúde e assistência social.



Estratégia 4.2: Capacitar profissionais de saúde e assistência para realizar intervenções breves e encaminhamento precoce.

Recomenda-se que a abordagem do consumo de álcool na atenção primária inclua a triagem sistemática e a intervenção breve em situações de consumo de risco ou transtorno por uso de álcool (TUA) leve a moderado. Nos casos de TUA moderado a grave, a intervenção breve deve ter como objetivo principal motivar a busca por tratamento especializado. É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente da atenção primária, recebam capacitação para conduzir essas intervenções. Ressalta-se que a intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde devidamente treinado ⁽⁶³⁻⁶⁶⁾.

Ações

- ✓ Reforçar a capacitação permanente de profissionais do SUS e SUAS sobre triagem e intervenção breve (AUDIT-C e técnicas motivacionais), consolidando essas práticas nas rotinas da Atenção Primária, CAPS, CRAS e CREAS.
- ✓ Ampliar o alcance e a divulgação dos módulos de capacitação híbridos (EaD e presenciais) já disponíveis por meio da UNA-SUS, Telessaúde, Fiocruz e universidades públicas, garantindo maior adesão das equipes municipais e regionais.
- ✓ Fortalecer os fluxos locais de encaminhamento e contra-referência entre Atenção Básica, CAPS/CAPS-AD, serviços de urgência e assistência social, incentivando o uso de protocolos simplificados e registros padronizados.
- ✓ Atualizar e disseminar materiais técnicos de apoio, como guias, algoritmos e roteiros de intervenção breve, adaptando o conteúdo a diferentes perfis profissionais e contextos comunitários.
- ✓ Incorporar indicadores e metas de capacitação contínua nos instrumentos de planejamento e avaliação do SUS e SUAS, para monitorar a consolidação dessas ações de forma integrada e sustentável.

Estratégia 4.3: Inserir a capacitação em identificação e intervenção precoce nos currículos de formação em saúde.

É recomendada a inclusão sistemática de conteúdos relacionados à triagem, intervenção breve e encaminhamento precoce nos currículos de graduação e pós-graduação de todas as áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, odontologia, entre outras). Essa inserção deve ocorrer de forma transversal e interdisciplinar, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecidas pelo MEC, promovendo a formação de profissionais capazes de atuar de forma integral e resolutiva no cuidado relacionado ao uso de álcool e outras drogas ⁽⁶⁷⁾.

Ações

- ✓ Reforçar a integração transversal dos temas de triagem, intervenção breve e encaminhamento precoce nos currículos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde e do serviço social, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), promovendo abordagens interdisciplinares e baseadas em evidências.
- ✓ Ampliar parcerias entre universidades, escolas técnicas e programas de residência multiprofissional, estimulando a inclusão de componentes práticos e estágios supervisionados voltados à identificação e manejo precoce do uso de álcool.
- ✓ Divulgar materiais pedagógicos padronizados e de livre acesso, produzidos por instituições reconhecidas, para apoiar docentes e gestores acadêmicos na atualização dos conteúdos curriculares e na formação continuada de educadores.

INTEGRIDADE CIENTÍFICA, TRANSPARÊNCIA E PRODUÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A formulação de políticas públicas de saúde relacionadas ao álcool e outras substâncias psicoativas deve estar protegida de interferências de interesses comerciais. A experiência internacional, especialmente no campo do controle do tabaco, demonstra que a atuação de setores econômicos vinculados à produção, comercialização e promoção de substâncias psicoativas pode comprometer a adoção de medidas de saúde pública baseadas em evidências ⁽³⁷⁾.

Estratégia 5.1: Garantir integridade, transparência e independência na formulação e monitoramento de políticas públicas

A transparência nos processos decisórios, o financiamento regular e independente da pesquisa científica e a divulgação pública das evidências são pilares fundamentais para garantir que as ações de prevenção, regulação e tratamento estejam alinhadas a critérios técnicos, éticos e de saúde coletiva.

Ações

- ✓ Estabelecer uma política nacional de prevenção e gestão de conflitos de interesse, inspirada no Artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, com diretrizes claras para blindar o processo decisório contra interferências comerciais.
- ✓ Criar um registro público e acessível de reuniões, audiências e interações entre representantes do setor produtivo e agentes públicos, assegurando transparência, rastreabilidade e accountability em todas as etapas do processo decisório.
- ✓ Proibir o uso de iniciativas de Responsabilidade Social Corporativa (CSR) como instrumento de influência política, econômica ou simbólica em áreas estratégicas como esporte, cultura, educação e saúde, vedando o patrocínio de campanhas públicas por empresas do setor.

- ✔ Instituir códigos de conduta, critérios de integridade e normas de transparência científica para prevenir conflitos de interesse em editais públicos, parcerias institucionais e programas de pesquisa, assegurando que o financiamento e a produção de conhecimento estejam desvinculados de interesses comerciais.
- ✔ Garantir a participação ativa e contínua da sociedade civil organizada, da comunidade científica e de entidades independentes em comitês consultivos e instâncias de deliberação, assegurando pluralidade, legitimidade e base técnico-científica nas decisões de política pública.
- ✔ Fortalecer, manter e atualizar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID/SENAD), como plataforma nacional de vigilância epidemiológica e difusão de dados, com governança exercida por painéis técnicos independentes, compostos por especialistas livres de conflitos de interesse.



Estratégia 5.2: Assegurar financiamento regular, contínuo e transparente para pesquisas e inquéritos populacionais independentes

O monitoramento sistemático do consumo de substâncias psicoativas exige inquéritos populacionais nacionais contínuos, conduzidos com metodologias padronizadas que assegurem comparabilidade temporal e robustez científica.

O LENAD, principal fonte nacional de dados sobre uso de álcool, demonstra o valor da pesquisa de base populacional. Todavia, o intervalo superior a uma década entre suas edições limitou a análise de tendências, dificultando a detecção precoce de fenômenos emergentes e a formulação de respostas oportunas.

Para que a vigilância epidemiológica seja efetiva, é essencial estabelecer fluxos regulares e sistemáticos de financiamento, com periodicidade mínima quinquenal (idealmente a cada triênio), e mecanismos de governança científica independentes, que assegurem a ausência de interferências comerciais. O fortalecimento de um sistema nacional de vigilância, pesquisa e difusão científica independente é, portanto, uma necessidade estratégica.

Ações

- ✓ Estabelecer fluxos regulares e sistemáticos de financiamento para inquéritos nacionais sobre uso de álcool e outras substâncias, com periodicidade mínima quinquenal (idealmente a cada triênio).
- ✓ Assegurar governança científica independente, garantindo a ausência de interferências corporativas na definição de agendas, metodologias e publicação de resultados.
- ✓ Garantir comparabilidade temporal e robustez metodológica dos inquéritos nacionais, assegurando a continuidade de séries históricas como o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).
- ✓ Priorizar a disseminação pública dos resultados, com relatórios acessíveis e tradução do conhecimento para subsidiar decisões políticas e estratégicas em saúde pública.

Estratégia 5.3: Fortalecer a produção, avaliação e disseminação de evidências científicas sobre intervenções preventivas e de tratamento do alcoolismo.

A expansão sustentada de intervenções baseadas em evidências, acompanhada de pesquisas de efetividade, implementação e monitoramento é essencial para garantir que políticas públicas de prevenção e tratamento sejam seguras, efetivas e custo-efetivas, fortalecendo a confiança social e a racionalidade científica na formulação de políticas sobre álcool.

Ações no Âmbito da Ciência da Prevenção:

- ✓ Investir na expansão de programas preventivos com evidências consolidadas de efetividade: Priorizar os programas escolares e comunitários como por exemplo os Programas Governamentais Elos, #Tamojunto e Famílias Fortes, que já possuem avaliações consistentes com a população do Brasil ⁽⁶⁸⁻⁷⁷⁾.
- ✓ Evitar a adoção de intervenções não testadas ou de eficácia duvidosa: Diversas estratégias preventivas são comprovadamente ineficazes ou até possuem o potencial de causar efeitos adversos sobre atitudes e comportamentos relacionados ao uso de substâncias ⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾.
- ✓ Investir em estudos que avaliam a adaptação de programas comprovadamente eficazes para diferentes contextos regionais e populacionais, assegurando equidade e adequação cultural das intervenções ⁽⁸¹⁾.

Ações no Âmbito do Tratamento de Transtornos Aditivos:

- ✓ Investir em estudos de efetividade, implementação e custo-efetividade de modelos de tratamento, incluindo abordagens integradas de atenção psicossocial, tratamento ambulatorial, redução de danos e reinserção social, de modo a subsidiar a incorporação de práticas comprovadamente eficazes na rede pública de saúde ⁽⁷²⁻⁷⁷⁾.
- ✓ Criar mecanismos de avaliação contínua da efetividade das abordagens terapêuticas adotadas nos serviços da RAPS, com monitoramento de

indicadores clínicos, funcionais e de reinserção social, garantindo melhoria contínua e accountability pública.

- ✓ Apoiar estudos comparativos de custo-efetividade entre diferentes modelos de atenção, a fim de otimizar o uso de recursos públicos e ampliar o acesso a tratamentos eficazes e sustentáveis.
- ✓ Ampliar a disseminação científica e tecnológica sobre prevenção e tratamento, promovendo tradução do conhecimento entre universidades, gestores, profissionais e sociedade civil, para que as decisões em saúde pública sejam guiadas por evidências robustas e transparentes.



DIREÇÃO

Ronaldo Ramos Laranjeira, Md, PhD

Atual Diretor-Presidente da SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (desde 2013), sua história remonta a uma origem de família humilde de imigrantes portugueses, residente na zona leste de São Paulo. Enfrentou e superou grandes desafios para conseguir ingressar, em 1977, na graduação em Medicina pela Escola Paulista de Medicina, em que participou assiduamente além das atividades curriculares, de atividades extracurriculares, representando a Escola Paulista de Medicina em atividades esportivas na Associação Atlética Acadêmica Pereira Barreto, e do Centro Acadêmico Pereira Barreto, além de ter participado de projetos de pesquisa e extensão na área de alcoolismo e drogas, junto com a pioneira na área, Profa. Dra. Regina Mansur. Realizou Residência Médica em Psiquiatria pela EPM (1984) e fez seu PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres (1994). Atualmente, é Professor Titular e Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Tem experiência na área de Psiquiatria, com ênfase em Alcoolismo e dependência de outras drogas. As principais áreas de pesquisa são: tratamento da dependência química, o impacto das políticas públicas do álcool e outras drogas, bases biológicas da dependência e avaliação epidemiológica do uso de substâncias. Na área de treinamento coordena vários cursos de pós-graduação lato sensu em dependência química (cursos de especialização presencial e virtual). Professor orientador do programa de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da UNIFESP. Em 2014, recebeu o prêmio Griffith Edwards premiação da International Society of Addiction Journal Editors, em reconhecimento pela atuação como clínico, educador e implementador de políticas públicas sobre álcool e drogas.

COORDENAÇÃO LENAD:

Clarice Sandi Madruga, MSc, PhD

Atua na área de epidemiologia e prevenção do uso de substâncias psicoativas. É graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, 2000), possui Mestrado em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2003) e Mestrado em Psicologia com ênfase em Dependência Química (Substance Misuse) pela University of Sussex, Reino Unido (2006). Obteve o Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e King's College London (2012) e concluiu o Pós-Doutorado (PNPD/CAPEs) no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP (2018), onde é atualmente professora afiliada e pesquisadora pela Fundação de Apoio a Pesquisa (FAP).

Coordena o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD/UNIFESP), um dos principais inquéritos domiciliares sobre uso de substâncias psicoativas no Brasil, e o Levantamento de Cenas de Uso de Capitais (LECUCA), que desde 2016 monitora a principal cena de uso de crack da cidade de São Paulo, com replicações em Brasília e Fortaleza. É responsável pelo planejamento, coordenação de campo, coleta e análise dos dados de ambos os estudos, que produzem evidências estratégicas para o planejamento, monitoramento e aprimoramento das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no país. Atua como consultora técnica

da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), onde desenvolve e supervisiona projetos de vigilância toxicológica de novas drogas (como canabinoides sintéticos) e avaliação e monitoramento de serviços de tratamento e acolhimento social voltados a pessoas com transtornos por uso de substâncias. É também docente da Faculdade Paulista de Ciências da Saúde (FPCS) e do MBA em Gestão Escolar da USP/ESALQ, tendo também orientado mais de 50 alunos nos níveis de especialização, mestrado e doutorado na UNIFESP.

Na área da prevenção, participou da revisão e implementação de programas governamentais como o #TamoJunto (Unplugged) e o Famílias Fortes (Strengthening Families Program). Integra a equipe técnica do Instituto Ame Sua Mente, colaborando na avaliação da intervenção “Saúde Mental na Escola”, desenvolvida no âmbito do Centro de Pesquisa e Inovação em Saúde Mental (CISM) — uma parceria entre USP, UNIFESP e UFRGS. É pesquisadora associada do Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience (IOPPN) do King’s College London através de projeto do National Institute for Health and Care Research (NIHR) para o mapeamento relacional de Heliópolis (São Paulo) para a identificação de barreiras de acesso à serviços e equidade em saúde mental.

Como consultora, atuou com o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sendo também membro consultivo para construção de notas técnicas no Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). É também frequentemente requisitada para consultorias técnicas para as secretarias estaduais e municipais de saúde do Estado de São Paulo contribuindo para a repercussão e tradução de dados epidemiológicos e para a disseminação de melhores práticas baseadas em evidências nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação de transtornos aditivos. É revisora ad hoc de mais de 15 revistas científicas nacionais e internacionais com mais de 30 publicações científicas indexadas de alto impacto. É também autora de mais de 10 capítulos de livros além de participar da elaboração e produção de materiais de treinamento, cursos especializados na área de drogas.

Considerada referência nacional na interpretação e difusão de dados epidemiológicos sobre drogas, com reconhecida contribuição para o desenvolvimento e qualificação de políticas públicas de saúde mental e de redução de danos no Brasil.

COMITÊ CIENTÍFICO LENAD

acesse o site



PAINEL ESPECIALISTAS DA UNIFESP

Zila van der Meer Sanchez Dutenhefner, MSc, PhD

É chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Associada Livre-Docente em Epidemiologia. É Editora-Chefe da Journal of Prevention (Springer-Nature) e elected Board Member da European Society for Prevention Research (EUSPR). É autora de mais de 200 artigos científicos indexados, publicados em revistas de alta seletividade editorial. Foi coordenadora do Programa de Pós-graduação (stricto-sensu) em Saúde Coletiva da UNIFESP entre 2017 e 2023. Possui graduação em Farmácia-Bioquímica pela USP, mestrado, doutorado e pós-doutorado pela UNIFESP. Realizou parte de seu doutorado na Universidade Autônoma de Barcelona, em Antropologia Social e Cultural e foi Visiting Post-doctoral Fellow em Epidemiologia na Michigan State University, nos EUA, com cursos de epidemiologia realizados na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e Columbia University. Tem sido responsável por auxílios à pesquisa através de diversas fontes de fomento, nas seguintes instituições: FAPESP, CNPq, MRC, Ministério da Saúde, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e UNODC (ONU), no campo do abuso de álcool e outras drogas por adolescentes e jovens adultos, além da avaliação de efetividade de programas de prevenção ao uso de drogas e violência escolar. Assessora ad-hoc de agências de diversas fomento à pesquisa nacionais e internacionais. Tem atuado como consultora do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e da Organização Mundial da Saúde. Foi membro do Grupo Consultivo Técnico (GCT) sobre políticas álcool da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Foi membro do Comitê de Especialista para revisão das diretrizes internacionais de prevenção ao uso de drogas da UNODC-ONU e do Comitê de Especialistas para diretrizes de prevenção entre profissionais da segurança da mesma instituição. Esteve em missão da OMS na África para redação da Lei Nacional para a regulamentação do Álcool em São Tomé e Príncipe. Idelizou e executou o projeto Balada com Ciência para prevenção do uso de drogas entre jovens. Coordena o Núcleo de Pesquisa em Prevenção ao uso de Droga (Previna) na Unifesp.

Laura Cury, PhD

É coordenadora do projeto de políticas de álcool da ACT Promoção da Saúde, organização da sociedade civil dedicada ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis e à promoção de ambientes e políticas públicas saudáveis por meio de ações de advocacy, pesquisa, comunicação e mobilização social e atuação em rede. O projeto integra o programa RESET o Álcool, iniciativa global da Vital Strategies e parceiros técnicos, voltada à promoção de políticas públicas para reduzir o consumo de álcool e seus impactos na saúde e no desenvolvimento sustentável.

Bacharel pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP), pós-graduada em Relações Internacionais pela Faculdade Damásio, mestre e doutora em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Atualmente realiza pesquisa de pós-doutorado em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), sob orientação da Prof^a. Dra. Zila

Sanchez, com foco em políticas públicas de controle do álcool e governança das políticas de prevenção. É certificada pelo JHSPH Scholar's Program, da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, programa internacional voltado ao fortalecimento da próxima geração de especialistas em controle do tabaco.

Atua como ponto focal do Comitê Nacional de Organização da Global Alcohol Policy Conference (GAPC) 2026, a ser realizada no Rio de Janeiro, e participa de redes e coalizões de saúde pública como o Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 (GT Agenda 2030) — onde atua como cofacilitadora —, o Comitê para Regulação do Álcool (CRA), a NCD Alliance, a Coalición América Saludable (CLAS), a Global Alcohol Policy Alliance (GAPA), a Movendi International e a Alianza Latinoamericana de Acción sobre Alcohol (ALASA).

Realizou estágio no Secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra (2016), aprofundando sua experiência em diplomacia e políticas globais de saúde. Desde então, acompanha conferências e negociações internacionais, incluindo a 4ª Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre DCNTs e Saúde Mental (HLM4), em Nova York, em setembro de 2025.

Entre seus temas de atuação estão o desenvolvimento e a defesa de políticas públicas de controle do álcool e de outros fatores de risco para as DCNTs, o advocacy intersetorial e a incidência política baseada em evidências. Recentemente, participou de estudo em parceria com a UFMG e o Ministério da Saúde sobre padrões de consumo de álcool entre mulheres no Brasil, amplamente repercutido pela imprensa nacional.

PAINEL DE ESPECIALISTAS CONVIDADOS

Guilherme Messas, Md, PhD

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP (1992), mestrado em medicina pela Faculdade de Medicina da USP (1999), doutorado em medicina pela Faculdade de Medicina da USP (2001), Livre-docência pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2022). Pós-doutorado no Instituto de Psiquiatria da FMUSP (2004). Tem experiência na área de Psiquiatria e Psicopatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: psiquiatria fenomenológica; psicopatologia fenomenológica, psicopatologia dos transtornos relacionados ao álcool e drogas. Professor Livre Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Coordenador da Especialização em Psicopatologia Fenomenológica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Líder para o Brasil e América Latina do Collaborating Centre for Values-Based Practice, St. Catherine's College, Oxford, desde 2019.

Guilherme Athayde Ribeiro Franco, Promotor de Justiça

Promotor de Justiça (MPSP), Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP, Ex-conselheiro do CONED-SP, associado da APMP e da ABEAD.

Lisia Von Diemen, PhD

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000) e Mestrado (2006) e Doutorado (2013) em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e do serviço de adições e forense do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Coordenadora de Saúde Mental do HCPA, Diretora do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do HCPA/UFRGS, professora da Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS e do Mestrado Profissional em Álcool e Drogas do HCPA. Foi professora do Departamento de Psiquiatria da Queen`s University em Kingston, Canada.

REFERÊNCIAS

1. World Health O, Pan American Health O. SAFER: A World Free from Alcohol Related Harms – Technical Package. Washington, DC: PAHO; 2018.
2. World Health O. Alcohol Fact Sheet. 2024.
3. WHO. Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report. World Health Organization technical report series. 2007(944):1-53, 5-7, back cover.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não T. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
5. Wheeler DC, Boyle J, Barsell DJ, Glasgow T, McClernon FJ, Oliver JA, et al. Associations of Alcohol and Tobacco Retail Outlet Rates with Neighborhood Disadvantage. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(3).
6. Cameron MP. The relationship between alcohol outlets and crime is not an artefact of retail geography. *Addiction*. 2022;117(8):2215-24.
7. Livingston M. Alcohol outlet density and harm: comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(5):515-23.
8. Chen MJ, Gruenewald PJ, Remer LG. Does alcohol outlet density affect youth access to alcohol? *J Adolesc Health*. 2009;44(6):582-9.
9. Franco GAR, Macayochi COO. O Ministério Público e as cidades saudáveis: implementação de medidas de redução de oferta de substâncias psicoativas lícitas. In: Bosso RA, Santos JPD, editors. *O Tratamento da Dependência Química: Um Guia de Boas Práticas*. Curitiba: Editora Appris; 2020. p. 185-212.
10. Taylor N, Callinan S, Robinson M. The minimum unit price of alcohol should be indexed for inflation: Lessons from Scotland and Australia. *Addiction*. 2024;119(2):397-8.
11. Pryce R, Wilson LB, Gillespie D, Angus C, Morris D, Brennan A. Estimation of integrated price elasticities for alcohol and tobacco in the United Kingdom using the living costs and food survey 2006-2017. *Drug Alcohol Rev*. 2024;43(1):315-24.
12. Manca F, Lewsey J, Mackay D, Angus C, Fitzpatrick D, Fitzgerald N. The effect of a minimum price per unit of alcohol in Scotland on alcohol-related ambulance call-outs: A controlled interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2024;119(5):846-54.
13. Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S, et al. Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: systematic review. *BMJ open*. 2023;13(2):e065220.
14. Lahtinen H, Moustgaard H, Ripatti S, Martikainen P. Association between genetic risk of alcohol consumption and alcohol-related morbidity and mortality under different alcohol policy conditions: Evidence from the Finnish alcohol price reduction of 2004. *Addiction*. 2023;118(4):678-85.
15. Rehm J, Neufeld M, Room R, Sornpaisarn B, Štelemėkas M, Swahn MH, et al. The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: A review and recommendations. *Int J Drug Policy*. 2022;99:103420.
16. De Boni RB, Mota JC, Coutinho C, Bastos FI. Would the Brazilian population support the alcohol policies recommended by the World Health Organization? *Rev Saude Publica*. 2022;56:66.
17. Pryce R, Hollingsworth B, Walker I. Alcohol quantity and quality price elasticities: quantile regression estimates. *Eur J Health Econ*. 2019;20(3):439-54.

18. Falkner C, Christie G, Zhou L, King J. The effect of alcohol price on dependent drinkers' alcohol consumption. *The New Zealand medical journal*. 2015;128(1427):9-17.
19. Ally AK, Meng Y, Chakraborty R, Dobson PW, Seaton JS, Holmes J, et al. Alcohol tax pass-through across the product and price range: do retailers treat cheap alcohol differently? *Addiction*. 2014;109(12):1994-2002.
20. Sanchez ZM. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;26(1):196-8.
21. Carlini C, Andreoni S, Sanchez ZM. Environmental Factors Associated with Psychotropic Drug Use in Brazilian Nightclubs. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2017;94(4):549-62.
22. de Castro DS, Sanchez ZM, Zaleski M, Palhares Alves HN, Pinsky I, Caetano R, et al. Binge drinking among Brazilians: Higher drinking frequency increases related problems. *J Addict Dis*. 2014;0.
23. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(4):489-94.
24. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: a gradient of association with socioeconomic status in five geo-economic regions. *Drug Alcohol Depend*. 2013;127(1-3):87-93.
25. Almquist YB, Brännström L, Hjorth-Trolle A, Rostila M. Heterogeneous effects of increased availability of alcohol on hospitalization due to external causes: quasi-experimental evidence from the introduction of Saturday opening at Swedish alcohol retail stores. *Am J Epidemiol*. 2025;194(6):1717-25.
26. O'Donnell R, Mohan A, Purves R, Maani N, Angus C, Egan M, et al. Mechanisms of impact of alcohol availability interventions from the perspective of 63 diverse alcohol licensing stakeholders: a qualitative interview study. *Drugs (Abingdon Engl)*. 2024;31(3):338-47.
27. Clifford S, Wright CJC, Miller PG, Coomber K, Griffiths KE, Smith JA, et al. What are the impacts of alcohol supply reduction measures on police-recorded adult domestic and family violence in the Northern Territory of Australia? *Int J Drug Policy*. 2024;127:104426.
28. Rehm J, Tran A, Gobiņa I, Janik-Koncewicz K, Jiang H, Kim KV, et al. Do alcohol control policies have the predicted effects on consumption? An analysis of the Baltic countries and Poland 2000-2020. *Drug Alcohol Depend*. 2022;241:109682.
29. Paschall MJ, Miller TR, Grube JW, Fisher DA, Ringwalt CL, Kaner E, et al. Compliance with a law to reduce alcoholic beverage sales and service in Zacatecas, Mexico. *Int J Drug Policy*. 2021;97:103352.
30. Maharaj RG, Babwah T, Motilal MS, Nunes P, Brathwaite R, Legall G, et al. The National Alcohol Survey of Households in Trinidad and Tobago (NASHTT): willingness to support changes in policy, laws and regulations. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1202.
31. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016;387(10026):1427-80.
32. Humphreys DK, Eisner MP. Do flexible alcohol trading hours reduce violence? A theory-based natural experiment in alcohol policy. *Soc Sci Med*. 2014;102:1-9.
33. Nicholls J. Alcohol licensing in Scotland: a historical overview. *Addiction*. 2012;107(8):1397-403.
34. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *Am J Public Health*. 2007;97(12):2276-80.

35. Pinsky I, Pantani D, Sanchez ZM. Alcohol Industry Interference to Avoid Regulation of Availability: A Case in Brazil. *J Stud Alcohol Drugs*. 2022;83(4):628-9.
36. Conde K, Peltzer RI, Pantani D, Pinsky I, Cremonte M. Alcohol industry, corporate social responsibility and country features in Latin America. *Drug Alcohol Rev*. 2021;40(3):423-30.
37. Pinsky I, Pantani D, Sanchez ZM. Public health and Big Alcohol. *The Lancet Global health*. 2020;8(5):e645.
38. Babor TF, Robaina K, Brown K, Noel J, Cremonte M, Pantani D, et al. Is the alcohol industry doing well by 'doing good'? Findings from a content analysis of the alcohol industry's actions to reduce harmful drinking. *BMJ open*. 2018;8(10):e024325.
39. Vendrame A, Silva R, Xuan Z, Sparks R, Noel J, Pinsky I. Self-Regulation of Beer Advertising: A Comparative Analysis of Perceived Violations by Adolescents and Experts. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):602-7.
40. Pinsky I. The alcohol industry and the World Cup in Brazil. *Addiction*. 2014;109(7):1213-4.
41. Gaya C, Madruga C, Miguel A, Mitsuhiro SS, Pinsky I, Caetano R, et al. Factors associated with non-adherence to public policies related to alcohol use and sale in Brazil: First National Survey on Alcohol and Drugs. *Debates em Psiquiatria*. 2014;4(6):7-14.
42. Lacoste-Badie S, Yu JJ, Droulers O. Do health warning labels on alcohol packaging attract visual attention? A systematic review. *Public health*. 2024;236:184-92.
43. Giesbrecht N, Reisdorfer E, Rios I. Alcohol Health Warning Labels: A Rapid Review with Action Recommendations. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(18).
44. Kokole D, Anderson P, Jané-Llopis E. Nature and Potential Impact of Alcohol Health Warning Labels: A Scoping Review. *Nutrients*. 2021;13(9).
45. Ministério da S, Secretaria de Vigilância em Saúde e A, Secretaria de Atenção Primária à S, Secretaria de Atenção Especializada à S. Nota Técnica Conjunta nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 2024.
46. Song EY, Smiler AP, Wagoner KG, Wolfson M. Everyone Says It's OK: Adolescents' Perceptions of Peer, Parent, and Community Alcohol Norms, Alcohol Consumption, and Alcohol-Related Consequences. *Subst Use Misuse*. 2012;47(1):86-98.
47. Martino SC, Setodji CM, Collins RL, D'Amico EJ, Shadel WG, Tolpadi A, et al. Persistence of Shifts in Beliefs Associated With Exposure to Alcohol Advertising Among Adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(3):399-407.
48. Fish J, Osberg TM, Syed M. "This is the way we were raised": Alcohol beliefs and acculturation in relation to alcohol consumption among Native Americans. *J Ethn Subst Abuse*. 2017;16(2):219-45.
49. Giannotta F, Vigna-Taglianti F, Rosaria Galanti M, Scatigna M, Faggiano F. Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *J Adolesc Health*. 2014;54(5):565-73.
50. Eisenberg ME, Toumbourou JW, Catalano RF, Hemphill SA. Social norms in the development of adolescent substance use: a longitudinal analysis of the International Youth Development Study. *Journal of youth and adolescence*. 2014;43(9):1486-97.
51. Donaldson CD, Alvaro EM, Siegel JT, Crano WD. Psychological reactance and adolescent cannabis use: The role of parental warmth and monitoring. *Addict Behav*. 2023;136:107466.
52. Hohman ZP, Crano WD, Siegel JT, Alvaro EM. Attitude ambivalence, friend norms, and adolescent drug use. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2014;15(1):65-74.

53. Stevens MWR, Cooper M, Cusack L, Ali RL, Briley AL. Improving the quality of antenatal screening and early intervention for alcohol and other drug use: protocol for a multi-stage approach to systems reform. *Addict Sci Clin Pract.* 2024;19(1):2.
54. Davies EL, Puljevic C, Winstock AR, Ferris JA. Regrets, I've Had a Few: Exploring Factors Associated with Getting Drunk and Regret in an International Study of People Who Drink Alcohol. *Subst Use Misuse.* 2024;59(5):775-84.
55. Black N, Chung S, Tisdale C, Fialho LS, Aramrattana A, Assanangkornchai S, et al. An International, Multidisciplinary Consensus Set of Patient-Centered Outcome Measures for Substance-Related and Addictive Disorders. *J Clin Med.* 2024;13(7).
56. White C, Nash L, Karageorge A, van der Pol R, Hunt GE, Hamilton B, et al. Bridging the gap: A new integrated early intervention service for young people with complex mental health issues. *Early Interv Psychiatry.* 2022;16(2):186-94.
57. Ramírez EGL, de Vargas D. Effectiveness of a Brief Group Intervention for Harmful Alcohol Use in Men at a Primary Health Care Facility in Brazil: A Randomized Clinical Trial. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research.* 2022;23(8):1507-16.
58. Oute J, Bjerger B, Davidson L. What are dually diagnosed patients' problems represented to be in mental health? A WPR analysis of the multistability purpose of digital health records. *Sociology of health & illness.* 2022;44(8):1361-80.
59. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev.* 2014;25(1):126-56.
60. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Azevedo Marques JM, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(8):1417-24.
61. Hides L, Cotton SM, Berger G, Gleeson J, O'Donnell C, Proffitt T, et al. The reliability and validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in first-episode psychosis. *Addict Behav.* 2009;34(10):821-5.
62. Simao MO, Kerr-Correa F, Smaira SI, Trinca LA, Floripes TM, Dalben I, et al. Prevention of "risky" drinking among students at a Brazilian university. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(4):470-6.
63. Hogue A, Porter NP, Ozechowski TJ, Becker SJ, O'Grady MA, Bobek M, et al. Standard Versus Family-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescent Substance Use in Primary Care: Protocol for a Multisite Randomized Effectiveness Trial. *JMIR Res Protoc.* 2024;13:e54486.
64. Shah JL, Jones N, van Os J, McGorry PD, Gülöksüz S. Early intervention service systems for youth mental health: integrating pluripotentiality, clinical staging, and transdiagnostic lessons from early psychosis. *The lancet Psychiatry.* 2022;9(5):413-22.
65. Ospina-Pinillos L, Davenport T, Iorfino F, Tickell A, Cross S, Scott EM, et al. Using New and Innovative Technologies to Assess Clinical Stage in Early Intervention Youth Mental Health Services: Evaluation Study. *J Med Internet Res.* 2018;20(9):e259.
66. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The lancet Psychiatry.* 2016;3(3):280-96.
67. Oquendo MA, Duarte C, Gouveia L, Mari JJ, Mello MF, Audet CM. Building capacity for global mental health research: challenges to balancing clinical and research training. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):612-3.
68. Sanchez ZM, Valente JY, Pereira APD, Cogo-Moreira H, Melo MHS, Caetano SC, et al. Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojunto2.0:

- protocol of a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 2019;19(1):750.
69. Sanchez ZM, Valente JY, Sanudo A, Pereira APD, Schneider DR, Andreoni S. Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojuntó in Brazil: 21-month follow-up of a randomized controlled trial. Int J Drug Policy. 2018;60:10-7.
 70. Sanchez ZM, Valente JY, Sanudo A, Pereira AP, Cruz JI, Schneider D, et al. The #Tamojuntó Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research. 2017.
 71. Mariano M, da Silva AR, Lima JLS, de Pinho NT, Cogo-Moreira H, Melo MHS, et al. Effectiveness of the Elos 2.0 prevention programme for the reduction of problem behaviours and promotion of social skills in schoolchildren: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. Trials. 2021;22(1):468.
 72. Sanchez ZM, Valente JY, Gubert FA, Galvão PPO, Cogo-Moreira H, Rebouças LN, et al. Short-term effects of the strengthening families Program (SFP 10-14) in Brazil: a cluster randomized controlled trial. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2024;18(1):64.
 73. Cupertino A, Ginani V, Cupertino AP, Botelho RBA. School Feeding Programs: What Happens Globally? International journal of environmental research and public health. 2022;19(4).
 74. Pinheiro-Carozzo NP, Murta SG, Vinha L, da Silva IM, Fontaine A. Beyond effectiveness of the Strengthening Families Program (10-14): a scoping RE-AIM-based review. Psicol Reflex Crit. 2021;34(1):16.
 75. Murta SG, de Almeida Nobre-Sandoval L, Rocha VPS, Miranda AAV, Duailibe KD, Farias DA, et al. Social Validity of the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil: the Voices of Parents, Adolescents, and Facilitators. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research. 2021;22(5):658-69.
 76. Abdala IG, Murta SG, Menezes JCL, Nobre-Sandoval LA, Gomes M, Duailibe KD, et al. Barriers and Facilitators in the Strengthening Families Program (SFP 10-14) Implementation Process in Northeast Brazil: A Retrospective Qualitative Study. International journal of environmental research and public health. 2020;17(19).
 77. Murta SG, de Almeida Nobre-Sandoval L, de Souza Pedralho M, Tavares TNG, Ramos C, Allen D, et al. Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. Psicol Reflex Crit. 2018;31(1):25.
 78. Peer RF, Shabir N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. Journal of family medicine and primary care. 2018;7(2):309-14.
 79. Bonell C, Jamal F, Melendez-Torres GJ, Cummins S. 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. Journal of epidemiology and community health. 2015;69(1):95-8.
 80. Werch CE, Owen DM. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. J Stud Alcohol. 2002;63(5):581-90.
 81. Carvalho ML, Honeycutt S, Escoffery C, Glanz K, Sabbs D, Kegler MC. Balancing fidelity and adaptation: implementing evidence-based chronic disease prevention programs. J Public Health Manag Pract. 2013;19(4):348-56.

ACESSE www.uniad.org.br/lenad

