



MESTRADO PROFISSIONAL

EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO ABUSIVO DE
ÁLCOOL: UMA ANÁLISE NORMATIVA, ORÇAMENTÁRIA E DE
ARRANJOS COLABORATIVOS**

LUCIANE VIANNA DA SILVA

Brasília-DF, 2025

LUCIANE VIANNA DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO ABUSIVO
DE ÁLCOOL: UMA ANÁLISE NORMATIVA,
ORÇAMENTÁRIA E DE ARRANJOS COLABORATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Milton de Souza Mendonça Sobrinho

Brasília-DF 2025

LUCIANE VIANNA DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO ABUSIVO
DE ÁLCOOL: UMA ANÁLISE NORMATIVA,
ORÇAMENTÁRIA E DE ARRANJOS COLABORATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 06 / 10 / 2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Milton de Souza Mendonça Sobrinho - Orientador

Prof. Dr. Paulo Alexandre Batista de Castro

Prof. Dr. João Trindade Cavalcante Filho

Código de catalogação na publicação – CIP

S586p Silva, Luciane Vianna da

Políticas públicas sobre o consumo abusivo de álcool: uma análise normativa, orçamentária e de arranjos colaborativos / Luciane Vianna da Silva. — Brasília: Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025.

167 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Milon de Souza Mendonça Sobrinho

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, 2025.

1. Abuso de álcool. 2. Políticas públicas. 3. Alcoolismo. 4. Problemas sociais. I.Título

CDD 350

Elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves



AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço ao meu poder superior: pela fé que me sustentou, pela serenidade nas dificuldades, pela sabedoria nas decisões e pela coragem para enfrentar o desafio de ingressar no Mestrado Profissional em Administração Pública e concluir esta dissertação, nascida de uma experiência pessoal de saúde que me ensinou resiliência.

À minha mãe e ao meu pai, dedico este trabalho com todo o meu carinho. Pai, sua confiança inabalável, suas correções persistentes e o apoio que sempre ofereceu, mesmo nos meus piores momentos, foram meu refúgio e meu impulso; mãe, seu amor incondicional e sua esperança constante foram luz nas horas de incerteza. Este trabalho é também fruto do afeto e da força que me deram.

Ao Prof. Dr. Milton de Souza Mendonça Sobrinho, registro minha mais profunda gratidão pela orientação rigorosa, generosidade intelectual e disponibilidade. Sua amizade, os conselhos precisos e o tempo dedicado a cada etapa enriqueceram este estudo de forma decisiva.

À banca examinadora, Prof. Dr. João Trindade Cavalcante Filho e Prof. Dr. Paulo Alexandre Batista de Castro, agradeço as observações e o rigor acadêmico que ajudaram a aprimorar a dissertação.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Administração Pública do IDP, que acompanharam as aulas em São Paulo, sou grata pelo companheirismo, pelas trocas enriquecedoras e pela paciência com minhas limitações.

RESUMO

SILVA, Luciane Vianna da. **Políticas públicas sobre o consumo abusivo de álcool**: uma análise normativa, orçamentária e de arranjos colaborativos. 2025. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 2025.

Esta dissertação investiga as políticas públicas brasileiras de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool desde a promulgação da Constituição de 1988, e foi motivadas pelo diagnóstico de que 11% dos adultos adotam padrões nocivos de consumo, refletidos em transtornos mentais, acidentes de trânsito e violência doméstica com custos estimados em R\$ 18,8 bilhões em 2019. A pesquisa está alicerçada em marcos legais, relatórios de execução financeira do SIOP e do RREO, dados do Portal da Transparéncia, avaliação dos fluxos de financiamento e mapeamento de redes intersetoriais. A análise das dimensões normativa, colaborativa e orçamentária revela um sólido arcabouço legal, porém sem instrumentos regulamentares eficazes ou sistema unificado de vigilância; redes de educação, saúde, segurança e assistência social fragmentadas, sem governança clara ou indicadores que transformem metas em resultados; além de subfinanciamento crônico, com execução de apenas 58% dos recursos previstos entre 2018 e 2020 e destinação inferior a 0,8% do orçamento do Ministério da Saúde para redução de danos. Essas lacunas comprometem a continuidade e a escala das intervenções, aprofundando o descompasso entre demandas e recursos disponíveis. O diagnóstico evidencia a necessidade de o governo instituir dotações orçamentárias estáveis e dedicadas, implementar monitoramento em tempo real alinhado às metas da OMS, adotar mecanismos de responsabilização por desempenho e ampliar a cooperação internacional para fomentar inovação institucional e transparéncia, fortalecendo a governança integrada e viabilizando políticas de álcool mais eficazes, equitativas e sustentáveis.

Palavras chave: Consumo abusivo de álcool. Políticas públicas de álcool. Governança intersetorial. Regulação do álcool. Redução de danos.

ABSTRACT

SILVA, Luciane Vianna da. **Public policies on the abusive consumption of alcohol:** a normative, budgetary and collaborative arrangements analysis. 2025. Dissertation (Professional Master's in Public Administration) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 2025.

This dissertation investigates Brazilian public policies aimed at combating harmful alcohol consumption since the enactment of the 1988 Constitution. It was motivated by the finding that 11 percent of adults engage in harmful drinking patterns, which manifest in mental disorders, traffic accidents and domestic violence, with estimated costs of BRL 18.8 billion in 2019. The study is grounded in legal frameworks, financial execution reports from SIOP and RREO, Transparency Portal data, an assessment of funding flows and a mapping of intersectoral networks. Analysis of the normative, collaborative and budgetary dimensions reveals a robust legal framework but no effective regulatory instruments or unified surveillance system; fragmented education, health, security and social assistance networks lacking clear governance or indicators to translate goals into outcomes; and chronic underfunding, with only 58 percent of budgeted resources executed between 2018 and 2020 and harm reduction allocations accounting for less than 0.8 percent of the Ministry of Health budget. These gaps undermine the continuity and scale of interventions and deepen the disconnect between demand and available resources. The findings underscore the need for the government to establish stable dedicated budget lines, implement real time monitoring aligned with WHO targets, adopt performance accountability mechanisms and expand international cooperation to foster institutional innovation and transparency. Strengthening integrated governance will enable more effective, equitable and sustainable alcohol policies.

Keywords: Harmful alcohol consumption. Public alcohol policies. Intersectoral governance. Alcohol regulation. Harm reduction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Redes colaborativas intersetoriais	69
Figura 2 Eixos de atuação da Rede de Atenção à Saúde na prevenção e cuidado ao uso de álcool	78
Figura 3 Eixos operacionais da Segurança Pública e Fiscalização no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool	88
Figura 4 Estratégias para regulação da comunicação e da publicidade de bebidas alcoólicas	90
Gráfico 1 Dotações Anuais do PSE por Estado – Série Histórica 2008-2025	115
Gráfico 2 Execução de Emendas Parlamentares - Ação 21FR (2019-2024)	124
Gráfico 3 Trajetória orçamentária e percentual de execução das Redes de Atenção Psicossocial (2011-2024)	127
Gráfico 4 Cobertura Orçamentária da Rede de Atenção Psicossocial: Disparidades Regionais e Gaps de Liquidação (2024)	129



LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Eixos dos dados e instrumentos de coleta

42**Quadro 2**

Matriz de opções metodológicas

42**Quadro 3**

Quadro histórico-normativo

45**Quadro 4**

Definições e abordagens do problema do álcool nos documentos normativos brasileiros (1924–2012)

49**Quadro 5**

Sistematização analítica das redes colaborativas intersetoriais na política de prevenção ao consumo abusivo de álcool no Brasil

67**Quadro 6**

Feminicídios consumados com envolvimento de álcool por estado (Brasil, 2024)

85**Quadro 7**

Estimativa de afastamentos por álcool e outras drogas (2010–2024) por setor de atividade econômica

86**Quadro 8**

Programa Saúde na Escola por estado em 2008, dados foram extraídos diretamente do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), módulo Execução Financeira – consulta “Programas Orçamentários”

113**Quadro 9**

Transferência fundo a fundo

120

Quadro 10

Repasso de recursos do Fundo Nacional Antidrogas - Ação 215S - Programa de Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidados e Reinserção Social (2019 – 2021)

121**Quadro 11**

Repasso de recursos do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - Ação 215S - Programa de Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidados e Reinserção Social (2019 - 2022)

122**Quadro 13**

Síntese das ações de cooperação internacional e de monitoramento técnico para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool no Brasil

132

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **14**

2. QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.......... **24**

 2.1 POLÍTICAS SOCIAIS DE BEM-ESTAR..... **24**

 2.2 ARRANJOS E INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS..... **27**

 2.3 RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E POLÍTICAS PÚBLICAS..... **30**

 2.4 GOVERNANÇA COLABORATIVA EM POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL..... **34**

3. MÉTODO E ESTRATÉGIA EMPÍRICA **39**

 3.1 NATUREZA E ABORDAGEM DA PESQUISA..... **39**

 3.2 FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA: DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA...
..... **40**

4. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL **45**

 4.1 QUADRO HISTÓRICO-NORMATIVO..... **45**

5. ANALISANDO AS REDES DE AÇÕES **65**

 5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO COMBATE AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL: UMA ANÁLISE DAS REDES E ARRANJOS COLABORATIVOS **65**

 5.2 REDE DE EDUCAÇÃO CULTURA E JUVENTUDE **70**

 5.3 REDE DE SAÚDE..... **74**

 5.4 REDE DE SEGURANÇA PÚBLICA E FISCALIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL **80**

 5.5 REDE DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E MONITORAMENTO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL..... **93**

 5.6 REDE DE REGULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL **102**

**6. GESTÃO ORÇAMENTÁRIA PARA POLÍTICAS DE CONTROLE DO ÁLCOOL:
PAUTA DE DOTAÇÃO VERSUS REALIZAÇÃO.....**..... **112**

SUMÁRIO

6.1 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NAS ÁREAS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E JUVENTUDE NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL.....	112
6.2 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA INTERSETORIAL NAS REDES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA VOLTADA AO ENFRENTAMENTO DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL.....	119
6.3 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL VOLTADA AO ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL	125
6.4 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E MONITORAMENTO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL	130
7. ALOCAÇÃO DE RECURSOS E REDES COLABORATIVAS NA POLÍTICA BRASILEIRA DE COMBATE AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL	137
8. CONCLUSÃO	146
REFERÊNCIAS.....	152



1

INTRODUÇÃO

Diante do atual cenário de consumo abusivo de álcool no Brasil, conforme apontado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no relatório Vigitel 2023, é impossível não perceber o tamanho do desafio que enfrentamos para reverter esse quadro na saúde pública. Os impactos vão muito além do físico: afetam também a saúde mental e social das pessoas, estando ligados às consequências graves como transtornos mentais, dependência, acidentes e episódios de violência.

Esse padrão de consumo compromete não apenas a saúde física e mental, mas também causa sérias repercussões socioeconômicas, como perda de produtividade e aumento dos custos em saúde e segurança pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo abusivo de álcool ocorre quando o uso da bebida começa a gerar prejuízos significativos à integridade física, ao bem-estar psicológico e aos vínculos familiares e sociais. O uso nocivo do álcool causa cerca de 2,8 milhões de mortes por ano em todo o mundo, evidenciando seu impacto devastador nos sistemas de saúde e na sociedade. Além disso, o consumo excessivo está associado a doenças graves, como disfunções hepáticas, cardiovasculares e neurológicas, e eleva o risco de acidentes de trânsito e episódios de violência (OMS, 2022; Rehm et al., 2019).

No Brasil, estima-se que o consumo de álcool gerou custos da ordem de R\$ 18,8 bilhões em 2019, segundo análise da Fiocruz a pedido da Vital Strategies. Desse total, R\$ 1,1 bilhão correspondem a custos diretos com hospitalizações e procedimentos ambulatoriais no SUS e R\$ 17,7 bilhões a custos indiretos, como perda de produtividade, licenças médicas e aposentadorias precoces. Além disso, o estudo atribui 104,8 mil mortes ao consumo nocivo de álcool naquele ano, o equivalente a 12 óbitos por hora. É importante diferenciar essas projeções das séries oficiais de execução orçamentária do Tesouro Nacional: enquanto os dados oficiais registram desembolsos efetivos, os R\$ 18,8 bilhões representam uma estimativa de impacto econômico exclusivamente atribuível ao álcool, sem corresponder a valores lançados em lei orçamentária ou empenhados pelo governo.

O governo brasileiro tem buscado colocar em prática ações e políticas que ajudem a reduzir os danos causados pelo uso excessivo de álcool e a cuidar melhor da saúde e da segurança das pessoas. Apesar de alguns avanços importantes, ainda existem muitos obstáculos no caminho e isso mostra como é essencial olhar com mais atenção e profundidade para o que tem sido feito até agora e pensar em novas formas de agir (Mangueira et al., 2014).

No Brasil, estudos indicam que cerca de 11% da população adulta consome álcool de forma abusiva, com prevalência especialmente elevada entre os jovens e em contextos socioeconómicos mais vulneráveis, o que se reflete no incremento dos casos de transtornos por dependência e nas altas taxas de mortalidade e morbidade (Vasconcelos et al., 2020; Santos et al., 2021).

Para enfrentar esse panorama alarmante, o governo brasileiro tem buscado adotar uma abordagem integrada e abrangente, implementando estratégias que vão desde a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos indivíduos até o enfrentamento dos fatores sociais e culturais subjacentes.

Dentre essas iniciativas, destaca-se a Estratégia Nacional de Saúde Mental (ENSM), criada pela Lei nº 10.216/2001, que promove a saúde mental por meio de serviços especializados, centros de referência e integração com outros setores de saúde e assistência social (Brasil, 2001). Também merece menção o Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (PAIUDAD), instituído pela Portaria nº 3.088/2011, que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e reforça a continuidade dos cuidados e a articulação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2011).

Medidas específicas, como a aprovação da Lei Seca em 2008, que impõe penalidades rigorosas para condutores sob efeito de álcool, aliadas à campanhas de conscientização e programas educativos orientados para a promoção de comportamentos seguros no trânsito, reforçam a busca por uma cultura de maior responsabilidade e segurança viária (Brasil, 2008; Ministério da Saúde, 2013).

Ainda, em setembro de 2018, a OMS lançou a iniciativa SAFER, composta por cinco ações estratégicas: restringir a disponibilidade de álcool; adotar medidas para coibir a direção sob efeito da substância; facilitar o acesso a triagens; impor vetos ou limites rigorosos à publicidade e ao patrocínio; elevar o preço da bebida por meio de

tributos. O objetivo é a redução do consumo nocivo em 10% até 2025, ressaltando ainda a importância de pesquisas contínuas para gerar dados que subsidiem a sistematização e a avaliação das políticas nacionais de álcool (OMS, 2018).

Inserida nesse contexto, a presente pesquisa busca compreender o panorama das políticas públicas brasileiras voltadas ao consumo abusivo de álcool, examinando normas jurídicas, dinâmicas colaborativas e destinações orçamentárias e, a partir desse recorte, investiga a questão central: como se estruturam, no Brasil, as políticas públicas de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool nas dimensões normativa, colaborativa e orçamentária desde a promulgação da Constituição Federal de 1988?

O objetivo geral deste estudo é mapear e compilar as políticas públicas nacionais voltadas aos danos decorrentes do consumo abusivo de álcool, considerando as dimensões jurídica, colaborativa e orçamentária; para tanto, pretende-se levantar e organizar o conjunto de normas jurídicas federais que as instituem, identificar os atores e organizações responsáveis por sua implementação e mapear as dotações orçamentárias anuais destinadas a essas políticas no período de 1988 a 2025.

Do ponto de vista metodológico, esta pesquisa se justifica por seu caráter aplicado e pela possibilidade de gerar recomendações práticas. Ao se debruçar sobre a análise normativa, orçamentária e institucional das políticas de álcool, busca-se ampliar a compreensão sobre os fatores que facilitam ou dificultam a eficácia dessas intervenções. Isso inclui a análise de marcos legais, fluxos de financiamento, desenho de programas, mecanismos de coordenação intergovernamental e práticas de monitoramento e avaliação.

Do ponto de vista normativo, a legislação brasileira contempla uma série de dispositivos legais voltados à regulação do consumo e à prevenção de danos causados pelo álcool. Destacam-se a Política Nacional sobre Drogas (Decreto nº 9.761/2019), a Política Nacional sobre o Álcool (Decreto nº 6.117/2007), bem como a Lei nº 11.705/2008, conhecida como "Lei Seca". Contudo, estudos indicam que a aplicação e fiscalização dessas leis enfrentam desafios estruturais, além de limitações orçamentárias e institucionais que comprometem sua efetividade (Brasil, 2008; Laranjeira; Romano, 2020).

Além da regulamentação, a dimensão orçamentária merece atenção especial. O financiamento das ações de prevenção, tratamento e reinserção social de dependentes é insuficiente e apresenta disparidades entre os entes federativos. O Plano Plurianual (PPA) e os orçamentos da União não alocam recursos proporcionalmente à gravidade do problema. A falta de transparência e de indicadores de avaliação dificulta o acompanhamento da execução orçamentária, comprometendo o ciclo avaliativo das políticas públicas (Castro, 2014; Loureiro, 2004).

Outra dimensão crítica refere-se aos arranjos colaborativos e intersetoriais. A gestão pública contemporânea demanda articulação entre diferentes níveis de governo, setores e atores sociais. No entanto, iniciativas envolvendo saúde, assistência social, educação e segurança pública nem sempre operam de forma integrada. A fragmentação das políticas e a burocratização do atendimento dificultam a efetiva atenção às famílias e indivíduos em situação de risco (Brasil, 2012; Toniato *et al.*, 2010).

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) funcionam como a porta de entrada da rede pública de proteção social, oferecendo atendimento universal e serviços de prevenção a famílias afetadas por condições de vulnerabilidade. No caso do consumo abusivo de álcool, o CRAS organiza grupos de convivência, oficinas socioeducativas e visitas domiciliares para fortalecer vínculos familiares e comunitários antes que surjam situações críticas.

Quando o quadro ultrapassa a esfera preventiva ou envolve violência doméstica, o usuário é encaminhado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Ali, a abordagem é individualizada e focalizada em casos de violação de direitos, com apoio psicossocial, acompanhamento jurídico e elaboração de planos de cuidado para todas as vítimas, incluindo aquelas cujas famílias sofrem os impactos diretos do consumo prejudicial.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) atuam de forma ainda mais especializada, oferecendo tratamento multidisciplinar para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool. Com equipes de psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, esses centros promovem intervenções como terapias individuais e em grupo, manejo de crises e estratégias de

redução de danos, articulando com CRAS, CREAS e serviços de saúde para garantir o acompanhamento contínuo.

Apesar desse arranjo integrado, todos os três equipamentos enfrentam desafios estruturais: orçamentos insuficientes, equipes reduzidas e falta de formação continuada específica para lidar com o consumo abusivo de álcool. Essas limitações comprometem a qualidade do atendimento, a articulação entre os níveis de cuidado e a efetividade das políticas de prevenção e reabilitação.

Do ponto de vista institucional, a atuação das organizações da sociedade civil, dos conselhos de políticas públicas e das universidades pode ser ampliada para fortalecer a governança colaborativa. Tais atores podem contribuir com ações de controle social, produção de conhecimento, formação de profissionais e disseminação de boas práticas. A ausência de mecanismos mais robustos de governança dificulta a implementação de estratégias preventivas e sustentáveis, tornando as políticas reativas e episódicas (Peters; Nispen, 1998).

Comparações internacionais mostram que países que adotaram estratégias baseadas em evidências, como o aumento de impostos sobre bebidas alcoólicas, restrição à publicidade e fiscalização rigorosa da venda para menores, obtiveram melhores resultados na redução do consumo e de suas consequências sociais (Babor *et al.*, 2010; Chisholm *et al.*, 2018). O Brasil, embora possua marcos normativos adequados, carece de rigor na aplicação das medidas, e a influência da indústria do álcool sobre políticas públicas ainda representa um obstáculo relevante (Babor; Robaina, 2013).

A indústria de bebidas alcoólicas tem historicamente adotado estratégias de responsabilidade social corporativa que, apesar do discurso preventivo, muitas vezes visam proteger seus interesses comerciais. Tais práticas incluem campanhas educativas pouco efetivas e parcerias seletivas com órgãos públicos. A literatura aponta que essa atuação pode influenciar negativamente o processo decisório em saúde pública (Ambev, 2022; Babor; Robaina, 2013). A crítica à captura regulatória torna-se, portanto, uma dimensão essencial da análise política.

Nesse sentido, a presente pesquisa justifica-se também pela sua relevância crítica. Pretende-se analisar o conjunto de políticas públicas relacionadas ao consumo abusivo de álcool sob uma perspectiva normativa, colaborativa e orçamentária, considerando as múltiplas

dimensões que envolvem o problema. Buscando compreender em que medida o Estado brasileiro tem sido capaz de formular e executar estratégias efetivas de enfrentamento, bem como identificar os principais obstáculos estruturais à sua implementação.

A abordagem proposta parte da premissa de que a complexidade do problema requer uma análise multidimensional. É necessário integrar aspectos legais, financeiros, institucionais, culturais e sociais, compreendendo que as respostas isoladas não são suficientes. O álcool afeta não apenas a saúde individual, mas também a dinâmica familiar, o desempenho escolar, o mercado de trabalho e a segurança pública. A articulação intersetorial, a gestão por resultados e a participação social são elementos indispensáveis para a superação do problema.

No campo da Administração Pública, a temática oferece contribuições relevantes ao debate sobre políticas públicas baseadas em evidências, uso de instrumentos de regulação, avaliação de impacto e inovação institucional. A expectativa é que os resultados desta pesquisa possam subsidiar decisões mais qualificadas por parte de gestores públicos, parlamentares, técnicos, conselheiros e organizações da sociedade civil que atuam na formulação e implementação de políticas sociais.

A produção acadêmica nacional ainda carece de estudos que realizem esse tipo de análise integrada. A maior parte da literatura se concentra em abordagens clínicas ou epidemiológicas, deixando em segundo plano as dimensões político-institucionais. Nesse sentido, esta pesquisa busca preencher uma lacuna relevante, oferecendo uma leitura crítica e estruturada das políticas públicas sobre o álcool no Brasil, com base em evidências e análise comparada.

Do ponto de vista metodológico, esta pesquisa se justifica por seu caráter aplicado e pela capacidade de identificar os principais entraves às políticas públicas de combate ao consumo abusivo de álcool, oferecendo uma visão abrangente para apoiar sua implementação. Para isso, o estudo concentra-se na análise normativa, institucional e orçamentária, examinando marcos legais, fluxos de financiamento, desenho de programas, mecanismos de coordenação intergovernamental e práticas de monitoramento e avaliação.

A escassez de dados sistematizados e a baixa integração entre bases públicas de dados dificultam a construção de diagnósticos

precisos. Por isso, uma das justificativas centrais da pesquisa é justamente identificar gargalos na produção, transparência e uso de dados sobre o consumo de álcool. A qualificação dessas informações é essencial para uma gestão pública orientada por resultados e sensível às realidades locais.

Esta dissertação visa contribuir não apenas para o campo acadêmico, mas também para o aprimoramento da formulação de políticas públicas no Brasil. A análise proposta busca lançar luz sobre os principais desafios e oportunidades, contribuindo para a construção de políticas mais eficazes, justas e sustentáveis. Em um contexto de alta vulnerabilidade social e de desafios fiscais, a racionalização e priorização de políticas públicas são imperativas.

A relevância desta pesquisa está também no alinhamento com os objetivos de um Mestrado Profissional em Administração Pública, ao buscar produzir conhecimento aplicável, que responda a problemas concretos da sociedade e fortaleça a capacidade do Estado de agir com eficácia e legitimidade. A abordagem crítica e propositiva adotada visa colaborar com a construção de políticas públicas que reconheçam a centralidade da saúde coletiva e da justiça social na promoção do bem-estar da população brasileira.

A pesquisa está organizada em 6 capítulos, além desta introdução.

O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico que sustenta a análise da pesquisa, abordando as bases conceituais das políticas sociais de bem-estar, bem como as estratégias voltadas à mitigação dos efeitos do consumo abusivo de álcool e os instrumentos utilizados na sua implementação. No decorrer da abordagem, são introduzidas também as dimensões colaborativas e orçamentárias das políticas públicas, ressaltando aspectos como articulação intersetorial, governança integrada e uso de evidências na construção de ações eficazes.

O segundo capítulo descreve o percurso metodológico adotado na pesquisa, essencialmente qualitativa, detalhando sua natureza, abordagem e os instrumentos utilizados para coleta dos dados. A fundamentação empírica é apresentada por meio da seleção criteriosa das fontes e da definição dos procedimentos de análise, assegurando consistência na interpretação dos resultados.

O terceiro capítulo traça um panorama da evolução das políticas públicas brasileiras voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool, com ênfase no período de 1988 a 2023. A análise destaca os principais marcos históricos e normativos que moldaram essa trajetória, evidenciando avanços institucionais e legislativos que contribuíram para o aperfeiçoamento das estratégias de intervenção.

O quarto capítulo analisa as redes de ações articuladas no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool, destacando os arranjos colaborativos entre diferentes setores. A abordagem contempla iniciativas de educação, cultura e juventude; saúde; segurança pública e fiscalização; cooperação internacional e monitoramento; além da regulação das políticas públicas, evidenciando como essas redes interagem na implementação de estratégias integradas.

O quinto capítulo examina a gestão orçamentária das políticas públicas voltadas ao controle do consumo abusivo de álcool, contrapondo a previsão de recursos (dotação) à sua efetiva aplicação (realização). A análise abrange diferentes frentes setoriais, como educação, cultura e juventude; assistência social e segurança pública; atenção psicossocial; além das iniciativas de cooperação internacional e monitoramento, evidenciando desafios e avanços na alocação de recursos intersetoriais.

O sexto capítulo mostra que a efetividade das políticas de redução de danos do álcool depende tanto de dotação orçamentária adequada quanto da capacidade das redes colaborativas de transformar recursos em ações concretas, pois a existência de programas e atores não assegura resultados na ausência de governança compartilhada, definição clara de responsabilidades, monitoramento sistemático e mecanismos de accountability. Apresenta uma governança articulada em dois eixos, vertical (Ministério da Saúde definindo diretrizes e liberando recursos; secretarias estaduais e municipais adaptando, executando e prestando contas) e horizontal (Assistência Social, Segurança Pública, Ministério Público, conselhos, universidades e sociedade civil atuando na intersetorialidade, fiscalização e acolhimento), e ilustra, por meio dos casos do PSE, do Plano Estadual de Goiás e do programa de Fortaleza, como dotações sem pactuação, indicadores e sistemas de monitoramento resultam em execução irregular e impacto limitado. A análise identifica como entraves centrais a subexecução histórica, a ausência de rubricas temáticas, prazos desalinhados e opacidade em

convênios, e conclui propondo uma arquitetura institucional que vincule financiamento, instrumentos e avaliação, com comitês permanentes, sistemas unificados de dados, indicadores pactuados e transparência, para transformar recursos em resultados mensuráveis.

?

2

QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

2.1 POLÍTICAS SOCIAIS DE BEM-ESTAR

Políticas sociais de bem-estar visam reduzir vulnerabilidades individuais e coletivas por meio da provisão de serviços e transferências que promovam inclusão, igualdade e coesão social. Aplicadas à redução de danos por consumo abusivo de álcool, essas políticas articulam prevenção, acesso a tratamento e proteção social para mitigar impactos sanitários, sociais e econômicos.

Historicamente, o consumo de bebidas alcoólicas acompanha a vida social e vem sendo amplamente documentado; seus efeitos adversos passaram a ser sistematicamente descritos apenas no último século, enquanto a compreensão das razões que levam certas pessoas à dependência e outras não, ainda desafia a ciência.

A epidemiologia social amplia o escopo da abordagem tradicional ao incluir os “eventos relacionados à saúde”. Com isso, oferece uma base metodológica para mensurar a extensão do consumo de álcool, reconhecê-lo como um problema de saúde coletiva e identificar grupos vulneráveis e fatores de risco, elementos essenciais para a formulação de políticas públicas eficazes.

Investigações epidemiológicas sobre drogas mapeiam prevalência, padrões de uso, quadros disfuncionais e determinantes etiológicos, sustentando programas profiláticos e políticas direcionadas às demandas de indivíduos e famílias. Os vetores de suscetibilidade ao uso de substâncias envolvem dimensões genéticas, psíquicas, comunitárias, econômicas e culturais, sendo modulados por indicadores demográficos como idade, gênero, escolaridade e renda; em particular, a adolescência destaca-se pela elevada vulnerabilidade devido à neuroplasticidade em desenvolvimento e à tendência à experimentação, circunstância agravada pela redução da idade de iniciação ao álcool.

Diferenças de gênero também marcam padrões de risco: homens apresentam maior prevalência de consumo abusivo, enquanto

mulheres podem desenvolver dependência mais rapidamente, com motivações e respostas fisiológicas distintas.

Fatores socioculturais, disponibilidade de álcool, políticas de repressão ao tráfico e comorbidades psiquiátricas moldam a vulnerabilidade e os trajetos do consumo problemático. Estudos nacionais e internacionais mostram associação entre início precoce do consumo e desfechos adversos, pior desempenho escolar, violência doméstica, acidentes de trânsito, gravidez precoce e evasão educacional, o que exige políticas integradas de prevenção e educação para a saúde.

Evidências epidemiológicas brasileiras recentes, como análises do Vigitel e levantamentos do CISA, indicam aumento do consumo abusivo em capitais brasileiras, maior prevalência entre jovens adultos, pessoas de cor parda ou preta e camadas sociais mais baixas, além de impactos desproporcionais da mortalidade por álcool sobre a população negra, apontando para necessidade de respostas sensíveis a desigualdades raciais e socioeconômicas.

Oliveira *et al.* (2021) oferecem diagnóstico complementar ao identificar lacunas nas políticas de álcool no Brasil: usando um índice da OPAS, os autores evidenciam discrepâncias entre medidas federais e sua implementação subnacional, constatando que regulamentos vigentes até 2019 produziram poucos resultados práticos e que normas aprovadas frequentemente não se traduzem em execução efetiva nos estados e municípios; além disso, políticas implementadas após a pandemia, período em que o consumo per capita aumentou, ainda carecem de avaliações específicas.

Revisões internacionais, como a de McCambridge, Mialon e Hawkins (2018), corroboram que a indústria de bebidas alcoólicas frequentemente influencia a formulação de políticas, posicionando-se como parceira governamental e moldando agendas em defesa de interesses comerciais, o que dificulta a adoção plena de medidas de controle baseadas em evidência.

No nível operacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham papel central na detecção precoce e no manejo do consumo problemático, embora enfrentem limitações práticas. Anizio (2022) aponta ausência de protocolos padronizados, lacunas de capacitação, fluxos fragmentados com serviços especializados e ênfase no manejo de crises agudas em

detrimento de ações preventivas; Reis (2021) contrapõe que, com formação continuada e protocolos claros, a APS tem capacidade para orientar cessação do consumo crônico e excessivo.

Oliveira (2022) detalha práticas de acolhimento nos CAPS AD e UBS, escuta qualificada, grupos de apoio psicossocial, capacitação de cuidadores e inclusão dos familiares no projeto terapêutico singular. Descreve o trabalho multidisciplinar necessário, composto por visitas domiciliares, orientação nutricional, acompanhamento psicológico e atendimentos médicos agendados. Malvezzi (2018) enfatiza a importância da triagem e de intervenções breves baseadas em abordagens cognitivo-comportamentais para motivar mudanças nos usuários e em seus familiares, enquanto Souza (2015) defende estratégias multifacetadas que permitam à APS implementar Triagem e Intervenção Breve (TIB) e articular a cultura de beber com ações de prevenção.

A literatura também documenta obstáculos à adesão e continuidade do tratamento: Raizer *et al.* (2020) mostram altas taxas de desistência vinculadas à pobreza, desestruturação familiar e desemprego, condições que exigem ações conjuntas entre diferentes setores, para além da saúde, como assistência social, educação e políticas de geração de renda.

Por isso, estratégias eficazes de redução de danos combinam regulação e tributação, serviços de saúde acessíveis e de qualidade, programas educativos e transferências sociais, integrados por arranjos institucionais que promovam participação cívica, coordenação intergovernamental e transparência.

A literatura sobre controle do álcool, consolidada por Babor *et al.*, indica que intervenções com melhor custo-benefício incluem medidas de regulação da disponibilidade e do preço, restrição à publicidade, fiscalização e fortalecimento de redes de atenção e vigilância, elementos que precisam ser adaptados ao contexto local e avaliados continuamente.

Em síntese, a compreensão de cenários e diagnósticos epidemiológicos, somada a políticas sociais de bem-estar, governança participativa e capacitação das redes de atenção, constituem base para mitigar de forma sustentável os efeitos do consumo abusivo de álcool.

2.2 ARRANJOS E INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A promulgação da Constituição de 1988 restabeleceu a democracia no Brasil e instaurou mecanismos formais de controle social, participação cidadã e transparência nas decisões governamentais, envolvendo diversos atores na formulação e na gestão das políticas públicas. Em sua obra de 1995, Peter Evans argumenta que qualquer projeto de desenvolvimento, incluindo a consolidação de políticas sociais, depende de uma burocracia estatal que combine autonomia, entendida como proteção contra a captura por interesses privados, e incorporação à sociedade por meio de canais efetivos de diálogo e deliberação. Evans alerta que, quando essa autonomia burocrática se restringe aos interesses de elites, a implementação das políticas públicas sofre paralisação ou distorção, comprometendo sua eficácia.

As ideias de Lascoumes e Le Galès (2007) enriquecem essa perspectiva ao sustentar que os instrumentos de ação governamental são centrais para a efetividade das políticas públicas: a escolha e a utilização desses instrumentos refletem a relação entre Estado e sociedade, influenciam comportamentos e atendem demandas diversas. Para operacionalizar essa orientação analítica, a tipologia clássica de Hood (1983) distingue quatro tipos de instrumentos que, aplicados às políticas de álcool, orientam mecanismos distintos de intervenção.

A nodalidade diz respeito à capacidade do Estado de produzir, comunicar e coordenar informações. Essa função se concretiza por meio de campanhas de prevenção e educação, sistemas de vigilância epidemiológica, que monitoram o consumo de álcool, internações e casos de intoxicação, além da produção e divulgação de evidências científicas e de comunicações direcionadas a grupos de risco. Já a autoridade envolve instrumentos normativos e sancionatórios, como a legislação sobre idade mínima para consumo, restrições à publicidade, licenciamento de estabelecimentos, definição de horários de funcionamento e ações de fiscalização.

O tesouro reúne instrumentos econômicos que alinham incentivos por meio de preço, tributos e transferências, como tributação seletiva sobre bebidas, preços mínimos, controle de

promoções e destinação de receitas para prevenção e tratamento, além de subsídios condicionados a programas de redução de danos.

A organização refere-se à capacidade administrativa e estrutural necessária para implementar e articular ações, presente na rede de atenção psicossocial (RAPS), incluindo serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial voltados para álcool e outras drogas (CAPS AD), protocolos clínicos, fluxos de referência e coordenação intersetorial.

Essas quatro dimensões, informação, regulação, financiamento e provisão de serviços, são complementares e devem ser calibradas conforme o contexto local, risco de captura e capacidade administrativa.

Na prática, isso se traduz em instrumentos já vigentes e em debate no Brasil, como a Lei 13.106/2015 (proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos), a Lei 9.294/1996 (restrição parcial à publicidade) e mecanismos tributários como IPI e ICMS, cuja variação e aplicação afetam acessibilidade e efetividade das políticas de controle do álcool.

Atualmente tramita no Congresso Nacional a proposta conhecida como Imposto do Pecado ou Imposto Seletivo, integrante da reforma tributária; sua regulamentação preliminar prevê início da implementação em 2025 e entrada em vigor entre 2027 e 2033, com progressiva aplicação das alíquotas. A Emenda Constitucional 132/2023 e a Lei Complementar 214/2025 estabeleceram o arcabouço jurídico que permite a instituição desse imposto ao lado do IBS¹ e da CBS², definindo princípios relevantes para sua aplicação às bebidas alcoólicas, como a neutralidade tributária do IBS, hipóteses de incidência e a criação de regras e comitês gestores na LC 214. A regulamentação complementar (por exemplo, o PLP que disciplina o Imposto Seletivo) orienta que alíquotas respeitem critérios de essencialidade e nocividade, que a cobrança seja faseada e que metas programáticas de mitigação possam condicionar a manutenção do tributo, possibilitando suspensão ou reavaliação caso objetivos não sejam alcançados. Essas previsões abrem espaço para desenhar um Imposto Seletivo diferenciado por teor alcoólico, com transição gradual de alíquotas e vinculação parcial das receitas à programas de prevenção, tratamento

¹ IBS: Imposto sobre Bens e Serviços

² CBS: Contribuição sobre Bens e Serviços

e vigilância, ao mesmo tempo em que exigem salvaguardas para evitar distorções concorrentiais e efeitos regressivos.

Aplicado ao combate ao consumo abusivo de álcool, o Imposto Seletivo pode ser calibrado para aumentar o preço relativo de produtos de maior risco (por exemplo, destilados e bebidas prontas com alto teor alcoólico), financiar redes de atenção e campanhas educativas e condicionar benefícios fiscais a práticas efetivas de redução de danos. O desenho técnico deve prever alíquotas graduadas por nocividade e teor alcoólico, mecanismos de indexação e revisão periódica, instrumentos para evitar substituição por produtos igualmente nocivos, regras claras para créditos e restituições na cadeia produtiva e mecanismos que garantam equidade entre estados e produtores. Politicamente, a proposta acirra um racha setorial: a indústria de bebidas alcoólicas tende a resistir a alíquotas seletivas elevadas que reduzam demanda e margem de lucro, enquanto parte do setor de refrigerantes e bebidas não alcoólicas pode apoiar tributações seletivas que também atinjam produtos açucarados, gerando disputas sobre classificação de produtos, âmbito de incidência e compensações. Para preservar legitimidade e eficácia, recomenda-se transição gradual e transparente, participação técnica na definição de nocividade, metas programáticas vinculantes, monitoramento da arrecadação e dos impactos em saúde pública e salvaguardas contra a captura por interesses setoriais.

As medidas tributárias e regulatórias, por mais bem desenhadas que sejam, alcançam plena efetividade somente quando articuladas à estratégias de prevenção, comunicação e ao fortalecimento dos serviços de saúde mental e dependência; políticas fiscais criam incentivos e recursos, mas não substituem campanhas educativas nem a rede de atenção necessária para tratamento e suporte. Iniciativas de saúde pública e ações de conscientização, nacionais e internacionais, complementam a ação tributária e regulatória ao mobilizar atores sociais, reduzir estigma e facilitar encaminhamentos para cuidados, aproximando a agenda de prevenção do consumo nocivo de álcool das políticas de saúde mental.

Em 2003 a Organização Mundial da Saúde instituiu o dia 10 de setembro como Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, e em 2015 a Associação Brasileira de Psiquiatria, em parceria com o Conselho Federal de Medicina, lançou a campanha do Setembro Amarelo. Embora centrada na prevenção do suicídio, essa campanha funciona

também como instrumento de conscientização sobre o consumo abusivo de álcool, dado que o abuso de álcool é fator de risco para transtornos mentais, como depressão, frequentemente associados a comportamentos suicidas. Paralelamente, serviços de tratamento, reabilitação e apoio psicossocial são fundamentais para a redução do consumo nocivo: além de atendimento médico e psicológico, esses serviços oferecem suporte a familiares e redes sociais e facilitam encaminhamentos para cuidado continuado.

Essas ações e a rede de atenção mostram que instrumentos de políticas públicas combinam dimensões preventivas, assistenciais e normativas. O impacto depende da qualidade técnica das intervenções, da aceitação social e da articulação entre os atores responsáveis pela implementação.

A análise das políticas deve, portanto, integrar a capacidade de transformação dos arranjos institucionais, das coalizões, dos conselhos e da coordenação intergovernamental, bem como a infraestrutura informacional e administrativa que permitam traduzir campanhas e normas em resultados concretos na prevenção e no tratamento do consumo abusivo de álcool. Juntos, os diversos atores e instrumentos formam arranjos institucionais essenciais para a implementação eficaz das políticas públicas, promovendo colaboração entre níveis de governo, entidades privadas, ONGs e sociedade civil e facilitando a criação de fóruns, conselhos e comitês intersetoriais (Cavalcante; Pires, 2018).

No âmbito do cadastramento, esses elementos estruturantes e operacionais dão suporte à definição de normas e ao desenvolvimento de capacidades para coleta e integração de dados. Um sistema informacional robusto não só armazena informações, mas também facilita a coordenação entre órgãos governamentais, instituições privadas e cidadãos. Castells (2013) destaca a importância dos sistemas informacionais na elaboração de políticas, reforçando que instrumentos de implementação são peças centrais na estratégia governamental para moldar comportamentos sociais conforme objetivos políticos.

2.3 RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Em todo o mundo, a discussão sobre políticas públicas e alocação de recursos enfatiza a importância de melhorar a qualidade

dos gastos governamentais. O que envolve questões fundamentais tais como o aumento da eficácia, aprimoramento dos mecanismos de avaliação, sistema informacional robusto e eficiente, gestão do conhecimento e aumento da *accountability*.³ O objetivo principal é construir um Estado que administre seus recursos de maneira mais eficiente, resultando em maior benefício social através do investimento dos recursos obtidos por meio dos impostos pagos pelos cidadãos (Lopes, 2007).

Segundo o “Estudo sobre a Carga Tributária no Brasil”, realizado em 2022 pela Receita Federal do Brasil, o nosso sistema tributário é conhecido por sua complexidade e alta carga tributária. Ele é composto por diversos impostos, taxas e contribuições, que incidem em diferentes níveis: federal, estadual e municipal. No entanto, a maior parte dessa carga recai sobre o consumo, o que significa que os impostos são proporcionalmente mais altos para os cidadãos de baixa e média renda. Isso ocorre porque esses cidadãos gastam uma parte maior de seus rendimentos em bens e serviços essenciais, como alimentos, transporte, medicamentos e habitação, que estão sujeitos a altos impostos. Essa estrutura contribui para a perpetuação das desigualdades sociais no país.

A reorganização da estrutura de impostos no Brasil, assim como em outros países, visa tornar o sistema tributário mais justo, eficiente e transparente. Empresas e indivíduos buscam evitar o pagamento de impostos devidos, muitas vezes, por causa da elevada carga tributária, complexidade das obrigações fiscais e a percepção de ineficiência no uso dos recursos públicos. Essa percepção é disseminada por diversos atores, como a mídia, que frequentemente relata casos de corrupção e má gestão, e entidades como o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria-Geral da União (CGU), que produzem relatórios sobre irregularidades.

As redes sociais amplificam essas informações, enquanto entidades de classe e associações comerciais levantam preocupações sobre o uso dos recursos públicos. Organizações não governamentais também destacam esses problemas, reforçando a desconfiança. Eles utilizam diversas estratégias, como omitir rendimentos, subfaturar vendas, superestimar despesas, criar empresas fictícias ou recorrer ao

³ Accountability: envolve prestação de contas, transparência, mecanismos de responsabilização e participação social, permitindo avaliar, corrigir e sancionar decisões e gastos públicos (Lopes, 2007).

mercado informal. Reduzir essa prática disponibiliza mais recursos governamentais, que podem ser direcionados ao investimento em infraestrutura, educação, saúde e programas sociais (Receita Federal do Brasil, 2022).

Os programas sociais desempenham um papel importante na redução das desigualdades sociais, pois visam atender às necessidades básicas da população mais vulnerável, proporcionando acesso a serviços essenciais como saúde, educação, alimentação e moradia. Esses programas ajudam a garantir que todos tenham as mesmas oportunidades de desenvolvimento e crescimento, independentemente de sua condição econômica. Além disso, promovem a inclusão social e contribuem para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. Esses investimentos estão diretamente ligados à geração de empregos e ao consequente aumento da renda, fatores que impulsionam a inovação, a melhoria das tecnologias e a adoção de melhores práticas.

Além disso, com mais pessoas empregadas e ganhando melhor, o consumo interno cresce, estimulando a economia do país. Com um sistema de saúde mais robusto e bem financiado, a qualidade de vida da população se eleva significativamente, pois as pessoas têm acesso a melhores serviços de saúde, prevenindo doenças e promovendo o bem-estar geral. A reforma tributária, ao atacar a evasão fiscal e atrair investimentos, pode ser uma ferramenta poderosa para enfrentar as desigualdades sociais e fomentar um crescimento econômico sustentável.

Para que essas mudanças sejam efetivas, é essencial a implementação de um sistema informacional robusto e transparente. Esse sistema deve ser capaz de lidar com as novas diretrizes tributárias e garantir que os recursos arrecadados sejam utilizados de maneira eficiente e direcionados às necessidades sociais da população. A transparência e a eficiência na gestão dos recursos são fundamentais para restaurar a confiança da sociedade e das empresas na administração pública.

No contexto das políticas públicas de combate ao consumo abusivo de álcool, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), através da publicação de relatórios anuais, destaca a necessidade de uma abordagem mais integrada e coordenada entre governo, indústria e sociedade civil. É fundamental a criação de um arranjo que utilize

instrumentos como leis de regulação do consumo, campanhas educativas e programas de prevenção e tratamento, para que sejam amplamente financiados e apoiados. A obtenção desses recursos passa pela eficiência tributária e pelo combate à evasão fiscal, mas também pela vontade política, que muitas vezes enfrenta obstáculos devido aos interesses individuais influenciados pelo lobby das indústrias do álcool.

Em 2023, o orçamento federal voltado especificamente à prevenção e reinserção social de dependentes de álcool não ultrapassou R\$ 1,8 milhão – menos de 0,005% do total destinado a políticas de saúde naquele ano. Esses recursos vieram de três fontes distintas: Ministério da Saúde, Ministério da Cidadania e Ministério da Justiça, sem nenhuma centralização ou fundo consolidado, o que gera sobreposição de iniciativas, ruído na prestação de contas e interrupção frequente dos programas. No âmbito estadual e municipal, a situação não é diferente: em São Paulo, por exemplo, o Programa de Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas (PAUAD) recebe verbas oriundas de cinco origens distintas, emendas parlamentares individuais, emendas de bancada, fundo estadual de saúde, fundo municipal de saúde e convênios federais, sem um mecanismo de coordenação única. Esse arranjo fragmentado impede a continuidade das ações, dificulta o monitoramento de resultados e provoca desperdício de recursos públicos.

Uma colaboração mais efetiva, conforme indicado pela literatura pesquisada, poderia fundamentar-se na criação de um Fundo Nacional de Enfrentamento ao Álcool, gerido por um Comitê Multissetorial. Esse modelo de financiamento compartilhado facilitaria as seguintes ações:

- a) A unificação de editais e convênios para projetos de prevenção e reinserção, evitando duplicação.**
- b) A correspondência de aportes público-privados (*matching funds*⁴), ampliando a dotação orçamentária. Representantes dos três níveis de governo (União, estados e municípios), garantindo pactuação no Plano Plurianual e previsibilidade orçamentária.**
- c) A indústria de bebidas, comprometida com aportes financeiros condicionados ao cumprimento de metas de**

⁴ Matching funds são aportes financeiros condicionais em que um doador ou nível de governo (por exemplo a União) só libera parte dos recursos se o beneficiário (estado, município, consórcio ou outra entidade) aportar uma contrapartida pré-estabelecida.

marketing responsável (sem promoção a menores) e à transparência no uso desses recursos.

- d) Organizações da sociedade civil e ONGs especializadas (por exemplo, ABEAD e Instituto Alana), responsáveis por executar programas comunitários, oficinas de prevenção e acompanhamento psicossocial.**
- e) Conselhos de Políticas sobre Drogas e de Saúde, encarregados de fiscalizar a aplicação dos fundos, avaliar a eficácia das intervenções e incorporar a voz dos usuários e de familiares.**
- f) O estabelecimento de indicadores comuns e sistemas integrados de informação, para mensurar impacto e realocar investimentos conforme evidências.**
- g) A construção de um pacto social de responsabilidade, em que cada ator, governo, indústria, ONGs e sociedade civil cumpre um papel claro no enfrentamento ao consumo nocivo de álcool.**

2.4 GOVERNANÇA COLABORATIVA EM POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL

A governança colaborativa surgiu como uma resposta às falhas das abordagens tradicionais de governanças, como o gerencialismo e o adversarialismo, devido às frequentes falhas na implementação de políticas, os altos custos e a politização das regulamentações, e os desafios à autoridade dos especialistas que resultaram na falta de envolvimento adequado dos stakeholders. Com o crescimento do conhecimento especializado e a complexidade das infraestruturas institucionais, a necessidade de colaboração aumentou, permitindo que diferentes stakeholders trabalhem juntos para soluções mais eficazes e integradas. Além disso, a governança colaborativa foca na redução de conflitos sociais e políticos, transformando relações adversariais em cooperativas por meio de processo de decisão consensuais e deliberativos.

Os esforços dos pesquisadores para definir a Governança Colaborativa evidenciam um intenso trabalho para alcançar uma conceituação abrangente. Essencialmente, a Governança Colaborativa envolve processos que visam compartilhar o poder decisório com as partes interessadas, para desenvolver recomendações conjuntas e soluções duradouras para questões públicas.

Assim a governança colaborativa se integra ao debate sobre a governança pública caracterizando-se por uma abordagem onde o Estado não mais assume uma posição hierárquica superior aos demais “atores-parceiros”, mas estabelece um ambiente de cooperação e desenvolvimento coletivo em igualdade de condições (Ansell; Gash, 2008).

O modelo de governança colaborativa proposto por Ansell e Gash (2008), com uma definição amplamente aceita, caracteriza-se pela inclusão de múltiplos *stakeholders* não estatais no processo de tomada de decisão, com ênfase na participação direta, na deliberação formal e na busca pelo consenso. Este modelo apresenta alguns desafios como equilibrar o poder entre os *stakeholders* e a exclusão de grupos menos organizados ou com menos recursos.

A governança colaborativa de Emerson, Nabatchi e Balogh (2012) é uma estrutura integrativa que explica como componentes e elementos da colaboração se inter-relacionam para formar um regime de governança colaborativa. O *framework*⁵ propõe que a governança colaborativa se desenvolva dentro de um contexto sistêmico com influências políticas, legais, socioeconômicas e ambientais, que criem oportunidades e restrições para a colaboração. Identifica motores como liderança, incentivos consequentes, interdependência e incerteza, que impulsionam a criação de um regime de governança colaborativa e definem sua direção. Enfatiza dinâmicas colaborativas como engajamento com princípios, motivação compartilhada e capacidade para ação conjunta, que se reforçam mutuamente. Um ponto crucial é a capacidade de adaptação, essencial para a sustentabilidade a longo prazo dos regimes colaborativos.

Atualmente, a governança colaborativa é uma forma moderna de gestão pública em que diferentes organizações, como órgãos governamentais, ONGs, empresas privadas e Organizações Sociais (OS), trabalham juntas em rede (Martins, 2016). Essa abordagem multi e pluri institucional destaca-se pela coprodução de serviços, onde a confiança e a interdependência são cruciais para o sucesso. As organizações compartilham responsabilidades, colaboram para criar soluções e autogerenciam suas ações, estabelecendo relações de reciprocidade e metas de longo prazo (Martins, 2016). Parcerias formais, baseadas em

⁵ Framework: Conjunto organizado de conceitos e diretrizes que ajudam a estruturar e orientar a análise e a implementação de políticas públicas.

acordos legais ou informais, criam sistemas de cooperação que compartilham recursos, responsabilidades e riscos.

Organizações sociais (OS) são parcerias sem fins lucrativos entre o poder público e entidades privadas para fornecer serviços públicos essenciais em áreas como saúde, educação e meio ambiente. Governadas por conselhos de administração com membros do setor público e privado, elas devem destinar seu patrimônio a outras OS em caso de dissolução. Recebem apoio governamental, incluindo subsídios e servidores públicos, para cumprir os objetivos definidos em seus contratos de gestão.

No contexto das políticas públicas voltadas para combater o consumo abusivo de álcool, a cooperação entre diversos atores, como setores da saúde, educação, segurança pública, Ministério da Fazenda, organizações da sociedade civil e organizações sociais sem fins lucrativos, é essencial para responder às demandas sociais em um país vasto e diversificado como o Brasil. As limitações orçamentárias, exacerbadas pela economia global, tornam essa colaboração desafiadora. Refletir sobre uma governança colaborativa em rede para formular políticas públicas eficazes na redução de danos do uso abusivo de álcool é um processo complexo que abrange múltiplas esferas.

No âmbito educacional, a governança colaborativa para redução dos danos do consumo de álcool começa pelo mapeamento de todos os atores envolvidos: escolas, universidades, secretarias de Educação e de Saúde, organizações não governamentais, associações de pais, conselhos estudantis e demais entidades já atuantes na prevenção. A partir desse diagnóstico, firmam-se acordos formais de cooperação que definem claramente as atribuições e responsabilidades de cada participante e garantem a representação equilibrada de todos os segmentos em um conselho de administração.

Na teoria, com as parcerias formalizadas, o plano de ação colaborativo deveria ser elaborado em conjunto com metas claras, incluindo campanhas educativas sobre os riscos do álcool, programas de prevenção adaptados ao ambiente escolar, oficinas de capacitação para professores e pais e oferta de apoio psicológico aos estudantes. Nesse modelo, as secretarias mobilizariam recursos e estabeleceriam protocolos; as escolas e universidades cederiam espaços, horários e acesso aos alunos; as ONGs disponibilizariam voluntários e conhecimento técnico; e as associações de pais e conselhos estudantis

promoveriam o engajamento da comunidade. Na prática, porém, a articulação esbarra em burocracia excessiva, falta de financiamento contínuo e ausência de monitoramento sistemático. Como resultado, as reuniões do conselho tornaram-se esporádicas, os indicadores de desempenho não são consolidados e os ajustes necessários não chegam a ser implementados, comprometendo a efetividade das ações.

Os parceiros devem implementar os programas de forma conjunta e garantir a participação ativa de todas as instituições envolvidas. Eles utilizam eventos escolares, redes sociais e os canais de comunicação das organizações sociais para ampliar o alcance e o impacto das ações. Além disso, é fundamental criar mecanismos de monitoramento contínuo e avaliar regularmente os resultados, definindo indicadores de sucesso, como a redução do consumo de álcool entre estudantes, e ajustando as estratégias sempre que necessário.

A capacidade de adaptação das estratégias e programas com base nos *feedbacks* recebidos e nas mudanças no contexto educacional e social é crucial para o sucesso da governança colaborativa em rede. Além disso, garantir a sustentabilidade das ações através de revisões periódicas dos acordos de cooperação, renovando o compromisso das partes envolvidas e buscando novas fontes de financiamento e apoio, assegura a continuidade e eficácia das políticas públicas voltadas para a redução dos danos decorrentes do consumo de álcool na esfera da educação.

O grande desafio é regulamentar o uso desse modelo de forma que suas características essenciais sejam preservadas, garantindo assim boas práticas e resultados positivos. A continuidade e o sucesso desse modelo dependem da capacidade de manter sua estrutura original, sem deturpá-la (Martins, 2016).

3



3

MÉTODO E ESTRATÉGIA EMPÍRICA

3.1 NATUREZA E ABORDAGEM DA PESQUISA

A pesquisa, de caráter essencialmente qualitativo, visa identificar os desafios e avanços nas políticas públicas brasileiras de redução de danos decorrentes do uso abusivo de álcool e estrutura-se em três eixos principais. No eixo normativo, realiza-se análise documental exploratória e descritiva das normas vigentes para compreender como o álcool é definido e que metas são estabelecidas. O eixo colaborativo baseia-se na avaliação qualitativa de relatórios institucionais, acordos de cooperação e demais documentos oficiais, com o propósito de mapear práticas de articulação e mecanismos de parceria entre os diferentes atores. Já o eixo orçamentário concentra-se no mapeamento e na interpretação qualitativa dos fluxos de financiamento, buscando identificar lacunas, sobreposições e seus impactos na continuidade dos programas. Para orientar o percurso analítico e garantir que a investigação ultrapasse a mera descrição, apresentam-se a seguir as perguntas orientadoras que nortearão cada fase do estudo:

Eixo normativo:

- a) **Como o problema do álcool é conceituado nos principais documentos legislativos e normativos?**
- b) **Quais objetivos são declarados e até que ponto há coerência entre diagnóstico, metas e instrumentos (educativos, repressivos e assistenciais)?**
- c) **Há previsão de avaliação, indicadores ou metas mensuráveis para esses instrumentos?**

Eixo colaborativo:

- a) **Como as políticas públicas preveem a atuação conjunta de governo, indústria, ONGs e sociedade civil?**
- b) **Quais mecanismos formais de governança e cooperação são estabelecidos?**

Eixo orçamentário:

- a) Qual foi a evolução das dotações orçamentárias e da execução de recursos destinados à redução de danos do álcool no período analisado?**
- b) Em que medida a alocação de verbas reflete as prioridades diagnosticadas nos documentos normativos?**

Por meio dessas perguntas norteadoras, a pesquisa direciona a escolha e a análise aprofundada dos textos normativos, ao mesmo tempo em que orienta a coleta sistemática e a interpretação dos dados e parcerias. Isso assegura que haja coerência entre os objetivos definidos, os procedimentos metodológicos adotados e os resultados a serem alcançados.

Para nossa leitura crítica no eixo normativo, vale recorrer à tipologia de mecanismos de indução de comportamento proposta por Secchi (2016, p. 38). Segundo esse autor, os *policymakers*⁶ dispõem de quatro alavancas principais: a premiação (incentivos positivos), a coerção (sanções e restrições), a conscientização (campanhas educativas) e as soluções técnicas (protocolos, ferramentas e inovações de gestão).

Aplicando essa lente ao conjunto de medidas contra o uso abusivo de álcool, podemos mapear, subsídios a programas de atenção psicossocial como forma de premiação; limites de venda, proibição de propaganda e multas como coerção; campanhas de mídia, cartilhas em escolas e capacitação profissional como conscientização; e ainda sistemas de triagem clínica, bases de dados de ocorrências e modelos de monitoramento eletrônico como soluções técnicas. Esse recorte nos permite avaliar se há equilíbrio entre diagnóstico (um problema multicausal), objetivos (redução de danos, proteção de vulneráveis) e ações concretas questionando, por exemplo, se o peso dado à coerção não ofusca investimentos em conscientização ou se as soluções técnicas estão calibradas para atender as desigualdades regionais.

3.2 FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA: DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Na análise histórico-normativa examinaram-se dezessete documentos-chave publicados entre 1924 e 2025, incluindo decretos,

⁶ Policymakers: formuladores de políticas públicas: responsáveis por elaborar, aprovar e implementar leis, normas e diretrizes governamentais.

leis, portarias e planos nacionais, além de duas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a fim de traçar a evolução normativa sobre o uso de álcool, desde as primeiras restrições penais até instrumentos contemporâneos de redução de danos. Para a análise desses documentos adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática, conforme Bardin e Cellard, com cinco categorias de exame: diagnóstico do problema, objetivos, instrumentos, avaliação e articulação intersetorial. Cada norma foi lida sistematicamente sob essas lentes, permitindo identificar diagnósticos institucionais, tipos de instrumentos (educativos, coercitivos e assistenciais), existência de indicadores e metas e o grau de cooperação intersetorial.

Considerando o grande volume de informações disponíveis, registros normativos, estatísticas epidemiológicas, relatórios de atividades e indicadores de resultado, o estudo concentrou-se nos registros orçamentários para garantir comparabilidade histórica, acesso a bases padronizadas e viabilidade técnica de auditoria. A análise orçamentária focou em quatro eixos principais: Programa Saúde na Escola, Fundo Nacional Antidrogas, Rede de Atenção Psicossocial e a estrutura de governança orçamentária que abrange cooperação internacional e monitoramento. A seleção desses eixos fundamentou-se em três critérios: mapeamento das fases de prevenção, cuidado e reinserção social do SUS; disponibilidade e confiabilidade dos registros financeiros; e viabilidade de triangulação entre marcos normativos e bases quantitativas.

Desde 2016, a padronização e migração para bases estruturadas, PI da SENAD, SIOPS, Portal da Transparência e e-Gestor Saúde, aumentaram a confiabilidade, a comparabilidade temporal e a possibilidade de extração, automatização e auditoria dos valores empenhados e pagos no período 2016–2024. Essas melhorias, porém, não eliminam uma limitação central: a maior parte dos registros orçamentários agrupa recursos por rubricas amplas (por exemplo, Ação 2085 do FUNAD e programas conjunturais como o PSE), de modo que os montantes não são discriminados exclusivamente para ações sobre álcool. Em consequência, embora os fluxos financeiros possam ser rastreados com maior segurança, permanece impossível identificar com precisão, a partir dessas bases padronizadas, quanto dos recursos empenhados e pagos destinou-se especificamente a intervenções, cooperações ou monitoramentos focalizados no consumo abusivo de álcool.

Quadro 1 – Eixos dos dados e instrumentos de coleta

Eixo normativo	Eixo orçamentário	Eixo colaborativo
Dados secundários: Levantamento das normas legais que estabelecem as políticas públicas sobre o consumo abusivo de álcool no Brasil	Dados secundários: Levantamento das dotações orçamentárias destinadas às políticas públicas sobre o consumo abusivo de álcool no Brasil	Dados secundários: Levantamento das redes colaborativas e parcerias organizacionais em torno das políticas públicas sobre o consumo abusivo de álcool no Brasil
Instrumento de coleta: Pesquisa documental (jurídico-legal)	Instrumento de coleta: Pesquisa documental	Instrumento de coleta: Pesquisa documental

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Quadro 2 – Matriz de opções metodológicas

Elemento metodológico	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Objetivo específico	Levantar e compilar as políticas públicas brasileiras relacionadas aos danos decorrentes do consumo abusivo de álcool, estabelecidas por meio de normas jurídicas federais, no período de 1988 a 2023	Levantar e identificar atores e organizações, assim como suas respectivas participações, no processo de implementação das políticas públicas brasileiras relacionadas aos danos decorrentes do consumo abusivo de álcool, no período que comprehende 1988-2023	Mapear as dotações orçamentárias anuais destinadas às políticas públicas nacionais relacionadas ao consumo abusivo de álcool, no período que comprehende 1988-2023
Dimensão de análise	Legal	Colaborativa	Orçamentária
Abordagem da pesquisa	Qualitativa	Qualitativa	Qualitativa

Natureza da pesquisa	Exploratória e descritiva	Exploratória e descritiva	Exploratória e descritiva
Dados	Secundários	Secundários	Secundários
Técnicas de coleta	Pesquisa documental	Pesquisa documental	Pesquisa documental
Ferramentas e técnicas de análise	Codificação e categorização das normas jurídicas	Mapeamento das redes de colaboração	Levantamento e comparação de dotações orçamentárias

Fonte: elaborado pela autora (2025).

4



4

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

4.1 QUADRO HISTÓRICO-NORMATIVO

Quadro 3 – Quadro histórico-normativo

Ano/ período	Contexto	Legislação / política	Detalhamento	Relação tipo	Redes atribuídas
Até 1924	Revolução Industrial, urbanização acelerada, destilação do álcool	Decreto nº 4.294/1924	Penalidades para venda ilegal de substâncias, punição à embriaguez pública, restrição à venda para menores de 21 anos	Repressão em detrimento da prevenção	Justiça e Segurança Pública
1967	OMS reconhece alcoolismo como doença	Conferência da OMS	Alcoolismo incluído na CID-8; marco para abordagem como questão de saúde pública	Saúde e estratégia de redução de danos	Organização Mundial da Saúde (OMS)
1971 – 1976	Ditadura militar, censura, repressão	Lei nº 5.726/1971	Política repressiva ao tráfico de entorpecentes conforme convenções internacionais	Repressão em detrimento da prevenção	Justiça e Segurança Pública
1986	Pré Constituição Federal	Lei 7.560/1986	Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso	Início da Prevenção e redução de danos	Ministério da Justiça e Segurança Pública; SENAD; CONFEN.
1988	Constituição Federal,	Constituição da República	Saúde como direito universal, criação do SUS,	Prevenção e redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e

	redemocratização	Federativa do Brasil	descentralização e equidade no atendimento		Assistência Social
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente	Lei nº 8.069/1990	Proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores	Prevenção	Assistência Social
1996	Restrição de Publicidade	Lei nº 9.294/1996	Restrições à publicidade e promoção de bebidas alcoólicas	Prevenção	Saúde
2001	Consolidação do SUS, foco em saúde mental	Lei nº 10.216/2001	Diretrizes para cuidado de usuários de álcool e drogas, atenção integral à saúde mental	Prevenção, redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e Assistência Social
2001	Fortalecimento da rede de atenção psicossocial	Portaria nº 816/2001	Ampliação do acesso, acolhimento humanizado, ações educativas e preventivas	Prevenção, redução de danos	Saúde e Assistência Social
2002	Política Nacional Antidrogas	Decreto nº 4.345/2002	Conscientização, capacitação, prevenção, rede de assistência, avaliação de terapias	Prevenção, redução de danos	Saúde e Assistência Social
2003	Segurança em eventos esportivos	Lei nº 10.671/2003	Proibição de bebidas alcoólicas em estádios, conforme legislações locais	Prevenção, redução de danos	Justiça e Segurança Pública
2006	Integração intersetorial no combate às drogas	Lei nº 11.343/2006	Criação do SISNAD, medidas de prevenção, reinserção social, repressão ao tráfico	Prevenção, redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e Assistência Social
2007	Política Nacional sobre o Álcool	Decreto nº 6.117/2007	Estratégias intersetoriais para redução de danos, combate à violência e	Prevenção, redução de danos	Saúde, Educação, Segurança, Comércio, ONGs

			criminalidade associadas ao álcool		
2007	Programa Saúde na Escola (PSE)	Decreto nº 6.286/2007	Contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.	Conscientização e educação à saúde, prevenção de agravos e riscos à saúde, atenção e assistência	Saúde e Educação
2008	Início da Lei Seca	Lei nº 11.705/2008	Alcoolemia zero, penalidades severas, restrição de venda em rodovias	Prevenção, redução de danos	Justiça e Segurança Pública
2011	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Portaria GM/MS nº 3.088/2011	Criar e articular a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com demandas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS	Educação, saúde, prevenção de agravos e riscos à saúde, atenção e assistência	CAPS III (24 horas, acolhimento noturno, leitos de retaguarda) CAPS II (atividades diurnas, sem leito) CAPS I (serviço ambulatorial) CAPS AD III, II e I (específicos para álcool e outras drogas) CAPSi (versão adulta/infanto juvenil, quando destinado a crianças e adolescentes)
2012	Reforço à Lei Seca	Lei nº 12.760/2012	Endurecimento da fiscalização e penalidades para embriaguez ao volante	Prevenção, redução de danos	Justiça e Segurança Pública

2015	Proteção à infância e adolescência	Lei nº 13.106/2015	Criminaliza a venda e fornecimento de álcool a menores de 18 anos	Prevenção, redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e Assistência Social
2015	Tributação sobre bebidas alcoólicas	Lei nº 13.241/2015	Aumento de impostos sobre bebidas com maior teor alcoólico	Redução de danos	Justiça e Segurança Pública
2019	Nova Política Nacional sobre Drogas	Decreto nº 9.761/2019	Revoga decreto anterior, reforça repressão ao uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas	Repressão com menor ênfase em redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e Assistência Social
2022	Estratégia Global da OMS	75ª Assembleia Mundial da Saúde	Plano de ação para reduzir em 20% o uso nocivo de álcool até 2030	Repressão e redução de danos	Justiça, Segurança Pública, Saúde e Assistência Social
2023	Instituição do CONAD	Decreto 11.480/2023	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad)	Regulamentar a composição, as competências e o funcionamento do Conad	Rede interministerial: Defesa, Educação, Saúde, Direitos Humanos, Igualdade Racial, Mulheres, Povos Indígenas, Relações Exteriores, Justiça e Segurança Pública, ANVISA, COAF, Polícia Federal.
2023	Reforma tributária e saúde pública	Emenda Constitucional 132 / Lei Complementar nº 214/2025	Criação do "Imposto do Pecado" sobre produtos nocivos à saúde, incluindo bebidas alcoólicas	Redução de danos	Saúde Pública, Setor Produtivo, Comércio e Serviços

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Os documentos oficiais anteriores à promulgação da Constituição Federal de 1988 indicam que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil era amplamente tolerado pelo Estado e pela sociedade, com apenas alguns movimentos moralistas promovendo iniciativas de educação antialcoólica. Embora o Ministério da Saúde tenha sido criado em 1953, as políticas relacionadas ao consumo abusivo de álcool e drogas ainda não tinham recebido atenção significativa, uma vez que o tema não ocupava um espaço central nas discussões econômicas e políticas da época, sendo frequentemente associado a determinados segmentos sociais.

Quadro 4 – Definições e abordagens do problema do álcool nos documentos normativos brasileiros (1924–2012)

Período	Descrição da política ou marco legal
Até 1924	Embriaguez pública e venda ilegal de bebida alcoólica como infração penal, com ênfase no controle moral e de ordem pública.
1967	Conferência da OMS: alcoolismo reconhecido como doença na CID - 8 enquadrando com questão de saúde pública
1971-1976	Lei nº 5.726/1971: álcool tratado sob a política repressiva de drogas enquadrado com substância ilícita sem distinção clara às demais substâncias psicoativas
1988	Constituição Federal: saúde como direito universal, álcool abordado como questão de saúde coletiva e social
2001	Lei nº 10.216/2001: dependência de álcool definida como transtorno mental demandando atenção integral no âmbito de saúde mental
2001	Portaria nº 816/2001: usuário de álcool e outras drogas reconhecidos como sujeitos afetados por danos sociais e à saúde, com necessidade de ações integradas
2002	Decreto nº 4.345/2002: álcool incluído na Política Nacional Antidrogas, conceituado como fator de risco social e de saúde
2003	Lei nº 10671/2003: consumo de álcool em eventos esportivos definido com ameaça à segurança pública
2006	Lei nº 11.343/2006: substâncias lícitas e ilícitas, como o álcool, são reconhecidas como causadores de danos, sendo incluídas em ações de prevenção, cuidado e reinserção

2012	Lei nº 12760/2012 (Lei Seca): reforça a política de combate à embriaguez ao volante, ampliando a responsabilização e destacando os riscos à saúde coletiva e à segurança pública.
------	---

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Em 1980, por meio do Decreto nº 85.110, foi instituído o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), vinculado ao Ministério da Justiça, juntamente com o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). A principal atribuição do COFEN era coordenar ações de prevenção, fiscalização e repressão relacionadas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes em território nacional. Na produção acadêmica da época, observa-se que a abordagem predominante sobre o fenômeno das drogas estava profundamente inserida no campo da segurança pública, com forte ênfase em medidas repressivas e punitivas sob responsabilidade direta do Estado.

Durante esse período, o atendimento aos chamados toxicômanos era oferecido por instituições médicas, organizações filantrópicas e grupos religiosos. Muitas dessas iniciativas seguiam modelos adotados em outros países, especialmente nos Estados Unidos, replicando abordagens que buscavam a abstinência e a integração social dos indivíduos. O objetivo era transformar essas pessoas em membros socialmente ajustados, produtivos no âmbito econômico e conformados às normas políticas vigentes. Essas práticas, frequentemente inspiradas em experiências estrangeiras, reforçaram um viés disciplinador na recuperação dos usuários, priorizando a adaptação à sociedade sobre abordagens mais humanizadas de cuidado.

Nesta década de 1980, o Brasil começou a enfrentar a epidemia de AIDS⁷, com o primeiro caso identificado no país em 1982. Inicialmente, a doença foi associada à comunidade LGBTQIA+⁸ e aos usuários de drogas injetáveis, o que aumentou a vigilância e a repressão

⁷ AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

⁸ LGBTQIA: Sigla que representa a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero. Cada letra da sigla tem um significado específico: L: Lésbicas; G: Gays; B: Bissexuais; T: Transgêneros (pessoas cuja identidade de gênero é diferente do sexo atribuído no nascimento); Q: Queer (termo abrangente para pessoas que não se identificam como heterossexuais ou cisgênero) ou Questionando (pessoas que estão explorando sua orientação sexual ou identidade de gênero); I: Intersexo (pessoas que nascem com características sexuais que não se encaixam nas definições típicas de masculino ou feminino); A: Assexuais (pessoas que experimentam pouca ou nenhuma atração sexual) ou Aliados (pessoas que apoiam a comunidade LGBTQIA+); +: Outras identidades e orientações sexuais não especificadas na sigla.

dessa população. Além disso, o consumo abusivo de álcool, amplamente aceito e socialmente incentivado em festas e festivais, contribuiu para comportamentos de risco, como o compartilhamento de seringas e relações sexuais desprotegidas, facilitando a disseminação do HIV⁹. Nessa época a política de redução de danos ganhou destaque com uma abordagem eficaz para combater a propagação do HIV. Essas políticas focaram em minimizar os riscos e danos associados ao uso de drogas, sem necessariamente exigir a interrupção do consumo.

Na década de 1980, o Decreto 85.110/1980 e o FUNAD fixaram como objetivo coordenar prevenção e repressão ao uso de álcool e outras drogas, valendo-se sobretudo de sanções e fiscalização, sem definição de indicadores ou metas claras. Instituições médicas e filantrópicas reforçaram modelo abstinencista e disciplinar, enquanto apenas os programas de redução de danos ao HIV passaram a adotar métricas, taxas de soroconversão e seringas distribuídas, mas de maneira isolada e fora do marco legal principal, revelando descompasso entre diagnóstico, objetivos e instrumentos, além de ausência de avaliação sistemática.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a análise das políticas públicas voltadas para a redução do consumo de álcool permite identificar duas principais abordagens: o proibicionismo/repressão e a redução de danos. As políticas proibicionistas, cuja origem remonta aos Estados Unidos, caracterizam-se pela criminalização do consumo e comércio de substâncias como ópio, cocaína e cannabis. Essa abordagem foi impulsionada por uma combinação de fatores, incluindo preocupações morais e religiosas, pressões políticas e econômicas, e o propósito de controle social. A consolidação do proibicionismo ocorreu por meio das Convenções das Nações Unidas sobre Drogas de 1961, 1971 e 1988, que influenciaram diversos países a adotarem medidas semelhantes.

Em 1986, a Lei nº 7.560 criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), no âmbito do Ministério da Justiça, sob gestão do Conselho Federal de Entorpecentes. Seu objetivo central era financiar ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas, abrangendo desde atividades de prevenção até medidas de repressão ao uso e ao tráfico.

⁹ HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

Os recursos destinados ao FUNCAB eram compostos por diversas origens, garantindo repertório financeiro amplo e diversificado: dotações específicas no orçamento da União; doações de organismos ou entidades nacionais e internacionais, bem como de pessoas físicas e jurídicas; alienação de bens apreendidos ou adquiridos com recursos do tráfico ilícito de drogas; emolumentos e multas arrecadados no controle e fiscalização de drogas e produtos químicos; outros financiamentos externos e internos; bens, direitos e valores perdidos em favor da União por conta de crimes de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes; e rendimentos de aplicações financeiras do patrimônio do FUN-CAB em exercício anterior.

A destinação das verbas do FUNCAB visava ações estruturadas em três eixos principais: redução da oferta, com o custeio de operações de fiscalização, controle e repressão ao tráfico ilícito de drogas; redução da demanda, por meio de campanhas educativas, estudos epidemiológicos e capacitação de profissionais; e recuperação e assistência, envolvendo programas de tratamento, reinserção social e apoio comunitário. Além disso, parte dos recursos era empregada na própria gestão do fundo e no suporte às atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), atual gestora do FUNAD, sucessora do FUNCAB no Ministério da Justiça e Segurança Pública.

O parágrafo único da Lei nº 7.560/86 estabelecia que os saldos verificados ao final de cada exercício seriam automaticamente transferidos para o exercício seguinte, mantendo-se como crédito do FUNCAB e garantindo continuidade às ações em curso.

A promulgação da Constituição de 1988 destacou a importância da intervenção do Estado na luta contra o tráfico de drogas e na proteção dos direitos humanos. Estabeleceu diretrizes para a Política Nacional de Drogas, adotando uma perspectiva mais ampla e integrada que abrange a prevenção, o tratamento e a reintegração social dos usuários. Consolidou a saúde como um direito fundamental essencial para garantir uma existência digna a todos os cidadãos brasileiros. Ao estabelecer que o acesso universal e igualitário à saúde é dever do Estado, a Carta Magna influenciou diretamente a formulação de políticas públicas, incluindo aquelas voltadas para a prevenção e o tratamento de dependências químicas. Esse princípio norteador reforçou a necessidade de um sistema de saúde acessível e eficaz, capaz de responder às demandas da população e de integrar abordagens que considerem a saúde como um direito social.

indispensável. Reconheceu-se que a questão das drogas não poderia ser abordada apenas pelo prisma da repressão, mas exigia ações mais robustas e eficazes dentro de uma visão mais inclusiva. Como um documento extenso e abrangente, a Constituição contém diversos artigos que podem ser interpretados de maneira a apoiar a criação de políticas públicas que impactam diretamente a questão das drogas, abrangendo temas como direitos humanos, saúde pública, segurança e assistência social.

Diversos dispositivos da Constituição Federal de 1988 embasam as políticas de drogas e a proteção da saúde. O art. 6º inclui a saúde entre os direitos sociais, sustentando as ações de prevenção e tratamento de dependentes. O art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurando acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação. O art. 227 impõe ao Estado, à família e à sociedade a responsabilidade de garantir a proteção integral de crianças, adolescentes e jovens, inclusive contra o uso de substâncias. Por fim, o art. 144 define a segurança pública como dever do Estado e responsabilidade compartilhada com a sociedade, incluindo o combate ao tráfico de drogas para preservar a ordem pública, a incolumidade das pessoas e do patrimônio.

Apesar da Constituição de 1988 abordar a questão das drogas, ela não faz distinção explícita sobre o álcool, tratando-o implicitamente como parte do conjunto de substâncias consideradas nas políticas de drogas. À época, o consumo abusivo de álcool não era visto como um problema de saúde pública tão significativo quanto é hoje, e as ações de controle eram mais voltadas para os usuários de drogas ilícitas, que eram socialmente estigmatizados e considerados uma ameaça à segurança pública. Essa abordagem reflete uma lacuna nas ações de redução de danos especificamente voltadas para o consumo de álcool, uma questão que se tornaria cada vez mais relevante nas décadas seguintes.

Em contraposição, a redução de danos surge como uma abordagem alternativa, focada na minimização dos impactos negativos associados ao consumo de substâncias psicoativas. Essa estratégia reconhece que a abstinência nem sempre é viável para todos os indivíduos e busca implementar medidas que reduzam riscos à saúde e ao bem-estar social. No Brasil, a partir dos anos 1990, com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) essa abordagem ganhou espaço nas políticas públicas, especialmente nas ações voltadas à

saúde e assistência social, promovendo alternativas ao modelo exclusivamente repressivo.

No início dos anos 2000, a política nacional sobre drogas passou por uma grande reestruturação. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) foi instituída em 2002 para centralizar as ações federais, e, em 2006, a Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas) reorganizou o sistema de governança, criando o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Com isso, as atribuições e os recursos orçamentários do antigo FUNCAB foram gradualmente absorvidos pelo FUNAD, tornando o fundo original obsoleto.

A transição incluiu a transferência automática dos saldos disponíveis em contas vinculadas, a migração dos programas em andamento para novos instrumentos de gestão e a incorporação das receitas de apreensão de bens oriundos do tráfico diretamente ao FUNAD. A operacionalização passou a obedecer às regras de planejamento, execução e controle definidas na Lei de Drogas e em decretos regulamentadores (por exemplo, o Decreto nº 6.117/2007), encerrando formalmente as atividades do FUNCAB.

Hoje, embora o nome FUNCAB não exista mais na estrutura orçamentária federal, seu legado segue vivo na forma de programas e projetos geridos pelo FUNAD e pela SENAD, que continuam responsáveis pelo financiamento de iniciativas de redução de danos, tratamento e reinserção social de usuários de substâncias.

Em 2001, a reforma psiquiátrica representou um marco na consolidação de princípios fundamentais voltados à atenção às pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas que enfrentam a dependência do álcool. Esse movimento foi influenciado por transformações internacionais e pautado pela necessidade de superar o modelo hospitalocêntrico, que historicamente resultava na exclusão social desses indivíduos.

Com a implementação dessa reforma, passou-se a priorizar um tratamento digno, fundamentado no respeito à liberdade e na promoção da inclusão social. Além disso, garantiu-se o acesso a serviços de saúde mental integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A expansão desses centros teve um papel essencial na substituição gradual dos antigos manicômios e no fortalecimento das estratégias de

prevenção e reinserção social, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz no cuidado à saúde mental.

Somente a partir de 2002, com a implementação da Política Nacional Antidrogas, foram estabelecidas diretrizes voltadas à prevenção, ao tratamento, à recuperação e à reinserção social de indivíduos afetados pelo uso de drogas, incorporando também medidas destinadas à redução dos danos sociais. Influenciado por acordos internacionais, o decreto reforçou a necessidade de uma abordagem ampla e integrada, envolvendo tanto o governo quanto a sociedade, para enfrentar os desafios relacionados ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas.

Além dessas diretrizes, algumas iniciativas complementares voltadas à redução de danos e à segurança pública foram implementadas, incluindo a proibição da comercialização e do consumo de bebidas alcoólicas em estádios de futebol. No entanto, tais medidas foram aplicadas exclusivamente em âmbitos estadual e municipal, visando preservar a ordem pública e minimizar os riscos associados ao consumo de álcool em eventos esportivos.

A Política Nacional sobre o Álcool, instituída em 2007, foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer medidas voltadas à redução do uso indevido de bebidas alcoólicas e sua associação com a violência e a criminalidade. Com base nos princípios da intersetorialidade e da integralidade, essa política busca estruturar estratégias de enfrentamento coletivo para minimizar os impactos sociais, sanitários e relacionados à segurança pública decorrentes do consumo abusivo de álcool.

Para isso, combina instrumentos educativos (campanhas de conscientização, capacitação de agentes), repressivos (fiscalização, restrições de venda em estádios) e assistenciais (rede de atenção psicossocial, intervenções clínicas e comunitárias). Há coerência entre o diagnóstico amplo que enxerga o álcool como problema de saúde pública e de segurança e as diretrizes previstas, mas essa articulação esbarra em instrumentos fragmentados e em metas genéricas, sem parâmetros numéricos obrigatórios. Embora o decreto mencione a necessidade de estudos, pesquisas e avaliações, não estabelece indicadores ou metas mensuráveis vinculantes, cabendo aos planos setoriais e às parcerias com sociedade civil detalhar o acompanhamento e a eficácia das ações.

No entanto, um dos pontos que suscitam discussões na regulamentação atual diz respeito ao critério adotado para definir quais bebidas alcoólicas estão sujeitas às medidas de controle publicitário. A Lei nº 9.294/1996 estabelece que apenas bebidas com teor alcoólico superior a 13° GL (Gay-Lussac) estão submetidas às restrições de horário e conteúdo para veiculação de propaganda. Com isso, produtos amplamente consumidos, como cervejas e vinhos, ficam isentos dessas exigências, permitindo sua divulgação em horários amplos e com apelo mais livre. Essa delimitação tem sido alvo de críticas por especialistas em saúde pública, pois não leva em conta o impacto social e os riscos associados ao consumo abusivo dessas bebidas, o que pode comprometer a efetividade da política de controle e prevenção ao uso indevido do álcool.

Analizando o critério estabelecido por esta lei, que define como bebidas alcoólicas apenas aquelas com teor superior a 13° GL, suscita questionamentos quanto à sua formulação e possíveis influências externas. Essa delimitação exclui produtos de ampla penetração no mercado permitindo a sua veiculação em horários de grande audiência, inclusive infantil. Tal configuração normativa pode ser interpretada como reflexo de pressões econômicas exercidas por grandes conglomerados do setor, que, ao manterem a comercialização irrestrita de seus produtos, evitam impactos econômicos negativos. Essa situação levanta preocupações sobre o grau de influência de interesses corporativos na formulação de políticas públicas, especialmente em temas sensíveis como o controle do consumo de álcool e a proteção de populações vulneráveis, como crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990).

Diante dessas inconsistências regulatórias e da possível influência de interesses econômicos na formulação das normas, movimentos da sociedade civil organizaram campanhas para ampliar o escopo da legislação vigente. Uma das principais propostas consiste na alteração do parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 9.294/1996, a fim de que as restrições à publicidade se estendam a todas as bebidas com teor alcoólico igual ou superior a 0,5 grau Gay-Lussac, em consonância com a definição adotada pelo Decreto nº 6.117/2007, que institui a Política Nacional sobre o Álcool. Essa mudança visa corrigir lacunas legais que atualmente permitem a ampla exposição de bebidas como cervejas e vinhos, apesar de seu elevado consumo e impacto social.

Diversos estudos apontam que corporações do setor de bebidas alcoólicas exercem influência ativa em arenas políticas, recorrendo a estratégias de *lobby* para moldar regulamentações mais favoráveis aos seus interesses comerciais. Esse cenário ajuda a explicar por que, mesmo frente a evidências científicas e apelo de setores da sociedade civil, a legislação permanece seletiva quanto às restrições impostas à publicidade de bebidas alcoólicas. A política vigente busca um equilíbrio delicado entre a promoção da saúde pública e a preservação de interesses econômicos consolidados, mas acaba por comprometer a eficácia das medidas de controle e prevenção.

A ausência de restrições publicitárias para produtos como cervejas e vinhos expõe uma contradição normativa relevante. Essa lacuna fragiliza a proteção a grupos vulneráveis, especialmente crianças e adolescentes, e evidencia a urgência de se reavaliar o modelo atual à luz de evidências científicas e do princípio da precaução em saúde pública.

A Lei Seca, instituída em 2008 e reforçada em 2012, teve um impacto significativo na segurança viária no Brasil. A legislação estabeleceu tolerância zero para a presença de álcool no sangue de motoristas, endurecendo penalidades e ampliando mecanismos de fiscalização, como o uso do bafômetro. Estudos indicam que a implementação da lei contribuiu para a redução de acidentes de trânsito fatais relacionados ao consumo de álcool. No entanto, sua aplicação gerou debates sobre a efetividade da fiscalização e a resistência de determinados setores da sociedade.

Quanto à influência da indústria de bebidas alcoólicas, há indícios de que grandes multinacionais do setor exercem pressão sobre políticas públicas, buscando minimizar impactos regulatórios sobre seus produtos e influenciando na fiscalização. A comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias, por exemplo, foi alvo de disputas jurídicas, com questionamentos sobre a constitucionalidade da proibição. Além disso, campanhas publicitárias e estratégias de marketing dessas empresas frequentemente tentam suavizar a percepção dos riscos associados ao consumo de álcool, o que pode influenciar a adesão da população às restrições impostas pela legislação.

A Lei nº 13.106/2015 alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para tipificar como crime a venda, o fornecimento,

do serviço ou a entrega de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes. Essa medida reforça diretamente as políticas públicas voltadas à redução do consumo de álcool, consolidando ações de proteção à infância e adolescência e reconhecendo os impactos negativos do consumo precoce, que, segundo pesquisas, tem ocorrido em faixas etárias cada vez mais jovens. A iniciativa visa minimizar os danos sociais e à saúde decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Entretanto, a eficácia dessa legislação é comprometida pela falta de fiscalização adequada. A influência da indústria de bebidas alcoólicas sobre regulamentações pode ser um fator relevante, visto que algumas políticas ainda preservam brechas que favorecem determinados produtos, como cervejas e vinhos, que frequentemente escapam de restrições mais rígidas. Um exemplo dessa fragilidade regulatória é a comercialização dessas bebidas por meio de plataformas digitais, onde não há controle efetivo sobre a venda para menores de idade. A ausência de mecanismos de fiscalização eficientes limita o alcance das medidas preventivas e compromete os esforços para reduzir o impacto do consumo precoce de álcool.

Um exemplo prático de plataforma digital onde há preocupações sobre a falta de fiscalização na venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos são os serviços de entrega de bebidas via aplicativos. Segundo relatos, adolescentes conseguiram adquirir bebidas alcoólicas por meio dessas plataformas sem um controle de idade, utilizando cadastros de terceiros para burlar as restrições.

Além disso, órgãos de defesa do consumidor têm notificado diversas empresas do setor, solicitando esclarecimentos sobre os procedimentos adotados para a verificação da idade dos consumidores e as medidas implementadas para impedir a compra por menores de idade. A ausência de fiscalização adequada nesses serviços digitais pode facilitar o acesso precoce ao álcool, representando um desafio para a efetiva aplicação das normas de proteção à infância e adolescência.

A Lei nº 13.241/2015 trata da incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre bebidas alcoólicas, estabelecendo novas regras para a tributação desses produtos e impactando diretamente a forma como esse setor é regulado no Brasil. No entanto, apesar de sua importância no contexto econômico, a norma não

estabelece medidas diretas para a redução do consumo abusivo de álcool, deixando de lado aspectos essenciais relacionados à saúde pública e à proteção social.

Entre os principais desafios desse modelo tributário, destaca-se o acesso de grupos vulneráveis a bebidas alcoólicas de baixo custo, que tendem a ser mais consumidas em contextos de precariedade econômica e social, onde há menor acesso a serviços de saúde e apoio psicológico. O consumo excessivo nesses segmentos agrava problemas de saúde, como doenças hepáticas e transtornos psiquiátricos, e amplia impactos negativos na segurança pública, especialmente no contexto da violência doméstica. Estudos indicam que a relação entre o abuso de álcool e a violência familiar é significativa, aumentando a incidência de agressões físicas e psicológicas, afetando não apenas as vítimas diretas, mas também crianças e familiares expostos a esses conflitos.

Com efeito, a Lei nº 13.241/2015 visa exclusivamente reorganizar a incidência do IPI sobre bebidas alcoólicas, ajustando alíquotas e critérios de tributação com o objetivo de aprimorar a arrecadação e coibir fraudes fiscais. Embora o eventual encarecimento dos produtos possa, em tese, exercer um efeito dissuasor no consumo, o texto legal não oferece diagnóstico algum dos prejuízos sociais e sanitários associados ao uso abusivo de álcool, tampouco estabelece metas de redução, indicadores de impacto ou mecanismos de avaliação de resultados na área de saúde pública.

Todos os instrumentos propostos são de natureza estritamente fiscal. Essa ênfase garante coerência interna entre a finalidade arrecadatória e os meios tributários adotados, mas evidencia uma desconexão clara entre a política de tributação e quaisquer esforços formais de redução de danos relacionados ao consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Apesar dos aparentes benefícios arrecadatórios, a tributação diferenciada prevista na Lei nº 13.241/2015 tende a favorecer determinados segmentos da indústria de bebidas, como cervejas e vinhos, que acabam escapando de regulações mais rigorosas e seguem amplamente acessíveis aos consumidores. Essa assimetria suscita dúvidas sobre a influência dos grandes grupos econômicos na formulação de políticas públicas e na definição de estratégias estatais de enfrentamento aos impactos sociais do álcool.

Para que a tributação atue também como ferramenta de redução de danos, é fundamental articular medidas fiscais com políticas de regulação que limitem o acesso indiscriminado a bebidas alcoólicas, especialmente entre populações vulneráveis, e desenvolver ações intersetoriais que integrem saúde pública, assistência social e proteção às mulheres. Só assim poderemos avançar em indicadores claros de redução do consumo abusivo e minimizar os casos de violência física e psicológica associados ao álcool.

A Lei Maria da Penha, fundamental no combate à violência contra a mulher, reconhece o álcool como um fator agravante em casos de violência doméstica, pois seu consumo abusivo pode reduzir o autocontrole, intensificar comportamentos agressivos e dificultar o acesso das vítimas a redes de apoio. Além da violência física, a violência psicológica também se manifesta de forma recorrente nesses ambientes, incluindo humilhação, intimidação, manipulação e controle emocional, perpetuando ciclos de sofrimento e dependência emocional.

Esta Lei objetiva coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, criando mecanismos de assistência, proteção e responsabilização do agressor (art. 1º) e instituindo juizados especializados e medidas protetivas de urgência (arts. 7º-11). Ao reconhecer o álcool como fator agravante, a norma alinha diagnóstico (violência de gênero) a instrumentos essencialmente repressivos (afastamento, penas e restrições) e assistenciais (abrigos, acompanhamento psicossocial), mas não prevê ações educativas estruturadas em programas de redução de danos associados ao álcool. Embora exija registro e divulgação de estatísticas oficiais, não estabelece indicadores mensuráveis, metas quantitativas e prazos para avaliação de eficácia, ficando seu monitoramento subordinado a relatórios setoriais sem parâmetros obrigatórios de desempenho.

Em 2019 o Decreto nº 9.761 aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) consolidando as diretrizes para o enfrentamento do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Sendo desenvolvida com base nas análises e recomendações do Grupo Técnico Interministerial, que foi criado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) para estudar e propor diretrizes sobre o tema. Ou seja, antes da formulação da PNAD, esse grupo técnico reuniu especialistas de diferentes áreas e ministérios para avaliar estratégias, impactos e desafios no combate às drogas, na prevenção do uso e no tratamento de usuários.

A revogação do Decreto nº 4.345/2002 pelo Decreto nº 9.761/2019 representou uma mudança na abordagem das políticas sobre drogas no Brasil, priorizando estratégias mais alinhadas com um modelo de repressão e abstinência. O decreto de 2002 estabelece diretrizes para a Política Nacional Antidrogas, incluindo ações voltadas para prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e redução de danos, além da repressão ao tráfico. Com a revogação, houve uma reestruturação das prioridades governamentais, enfatizando medidas de segurança pública e combate ao tráfico, enquanto as estratégias de redução de danos perderam espaço.

A partir de 2002, a Política Nacional Antidrogas (Decreto 4.345/2002) fixa como objetivos prevenir o uso indevido de álcool e outras drogas, promover tratamento, recuperação e reinserção social e reduzir danos sociais e à saúde. Ela combina instrumentos educativos (campanhas, capacitação de profissionais), repressivos (fiscalização em estádios, restrições de venda) e assistenciais (rede psicossocial, intervenções clínicas), espelhando seu diagnóstico multicausal. Em 2007, o Decreto 6.117/2007 reforça a intersetorialidade e amplia metas genéricas de redução do uso indevido e da violência associada, mas tampouco quantifica prazos ou indicadores. Por sua vez, a Lei 9.294/1996 restringe propaganda apenas para bebidas acima de 13°GL, sem avaliar o impacto dessa delimitação ou propor métricas de efetividade. Em todos esses marcos há coerência interna entre diagnóstico (álcool como problema de saúde e segurança), objetivos e instrumentos, mas faltam metas mensuráveis obrigatórias, marcos temporais e sistemas formais de monitoramento e avaliação.

Historicamente, o modelo de internação prolongada em hospitais psiquiátricos era a principal resposta ao sofrimento mental e à dependência química. Com a reforma, houve uma transição para um modelo baseado na desinstitucionalização, priorizando o atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras redes de suporte. No entanto, com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) de 2019, houve um fortalecimento da internação em comunidades terapêuticas, muitas delas vinculadas a instituições religiosas. Essa mudança gerou debates sobre a efetividade das medidas adotadas, especialmente no que diz respeito ao consumo de álcool, que continua sendo uma substância amplamente acessível e socialmente aceita.

A 75ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2022, consolidou o Plano de Ação Global sobre o Álcool 2022-2030,

reafirmando o compromisso da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a redução dos impactos negativos do consumo abusivo de álcool, destacando-o como uma prioridade de saúde pública. A decisão foi baseada em amplas evidências científicas que demonstram a relação direta entre o consumo excessivo de álcool e problemas como doenças crônicas, transtornos mentais, acidentes de trânsito e violência doméstica, além dos impactos econômicos gerados pelos custos com saúde e segurança pública.

Com a participação de países membros, incluindo o Brasil, o plano estabelece diretrizes para mitigar os danos causados pelo álcool na sociedade, promovendo estratégias de controle e prevenção. Entre as principais ações definidas, destacam-se a implementação de políticas baseadas em evidências científicas, campanhas de conscientização voltadas para alertar a população sobre os riscos do consumo excessivo e o fortalecimento da cooperação entre governos, sociedade civil e instituições acadêmicas, visando ampliar a articulação entre diferentes setores. O documento também ressalta a importância do suporte técnico e da capacitação de profissionais para lidar com os impactos do álcool, garantindo o acesso a serviços de saúde especializados e redes de proteção social. Além disso, enfatiza a necessidade de aprimorar sistemas de monitoramento e pesquisa para avaliar padrões de consumo e a eficácia das políticas implementadas, assegurando que recursos financeiros sejam mobilizados adequadamente para viabilizar essas iniciativas.

Os estudos que fundamentaram esse plano incluem análises detalhadas sobre os impactos do álcool na saúde pública e na economia global. Um relatório publicado pela Universidade de York, na Inglaterra, indicou que a indústria do álcool representa um obstáculo significativo para a implementação dessas políticas, especialmente pela ausência de mecanismos eficazes de fiscalização e sanção que garantam o cumprimento das metas estabelecidas. A iniciativa SAFER, promovida pela OMS, reforça cinco medidas essenciais para reduzir os danos causados pelo álcool: fortalecimento das políticas de controle, restrição da disponibilidade, aumento da tributação, proibição da publicidade e ampliação do acesso ao tratamento.

Apesar das diretrizes propostas, a implementação no Brasil ainda enfrenta desafios consideráveis, principalmente devido à influência do setor de bebidas alcoólicas e à ausência de regulamentações mais rígidas sobre publicidade e comercialização. A OMS alerta que, sem

fiscalização adequada e comprometimento governamental na aplicação dessas medidas, as metas do plano podem ser prejudicadas, dificultando o avanço na redução dos impactos negativos do álcool na população. Dessa forma, a adoção de um controle mais rigoroso e de políticas públicas integradas se torna essencial para que o país consiga minimizar os danos sociais, econômicos e de saúde decorrentes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

A Emenda Constitucional nº 132/2023, regulamentada pela Lei Complementar nº 214/2025, trouxe mudanças significativas na estrutura tributária brasileira, incluindo a criação do Imposto Seletivo (IS), que incide sobre produtos considerados prejudiciais à saúde e ao meio ambiente, como cigarros e bebidas alcoólicas. Essa nova tributação tem implicações diretas na redução dos danos decorrentes do consumo abusivo de álcool, pois busca desestimular o consumo por meio de uma carga tributária mais elevada sobre esses produtos.

A regulamentação da Lei Complementar nº 214/2025 estabelece que o Imposto Seletivo será aplicado de forma progressiva, ou seja, produtos com maior potencial de causar danos à saúde terão alíquotas mais altas. Isso pode impactar diretamente o acesso a bebidas alcoólicas de baixo custo, que são amplamente consumidas por grupos vulneráveis e frequentemente associadas a problemas como violência doméstica, transtornos psiquiátricos e doenças hepáticas. A elevação dos tributos sobre essas bebidas pode contribuir para a redução do consumo excessivo, alinhando-se a estratégias de saúde pública voltadas à prevenção de danos.

Além disso, a reforma tributária proposta pela Emenda Constitucional nº 132/2023 busca simplificar o sistema tributário e eliminar distorções que favoreciam determinados setores da indústria. No entanto, ainda há debates sobre a efetividade dessas medidas, especialmente considerando a influência da indústria de bebidas alcoólicas na formulação de políticas públicas. A implementação do Imposto Seletivo pode enfrentar resistência de grandes corporações do setor, que historicamente atuam para minimizar impactos regulatórios sobre seus produtos.

5

5

ANALISANDO AS REDES DE AÇÕES

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO COMBATE AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL: UMA ANÁLISE DAS REDES E ARRANJOS COLABORATIVOS

O consumo abusivo de álcool configura-se como um dos mais complexos e persistentes problemas de saúde pública contemporâneos, com repercussões em diversas esferas da vida social e econômica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), o uso nocivo de álcool está associado a mais de 3 milhões de mortes anuais em todo o mundo, correspondendo a 5,3% de todas as mortes. No Brasil, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira et al., 2013) revelou que aproximadamente 17% da população adulta apresenta padrões de consumo considerados de risco. Este cenário aponta para a necessidade de políticas públicas eficazes que integrem ações preventivas, regulatórias, assistenciais e intersetoriais.

A formulação de políticas públicas sobre o álcool no Brasil é respaldada por um conjunto significativo de normativas legais. A Política Nacional sobre o Álcool, aprovada pelo Decreto nº 6.117/2007 (Brasil, 2007), estabelece diretrizes voltadas à redução do consumo abusivo e seus impactos sociais e econômicos. Adicionalmente, a Lei nº 11.705/2008, conhecida como Lei Seca, alterou o Código de Trânsito Brasileiro, instituindo tolerância zero para motoristas sob efeito de álcool, reforçando o papel do Estado na regulação do comportamento de risco. Tais normativas demonstram uma tentativa de abordagem abrangente, mas sua implementação ainda enfrenta desafios no plano federativo e na articulação entre os entes públicos.

Dez anos após a vigência da Lei Seca (2008–2018), registrou-se uma redução modesta de 2,4% nas mortes por acidentes de trânsito relacionados ao álcool, passando de 38.273 óbitos em 2008 para 37.345 em 2016. Um estudo do Centro de Pesquisa e Economia do Seguro (CPES) indica que, nesse mesmo período, a norma evitou quase 41 000 mortes, o que representou uma economia de R\$ 74,5 bilhões em custos econômicos devido à redução da mortalidade.

Apesar do decréscimo na mortalidade, as internações hospitalares por acidentes com uso de álcool quase dobraram, passando de 95.216 em 2008 para 181.120 em 2017, um aumento de 90,2%. Sobretudo, as disparidades regionais se aprofundaram: enquanto o Sudeste registrou queda de 18,6% na taxa de óbitos, Norte e Nordeste tiveram alta de 23% e 26,4%, respectivamente. Esses dados reforçam a urgência de fortalecer a fiscalização, ampliar as ações educativas e descentralizar recursos, de modo a reduzir as desigualdades locais.

O custo social e econômico do consumo abusivo de álcool é alarmante. Estimativas indicam que os prejuízos diretos e indiretos decorrentes do álcool ultrapassam os R\$ 18 bilhões por ano no Brasil (CISA, 2020). Entre os custos diretos, destacam-se os gastos com internações hospitalares, atendimentos de urgência e programas de reabilitação. Já os custos indiretos incluem perda de produtividade, aposentadorias precoces e invalidez, além de danos provocados por acidentes de trânsito e violência. Essa sobrecarga exige uma análise crítica da alocação orçamentária para as políticas de enfrentamento ao álcool e a revisão dos mecanismos de financiamento intersetorial.

A efetividade das políticas públicas sobre o álcool depende do equilíbrio entre ações repressivas e preventivas. De um lado, medidas como a fiscalização do comércio de bebidas alcoólicas a menores (Lei Estadual SP nº 8.069/1990) têm caráter punitivo, enquanto, por outro lado, iniciativas de educação em saúde e campanhas de conscientização atuam na dimensão preventiva. Estudos apontam que intervenções baseadas em evidências, como o aumento da tributação e o controle da propaganda, apresentam maior eficácia na redução do consumo (Babor et al., 2010; Chisholm et al., 2018).

A intersetorialidade é um princípio essencial na gestão contemporânea das políticas públicas, sobretudo em problemas complexos como o alcoolismo. Conforme Mangueira et al. (2015), políticas que integram saúde, assistência social, educação e segurança pública são mais eficazes na promoção da saúde e na prevenção de danos. A cooperação entre diferentes níveis de governo e instituições da sociedade civil amplia a capacidade de resposta do Estado e permite intervenções mais ajustadas às realidades locais.

Com base na revisão da literatura especializada e na análise das diretrizes normativas das políticas públicas voltadas à prevenção do

consumo abusivo de álcool no Brasil, elaborou-se, neste estudo, uma proposta de sistematização analítica dos arranjos colaborativos envolvidos na temática. Essa modelagem organiza os principais atores e estratégias em quatro grandes redes de atuação intersetorial: (i) Rede de Educação, Cultura e Juventude; (ii) Rede de Saúde; (iii) Rede de Segurança Pública e Fiscalização; e (iv) Rede de Gestão, Governança e Territórios. A estrutura proposta foi construída a partir de categorias emergentes da pesquisa documental e bibliográfica, com o objetivo de subsidiar uma leitura integrada das políticas setoriais e de seus pontos de convergência. Trata-se de uma sistematização autoral, orientada por princípios de intersetorialidade, territorialização e participação social, que visa contribuir para o fortalecimento da coordenação entre os diferentes níveis de governo e atores sociais envolvidos na prevenção do consumo nocivo de álcool.

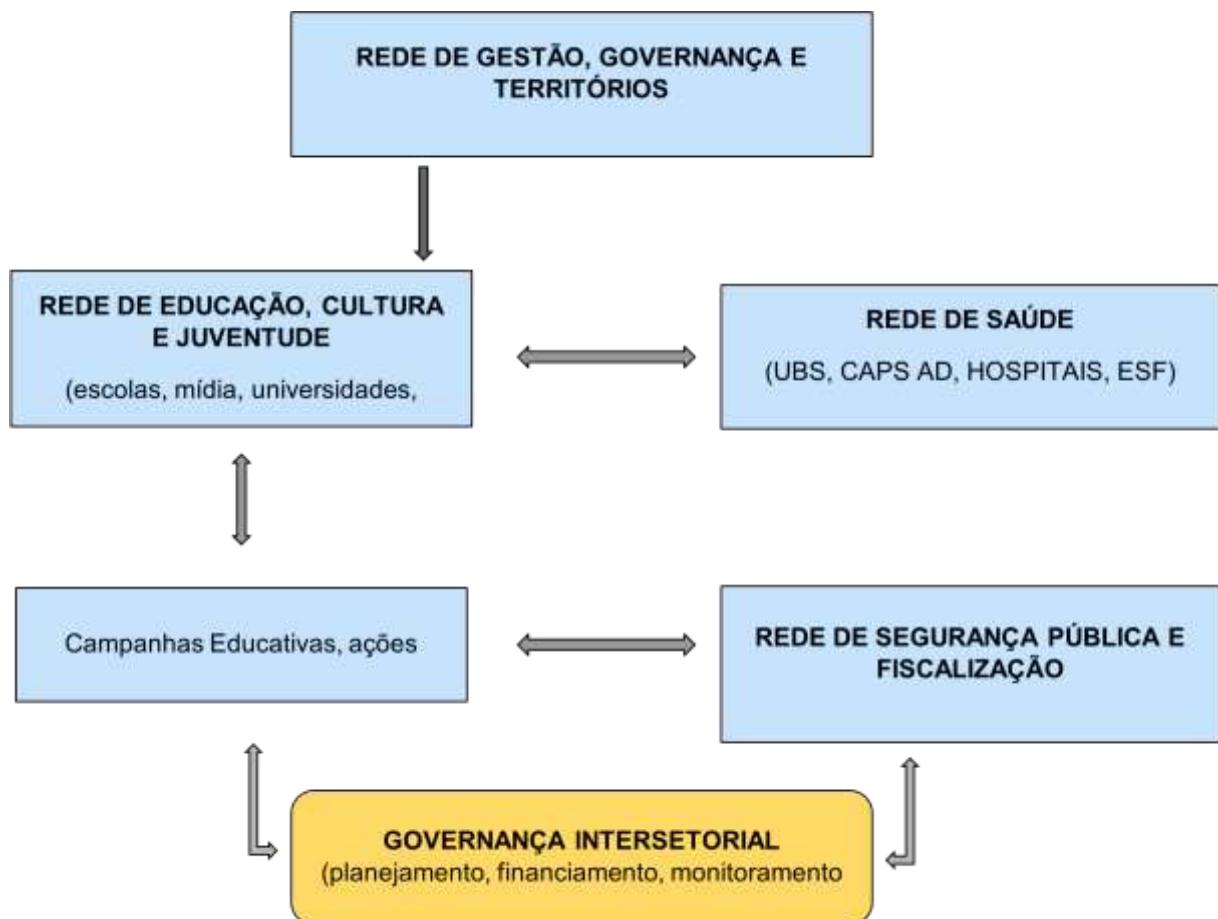
Quadro 5 – Sistematização analítica das redes colaborativas intersetoriais na política de prevenção ao consumo abusivo de álcool no Brasil

Rede colaborativa	Principais atores e instituições	Funções estratégicas	Atos/documentos normativos
Educação, Cultura e Juventude	Escolas públicas e privadas, universidades, secretarias de educação, coletivos juvenis, projetos esportivos, mídias comunitárias, ONGs	Educação para a saúde; formação crítica e cidadã; ações pedagógicas inovadoras; campanhas preventivas; protagonismo juvenil; educação midiática; produção científica	Decreto nº 6.286/2007; Portaria Interministerial nº 1.324/2008
Saúde	UBS, CAPS AD, equipes de saúde da família, hospitais	Prevenção secundária; triagem; acolhimento; atendimento psicossocial; redução de danos; orientação às famílias; articulação com escolas e assistência social	Decreto nº 7.508/2011

Segurança Pública e Fiscalização	Polícia Militar, Polícia Civil, DETRAN, MP, Conselhos Tutelares, Vigilância Sanitária	Fiscalização da venda e consumo irregular; aplicação da Lei Seca; proteção de menores; responsabilização legal; atuação preventiva em territórios vulneráveis	Lei nº 11.705/2008; Lei nº 12.760/2012; Resolução CONTRAN nº 432/2013
Cooperação Internacional e Monitoramento	OMS/OPAS, UNODC, PNUD, Banco Mundial, USAID, GIZ, Embaixadas, IBGE, universidades	Alinhamento com metas globais (SAFER, ODS); assistência técnica; financiamento internacional; vigilância e monitoramento; produção de evidências; avaliação de políticas; troca de experiências	Acordo de Cooperação Técnica nº 01/2018 MS/OPAS
Regulação e Políticas Públicas	Ministério da Saúde, Anvisa, Ministério da Justiça, Congresso Nacional, comissões temáticas, tribunais de contas, secretarias estaduais e municipais	Elaboração e revisão de normas sobre produção, comercialização e publicidade de bebidas alcoólicas	Decreto nº 6.117/2007

Fonte: elaborado pela autora com base em documentos oficiais e na literatura científica sobre políticas públicas de prevenção ao consumo de álcool (Brasil, 2007; Fiocruz, 2023; OMS, 2018; Unesco, 2017, Anvisa, 2013) (2025).

Figura 1 – Redes colaborativas intersetoriais



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa (2025).

Apesar das diretrizes abrangentes, os repasses orçamentários revelam-se tímidos e pouco executados. No Projeto de Lei Orçamentária de 2025, o Departamento de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas responsável por coordenar prevenção, tratamento e redução de danos recebeu cerca de R\$ 1,2 bilhão, o que equivale a menos de 0,02% do orçamento federal total, e apenas 65% desse valor foi efetivamente liberado no primeiro semestre. Em paralelo, o Vigitel 2023 mostra que o consumo abusivo de álcool subiu de 18,4% para 20,8% entre 2021 e 2023, sinalizando retrocessos na contenção desse hábito nocivo.

A fragmentação dos recursos, concentrados em medidas repressivas e sem vinculação a metas ou indicadores claros, contrasta com o diagnóstico que enxerga o álcool como um problema multicausal. Embora pesquisas como a Datafolha apontam que 53% dos bebedores reduziram o consumo no último ano, esse reflexo pontual não se sustenta diante da falta de monitoramento sistemático

e de objetivos numéricos vinculados aos repasses orçamentários. Falta, portanto, um ciclo rigoroso de planejamento–execução–avaliação que associe a liberação de verbas à concretização de metas de redução de danos e consumo.

5.2 REDE DE EDUCAÇÃO CULTURA E JUVENTUDE

A escola pública, especialmente no Brasil, país profundamente marcado por desigualdades históricas, configura-se como território estratégico para prevenir o uso nocivo de álcool e adiar sua iniciação. Mais do que simples veiculadora de conteúdos, a instituição escolar articula-se com a saúde e a assistência social para fomentar uma cultura de cuidado e responsabilidade coletiva. A Organização Mundial da Saúde (2018) reconhece que programas preventivos integrados às redes de proteção ampliam o impacto das intervenções e consolidam práticas de promoção do bem-estar e da saúde mental entre os estudantes.

Adotar uma abordagem transversal, ética e não punitiva é fundamental para formar sujeitos críticos e resilientes. A incorporação de temas como saúde mental, determinantes sociais do consumo e habilidades socioemocionais nos currículos, aliada a metodologias participativas e à escuta ativa, fortalece os vínculos afetivos com o território escolar e legitima o protagonismo juvenil. Moraes e Carvalho (2015) demonstram que iniciativas contínuas, pautadas na participação da comunidade, superam campanhas episódicas e promovem mudanças duradouras.

A iniciação precoce ao uso de bebidas alcoólicas segue preocupando especialistas. Nees et al. (2011) relacionam o consumo na adolescência a maior risco de dependência e prejuízos cognitivos e emocionais. Esse quadro agrava-se pela intensa exposição da juventude à publicidade de bebidas, incentivada por normas culturais permissivas. Estudos de Sargent e Babor (2020) confirmam a correlação entre marketing de álcool e aumento do consumo entre menores, reforçando a urgência de programas escolares que promovam estilos de vida saudáveis e fortaleçam competências para a tomada de decisões responsáveis.

No cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os docentes devem observar e sinalizar precocemente indícios de risco, como queda do rendimento escolar, faltas recorrentes, alterações

comportamentais ou sinais de embriaguez e comunicar imediatamente a gestão da escola. Esta, registra o caso, e aciona o Conselho Tutelar, que, por sua vez, mobiliza a rede de proteção social.

O Conselho Tutelar articula-se então com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), via Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), envolvendo também o CRAS, o CREAS e os familiares quando necessário. Assim, estabelece-se um percurso integrado que vai da detecção em sala de aula ao acolhimento institucional.

Na educação básica e profissional, práticas pedagógicas centradas na participação ativa dos estudantes têm demonstrado grande potencial na abordagem preventiva ao consumo de álcool. Estratégias como rodas de conversa, oficinas audiovisuais, projetos interdisciplinares e o uso do Teatro do Oprimido convidam os jovens a investigar a própria realidade do cotidiano, valorizando suas experiências e formas de expressão. Essas metodologias rompem com o modelo tradicional de ensino expositivo, promovendo vínculos mais significativos com a escola e valorizando os saberes juvenis (Mangueira et al., 2015; Leão; Renó, 2021).

No domínio da comunicação social, a mídia exerce papel ambíguo: veicula campanhas educativas como a campanha “Álcool: pense antes de beber”, promovida pela SPDM (2023), ao mesmo tempo em que glamouriza o uso de álcool, associando-o a valores de sucesso e liberdade. Alves (2009) defende normas éticas rigorosas para a propaganda, sobretudo aquela dirigida a públicos infanto juvenis. A regulação efetiva da publicidade e o desenvolvimento de materiais informativos baseados em evidências científicas são estratégias capazes de neutralizar mensagens nocivas e mobilizar apoio às políticas de controle do álcool.

No âmbito educativo, a incorporação de linguagens digitais e campanhas em redes sociais por meio de vídeos curtos, infográficos interativos em plataformas como Instagram, YouTube e WhatsApp estimula o engajamento e o compartilhamento espontâneo, ampliando o alcance de mensagens preventivas. Embasadas em dados científicos e narrativas autênticas, essas estratégias criam comunidades virtuais de aprendizagem, promovendo a troca de saberes e experiências. Ao oferecer formatos envolventes e participativos, tais iniciativas visam fortalecer o discernimento crítico

dos estudantes diante do bombardeio publicitário, ampliando sua capacidade de resistir a discursos que glamourizam o consumo de álcool.

Ainda que parcerias entre Estado e setor privado sejam frequentemente apresentadas como forma de ampliar a cobertura das políticas públicas, no campo do álcool essas relações exigem vigilância. Pereira (2017) alerta que, sem critérios claros de governança e transparência, tais colaborações podem ser capturadas por interesses corporativos, funcionando como marketing disfarçado e desviando o foco da promoção da saúde.

Superar os desafios das práticas educativas exige também o fortalecimento da formação continuada dos profissionais da educação. Processos interdisciplinares, éticos e ancorados em dados empíricos devem orientar os programas de capacitação docente. A inserção de conteúdos relacionados à saúde coletiva, políticas públicas e saúde mental nos currículos de licenciatura e nos planos de desenvolvimento profissional, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007) e a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019), amplia a capacidade de reconhecimento e intervenção das escolas frente ao consumo de álcool.

Nesse mesmo esforço, o engajamento das famílias constitui um eixo estruturante. A criação de espaços permanentes de escuta e orientação fortalece os vínculos entre escola e comunidade, ampliando fatores protetores e construindo redes de apoio mais consistentes. O Programa Elos (Brasil, 2020) exemplifica essa estratégia: ao envolver pais e responsáveis em ações preventivas, promove o desenvolvimento de competências socioemocionais e reduz comportamentos de risco em crianças e adolescentes.

A mobilização comunitária e o controle social consolidam o caráter participativo dessas redes. Conselhos escolares, conselhos tutelares e fóruns locais legitimam a fiscalização das políticas e garantem que as ações reflitam as demandas territoriais. Bronzo (2009) enfatiza que metodologias centradas na família e no território ampliam o alcance das intervenções e fortalecem laços de cuidado, tornando as políticas mais sustentáveis.

No ensino superior, as universidades desempenham papel estratégico ao produzir conhecimento e testar metodologias inovadoras. Grupos de pesquisa e o Comitê Científico CRIA (ONU; MJSP,

2024) aproximam a academia da gestão pública, subsidiando decisões com dados científicos e consolidando políticas pautadas em evidências.

Paralelamente, o protagonismo estudantil emerge como força mobilizadora de transformação social. Diretórios acadêmicos, atléticas, centros universitários e coletivos promovem rodas de conversa, campanhas e eventos temáticos que dialogam com códigos simbólicos da juventude. Adoção de metodologias horizontais e participativas mostra-se eficaz contra práticas de binge drinking evidenciado por Kerr-Corrêa *et al.* (2007) e fortalece atitudes mais responsáveis em relação ao consumo.

A experiência do curso “Saúde e Segurança na Escola”, desenvolvido a partir da metodologia da educação entre pares, exemplifica esse potencial. Ao formar jovens multiplicadores, a iniciativa ampliou o diálogo na comunidade escolar e estimulou a mobilização de redes de apoio, fortalecendo a autonomia juvenil e a prevenção de comportamentos de risco (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Iniciativas de esporte escolar e programas de lazer esportivo atuam como vetores culturais para a promoção de hábitos saudáveis e o fortalecimento de vínculos comunitários. Estruturados em parceria com professores de educação física, coletivos locais e clubes juvenis, esses projetos ocupam o período de convivência dos estudantes com atividades que mesclam exercícios físicos, jogos coletivos e dinâmicas colaborativas, estimulando disciplina, cooperação e autoestima. Ao vivenciar práticas corporais em grupo, os jovens desenvolvem senso de autocuidado, solidariedade e trabalho em equipe, competências que se alinham diretamente às estratégias de prevenção ao consumo abusivo de álcool. A incorporação dessas ações ao currículo escolar não apenas consolida parcerias com organizações esportivas da comunidade, mas também amplia o sentimento de pertencimento dos estudantes ao espaço escolar e ao território local.

Essa potência transformadora da universidade expande-se quando há articulação entre formação docente, mobilização acadêmica e compromisso institucional com a saúde coletiva. O espaço universitário deve ser compreendido não apenas como ambiente de formação técnica e científica, mas como território ético de acolhimento, confiança e reinvenção de práticas, onde a prevenção ao uso abusivo de álcool se inscreva como valor educativo e compromisso social.

Embora a rede educativa seja reforçada nas normativas como território estratégico para prevenção do uso nocivo de álcool, os repasses orçamentários específicos mostram baixa efetividade. De acordo com o Portal da Transparência, o Programa Saúde na Escola (PSE) recebeu R\$ 254 milhões na LOA 2023, mas executou apenas R\$ 157 milhões (62%) até dezembro daquele ano. No Ministério da Saúde, o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas contou com dotação de R\$ 1,18 bilhão na LOA 2024, dos quais R\$ 728 milhões (62%) foram empenhados e R\$ 642 milhões (54%) pagos até o 4º trimestre de 2024; para 2025, a dotação subiu a R\$ 1,25 bilhão, mas apenas R\$ 365 milhões (29%) haviam sido executados até junho. Todos esses dados foram extraídos do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do Tesouro Nacional e do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop).

Esses indicadores revelam um desalinhamento entre o diagnóstico multicausal previsto nas políticas que clamam por ações educativas intersetoriais nas escolas e a baixa liberação e uso dos recursos destinados, comprometendo a continuidade e impacto das intervenções.

5.3 REDE DE SAÚDE

Considerando os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Saúde no Brasil configura-se como o principal arcabouço para acolher, tratar e reinserir pessoas afetadas pelo consumo abusivo ou uso nocivo de álcool. Anualmente, o país contabiliza dezenas de milhares de internações hospitalares por transtornos mentais e doenças hepáticas atribuíveis ao álcool, além de agravos como acidentes vasculares cerebrais e episódios de violência interpessoal em que a bebida exerce papel determinante. Para enfrentar esse quadro complexo, a rede articula a Atenção Primária, à Rede de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), leitos de desintoxicação em hospitais gerais e serviços de redução de danos, assegurando continuidade do cuidado e acesso equânime em todas as regiões.

De dezembro de 2010 a dezembro de 2022, os CAPS-AD saltaram de 19 para 2 836 unidades, hoje presentes em 1 910 municípios, sustentados por um aporte anual de R\$ 1,27 bilhão (Ministério da Saúde – CGMAD/SAPS, 2022). Em 2021, desse total foram empenhados R\$ 1,13 bilhão (89% do previsto) e pagos R\$ 1,02 bilhão (80%) (Oliveira; Garcia,

2024). A execução variou por região: Sul e Sudeste empenharam acima de 92% dos recursos, enquanto Norte e Nordeste alcançaram cerca de 84% (Oliveira; Garcia, 2024), refletindo disparidades na capacidade de gestão orçamentária entre estados e municípios.

Dados do SIH/SUS indicam que, entre 2010 e 2020, o Brasil registrou 423.290 internações por transtornos mentais e comportamentais atribuíveis ao uso de álcool, com uma ligeira queda média anual de 0,1%. Na faixa etária de 10 - 19 anos, o mesmo sistema computou 29 991 hospitalizações entre 2017 e 2022, reduzindo-se de 16,18 para 13,72 internações por 100 mil habitantes, o que reflete avanços em prevenção, mas também mantém desigualdades regionais e de gênero. Já o SIM apontou 21.315 mortes plenamente atribuíveis ao álcool em 2022, sobretudo por cirrose hepática. Esse número, porém, subestima o verdadeiro peso da bebida no óbito: inúmeras enfermidades crônicas como câncer de fígado, esôfago e infarto agudo do miocárdio são contabilizadas sob outros códigos, ainda que diretamente desencadeadas pelo consumo nocivo de álcool, mascarando milhares de mortes evitáveis.

Apesar da reconhecida efetividade do CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) e do DUSI (Drug Use Screening Inventory) na triagem do uso de álcool e outras drogas, sua adoção sistemática na Atenção Primária à Saúde enfrenta limitações, como a falta de protocolos padronizados e de capacitação continuada dos profissionais. No âmbito das Unidades Básicas de Saúde, a detecção precoce de padrões de consumo de risco começa com instrumentos validados e adaptados ao contexto brasileiro, por exemplo, o AUDIT e o CRAFFT/CESARE, que classificam o grau de vulnerabilidade individual. Em pontuações mais altas, a equipe multiprofissional aplica intervenções breves baseadas em aconselhamento motivacional, visando ampliar a percepção dos efeitos nocivos e estimular a mobilização para mudanças comportamentais. A continuidade do cuidado é assegurada por meio de acompanhamento periódico e, quando indicado, encaminhamento aos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Essa rede de encaminhamento integra o eixo da Redução de Danos ao adotar estratégias que respeitam o ritmo de cada usuário, não exigem abstinência imediata e fortalecem progressivamente o vínculo terapêutico. Por meio de orientações seguras, manejo de recaídas e acolhimento continuado, busca-se minimizar os impactos adversos do

consumo abusivo de álcool, fomentar a autonomia e promover a reinserção social. Um protocolo estruturado dessa forma visa interromper a progressão para quadros de dependência, otimizar o uso de recursos do SUS e garantir um cuidado oportuno, individualizado e articulado com as demais frentes da rede.

Entretanto, a implementação dessas estratégias ainda é desigual entre os territórios, demandando investimentos em capacitação contínua, integração com plataformas digitais (como o e-SUS APS) e monitoramento clínico efetivo. Para assegurar a sustentabilidade dessa prática, é essencial que as políticas públicas garantam o uso consistente dos instrumentos, promovendo articulação permanente com a Rede de Atenção Psicossocial e respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), a triagem e o acolhimento constituem a porta de entrada para usuários encaminhados tanto pela Atenção Primária quanto por situações de urgência. Em regime de “portas abertas”, os novos usuários participam de grupos de recepção semanais, conduzidos por psicólogos e enfermeiros, nos quais são realizadas escuta ativa, aplicação de ficha de admissão e avaliação inicial de risco. Os profissionais combinam intervenções individuais e em grupo para promover a reinserção social e o fortalecimento de redes de apoio. Entre as atividades regulares estão oficinas terapêuticas (focadas em habilidades socioemocionais), rodas de cidadania (para conscientização sobre direitos e deveres) e dinâmicas de convivência comunitária, todas pautadas no Projeto Terapêutico Singular de cada usuário.

Quando o quadro clínico indica síndrome de abstinência grave, risco de convulsões ou complicações médicas associadas, o usuário é internado em leitos de desintoxicação credenciados em hospitais gerais, num modelo de cuidado articulado que possa garantir transição digna entre atenção hospitalar e acompanhamento ambulatorial na RAPS, reduzindo recaídas e melhorando indicadores de continuidade de tratamento.

Nos CAPS-AD e nos CREAS, os grupos terapêuticos familiares estruturam-se como espaço de psicoeducação e apoio mútuo, conduzido por profissionais que promovem acolhimento, discussão e escuta ativa. Nessas dinâmicas, os familiares recebem orientações para

reconhecer sinais de risco de recaída, reforçar vínculos afetivos e conhecer serviços complementares do CAPSi às residências terapêuticas, passando a atuar como parte ativa no Projeto Terapêutico Singular do usuário.

A articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) representa uma extensão indispensável da abordagem psicossocial, especialmente nos casos em que a vulnerabilidade econômica e social compromete a continuidade do cuidado. Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) oferecem suporte às famílias dos usuários por meio de acompanhamento socioassistencial, acesso a benefícios eventuais e articulação com serviços de moradia, alimentação, educação e inclusão produtiva.

Essa integração fortalece o Projeto Terapêutico Singular ao considerar os determinantes sociais que influenciam o uso abusivo de álcool, consolidando a intersetorialidade como eixo estruturante da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse mesmo sentido, a articulação entre Saúde, Educação, Cultura e Juventude amplia o escopo da promoção da saúde para além dos espaços tradicionais de cuidado, contribuindo para a prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas desde as fases iniciais do desenvolvimento. A atuação conjunta por meio de fóruns e equipes intersetoriais conecta unidades básicas de saúde (UBS/ESF) e escolas para realização de exames preventivos, vacinação, oficinas educativas e atividades culturais, com estudantes exercendo o papel de multiplicadores em suas comunidades.

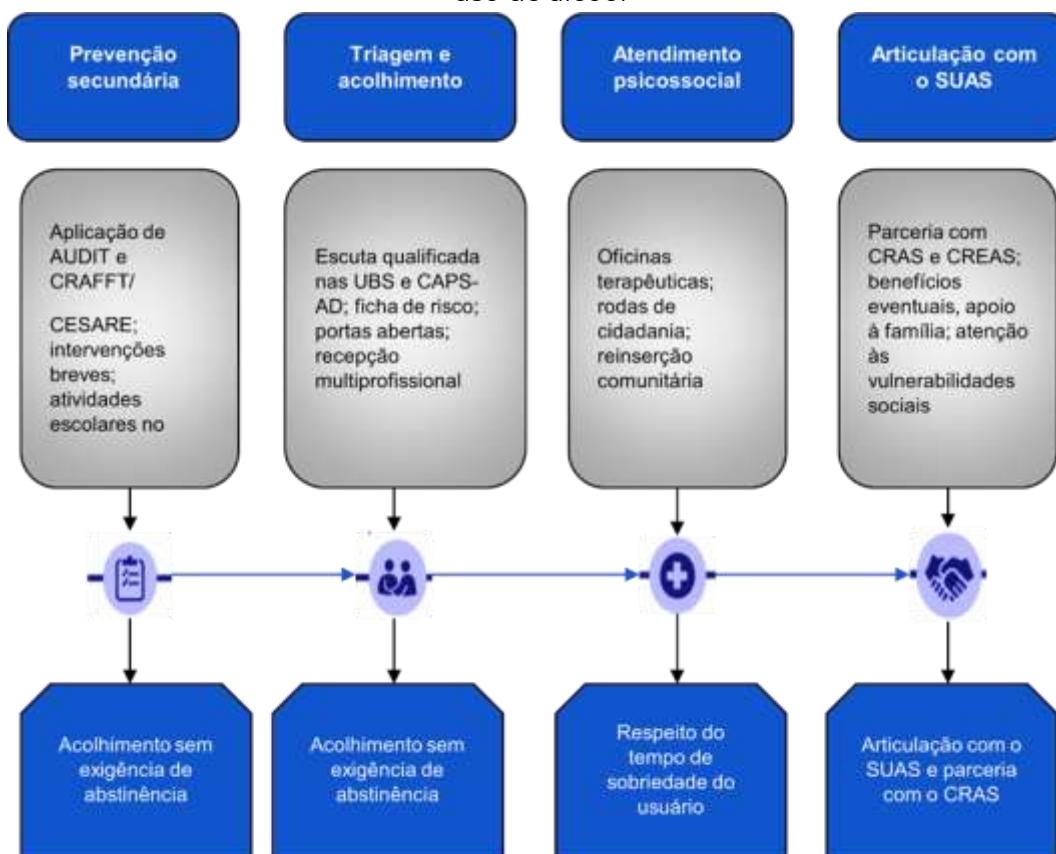
Órgãos compartilhados:

- a) Câmara Interministerial Educação e Saúde (Portaria Conjunta nº 749/2005)**
- b) Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) do Programa Saúde na Escola (Decreto nº 6.286/2007)**
- c) Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Educação**
- d) Conselhos Municipais e Estaduais de Juventude**
- e) Conselhos de Cultura e Pontos de Cultura (Lei nº 13.018/2014)**
- f) Comitês e Fóruns locais de gestão do PSE (PSE-Web), integrados ao e-SUS APS e SIOPS**

Essas instâncias pactuam metas e protocolos comuns. Paralelamente, programas culturais financiam oficinas de teatro, grafite, cinema e outras expressões artísticas em parceria com universidades e serviços socioassistenciais, promovendo o protagonismo juvenil. Centros de convivência oferecem atividades educativas e culturais voltadas ao fortalecimento de vínculos, suporte psicossocial e ações de redução de riscos, enquanto Conselhos de Juventude incorporam demandas estudantis aos planos de saúde municipais. Por fim, sistemas como o SIOPS, o PSE-Web e o e-SUS APS compilam indicadores de desempenho escolar e comunitário, orientando ajustes colaborativos na alocação de recursos e na execução de políticas integradas.

Para sintetizar visualmente os eixos estratégicos analisados nesta seção, apresenta-se a seguir a Figura 1, que organiza os principais componentes da Rede de Atenção à Saúde voltada à prevenção e ao cuidado relacionado ao uso prejudicial de álcool, com foco na atuação intersetorial e territorializada.

Figura 2 – Eixos de atuação da Rede de Atenção à Saúde na prevenção e cuidado ao uso de álcool



Fonte: elaborado pela autora com base em dados oficiais e literatura técnica (2025).

A partir da organização dos eixos estratégicos previamente discutidos, evidencia-se o papel estruturante do Programa Saúde na Escola (PSE) como principal expressão da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso abusivo de álcool e na promoção de hábitos saudáveis entre adolescentes e jovens. O programa apresentou avanços significativos entre 2010 e 2021, com a ampliação da cobertura de 5.500 para mais de 30.000 escolas atendidas, alcançando aproximadamente 85% da rede pública. A implantação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) chegou a 96% dos municípios brasileiros, e os dados do e-SUS APS indicam que, no 4.º quadrimestre de 2021, 79% das equipes de Atenção Primária apresentaram desempenho satisfatório em ações escolares vinculadas ao PSE.

Além dos avanços estruturais, um levantamento nacional coordenado pelo Ministério da Saúde, em parceria com universidades públicas e publicado no Plano Nacional de Saúde 2024–2027, evidenciou que o PSE tem contribuído de forma significativa para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Entre os principais impactos estão a diminuição da incidência de agravos passíveis de prevenção, a consolidação de hábitos saudáveis e a melhora da frequência e do desempenho escolar, sobretudo em territórios marcados por alta vulnerabilidade. Ao integrar ações preventivas e educativas ao cotidiano das escolas públicas, o programa reforça a lógica da promoção da saúde em nível local e amplia o alcance da Atenção Primária.

Apesar dos avanços expressivos na ampliação da cobertura e na consolidação do diálogo entre saúde e educação, o PSE ainda esbarra em lacunas estruturais que comprometem seu pleno potencial. É fundamental diversificar os indicadores de avaliação, incluindo métricas qualitativas capazes de captar as dimensões culturais e psicossociais das ações intersetoriais, indo além dos tradicionais dados biomédicos. Para fortalecer a equidade, recomenda-se estabelecer metas regionais adaptadas às especificidades locais, vinculando parcela dos repasses orçamentários à redução das desigualdades territoriais. Ademais, a atualização do marco legal da participação juvenil, aproveitando as diretrizes do antigo Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e as resoluções da Conferência Nacional de Juventude, é essencial para assegurar o protagonismo dos adolescentes no planejamento, na execução e no monitoramento das políticas de saúde escolar.

Do ponto de vista financeiro, os dados consolidados no Plano Nacional de Saúde 2024–2027 e no Portal da Transparência evidenciam que o Programa Saúde na Escola contou com uma média anual de R\$ 400 milhões em recursos federais destinados à execução de suas ações intersetoriais. No ano de 2023, por exemplo, foram empenhados aproximadamente R\$ 362 milhões (90,5% do valor previsto) e pagos R\$ 318 milhões (79,5%), revelando desempenho orçamentário relativamente consistente. No entanto, a execução desses recursos apresentou disparidades regionais: enquanto as regiões Sul e Sudeste superaram 85% de execução financeira, o Norte e o Nordeste ficaram abaixo de 75%, evidenciando desigualdades na capacidade de gestão local e na articulação entre as equipes de saúde e educação. Esses dados reforçam a importância de políticas diferenciadas por território e da qualificação técnica para assegurar a efetividade das ações do PSE em todo o país (Brasil, 2023; Portal da Transparência, 2023).

Diante desse panorama, constata-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) constitui uma estratégia estruturante para consolidar o cuidado intersetorial e territorializado no enfrentamento aos determinantes sociais do uso abusivo de álcool entre adolescentes e jovens. Seus avanços institucionais, efeitos sobre o desempenho escolar e indicadores de cobertura reforçam seu papel como política pública de base preventiva e promotora de equidade. Contudo, as desigualdades regionais na execução orçamentária, as limitações dos indicadores atuais e a fragilização da participação juvenil apontam para a urgência de medidas integradas de qualificação técnica, financiamento diferenciado e fortalecimento da cidadania ativa no âmbito escolar. Consolidar o PSE como eixo efetivo da Rede de Atenção Psicossocial exige, portanto, um compromisso contínuo entre governos, instituições de ensino, trabalhadores da saúde e a própria comunidade escolar, em especial seus adolescentes protagonistas.

5.4 REDE DE SEGURANÇA PÚBLICA E FISCALIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A atuação do sistema de segurança pública no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool não se limita à contenção de comportamentos associados a riscos sociais e legais, mas compõe uma lógica mais ampla de proteção social, especialmente nos contextos em que o uso problemático da substância se associa a vulnerabilidades territoriais, violência doméstica, acidentes viários e conflitos

interpessoais. A articulação entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), Secretarias Estaduais e Municipais, Polícias Civil e Militar e Departamentos Estaduais de Trânsito (DETRANs), estrutura uma frente de ação que vai além da fiscalização legal, assumindo também o papel de mediadora de riscos e promotora de ambientes mais seguros para a convivência cidadã. Nesse contexto, a aplicação da Lei nº 11.705/2008 (Lei Seca) e de outros dispositivos legais não se restringe ao papel do controle institucional, mas constitui uma estratégia de saúde coletiva, com efeitos comprovados na redução de acidentes de trânsito, de óbitos e das internações hospitalares.

O consumo de álcool é fator de risco conhecido para a ocorrência de atos violentos, como agressões físicas, homicídios e violência interpessoal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), em diversos países o álcool está envolvido em mais de 50% dos casos de violência doméstica. No Brasil, dados do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2020) indicam que grande parte dos atendimentos por violência em serviços de emergência tem o consumo de álcool como antecedente. Dessa forma, a segurança pública não apenas reprime o crime, mas também deve atuar preventivamente por meio de campanhas educativas e ações fiscalizatórias.

Uma das iniciativas mais visíveis da Rede de Segurança Pública no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool são as operações de fiscalização de alcoolemia realizadas em articulação entre o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), os DETRANS estaduais e as polícias rodoviárias e militares, popularmente conhecidas como “Operação Lei Seca”. Essa política tem como objetivo reduzir os acidentes provocados por motoristas sob efeito de álcool.

Segundo o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), entre 2010 e 2021 a taxa de mortes por acidentes de trânsito atribuídos ao consumo de álcool caiu 32% no Brasil, de 7 para 5 óbitos a cada 100 mil habitantes. Ainda assim, em 2021 foram registradas 10.887 mortes e 75.983 internações decorrentes dessa causa, o que equivale a 1,2 óbito e 8,7 internações por hora.

Além da fiscalização viária, que se consolidou como estratégia preventiva com impacto direto na redução da letalidade no trânsito, a Rede de Segurança Pública tem ampliado sua atuação em ações de repressão qualificada e proteção comunitária. Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) indicam que, em áreas urbanas

marcadas por vulnerabilidade social, há maior incidência de ocorrências policiais associadas ao uso nocivo de álcool, especialmente nos casos de violência doméstica, lesões corporais e homicídios.

Nesse contexto, destacam-se iniciativas como os Grupos Reflexivos para autores de violência sob efeito de substâncias, promovidos por unidades da Polícia Civil em parceria com varas de família e o Ministério Público. Essas ações aliam responsabilização penal e abordagem psicossocial, contribuindo para a prevenção da reincidência. Em paralelo, as Guardas Civis Municipais vêm incorporando protocolos de abordagem humanizada, com encaminhamentos para serviços da rede de cuidado (CAPS-AD, CREAS, CRAS) em situações de intoxicação ou perturbação da ordem. Tais práticas reforçam o papel da segurança pública como elo articulador entre justiça, saúde mental e proteção social.

Apesar dos avanços legais, a fiscalização enfrenta desafios estruturais persistentes, como a escassez de efetivo, a carência de equipamentos (como etilômetros) e a judicialização recorrente dos autos de infração. Ainda é comum a impunidade em casos de embriaguez ao volante, seja pela dificuldade de comprovação técnica, seja por falhas processuais. Babor *et al.* (2010) ressaltam que a efetividade das normas de controle do álcool depende não apenas da clareza normativa, mas de sua aplicação contínua e rigorosa. Sem fiscalização sistemática, mesmo legislações robustas perdem sua força regulatória.

Outro eixo relevante da atuação da segurança pública é a repressão à venda ilegal de bebidas alcoólicas, especialmente para menores de 18 anos, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990). Essa fiscalização é essencial para prevenir a iniciação precoce ao consumo de álcool, reconhecida como fator de risco para o desenvolvimento de dependência química na vida adulta (Nees *et al.*, 2011).

A articulação entre segurança pública e sistema judiciário deve ser intensificada como estratégica no enfrentamento das consequências criminais do alcoolismo. Casos de violência doméstica, lesões corporais e homicídios frequentemente envolvem indivíduos sob efeito de álcool. Oliveira e Ferreira (2020) destacam que a interseção entre alcoolismo e violência de gênero exige medidas integradas de proteção às vítimas, responsabilização legal e encaminhamento dos

agressores para programas de reabilitação. A atuação conjunta de delegacias especializadas, promotorias, Defensorias Públicas e serviços de saúde constitui um componente vital dessa resposta intersetorial.

A atuação das Guardas Civis Municipais deve ser reconhecida como parte integrante da rede de fiscalização. Em diversas cidades brasileiras, essas corporações apoiam ações da polícia e dos órgãos de saúde, especialmente no cumprimento de normas municipais sobre o consumo de álcool em espaços públicos. Além disso, desenvolvem ações preventivas em escolas, feiras e comunidades, reforçando campanhas educativas e promovendo uma cultura de prevenção e convivência segura.

Além das ações institucionais de fiscalização e repressão qualificada, a atuação de instâncias locais de controle social, como os Conselhos Tutelares e os Conselhos Comunitários de Segurança (CONSEG), desempenha papel estratégico na mediação entre Estado e comunidade. Esses espaços descentralizados contribuem para a denúncia de irregularidades, o acompanhamento de casos e o apoio à implementação de políticas públicas, fortalecendo a gestão democrática da segurança. Como destacam Xavier et al. (2018), a descentralização da fiscalização permite respostas mais ágeis e ajustadas às especificidades territoriais, ampliando o controle social sobre as políticas de segurança e prevenção.

No entanto, a literatura especializada tem evidenciado que estratégias exclusivamente punitivas são insuficientes para enfrentar os efeitos sociais do consumo abusivo de álcool. Alves (2009) e Nascimento e Barros (2018) destacam que a atuação da segurança pública deve estar articulada às políticas de saúde, assistência social e educação, incorporando os princípios da prevenção, da inclusão e da justiça restaurativa. Assim, as ações de controle devem coexistir com iniciativas de promoção de direitos e cuidados integrados.

Essa perspectiva intersetorial mostra-se especialmente relevante em contextos de grandes eventos e festas populares, nos quais o consumo de álcool tende a aumentar significativamente, elevando também os índices de violência e acidentes. O planejamento conjunto entre órgãos de segurança, serviços de saúde e setores de fiscalização urbana é essencial para garantir respostas efetivas e proteção coletiva. Experiências como o programa “Carnaval Seguro”, no Rio de Janeiro, ilustram esse potencial: em 2025, houve redução de 64%

nos furtos a pedestres e de 33% nos roubos de celulares durante o período festivo, evidenciando os efeitos concretos de ações coordenadas entre diferentes setores.

Para que essas estratégias sejam efetivas, é indispensável o uso de indicadores claros, mensuráveis e atualizados. Contudo, ainda persiste uma lacuna significativa na produção e integração de dados públicos. A falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação da saúde, segurança e justiça compromete a formulação de diagnósticos precisos e o monitoramento de resultados (Furtado; Sakowski; Tóvolli, 2015). A carência de informações detalhadas por gênero, faixa etária e território, dificulta a definição de políticas públicas direcionadas e sensíveis às desigualdades.

Nesse cenário, a presença do álcool em ocorrências criminais deve ser reconhecida como marcador de risco social, exigindo respostas que combinem repressão qualificada e reintegração cidadã. Programas de policiamento comunitário e mediação de conflitos têm se mostrado eficazes na redução da reincidência em territórios com alta prevalência de consumo. Como destaca Braga (2011), a atuação dos assistentes sociais nos CRAS pode ser decisiva na reintegração social de usuários em conflito com a lei, por meio de ações socioeducativas e articulações com a rede local de serviços. Essa abordagem reforça a necessidade de uma segurança pública comprometida com a proteção social e a dignidade humana.

A relação entre o consumo abusivo de álcool e a violência de gênero, especialmente o feminicídio, tem sido amplamente documentada por estudos nacionais e internacionais. Em 2023, o Brasil registrou 1.706 feminicídios consumados e 988 tentativas, segundo o Monitor de Feminicídios do Laboratório de Estudos de Feminicídios da Universidade Estadual de Londrina (LESFEM/UEL),¹⁰ configurando o maior número da série histórica. Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública indicam que mais de 60% dos feminicídios ocorreram no ambiente doméstico, e em grande parte dos casos havia relato de uso de álcool pelo agressor no momento do crime. Paralelamente, o relatório Vigitel 2023 revelou um aumento do consumo abusivo de álcool entre mulheres, passando de 12,7% em 2021 para 15,2% em 2023, o que acende um alerta para os impactos cruzados entre saúde mental, violência e desigualdade de gênero. Esses dados

¹⁰ Espaço de pesquisa interdisciplinar voltado à produção e análise de dados sobre crimes de feminicídio, consumados e tentados, em todo o Brasil.

reforçam a urgência de políticas públicas que integrem segurança, saúde e justiça, com foco na prevenção da violência doméstica e no enfrentamento das causas estruturais do feminicídio.

Quadro 6 – Feminicídios consumados com envolvimento de álcool por estado (Brasil, 2024)		
Estado	Feminicídios consumados (2024)	Casos com envolvimento de álcool
São Paulo	4.327	1.298
Rio de Janeiro	4.055	1.298
Minas Gerais	3.665	1.026
Bahia	3.071	1.075
Paraná	2.987	986
Rio Grande do Sul	2.812	872
Pernambuco	2.345	797
Ceará	2.112	570
Pará	1.978	712
Mato Grosso	1.745	663
Mato Grosso do sul	1.622	600
Maranhão	1.518	531
Goiás	1.489	476
Espírito Santo	1.376	413
Paraíba	1.212	400
Alagoas	1.105	376
Amazonas	1.087	391
Tocantins	1.024	389
Rondônia	1.003	401
Piauí	987	345
Acre	812	317
Sergipe	798	263

Amapá	765	237
Roraima	743	267
Distrito Federal	721	202

Fonte: [1] MONITOR DE FEMINICÍDIOS NO BRASIL – LESFEM/UEL. Feminicídios consumados e tentados no Brasil – Relatório 2024. Londrina: LESFEM/UEL, fev. 2025.
 [2] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on alcohol and health 2018. Genebra: OMS, 2018; REHM, Jürgen et al. Global burden of disease and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet Psychiatry*, London, v. 6, n. 12, p. 987–1010, 2019.

Outro aspecto frequentemente negligenciado, mas de grande relevância, é a relação entre o consumo abusivo de álcool e os acidentes de trabalho. Embora a fiscalização de ambientes laborais não esteja tradicionalmente vinculada à rede de segurança pública, sua integração às políticas preventivas é essencial. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil figura entre os cinco países com maior número de acidentes laborais no mundo, com cerca de 500 mil ocorrências por ano, das quais 4 mil resultam em mortes. Estima-se que, entre 2006 e 2017, mais de 447 mil trabalhadores brasileiros foram afastados por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A exposição a bebidas alcoólicas em determinadas profissões como transporte, construção civil e agricultura e a negligência de empregadores quanto às normas de segurança ampliam os riscos, impactando diretamente a saúde pública e os custos previdenciários do Estado.

Quadro 7 – Estimativa de afastamentos por álcool e outras drogas (2010-2024) por setor de atividade econômica

Setor econômico	Estimativa de afastamento	Substâncias mais comuns	Fonte base
Construção civil	45.000 - 55.000	Álcool, cocaína	INSS, IEPS ¹¹ , Relatório Técnico de Saúde Mental
Transporte e logística	35.000 - 45.000	Álcool, estimulantes	INSS, VIGITEL, CISA

¹¹ IEPS: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Organização sem fins lucrativos, independente e apartidária, cujo objetivo é contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no Brasil.

Indústria de transformação	25.000 - 30.000	Solvente, álcool	II Relatório Brasileiro sobre Drogas
Comércio e serviços gerais	20.000 - 25.000	Álcool, múltiplas drogas	VIGITEL, Covitel ¹²
Saúde e assistência social	10.000 - 15.000	Sedativos, álcool	IEPS, MInistério da Saúde
Agropecuária	8.000 - 12.000	Álcool	Relatórios regionais e estimativas

Fonte: elaborado pela autora com base em dados oficiais (2025).

Paralelamente, a atuação das polícias militar e civil em situações de perturbação da ordem pública envolvendo álcool tem sido alvo de críticas recorrentes. Em muitos casos, as abordagens ocorrem de forma truculenta ou estigmatizante, especialmente contra pessoas em situação de rua ou usuários crônicos. Alves (2004) já alertava que o uso abusivo de álcool frequentemente está associado a transtornos mentais, o que exige uma abordagem técnica e humanizada. Iniciativas recentes, como a capacitação de equipes do PRONASCI Juventude em manejo de álcool, saúde mental e redução de danos, promovidas pelo Ministério da Justiça em parceria com universidades públicas, apontam caminhos promissores para qualificar a atuação das forças de segurança com base em direitos humanos e cuidado.

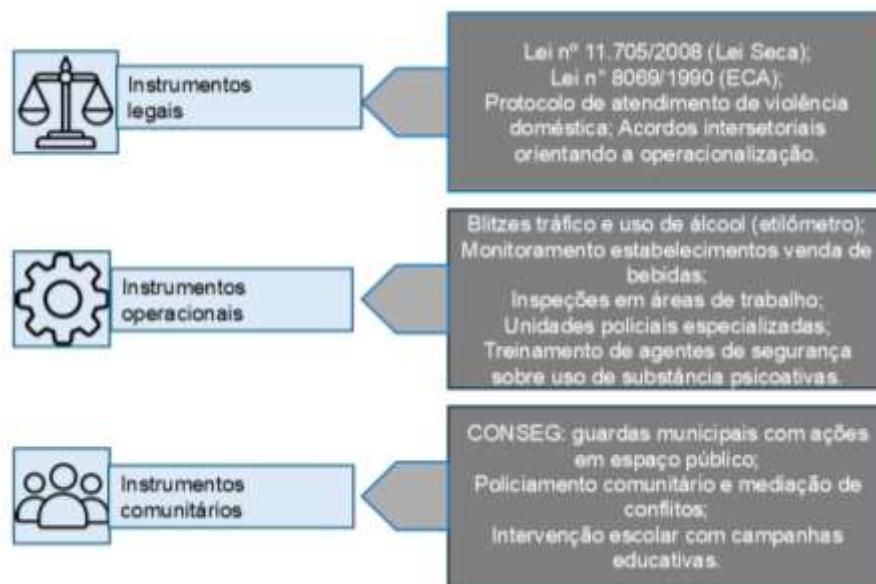
Nesse sentido, a lógica do encarceramento como resposta ao alcoholismo também precisa ser revista. A criminalização de condutas como desordem pública ou resistência, quando associadas ao uso de álcool, contribui para a superlotação do sistema penitenciário sem enfrentar as causas estruturais do problema. Laranjeira e Romano (2020) defendem que o consumo abusivo de álcool deve ser tratado prioritariamente como questão de saúde pública, e não apenas como infração penal. A experiência da Justiça Terapêutica no Brasil, com mais de uma década de atuação em estados como São Paulo e Rio Grande do Sul, demonstra que programas de acompanhamento psicossocial vinculados ao sistema de justiça podem reduzir a reincidência criminal e promover a reintegração social de infratores com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Por fim, a articulação entre segurança pública e escolas é fundamental na prevenção do uso precoce de álcool. A presença de

¹² Convite: Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Tempos de Pandemia.

profissionais da segurança em ambientes escolares deve estar vinculada a ações educativas, rodas de conversa e estratégias de mediação de conflitos, evitando abordagens repressivas que gerem medo ou estigmatização. Moraes e Carvalho (2015) destacam que programas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas são mais eficazes quando conduzidos por equipes multidisciplinares, com participação ativa da comunidade escolar e respeito à autonomia dos adolescentes.

Figura 3 – Eixos operacionais da Segurança Pública e Fiscalização no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool



Fonte: elaborado pela autora com base em dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública, FBSP, CISA, OIT, e literatura científica (2004–2025).

Os hábitos sociais do consumo de álcool são fortemente influenciados pela atuação da mídia e pelas estratégias de marketing da indústria de bebidas. A glamourização do álcool em novelas, filmes, reality shows e comerciais publicitários frequentemente associada à juventude, sucesso e celebração contrasta frontalmente com a realidade enfrentada nos serviços de emergência, nas delegacias e nos lares marcados por violência doméstica. Essa dissonância simbólica contribui para a naturalização do consumo precoce e a banalização dos riscos associados ao uso abusivo da substância.

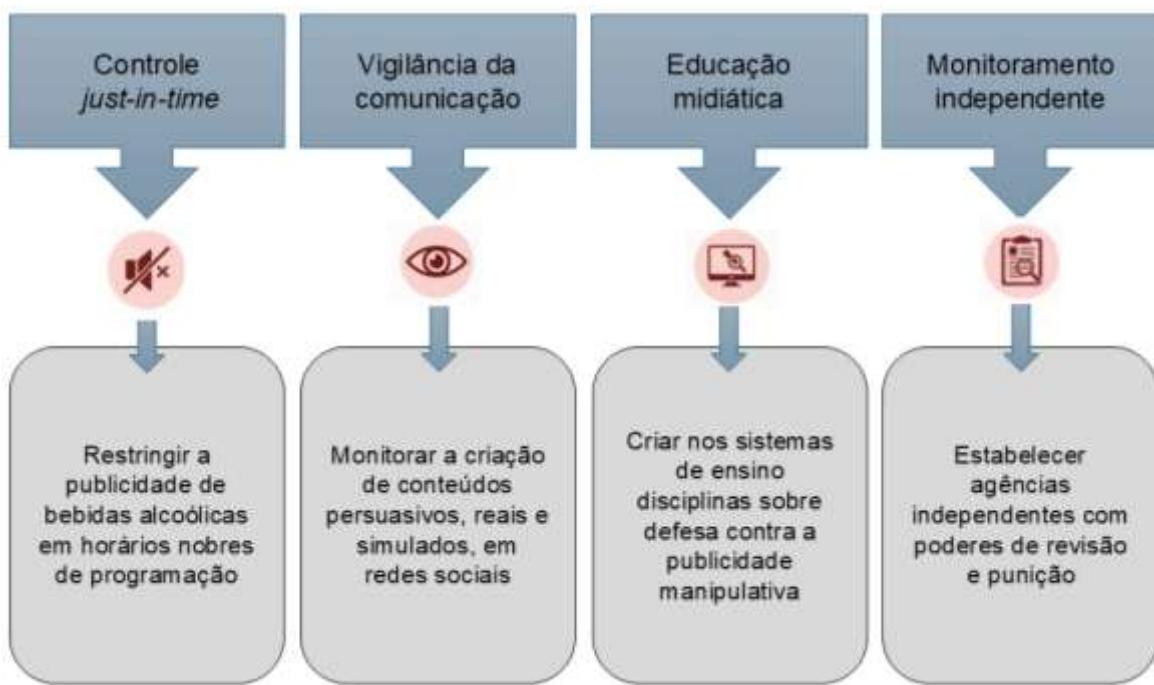
Como destacam Noel e Babor (2022), a autorregulação da indústria tem se mostrado ineficaz na proteção de grupos vulneráveis, especialmente adolescentes, frente à exposição a conteúdos promocionais. Nesse cenário, campanhas institucionais promovidas por órgãos de segurança e saúde pública devem assumir um papel

mais ativo na desconstrução desses discursos, oferecendo informações baseadas em evidências e desmistificando a ideia de que o consumo é inofensivo. A recente publicação da Fiocruz e do Ministério da Justiça sobre marketing e regulação de bebidas alcoólicas no Brasil reforça que o enfrentamento do álcool como problema de saúde coletiva demanda não apenas controle e cuidado, mas também vigilância sobre sua disponibilidade simbólica nos meios de comunicação e plataformas digitais.

Um exemplo emblemático de campanha institucional voltada à conscientização sobre os riscos do álcool é a série “Álcool: menos é melhor”, lançada em 2022 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A campanha utilizou peças em rádio, TV, redes sociais e transporte público com mensagens educativas baseadas em evidências científicas, dirigidas especialmente a adolescentes e jovens. Um dos eixos centrais da campanha foi o enfrentamento da ideia de que “beber faz parte da socialização”, mostrando depoimentos reais de pessoas afetadas por acidentes, violência e perdas associadas ao consumo. Avaliações conduzidas pela Secretaria de Comunicação em 2023 indicaram que 74% das pessoas expostas às peças relataram maior percepção de risco em relação ao consumo abusivo de álcool. A experiência reforça que uma política eficaz de enfrentamento ao álcool não depende apenas da restrição de acesso físico à substância, mas também da regulação de sua presença simbólica nos espaços públicos e midiáticos.

A figura a seguir apresenta um panorama sintético das principais diretrizes recomendadas para a regulação da comunicação e da publicidade de bebidas alcoólicas, com base em evidências nacionais e internacionais de saúde pública.

Figura 4 – Estratégias para regulação da comunicação e da publicidade de bebidas alcoólicas



Fonte: elaborado pela autora com base em Babor et al. (2022), Ministério da Saúde, Fiocruz e OMS (2005-2024).

A partir da Figura 3, observa-se que a regulação eficaz da publicidade de bebidas alcoólicas exige um conjunto articulado de estratégias normativas, educativas e tecnológicas. Destaca-se a necessidade de restringir a veiculação de anúncios em horários e espaços com ampla audiência juvenil, proibir apelos emocionais e associações a estilos de vida idealizados, além de estabelecer penalidades efetivas para descumprimentos. Tais medidas devem ser acompanhadas de ações contínuas de educação midiática e campanhas baseadas em evidências, que esclareçam os riscos associados ao álcool. A inclusão da regulação da publicidade alcoólica nas agendas de saúde e segurança pública amplia o alcance das ações de prevenção ao atuar não apenas sobre a disponibilidade física da substância, mas também sobre sua representação simbólica, peça-chave para desconstruir padrões culturais que naturalizam ou glamourizam o consumo.

O financiamento das ações de fiscalização e segurança voltadas ao controle do álcool precisa ser ampliado. O orçamento da segurança pública no Brasil tem sido historicamente direcionado ao enfrentamento da criminalidade organizada, com pouca atenção às causas sociais da violência, como o abuso de substâncias. A criação de fundos específicos para a prevenção da violência relacionada ao álcool

poderia fortalecer iniciativas locais e regionais. A descentralização dos recursos, com apoio técnico federal, permitiria maior inovação nas respostas locais.

Além dos desafios operacionais e institucionais, é fundamental considerar a dimensão orçamentária das políticas de segurança pública voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool. Em 2023, o orçamento federal atualizado para a área de segurança pública foi de R\$ 17,01 bilhões, dos quais R\$ 13,21 bilhões foram efetivamente executados, representando cerca de 77,7% de realização orçamentária. Entretanto, programas diretamente voltados à prevenção e reinserção social de dependentes químicos, como a Rede de Suporte Social ao Dependente Químico, receberam menos de 0,01% desse total, evidenciando a baixa priorização orçamentária de ações intersetoriais e preventivas no campo da segurança pública.

A experiência internacional reforça a importância de reverter esse cenário. Países como Canadá, Austrália e Noruega têm implementado programas de “sobriedade supervisionada”, que combinam monitoramento judicial, apoio psicossocial e parcerias entre polícia e serviços de saúde. Avaliações recentes indicam que essas iniciativas têm contribuído para a redução da reincidência criminal, das internações hospitalares e dos custos judiciais associados ao uso abusivo de álcool (Rehm et al., 2023). Esses modelos demonstram que o investimento em estratégias integradas e baseadas em evidências pode gerar retornos sociais e econômicos significativos.

Nesse sentido, a cooperação internacional desempenha papel estratégico. A participação do Brasil em fóruns como a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD/OEA) e os programas da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem possibilitado o intercâmbio de boas práticas e o acesso a metodologias de avaliação e monitoramento. Em 2023, a CICAD publicou relatórios temáticos que destacam a importância de medidas alternativas ao encarceramento, da articulação com a sociedade civil e da formulação de políticas baseadas em dados. A incorporação das recomendações da OMS, como os chamados *best buys*¹³ para o controle do álcool, deve orientar a

¹³ Best buys: intervenções recomendadas pela OMS por serem as mais custo-efetivas; para álcool incluem aumento de preços (tributação), restrição de disponibilidade e regulação da publicidade.

revisão das políticas nacionais, com foco na efetividade, equidade e sustentabilidade fiscal.

A efetividade das ações de segurança pública no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool também depende da articulação com os Conselhos de Políticas sobre Drogas, nos níveis municipal, estadual e federal. Esses espaços colegiados, quando ativos e representativos, desempenham papel estratégico na formulação de diretrizes, no monitoramento da aplicação de recursos e na mediação entre governo e sociedade civil. A atuação conjunta entre conselhos e órgãos de segurança fortalece a legitimidade das ações de fiscalização e amplia a aderência das comunidades afetadas pelas políticas públicas, sobretudo em territórios marcados por vulnerabilidades sociais.

Nesse sentido, a Rede de Segurança Pública e Fiscalização configura-se como um dos pilares centrais no enfrentamento ao consumo nocivo de álcool. No entanto, sua eficácia não pode ser medida apenas pela capacidade de coibir infrações, mas pela articulação com as demais políticas sociais, pelo investimento contínuo na formação dos profissionais e pela adoção de estratégias preventivas, inclusivas e baseadas em evidências. O desafio contemporâneo está em construir um sistema integrado que reconheça a complexidade do fenômeno e atue de forma ética, eficiente e socialmente justa. O consumo problemático de álcool exige respostas que combinem repressão qualificada, cuidado, informação e participação social.

Diante da complexidade que envolve o enfrentamento ao consumo abusivo de álcool, torna-se evidente que a Rede de Segurança Pública e Fiscalização não pode operar de maneira isolada ou restrita à lógica repressiva. A construção de respostas efetivas requer o fortalecimento de práticas integradas, o controle social por meio de conselhos atuantes, o investimento contínuo em formação profissional, a revisão de estratégias de comunicação e a incorporação de princípios de justiça social. A superação de abordagens estigmatizantes, a redução das desigualdades regionais e a consolidação de uma presença qualificada nos territórios são elementos centrais para assegurar uma segurança pública ética, sensível e promotora de saúde coletiva. É nesse ponto que se amplia a necessidade de compreender a articulação entre governança intersetorial, planejamento territorial e redes locais de cuidado como dimensões estruturantes das políticas públicas.

A seção seguinte explora exatamente esse eixo: a Rede de Gestão, Governança e Territórios, destacando os arranjos institucionais e as estratégias colaborativas que possibilitam a implementação efetiva de políticas de cuidado, prevenção e equidade. A análise enfoca o papel dos pactos federativos, das instâncias de gestão compartilhada e da territorialização como instrumentos para enfrentar os desafios complexos que o uso nocivo de álcool impõe ao sistema de proteção social brasileiro.

5.5 REDE DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E MONITORAMENTO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A crescente preocupação internacional com os efeitos sociais, econômicos e sanitários do consumo abusivo de álcool tem levado à criação de redes globais de cooperação e monitoramento. Essas redes, lideradas por organismos multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), têm sido fundamentais para orientar os países-membros na formulação e avaliação de políticas públicas sobre álcool (OMS, 2018). O Brasil é signatário de diversos compromissos internacionais e participa ativamente dessas iniciativas, o que demonstra o reconhecimento da relevância da atuação transnacional como complemento às ações domésticas. Essa articulação internacional fortalece a governança das políticas públicas de saúde ao promover o intercâmbio de informações, a padronização de indicadores e o alinhamento normativo com recomendações baseadas em evidências científicas.

A atuação da OMS na regulação do álcool se intensificou a partir da publicação do *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, que propõe ações voltadas à redução da oferta, da demanda e dos danos associados ao consumo (WHO, 2018). Essa estratégia estabelece um conjunto de intervenções de alta relação custo-benefício, conhecidas como “best buys”, que incluem o aumento da tributação, a restrição à propaganda e o controle da disponibilidade física de bebidas alcoólicas (Chisholm et al., 2018). Essas medidas foram incorporadas à agenda brasileira por meio de decretos, como o Decreto nº 6.117/2007, e por iniciativas como a Política Nacional sobre o Álcool. A cooperação com organismos internacionais reforça a legitimidade dessas ações, fornecendo suporte técnico e evidências comparadas sobre sua eficácia.

A construção de uma rede de cooperação internacional pressupõe a troca sistemática de dados, experiências e boas práticas entre países. Nesse contexto, o Brasil tem contribuído com estudos epidemiológicos de ampla escala, como os levantamentos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e os inquéritos do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). Esses dados alimentam os bancos internacionais de monitoramento do consumo de álcool, permitindo comparações entre países e auxiliando no planejamento global de políticas públicas (CISA, 2020; CEBRID, 2005). Além disso, esses sistemas de informação são utilizados para aferir o cumprimento das metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente os relacionados à saúde e ao bem-estar (ODS 3).

A cooperação internacional também envolve a capacitação técnica de profissionais e gestores públicos por meio de intercâmbios, cursos e missões técnicas. A OPAS, por exemplo, mantém acordos de cooperação com o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações integradas voltadas à prevenção do uso nocivo de álcool. Essas parcerias incluem a tradução e adaptação de materiais técnicos, a elaboração de planos nacionais de ação e o fortalecimento da vigilância em saúde pública. Conforme aponta Franklin *et al.* (2021), o apoio internacional é essencial para superar desigualdades regionais e deficiências estruturais na execução das políticas. O investimento em formação técnica especializada, com apoio de agências internacionais, contribui para elevar o padrão de qualidade da regulação nacional.

O monitoramento de indicadores é uma das funções centrais da rede internacional de cooperação. A OMS recomenda que os países adotem sistemas contínuos de coleta e análise de dados sobre consumo, morbimortalidade e impacto econômico do álcool. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e os sistemas de informação do Ministério da Saúde (DATASUS) são ferramentas fundamentais para esse acompanhamento (Silva *et al.*, 2022). Os dados obtidos são comparados com padrões internacionais, permitindo o ajuste de políticas e a priorização de recursos. A sistematização de informações, além de subsidiar o planejamento, contribui para a transparência da política pública e fortalece o controle social, conforme defende Lopes (2007).

A dimensão orçamentária da cooperação internacional se manifesta por meio de financiamentos, doações técnicas e assistência

para implementação de projetos-piloto. Em diversas ocasiões, a OMS, o Banco Mundial e a OPAS destinaram recursos para programas brasileiros de prevenção ao álcool e às drogas, como forma de incentivar a adoção das melhores práticas. Além disso, esses recursos possibilitam a realização de estudos de impacto, auditorias independentes e o desenvolvimento de tecnologias de informação voltadas ao controle do consumo. Furtado, Sakowski e Tóvolli (2015) destacam a importância de estruturas orçamentárias flexíveis e adaptáveis para absorver esses financiamentos internacionais, garantindo sua sustentabilidade e coerência com o planejamento estratégico nacional.

A cooperação internacional, entretanto, não se limita ao campo técnico-científico ou orçamentário; ela também exerce influência política e normativa. A assinatura de tratados, convenções e declarações internacionais compromete os países a adotarem padrões mínimos de proteção à saúde pública. O Brasil, ao ratificar documentos como a *Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco*, incorporou o princípio da precaução e a prioridade da saúde sobre os interesses econômicos no campo das substâncias psicoativas. Embora o álcool não esteja formalmente incluído nessa convenção, a OMS tem defendido a criação de um instrumento semelhante voltado especificamente para bebidas alcoólicas. Segundo Babor et al. (2022), a ausência de um tratado internacional sobre o álcool ainda limita a efetividade da governança global, sendo a cooperação voluntária uma medida provisória, porém necessária.

A atuação de instituições multilaterais também influencia diretamente a formulação de políticas públicas nacionais, ao propor metas e indicadores de desempenho para os Estados-membros. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da OMS, tem elaborado relatórios periódicos sobre a situação do álcool nas Américas, destacando o Brasil entre os países com taxas preocupantes de consumo per capita e de mortalidade atribuível ao álcool (OMS, 2018). Esses relatórios servem como referências técnicas e políticas para os gestores públicos, funcionando como uma forma de pressão positiva por respostas mais eficazes. Nesse contexto, a inserção do Brasil em fóruns internacionais amplia a visibilidade do problema e estimula a adoção de medidas baseadas em evidência, especialmente quando há comparação entre pares regionais.

A colaboração com organismos internacionais também possibilita inovações institucionais, como a criação de observatórios nacionais ou regionais de monitoramento do álcool. Tais estruturas operam como centros de análise de dados, avaliação de políticas e difusão de boas práticas. Em alguns países, esses observatórios são coordenados por universidades públicas em parceria com ministérios da saúde e organizações não governamentais, garantindo independência científica e compromisso público. No Brasil, experiências similares foram implementadas por meio de convênios com instituições como o CISA (2020) e o CEBRID (2005), cujos levantamentos têm sido utilizados como base para políticas públicas. A institucionalização desses mecanismos de monitoramento fortalece a capacidade analítica do Estado e sua autonomia frente a interesses privados.

No campo normativo, a cooperação internacional impulsiona revisões legislativas ao indicar lacunas e inconsistências nas regulações nacionais. A Lei nº 9.294/1996, que trata das restrições à propaganda de bebidas alcoólicas, tem sido criticada por especialistas internacionais por conter brechas que permitem a ampla veiculação de comerciais de cervejas em horários de grande audiência (Babor *et al.*, 2010). A OMS recomenda a proibição total da propaganda de bebidas alcoólicas em canais abertos, medida já adotada por diversos países europeus. A persistência dessa permissividade no Brasil evidencia a necessidade de harmonização normativa com os parâmetros internacionais. O apoio técnico-jurídico de organismos multilaterais pode auxiliar na revisão da legislação, garantindo maior proteção à saúde pública.

A difusão de padrões internacionais de regulação, como o uso de rótulos de advertência e o estabelecimento de preços mínimos por unidade de álcool, é outro aspecto promovido pela rede de cooperação. No Canadá e na Escócia, por exemplo, essas medidas resultaram em queda significativa no consumo entre populações vulneráveis, como jovens e pessoas em situação de rua (Rehm *et al.*, 2023). O Brasil ainda não adota tais mecanismos de forma sistemática, embora haja propostas em discussão no Congresso Nacional. A transposição desses modelos exige adaptação ao contexto socioeconômico local, mas sua incorporação ao debate técnico é facilitada pela atuação de organismos como a OPAS, que oferece estudos de viabilidade e suporte metodológico.

O monitoramento dos impactos sociais e econômicos do consumo de álcool é um dos pilares para a gestão eficiente das políticas públicas, e a cooperação internacional contribui com ferramentas avançadas para essa finalidade. Modelos de avaliação de impacto, como os utilizados pelo Banco Mundial, permitem estimar os custos indiretos do álcool sobre o sistema de saúde, previdência, segurança pública e produtividade econômica (Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2023). Tais dados são fundamentais para justificar investimentos em políticas preventivas, inclusive em períodos de restrição fiscal. O uso de modelos econométricos e simulações de cenário pode ser ampliado por meio de cooperação técnica internacional, capacitando quadros nacionais para o uso dessas metodologias.

A interdependência global nas questões de saúde pública, especialmente no controle de fatores de risco comuns como o álcool, reforça a importância de pactos multilaterais. O consumo de álcool é um fenômeno transnacional, com implicações que ultrapassam fronteiras como turismo de consumo, comércio internacional de bebidas e influência de campanhas globais de marketing. Por isso, a OMS defende a criação de um tratado internacional específico para o controle do álcool, nos moldes da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS). A participação ativa do Brasil nesse processo é estratégica, pois o país reúne condições epidemiológicas, econômicas e políticas para liderar o debate regional e influenciar o desenho do futuro marco legal global.

Do ponto de vista colaborativo, a rede internacional também estimula a participação da sociedade civil e da academia no processo decisório. Fóruns internacionais como o *World Health Assembly* e o *Global Alcohol Policy Conference* reúnem não apenas representantes estatais, mas também pesquisadores, entidades de classe, conselhos profissionais e ONGs. Essa governança ampliada garante maior pluralidade na formulação das diretrizes e favorece o controle democrático das políticas públicas. No Brasil, a articulação entre os Conselhos de Saúde, universidades e movimentos sociais com organismos como a OPAS fortalece a legitimidade das ações implementadas. Conforme Franklin et al. (2021), essa articulação em rede é essencial para garantir que as políticas de álcool sejam centradas na defesa da vida e da dignidade humana.

A transparência e a rastreabilidade dos dados são condições fundamentais para o funcionamento eficaz da cooperação

internacional. Os organismos multilaterais exigem, cada vez mais, padrões elevados de integridade nos dados compartilhados, com metodologias claras, indicadores auditáveis e cobertura territorial adequada. No Brasil, a fragmentação dos sistemas de informação sobre álcool compromete a comparabilidade internacional, especialmente nos dados relacionados à violência, morbidade psiquiátrica e comorbidades (Alves; Kessler; Ratto, 2004). A padronização de critérios e a interoperabilidade entre os sistemas do SUS, do Sistema de Justiça e dos institutos de pesquisa são prioridades para tornar o país um parceiro confiável na rede global de monitoramento.

Os recortes de gênero, raça e território nas estatísticas sobre consumo de álcool também são fortemente incentivados por agências internacionais. Estudos recentes mostram que mulheres, jovens negros e populações periféricas são desproporcionalmente afetados por políticas ineficientes de controle do álcool, agravando desigualdades estruturais (Araújo, 2008; Torres, 2017). A incorporação dessas variáveis nas análises contribui para a formulação de políticas públicas mais justas e eficazes. Organismos como a OMS e o PNUD têm desenvolvido guias metodológicos para avaliação interseccional de políticas sobre substâncias psicoativas. A adoção dessas diretrizes no Brasil pode melhorar a alocação de recursos e fortalecer a equidade na proteção à saúde.

A formação de redes transnacionais de pesquisa é uma estratégia amplamente adotada no campo das políticas públicas de saúde. Instituições brasileiras, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Fiocruz, participam de consórcios internacionais que investigam os efeitos do álcool sobre diferentes aspectos da saúde e da sociedade. Tais parcerias geram evidências robustas e comparáveis, que servem de base para recomendações da OMS e OPAS (Laranjeira et al., 2013; Arca Fiocruz, 2023). A presença ativa de pesquisadores brasileiros nesses espaços contribui para que as especificidades locais sejam consideradas nos relatórios globais, ao mesmo tempo que permite a apropriação de metodologias de ponta na análise de políticas públicas.

O fortalecimento da rede de cooperação internacional passa também pelo engajamento contínuo dos gestores públicos nacionais, especialmente em espaços intergovernamentais como o Mercosul e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Essas instâncias têm debatido a harmonização normativa no controle do álcool,

especialmente no que diz respeito à rotulagem, publicidade e fiscalização de fronteiras. Para o Brasil, trata-se de uma oportunidade estratégica de alinhar-se a padrões regulatórios mais protetivos, influenciar agendas regionais e construir instrumentos comuns de enfrentamento. Segundo Lascoumes e Le Galès (2005), o uso coordenado de instrumentos de política pública entre países com estruturas administrativas similares potencializa os resultados e reduz os custos de implementação.

A gestão orçamentária de fundos multilaterais requer a adoção de boas práticas de governança e *accountability*. Organismos como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial têm exigido mecanismos rigorosos de prestação de contas para liberar recursos destinados a programas de controle de substâncias (Furtado; Sakowski; Tóvolli, 2015). No Brasil, iniciativas como a Estratégia Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD) já foram contempladas com financiamentos internacionais, condicionados à elaboração de planos de ação com metas claras, cronogramas e indicadores de impacto. A rede de cooperação, nesse sentido, opera não apenas como fonte de recursos, mas como catalisadora de boas práticas de gestão pública.

A inserção do Brasil em acordos multilaterais de saúde pública exige uma abordagem integrada e articulada com as demais políticas sociais, como educação, assistência e segurança pública. O consumo abusivo de álcool é um fenômeno multifacetado que requer respostas intersetoriais, e a cooperação internacional tem reforçado essa perspectiva. Documentos como o *Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool* (Laranjeira; Romano, 2020) enfatizam a importância de redes de colaboração entre ministérios, secretarias estaduais e municipais, universidades e organizações internacionais. Tal arranjo aumenta a efetividade das políticas e permite uma abordagem mais sistêmica e preventiva, superando ações isoladas e pontuais.

É necessário destacar que a cooperação internacional também se dá em contextos de tensão, como no embate entre interesses da saúde pública e da indústria de bebidas alcoólicas. A atuação de empresas multinacionais nos fóruns internacionais muitas vezes busca limitar a adoção de medidas restritivas, sob o argumento da liberdade econômica e da soberania nacional (Babor; Robaina, 2013). Essa disputa exige que os representantes brasileiros estejam tecnicamente preparados e politicamente alinhados com os princípios da proteção à

saúde e da precaução. A presença qualificada do Brasil nesses espaços, respaldada por dados consistentes e por alianças com países progressistas, é fundamental para garantir que os interesses da saúde coletiva prevaleçam sobre os interesses comerciais.

A sustentabilidade da participação brasileira na rede internacional de cooperação exige o fortalecimento de mecanismos institucionais permanentes, como comitês interministeriais, núcleos de relações internacionais nos ministérios e grupos técnicos no Congresso Nacional. A existência de instâncias específicas voltadas à interface com organismos multilaterais permite maior agilidade na adesão a recomendações, na captação de recursos e na internalização de normas. A criação de um Observatório Nacional de Políticas sobre o Álcool, vinculado ao Ministério da Saúde e articulado com a OPAS e a OMS, seria uma inovação institucional capaz de centralizar o monitoramento de indicadores e o diálogo técnico com parceiros internacionais, contribuindo para a racionalização da política pública.

A abordagem normativa proposta pelas organizações internacionais prioriza a prevenção baseada em evidências, orientada para a redução do risco populacional em vez da responsabilização individual. Isso contrasta com modelos punitivistas ou exclusivamente terapêuticos que ainda prevalecem em parte das políticas públicas brasileiras (Machado; Boarini, 2013). A adesão a esse paradigma preventivo requer a reformulação de marcos legais, a ampliação do orçamento para campanhas de saúde e a promoção da cultura da moderação. Essa mudança de enfoque está alinhada às orientações do *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2018), que destaca a importância de políticas universais e intersetoriais na redução do consumo nocivo de álcool.

O envolvimento do Brasil em redes internacionais favorece a transferência de tecnologias sociais, como metodologias de redução de danos, modelos comunitários de atenção e sistemas de alerta precoce sobre padrões de consumo. Essas experiências são frequentemente sistematizadas em relatórios e manuais técnicos disponibilizados por organismos como a OPAS, a UNODC e o Banco Mundial. A internalização dessas tecnologias pode acelerar a implantação de políticas eficazes, economizando recursos e evitando erros já identificados em outros contextos (Mangueira et al., 2015). A capacidade de adaptar essas inovações ao contexto sociocultural brasileiro é um

diferencial estratégico que depende da articulação entre os diferentes níveis de governo e os parceiros internacionais.

A efetividade da rede internacional também depende de sua capacidade de enfrentar os desafios impostos pela desinformação e pelo negacionismo científico, que afetam a credibilidade das evidências utilizadas para embasar as políticas públicas. O papel das organizações internacionais tem sido essencial para validar informações técnicas, esclarecer a população e orientar gestores. Campanhas conjuntas entre a OPAS e o Ministério da Saúde sobre os riscos do consumo precoce de álcool, por exemplo, ajudam a neutralizar narrativas que romantizam o consumo juvenil. De acordo com Sargent e Babor (2020), a exposição a mensagens publicitárias associando o álcool a estilos de vida desejáveis influencia diretamente o comportamento de adolescentes, reforçando a importância da regulação da comunicação comercial.

A construção de uma governança global do álcool enfrenta resistências políticas e econômicas, mas avança a partir da mobilização de coalizões técnicas e da pressão de redes epistêmicas internacionais. Essas redes, formadas por pesquisadores, servidores públicos e ativistas, atuam de forma coordenada para pautar a agenda internacional e influenciar os fóruns de deliberação (Lascoumes; Le Galès, 2007). A participação brasileira em tais redes fortalece sua capacidade de articulação e defesa de interesses convergentes com a saúde pública. Além disso, permite ao país assumir um papel de liderança no Sul Global, contribuindo com experiências exitosas e reivindicando modelos de cooperação mais horizontais e solidários.

A avaliação contínua dos impactos da cooperação internacional na política pública brasileira sobre o álcool é fundamental para legitimar essa estratégia e assegurar sua permanência. Essa avaliação deve considerar não apenas os resultados quantitativos, como redução de consumo ou de internações, mas também os ganhos institucionais, a melhoria na capacidade estatal e a ampliação do diálogo federativo. O uso de metodologias mistas, com dados estatísticos e análises qualitativas, possibilita uma visão mais abrangente dos efeitos da cooperação. A publicação de relatórios periódicos e o uso de painéis públicos de indicadores são práticas recomendadas por organismos como o Banco Mundial e o WHO, contribuindo para a *accountability* e a transparência das ações desenvolvidas.

Conclui-se que a Rede de Cooperação Internacional e Monitoramento representa um componente estratégico da política pública brasileira de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool. Sua efetividade reside na capacidade de articular diferentes atores nacionais e internacionais, integrar evidências científicas ao processo decisório, mobilizar recursos financeiros e promover uma cultura de prevenção centrada na saúde pública. O Brasil, como país de grande relevância demográfica e sanitária, deve ampliar sua presença e influência nesses espaços multilaterais, consolidando parcerias duradouras e incorporando padrões regulatórios avançados. Ao alinhar suas políticas às recomendações globais, o país fortalece sua governança e reafirma o compromisso com a promoção da saúde e da dignidade humana.

5.6 REDE DE REGULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A regulação do mercado de bebidas alcoólicas é um dos pilares mais eficazes das chamadas “melhores práticas” ou “best buys” para o enfrentamento do álcool, segundo a OMS. Entre essas medidas estão o aumento da tributação, a restrição da disponibilidade física e horária das bebidas, e a limitação da propaganda e do patrocínio por parte da indústria (Chisholm *et al.*, 2018). O Brasil, embora tenha adotado algumas dessas diretrizes por meio de leis como a nº 9.294/1996 e o Decreto nº 6.117/2007, ainda carece de uma política nacional de regulação suficientemente coordenada e fiscalizada. A criação de uma rede regulatória pode preencher essa lacuna institucional ao integrar, normatizar e monitorar os diversos instrumentos existentes.

Uma das inovações tributárias recentes foi a promulgação da Lei Complementar nº 214/2025, que introduz o Imposto Seletivo (IS) sobre produtos prejudiciais à saúde, entre eles, as bebidas alcoólicas. Embora não seja uma lei setorial dedicada exclusivamente ao álcool, a LC 214 amplia o marco tributário brasileiro (que já inclui o IBS e a CBS) e fornece um instrumento econômico, em sintonia com as diretrizes da OMS/SAFER, para calibrar preços e desincentivar o consumo.

Importa ressaltar que a base legal específica para a regulação do álcool continua sendo o Decreto nº 6.117/2007 (Política Nacional de Álcool) e as normas infralegais da ANVISA. A LC 214, de caráter extrafiscal, atua como arcabouço para a instituição de alíquotas

seletivas, cujo detalhamento ficará a cargo de normas complementares. Na elaboração dessa lei, o Ministério da Economia e o Ministério da Saúde cooperaram para assegurar que parte da arrecadação financeie ações de prevenção e tratamento. Experiências na Europa e na América do Norte demonstram que tributações seletivas semelhantes tendem a reduzir o consumo per capita de álcool (Rehm *et al.*, 2023).

Apesar do avanço normativo, a efetividade do Imposto Seletivo depende de sua aplicação estratégica e da vinculação direta de parte de sua arrecadação a políticas públicas de saúde e educação. No Brasil, a destinação de receitas tributárias específicas enfrenta resistências históricas, muitas vezes justificadas por argumentos de rigidez orçamentária. No entanto, autores como Furtado, Sakowski e Tóvolli (2015) defendem a importância de modelos de financiamento ancorados em sistemas complexos, capazes de retroalimentar políticas integradas com base em indicadores de desempenho. A criação de fundos vinculados à arrecadação do imposto sobre álcool pode garantir sustentabilidade financeira à rede de regulação.

A ANVISA desempenha papel crucial na formulação de normas técnicas e sanitárias relacionadas à produção, rotulagem e comercialização de bebidas alcoólicas. Uma das suas contribuições mais relevantes foi a regulamentação da obrigatoriedade de advertências nos rótulos, alertando para os riscos do consumo durante a gravidez, na direção de veículos e em combinação com medicamentos (BRASIL, 2009). No entanto, a agência ainda enfrenta desafios no controle da publicidade indireta e da venda de bebidas alcoólicas em pontos de grande circulação, como postos de gasolina e lojas de conveniência. Babor *et al.* (2010) defendem que uma abordagem regulatória eficaz deve ir além da rotulagem, incorporando a regulação do ambiente físico e simbólico de acesso ao álcool.

O CONAD, órgão deliberativo vinculado ao Ministério da Justiça, tem por atribuição a formulação da Política Nacional sobre Drogas, incluindo o álcool. Sua atuação tem oscilado conforme as orientações políticas do Executivo federal, refletindo avanços e retrocessos na construção de um marco normativo consistente. A Política Nacional sobre o Álcool, instituída pelo Decreto nº 6.117/2007, foi um marco ao propor a regulação da propaganda, a ampliação da fiscalização e o incentivo a campanhas educativas permanentes. Contudo, sua implementação tem sido irregular, com baixa adesão dos entes

federativos e ausência de metas claras (ARCA, 2023). A articulação entre o CONAD e os demais órgãos da rede regulatória é condição para garantir coerência entre normas e práticas.

A publicidade de bebidas alcoólicas, especialmente as de teor moderado como cervejas, permanece amplamente disseminada em meios de comunicação de massa, o que contradiz as diretrizes internacionais de saúde pública. Sargent e Babor (2020) demonstram que há relação causal entre exposição à publicidade e início precoce do consumo entre adolescentes. Apesar das restrições previstas na Lei nº 9.294/1996, há permissividade normativa para a veiculação de propagandas de bebidas com teor alcoólico inferior a 13 graus Gay-Lussac. Tal brecha favorece ações de marketing direcionadas ao público jovem, incluindo o patrocínio de eventos culturais e esportivos. A rede de regulação, nesse ponto, deveria atuar de maneira mais incisiva para reverter os efeitos nocivos da publicidade irresponsável.

Atualmente o projeto de lei nº 499/2018, que tramita no Senado Federal, propõe a redução do teor alcoólico para 0,5 grau Gay-Lussac para inclusão de bebidas como vinhos e cervejas evidenciando o critério de delimitação que possa abranger produtos amplamente consumidos e com grande potencial de causar danos sociais.

A regulação da disponibilidade de bebidas alcoólicas é um eixo estratégico na política de controle do consumo, conforme reiterado pela OMS (2018). Essa dimensão envolve tanto a limitação dos horários e locais de venda quanto o controle da densidade de pontos de comercialização por território. No Brasil, a inexistência de uma norma nacional uniforme gera assimetrias entre estados e municípios, com cidades onde o álcool é vendido 24 horas por dia, inclusive próximo a escolas e hospitais. Segundo Monteiro (2016), a ausência de regulação federativa coordenada favorece o consumo abusivo e dificulta a fiscalização. A construção de uma rede integrada entre União, estados e municípios permitiria a harmonização normativa e o compartilhamento de boas práticas.

Diversas cidades brasileiras já adotaram legislações locais para restringir a venda de bebidas alcoólicas em determinados horários ou regiões, especialmente em zonas escolares e áreas com altos índices de violência. No entanto, tais medidas enfrentam resistência do setor comercial e da indústria, que frequentemente judicializa as restrições com base em argumentos econômicos e de livre iniciativa. Para

contornar esse cenário, a Política Nacional sobre o Álcool (Brasil, 2007) prevê a necessidade de pactuação intersetorial e participação comunitária na elaboração das normas. A rede regulatória, ao incluir representantes da sociedade civil, pode legitimar as medidas e garantir maior adesão.

Outro instrumento regulatório importante é o controle da idade mínima para compra e consumo de bebidas alcoólicas. A legislação brasileira proíbe a venda de álcool a menores de 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Apesar disso, pesquisas como o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas indicam que adolescentes conseguem acesso fácil a bebidas em estabelecimentos comerciais (Laranjeira et al., 2013). A baixa efetividade da norma decorre da fiscalização insuficiente e da ausência de penalidades dissuasivas. Para que a rede regulatória funcione plenamente, é necessário um sistema de monitoramento robusto, com tecnologia, capacitação de fiscais e campanhas educativas dirigidas aos comerciantes.

No plano internacional, experiências bem-sucedidas de regulação do álcool mostram a importância de políticas integradas e sustentadas a longo prazo. Rehm et al. (2023) analisaram os efeitos de diferentes pacotes de políticas em países do Leste Europeu, concluindo que o impacto é significativamente maior quando as ações são simultâneas e complementares. No Brasil, o desafio está na fragmentação das ações regulatórias, muitas vezes desarticuladas das políticas de saúde e educação. A criação de comitês interministeriais permanentes, com representação da sociedade civil e apoio técnico-científico, pode fortalecer a governança dessa rede regulatória.

A indústria de bebidas alcoólicas exerce forte influência nas decisões políticas e regulatórias, tanto por meio de lobbies institucionais quanto por ações de responsabilidade social corporativa que buscam construir uma imagem positiva perante a sociedade. Babor e Robaina (2013) alertam que muitas dessas ações, embora travestidas de compromisso com a saúde pública, têm o objetivo de retardar ou enfraquecer regulações efetivas. No Brasil, essa influência se manifesta na resistência à tributação seletiva, na flexibilização das normas de publicidade e no patrocínio de campanhas educativas com viés comercial. A rede de regulação deve preservar sua autonomia e adotar mecanismos de prevenção de conflito de interesses, especialmente em espaços de deliberação pública.

Um dos avanços regulatórios recentes é a inclusão de metas de controle do álcool nos planos nacionais de saúde e nos indicadores de desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS). A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde têm promovido a integração dos dados de consumo, atendimento e mortalidade por causas atribuíveis ao álcool, permitindo maior transparência e planejamento. Xavier et al. (2018) defendem que a produção de dados integrados e a construção de sistemas de informação compartilhados entre os entes da federação são condições essenciais para o funcionamento eficiente da rede de regulação.

Para além das normas jurídicas, a regulação do álcool requer instrumentos de comunicação de risco que sensibilizem a população sobre os efeitos do consumo abusivo. A rotulagem de bebidas alcoólicas com alertas gráficos, semelhantes aos usados em produtos fumígeros, é uma proposta discutida por especialistas e já implementada em países como Canadá e Uruguai (OMS, 2018). No Brasil, a resistência do setor produtivo e a falta de regulamentação específica impedem o avanço dessa medida. No entanto, conforme demonstram Chisholm et al. (2018), a rotulagem informativa é uma ferramenta eficaz para reduzir o consumo e orientar escolhas mais conscientes. A ANVISA, como parte da rede regulatória, deve liderar essa pauta com base em evidências científicas.

A eficiência da regulação também depende da transparência e do controle social sobre as decisões públicas. O acesso a informações sobre as licenças de comercialização, os índices de fiscalização e os dados de arrecadação do Imposto Seletivo pode ser garantido por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), fortalecendo o papel das organizações da sociedade civil na fiscalização da política de controle do álcool. Lopes (2007) destaca que o acesso público aos dados administrativos é fator crítico para a melhoria dos gastos públicos e para o aumento da legitimidade das políticas. A integração entre transparência ativa, dados abertos e participação cidadã reforça os mecanismos regulatórios e evita sua captura por interesses privados.

A regulação não se resume na criação de leis e decretos; ela envolve também a escolha dos instrumentos de política pública utilizados para atingir os objetivos normativos. Lascoumes e Le Galès (2005) conceituam os instrumentos como técnicas de governança que expressam uma determinada concepção do papel do Estado e da sociedade. No caso do álcool, a combinação de instrumentos

econômicos (tributação), normativos (leis), persuasivos (campanhas) e procedimentais (licenciamento) permite um arranjo regulatório mais robusto e adaptável. A escolha desses instrumentos deve ser baseada em evidências empíricas, considerando a viabilidade política, o custo-benefício e os efeitos distributivos.

A regulação do álcool também envolve tensões entre os diferentes níveis federativos. Estados e municípios possuem competência concorrente para legislar sobre saúde, segurança e consumo, o que pode gerar sobreposição normativa ou, em muitos casos, omissão. Marques (2006) aponta que as redes de políticas públicas no Brasil operam em contextos marcados por disputas de poder e desigualdades institucionais entre os entes federados. Para garantir eficácia à regulação, é necessário que os arranjos federativos incluam mecanismos de cooperação, pactuação e cofinanciamento, como já ocorre em políticas como a do SUS e do SUAS. A institucionalização de conselhos estaduais e municipais de políticas sobre drogas pode fortalecer a rede regulatória em nível subnacional.

A questão orçamentária é um dos principais entraves à implementação das normas regulatórias. Muitas vezes, leis são aprovadas sem previsão de recursos para sua fiscalização, monitoramento e avaliação. Segundo Schmidt (2016), a desconexão entre os marcos legais e a execução orçamentária compromete a efetividade das políticas sociais. O Imposto Seletivo sobre o álcool, se bem gerido, pode representar uma fonte estratégica de financiamento para a regulação. No entanto, é fundamental que haja regras claras sobre sua destinação, evitando desvios para finalidades não relacionadas à saúde pública. A transparência na alocação orçamentária é parte inseparável da regulação efetiva.

Do ponto de vista técnico, a atuação das agências reguladoras como a ANVISA exige autonomia decisória, capacidade de fiscalização e respaldo técnico-científico para normatizar em face da pressão de setores econômicos. A captura regulatória, isto é, o controle informal dos reguladores pelos regulados, é um risco reconhecido na literatura da administração pública (Peters; Nippen, 1998). Por isso, é essencial fortalecer a independência institucional da ANVISA e garantir que suas decisões se baseiem em estudos epidemiológicos, como os produzidos por instituições como o CISA (2020) e o CEBRID (2005), que oferecem diagnósticos precisos do impacto do álcool na população brasileira.

A regulação da propaganda de bebidas alcoólicas exige especial atenção à proteção de crianças e adolescentes. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à proteção contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988). Ao permitir a exposição massiva de jovens à publicidade de bebidas, o Estado pode estar violando esse preceito constitucional. A atuação da rede de regulação deve, portanto, priorizar esse público vulnerável, limitando o horário, o conteúdo e a linguagem das campanhas publicitárias de bebidas alcoólicas.

O sistema de regulação também deve prever instrumentos de responsabilização em casos de descumprimento das normas. Multas, interdições, suspensão de licenças e outras sanções administrativas são mecanismos previstos pela legislação brasileira, mas nem sempre aplicados com rigor. O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, em conjunto com o Ministério da Justiça e os Procons estaduais, pode atuar no fortalecimento da fiscalização e no mapeamento de estabelecimentos reincidentes. Alves, Kessler e Ratto (2004) afirmam que a aplicação coerente e contínua das sanções administrativas tem efeito pedagógico e reforça a autoridade do Estado na proteção da saúde pública.

A articulação da rede regulatória com o setor privado exige critérios rigorosos de governança e transparência. A cooperação com a indústria de bebidas alcoólicas deve ser cuidadosamente regulamentada, de modo a evitar a captura institucional e a legitimação de práticas comerciais que contradigam os princípios da saúde pública. Babor et al. (2013) demonstram que muitas ações de responsabilidade social promovidas pela indústria são utilizadas como estratégias de marketing, com impacto questionável na redução do consumo abusivo. Assim, a regulação deve estabelecer limites claros para a atuação do setor privado, priorizando a saúde coletiva sobre os interesses econômicos corporativos.

O avanço da regulação do álcool também exige um campo normativo estável e coerente. Mudanças legislativas frequentes, interpretações contraditórias e lacunas jurídicas dificultam a atuação das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização. A promulgação da Lei Complementar nº 214/2025 pode representar um marco nesse processo de estabilidade, desde que seja acompanhada de

regulamentações infralegais claras e articuladas entre os diferentes ministérios. Conforme apontado por Laranjeira e Romano (2020), a consolidação de políticas públicas do álcool no Brasil depende não apenas da elaboração de normas, mas da coerência sistêmica entre os instrumentos legais, administrativos e fiscais.

A construção de uma cultura regulatória no campo do álcool envolve também o investimento na formação de quadros técnicos qualificados. Profissionais de saúde, agentes fiscais, servidores públicos e comunicadores sociais devem ser capacitados continuamente para lidar com as especificidades do tema. A Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019) já prevê a capacitação como eixo estruturante, mas sua implementação ainda é desigual. A articulação entre o Ministério da Saúde, escolas de governo e instituições de ensino superior pode fortalecer a base institucional da regulação, garantindo maior uniformidade e qualidade na execução das normas.

A atuação da rede regulatória deve ser orientada por indicadores de desempenho que permitam o monitoramento contínuo dos resultados. Taxas de consumo per capita, número de infrações registradas, volume arrecadado com o Imposto Seletivo e impacto das campanhas educativas são alguns dos indicadores possíveis. Segundo Chisholm *et al.* (2018), a análise periódica de indicadores permite ajustes tempestivos nas políticas públicas e maior *accountability* perante a sociedade. O Ministério da Saúde, em articulação com o IBGE e o DATASUS, pode liderar a construção de um painel público de indicadores sobre o álcool, de acesso livre e atualizado regularmente.

A experiência de outros países pode servir como referência para o aperfeiçoamento da regulação brasileira. O Canadá, por exemplo, adotou um modelo de monopólio estatal da venda de bebidas alcoólicas em algumas províncias, reduzindo a disponibilidade e aumentando o controle. Já a Escócia instituiu um preço mínimo por unidade de álcool, medida que resultou na diminuição do consumo entre grupos de risco (OMS, 2018). A incorporação dessas experiências à realidade brasileira exige análise contextualizada, mas demonstra que é possível combinar liberdade econômica com proteção à saúde pública. A rede regulatória deve manter-se aberta ao diálogo internacional e à cooperação técnica com organismos multilaterais.

A sustentabilidade da rede regulatória requer compromisso político contínuo e apoio institucional transversal. Mudanças de

governo, cortes orçamentários e alterações nas prioridades administrativas podem fragilizar a continuidade das ações regulatórias. Por isso, é necessário institucionalizar a política de regulação do álcool como política de Estado, com diretrizes plurianuais, estruturas permanentes e legislação consolidada. Como destacam Lascoumes e Le Galès (2007), a eficácia das políticas públicas depende da estabilidade de seus instrumentos e da previsibilidade de sua aplicação. A construção dessa estabilidade deve ser uma prioridade no atual cenário de reformas administrativas e tributárias.

A Rede de Regulação e Políticas Públicas é um componente estratégico e imprescindível para o enfrentamento ao consumo abusivo de álcool no Brasil. Sua efetividade depende de uma governança robusta, articulação federativa, instrumentos jurídicos coerentes, financiamento adequado e participação social ativa. A promulgação da Lei Complementar nº 214/2025 representa uma janela de oportunidade para consolidar essa rede, desde que acompanhada de ações normativas, técnicas e políticas que garantam sua sustentabilidade. Somente com um arranjo regulatório eficaz, ético e transparente será possível reduzir os danos sociais, econômicos e de saúde pública causados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas.



6

GESTÃO ORÇAMENTÁRIA PARA POLÍTICAS DE CONTROLE DO ÁLCOOL: PAUTA DE DOTAÇÃO VERSUS REALIZAÇÃO

Com base na sistematização das redes colaborativas intersetoriais apresentada no Quadro 4, este capítulo analisa o panorama orçamentário no período pós-implementação dos programas (2008–2021, código orçamentário 21GS/08.048). Analisa a trajetória das dotações previstas nas Leis Orçamentárias Anuais e sua conversão em empenhos e pagamentos, com o objetivo de avaliar não apenas a magnitude dos recursos destinados à prevenção, tratamento e redução de danos relacionados ao álcool, mas também a previsibilidade, a execução e a efetividade desses fluxos financeiros ao se confrontarem com os arranjos institucionais e as rotinas de governança identificadas nas redes.

O recorte 2008–2021 foi adotado porque coincide com a implantação operacional de programas e pactuações centrais (notadamente a institucionalização do PSE em 2007) e abrange ciclos para avaliar implantação, consolidação e choques exógenos (contingenciamentos, emendas parlamentares, crise da COVID-19), permitindo comparar fases distintas de execução e previsibilidade orçamentária. A escolha do código 21GS/08.048 (Programa 08.048) atende a critérios de rastreabilidade e padronização nas bases oficiais (SIOP, Portal da Transparência, RREO), facilitando a extração consistente de dotação, empenho e pagamento.

6.1 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NAS ÁREAS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E JUVENTUDE NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

Instituído pelo Decreto n.º 6.286/2007 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017, o Programa Saúde na Escola (PSE) com o propósito de integrar políticas de saúde e educação, define a escola como território prioritário na promoção da saúde e prevenção de agravos, ao reconhecer que ambientes educativos saudáveis fortalecem o aprendizado e o bem-estar dos

estudantes. Em 2008, o programa recebeu sua primeira dotação orçamentária.

O quadro a seguir apresenta os valores previstos e efetivamente executados naquele ano para as ações intersetoriais de saúde escolar.

A extração considerou o programa “Saúde na Escola” (código 21GS ou 08.048, conforme classificação do exercício de 2008) e o filtro de unidades federativas para o ano-base 2008.

UF	DOTAÇÃO 2008	PAGO 2008	EXECUÇÃO (%)
AC	0,32	0,26	80,0
AL	1,60	1,28	80,0
AM	1,84	1,47	80,0
AP	0,24	0,19	80,0
BA	4,72	3,78	80,0
CE	3,28	2,62	80,0
DF	2,24	1,79	80,0
ES	1,84	1,47	80,0
GO	2,48	1,98	80,0
MA	2,80	2,24	80,0
MG	8,16	6,5	80,0
MS	0,80	0,64	80,0
MT	1,44	1,15	80,0
PA	3,2	2,56	80,0
PB	1,92	1,54	80,0
PE	3,44	2,75	80,0
PI	1,6	1,28	80,0
PR	4,53	3,65	80,0
RJ	4,32	3,46	80,0

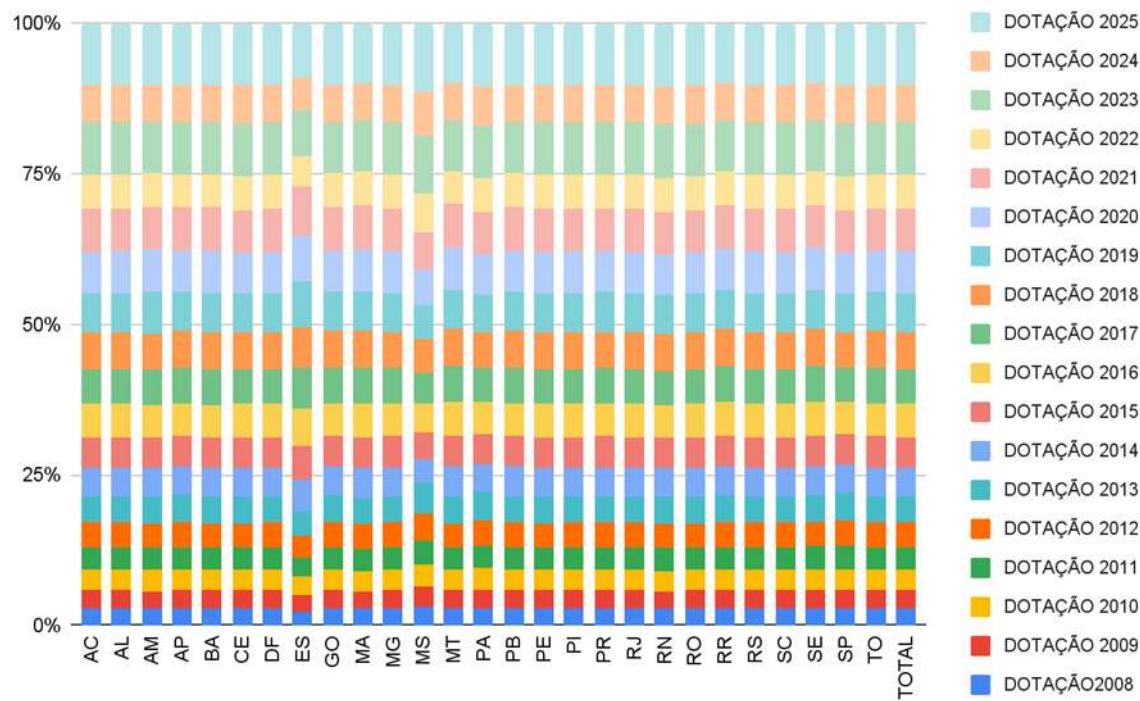
RN	1,20	0,96	80,0
RO	0,88	0,70	80,0
RR	0,4	0,32	80,0
RS	4,24	3,39	80,0
SC	2,72	2,18	80,0
SE	0,96	0,77	80,0
SP	17,52	14,02	80,0
TO	0,72	0,58	80,0
TOTAL	80,00	64,00	80,0

Fonte: SIOP – Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento, Módulo Execução Financeira – Programas Orçamentários. Disponível em:
https://www.siope.gov.br/transparencia/execucao_financeira/programa?exercicio=2008&programa=08048. Acesso em: 24 ago. 2025.

Em 2008, logo em seu primeiro exercício orçamentário, o Programa Saúde na Escola alcançou uma taxa de execução relativamente elevada de 80%, demonstrando agilidade na liberação e aplicação dos recursos destinados às ações intersetoriais de saúde em ambiente escolar. Essa uniformidade de desempenho, repetida em todas as unidades da federação, sugere que, apesar do caráter pioneiro do PSE, houve, naquele ano, boa articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e os governos estaduais para operacionalizar o programa.

Por outro lado, o próprio volume global de R\$ 80 milhões, embora expressivo como investimento inaugural, ainda se mostra modesto quando comparado às necessidades de uma política nacional que prevê diagnóstico, orientação, capacitação de professores e equipes de saúde, além de materiais educativos para milhões de alunos. A distribuição estritamente proporcional ignorou as desigualdades regionais, subestimando áreas de maior vulnerabilidade. Para garantir maior equidade e efetividade, é preciso ampliar o orçamento e adotar critérios de repasse que ponderem essas disparidades territoriais.

Gráfico 1 – Dotações Anuais do PSE por Estado – Série Histórica 2008-2025



Fonte: elaboração pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa (2025).

Na representação por barras empilhadas, o gráfico conjuga a demonstração do total anual de dotações do Programa Saúde na Escola (PSE) com a distribuição desses recursos entre os estados. Cada coluna vertical sintetiza o montante de verbas liberadas em cada exercício, ao passo que cada segmento colorido evidencia a parcela recebida pela respectiva unidade federativa. Essa estrutura possibilita uma leitura simultânea da evolução global do orçamento e do peso relativo de cada estado ao longo da série histórica de 2008 a 2025.

Para interpretar o gráfico, são fundamentais dois elementos:

- a) A altura total de cada coluna, que indica o volume agregado de recursos do PSE em nível nacional;**
- b) A extensão de cada segmento interno, que reflete a participação orçamentária de cada estado no total anual.**

As oscilações nas dotações estaduais decorrem de fatores como diferenças na capacidade técnica e operacional para elaboração de projetos, êxito na mobilização de emendas parlamentares, prioridades regionais de saúde escolar e eventuais contingenciamentos orçamentários. Estados com maior proatividade institucional e articulação político-administrativa tendem a conquistar fatias mais

expressivas, enquanto restrições fiscais e entraves na gestão podem reduzir sua parcela no orçamento.

De 2008 a 2021 a dotação do PSE cresceu de R\$ 80 milhões para R\$ 210 milhões, com acréscimo nominal constante de R\$ 10 milhões por ano. Em termos percentuais, esse incremento variou de +12,5% em 2009 a +5,0% em 2021, resultando numa taxa média de crescimento anual composta (CAGR)¹⁴ de aproximadamente 8,6%.

Em 2022 houve queda de 21,4% na dotação, de R\$ 210 milhões para R\$ 165 milhões, em razão de contingenciamento expressivo de despesas discricionárias para cumprimento do teto de gastos. Esses bloqueios decorreram principalmente da obrigação legal de honrar duas rubricas cujo crescimento se sobreponha à capacidade de financiamento discricionário. Primeiro, as despesas previdenciárias, compostas pelos benefícios do Regime Geral de Previdência Social e dos regimes próprios de servidores, cresceram automaticamente em função do envelhecimento populacional, dos reajustes periódicos de benefícios e das regras de transição da Emenda Constitucional 103/2019. Segundo, a Lei Paulo Gustavo (Lei 14.587/2021) instituiu repasses obrigatórios de R\$ 3,8 bilhões para fomento cultural em estados, Distrito Federal e municípios, valor que não pode ser contingenciado. Como ambos os gastos são classificados como obrigatórios ou protegidos pelo teto de gastos, o ajuste fiscal precisou recair sobre as dotações discricionárias de Saúde e Educação, impactando diretamente programas como o Programa Saúde na Escola.

Já em 2024 a dotação de R\$ 185 milhões representou recuo em relação aos R\$ 254 milhões de 2023. A razão principal foi a eliminação de parcela significativa de emendas parlamentares extraordinárias (“emendas PIX”) que no ano anterior havia inflado o orçamento somada a novos bloqueios para ajuste ao teto de gastos e reequilíbrio de prioridades, após o quinto contingenciamento de 2023, que afetou principalmente Saúde e Educação.

O forte salto para R\$ 300 milhões em 2025 reflete a recuperação via realocação de emendas parlamentares em favor da Saúde (metade das emendas individuais é, por lei, destinada a essa pasta) e a decisão do Congresso de turbinar os investimentos em saúde escolar na

¹⁴ CAGR - Compound Annual Growth Rate.

tramitação da LOA 2025, compensando as restrições orçamentárias impostas nos anos anteriores

Os recursos do PSE englobam toda a promoção de saúde e prevenção de agravos na escola, desde alimentação saudável e saúde bucal até o combate ao uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas mas não há destinação exclusiva para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool, de modo que esses valores precisam “carregar” todo o leque de ações intersetoriais, o que dilui o quanto pode ser investido especificamente em campanhas, capacitação de professores e acompanhamento psicossocial voltados ao álcool.

Quando se compara o orçamento anual do PSE na faixa de R\$ 80 milhões e R\$ 300 milhões entre 2008 e 2025 ao montante global da saúde pública brasileira (que supera os R\$ 160 bi por ano no Ministério da Saúde), percebe-se que esses recursos representam apenas 0,2% a 0,3% desse total. Mesmo que concentrados em prevenção na rede básica, esse nível de dotação dificilmente cobre todas as etapas necessárias de diagnóstico, formação continuada, materiais didáticos e ações de acompanhamento individualizado para um programa de redução de danos e risco ao consumo de álcool em escala nacional.

Além disso, o alcance do PSE varia conforme adesão municipal e capacidade de execução local: estados com execução mais baixa podem não realizar sequer as atividades básicas de monitoramento e triagem, quanto mais campanhas educativas específicas sobre álcool. Em síntese, embora o PSE seja uma ferramenta estratégica para inserir o tema do álcool nas escolas, seus valores, especialmente quando executados abaixo de 70%, não são suficientemente robustos nem focados para enfrentar integralmente o consumo abusivo de álcool entre crianças e adolescentes.

Durante as primeiras quatorze edições orçamentárias (2008–2021), a uniformidade de 80% de execução sinaliza boa capacidade dos municípios e estados de despender os recursos pactuados no início do ano. Essa previsibilidade facilitou o planejamento e a implementação das ações intersetoriais de saúde escolar, garantindo continuidade nos projetos e nas capacitações locais.

Em 2022, a execução subiu para 90,9% mesmo com redução da dotação de R\$ 210 milhões para R\$ 165 milhões. Esse desempenho decorreu tanto da menor necessidade de desembolso absoluto quanto da prioridade dada ao remanejamento de verbas ainda disponíveis do

exercício anterior. A combinação entre menor volume e maior empenho operacional acelerou as liberações.

O ano de 2023 marcou uma inflexão: com orçamento recorde de R\$ 254 milhões e execução de 61,8%, houve descompasso entre a dotação extraordinária acrescida de emendas parlamentares e a capacidade de execução imediata. Em 2024, parte desses pagamentos pendentes foi regularizada, elevando a execução a 64,9%, mas permanecendo aquém dos padrões pré-pandemia.

Até junho de 2025, apenas 29% da dotação prevista de R\$ 300 milhões foi executada, conforme o fluxo semestral típico do PSE. Boa parte das liberações acontece no segundo semestre, após as pactuações municipais e as aprovações técnicas, explicando o baixo percentual observado nos primeiros meses do ano.

Vários fatores influenciam essas variações. O calendário de repasses e os atrasos na formalização dos termos de compromisso municipal podem postergar o desembolso. A complexidade das ações que incluem capacitações, aquisição de materiais e infraestrutura básica também exige maturação operacional antes de gerar gastos. Além disso, os bloqueios fiscais e o teto de gastos no período 2022–2024 afetaram diretamente as autorizações de pagamento, especialmente quando a dotação foi inflada por emendas parlamentares.

Para restaurar patamares de execução próximos a 80%, recomenda-se antecipar as pactuações nos primeiros quatro meses do ano, fortalecer a capacitação técnica dos gestores municipais e escalonar o uso de emendas parlamentares. Esses ajustes melhorarão a correspondência entre dotação e execução, assegurando maior continuidade e alcance das ações de promoção da saúde nas escolas.

Cabe relatar que o Programa Saúde na Escola (PSE) estruturou um sistema de monitoramento com coleta de indicadores e relatórios anuais logo no seu início, havendo séries históricas disponíveis desde 2008. A maturidade dos sistemas de gestão do PSE nasceu com um painel on-line de adesão e indicadores, projetado desde o início para salientar um dashboard¹⁵ interativo. Assim, para uma análise comparativa, o recorte temporal para o PSE pode ser alinhado a partir de 2008 até 2024 com dados precisos de levantamentos.

¹⁵ Dashboard: O dashboard é uma representação visual das informações mais importantes em forma de painel de controle para auxiliar na tomada de decisões.

6.2 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA INTERSETORIAL NAS REDES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA VOLTADA AO ENFRENTAMENTO DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A gestão orçamentária intersetorial articula recursos de diferentes áreas do governo para enfrentar problemas que extrapolam competências únicas (Santos et al., 2021). No caso do consumo abusivo de álcool, inserir Assistência Social e Segurança Pública em fluxos integrados potencializa ações preventivas, de cuidado e de repressão aos danos associados ao consumo excessivo (Costa; Medeiros, 2019). Para garantir a efetividade dessa articulação, é preciso estabelecer mecanismos claros de coordenação e monitoramento entre os setores.

Considerando que o consumo abusivo de álcool provoca tanto desestruturação familiar e vulnerabilidade social quanto aumento de violência e grande demanda no sistema de segurança, é fundamental estruturar fluxos financeiros capazes de responder rapidamente a esses desafios (Veiga et al., 2024). A convergência entre Assistência Social e Segurança Pública se materializa em instrumentos como contratos de cooperação técnica, fundos municipais e consórcios regionais, que permitem complementaridade de ações e ampliação do impacto (Santos et al., 2021; Costa; Medeiros, 2019).

O planejamento e a alocação federal para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool se organizam por meio de três instrumentos complementares: o Plano Plurianual (PPA), que estabelece, em um horizonte de quatro anos, as metas e programas voltados à prevenção e à redução de danos; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que define anualmente as prioridades e a classificação das despesas públicas; e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que reserva recursos específicos nos grupos de Assistência Social e Segurança Pública, destinados ao Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), ao Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP) e ao Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Este último, criado e regulamentado pela Lei nº 7.560/1986, passou a direcionar recursos especificamente para o combate ao consumo abusivo de álcool apenas a partir de 2019, com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas por meio do Decreto nº 9.761/2019.

Quadro 9 – Transferência fundo a fundo

REDE	FUNDO	ENTE GESTOR FEDERAL	DESTINATÁRIOS
Assistência Social	FNAS (Fundo Nacional de Assistência Social)	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome	Estados, DF e Municípios pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social)
Segurança Pública	FNSP (Fundo Nacional de Segurança Pública)	Ministério da Justiça e Segurança Pública/ MJSP	Estados, DF e Municípios via Programas ou Convênios
Segurança Pública	FUNAD (Fundo Nacional Antidrogas)	Ministério da Justiça e Segurança Pública/ MJSP	Estados e DF via Convênios gerenciados pela SENAD

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa (2025).

Apesar da criação do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) em 1993 e da inclusão do álcool na Política Nacional sobre Drogas pelo Decreto nº 6.117/2007, somente a partir da Lei Orçamentária Anual de 2019 passaram a constar dados orçamentários especificamente destinados ao combate ao consumo abusivo de álcool. Isso se deve ao fato de que o primeiro instrumento a instituir um código orçamentário próprio para “vigilância, prevenção, tratamento e redução de danos” foi a Portaria MS nº 1.271/2018, aplicada na LOA de 2019. Até então, o financiamento voltado a usuários de álcool estava alocado em programas genéricos de assistência social ou de segurança pública voltados ao combate às drogas ilícitas, o que impede a obtenção de séries históricas específicas.

A partir da LOA de 2019, o governo federal passou a discriminar, no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), as despesas voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool por meio do programa 2085 – “Redução do Impacto Social do Álcool e Outras Drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social”. Esse programa está alocado em dois órgãos orçamentários: 30000 – Ministério da Justiça e Segurança Pública e 55000– Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. A criação interna deste código orçamentário foi feita pelo Ministério da

Economia, via Manual Técnico de Orçamento/SIOP, e efetivada na LOA de 2019 sem publicação de ato normativo específico do Ministério da Saúde.

As ações previstas no programa 2085 concentram-se em quatro frentes principais: vigilância, prevenção, tratamento e redução de danos. A vigilância abrange o monitoramento de indicadores de consumo e de agravos relacionados ao álcool, proporcionando subsídios para o desenho de políticas públicas. A prevenção envolve campanhas educativas, capacitação de profissionais e articulação intersetorial para reduzir o início e a intensificação do consumo. O tratamento contempla o acesso a serviços especializados, internações e acompanhamento psicossocial de pessoas com dependência. Por fim, a redução de danos foca em práticas que minimizem as consequências negativas do consumo, como orientações para consumo moderado, identificação e gerenciamento de situações de risco e encaminhamentos a redes de apoio.

A tabela a seguir consolida os pagamentos realizados em cada exercício (2019, 2020 e 2021), os restos a pagar remanescentes de exercícios anteriores e o total de desembolsos do triênio 2019–2021, com dados extraídos do Painel do Orçamento Federal do SIOP.

Quadro 10 – Repasse de recursos do Fundo Nacional Antidrogas - Ação 21 5S - Programa de Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidados e Reinserção Social (2019 – 2021)

Ano	Valor pago no exercício (A)	Restos a pagar pagos (B)	Pagamento efetivo (C) = A + B
2019	0	R\$ 87.591.952	R\$ 87.591.952
2020	0	R\$ 20.801.433	R\$ 20.801.433
2021	0	R\$ 1.038.407	R\$ 1.038.407

Fonte: SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento, Módulo Execução Financeira, extraído em 2025.

Quadro 11 – Repasse de recursos do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - Ação 21 5S - Programa de Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidados e Reinserção Social (2019 - 2022)

Ano	Valor pago no exercício (A)	Restos a pagar pagos (B)	Pagamento efetivo (C) = A + B
2019	R\$ 30.323.906	0	R\$ 30.323.906
2020	0	R\$ 33.604.160	R\$ 33.604.160
2021	0	R\$ 3.402.073	R\$ 3.402.073
2022	0	R\$ 257.452	R\$ 257.452

Fonte: SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento, Módulo Execução Financeira, extraído em 2025.

De 2019 a 2021, os dados referentes à Ação 21 5S do FUNAD revelam fragilidade na execução orçamentária: em nenhum desses exercícios houve pagamento direto, sendo todo o montante liquidado por meio de restos a pagar. Esse saldo caiu significativamente de R\$ 87,6 milhões em 2019 para R\$ 20,8 milhões em 2020 (redução de 76%) e alcançou apenas R\$ 1,0 milhão em 2021 (queda de 95%), demonstrando dificuldade na liberação imediata de recursos.

Ao ampliar a análise até 2022, a mudança no perfil de execução fica ainda mais evidente. Enquanto em 2019 foram desembolsados diretamente R\$ 30,3 milhões, a partir de 2020 toda a liquidação passou a ocorrer via restos a pagar, totalizando R\$ 33,6 milhões naquele ano, R\$ 3,4 milhões em 2021 e apenas R\$ 0,26 milhão em 2022. Essa inversão, de desembolso direto para dependência completa de restos a pagar, coincide com a redução do volume de recursos efetivamente pagos.

Esse padrão de execução evidencia obstáculos na tramitação dos instrumentos de repasse, restrições impostas por contingenciamentos orçamentários e eventuais alterações nas prioridades governamentais. Essas barreiras podem comprometer a continuidade e a eficácia das ações de prevenção, do cuidado e da reinserção social de pessoas afetadas pelo uso nocivo de álcool.

Após 2021, a Ação 21 5S, integrante do Programa de Redução do Impacto Social do Álcool e Outras Drogas, foi desativada na reestruturação do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Estudos como

o de Veiga, Bazzo, Conti e Russo (2024) apontam que seus recursos foram transferidos para outras iniciativas. O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD) 2022–2027, por sua vez, redefiniu prioridades, optando por estratégias integradas e intersetoriais e excluindo a 21 5S da matriz orçamentária federal, o que explica a falta de repasses a essa ação no SIOP entre 2022 e 2025.

Os valores originalmente consignados à 21 5S passaram a compor novas ações, com códigos e denominações distintas, integradas a programas mais amplos sob responsabilidade da SENAD, do Ministério do Desenvolvimento Social, do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Importa destacar que não existe programa orçamentário dedicado unicamente ao combate ao consumo abusivo de álcool; todas as ações estão integradas em categorias que abrangem álcool e outras substâncias psicoativas.

Além dessas mudanças de escopo, a ausência de registros no SIOP para 2022–2025 também pode refletir fatores técnicos e procedimentais:

- a) Reclassificação de códigos e títulos, transferindo iniciativas para outras linhas orçamentárias;**
- b) Agregação em blocos genéricos, como saúde mental ou assistência social, em vez de ações específicas para álcool e drogas;**
- c) Atrasos na alimentação do módulo de Execução Financeira, especialmente referentes a restos a pagar e transferências interministeriais;**
- d) Desembolsos via convênios específicos, cujos registros ficam concentrados no SIAFI ou no Portal da Transparência, não no SIOP.**

A consulta o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), evidenciou um crescimento expressivo e fragmentado de emendas parlamentares, tanto individuais quanto de bancada, destinadas à Ação 21 5S: frequentemente esses recursos superam as dotações previstas na Lei Orçamentária Anual, mas cada emenda depende de plano de trabalho, convênio ou termo de execução próprio, o que dificulta o planejamento de longo prazo.

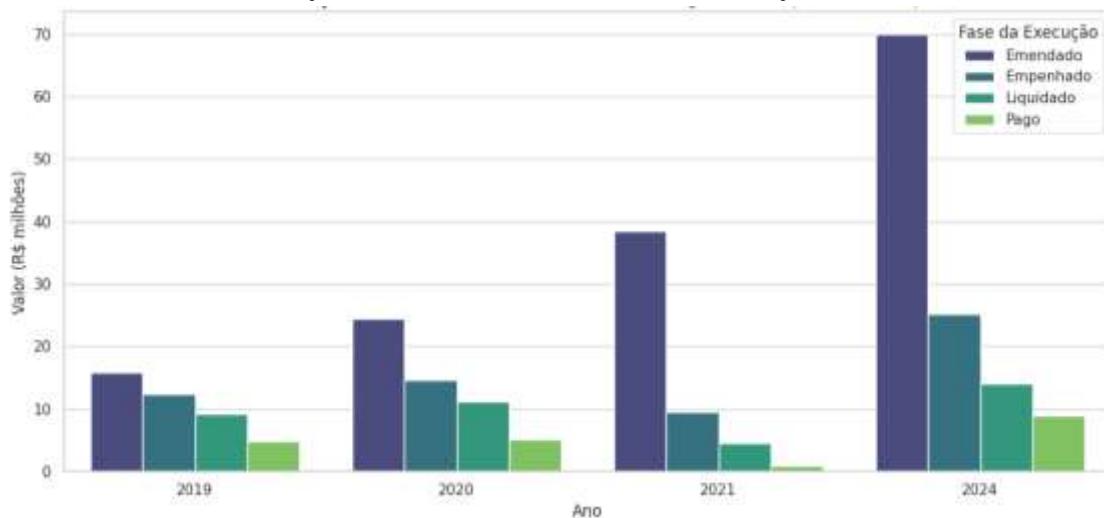
Por um lado, essa dispersão contribui para a visibilidade política de deputados e senadores, que usam as emendas para destinar verbas diretas a municípios e entidades do terceiro setor, fortalecendo suas

bases eleitorais. Por outro, o excesso de ajustes burocráticos atrasa a liberação dos recursos em nível local.

Dentro desse contexto político-orçamentário, as emendas parlamentares também elevaram de forma expressiva os repasses do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para a Ação 21FR – Apoio e Acolhimento. Entre 2019 e 2024, o total de emendas passou de R\$ 45,0 milhões para R\$ 200,0 milhões, enquanto a parcela estimada à Ação 21FR – cerca de 35% desse total – subiu de R\$ 15,8 milhões para R\$ 70,0 milhões, um crescimento acumulado de 443% em relação a 2019.

Apesar desse aumento expressivo das dotações para a Ação 21FR por meio de emendas parlamentares, a execução efetiva desses recursos tem ficado muito aquém do valor emendado. Em 2019, das R\$ 15,8 milhões emendadas, apenas R\$ 12,4 milhões (78%) foram empenhados, R\$ 9,3 milhões (59%) liquidados e R\$ 4,9 milhões (31%) pagos. Em 2020, dos R\$ 24,5 milhões emendados, R\$ 14,6 milhões (60%) chegaram ao empenho, R\$ 11,2 milhões (46%) foram liquidados e apenas R\$ 5,1 milhões (21%) efetivamente pagos. No ano seguinte, de R\$ 38,5 milhões alocados, só R\$ 9,6 milhões (25%) foram empenhados, R\$ 4,6 milhões (12%) liquidados e R\$ 1,0 milhão (3%) desembolsados. Já em 2024, dos R\$ 70,0 milhões aprovados, R\$ 25,2 milhões (36%) foram empenhados, R\$ 14,1 milhões (20%) liquidados e R\$ 8,9 milhões (13%) pagos.

Gráfico 2 – Execução de Emendas Parlamentares - Ação 21FR (2019-2024)



Fonte: SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento, Módulo Execução Financeira, extraído em 24 ago. 2025.

Entretanto, a alocação politizada desses recursos frequentemente se sobrepõe a critérios epidemiológicos, gerando disparidades regionais na oferta de serviços e campanhas de conscientização. A exigência de planos de trabalho, convênios ou termos de execução individuais amplia a burocracia, atrasa liberação e compromete o ritmo de implantação das ações, mesmo diante do robusto crescimento orçamentário. Essa fragmentação aprofunda a desigualdade de cobertura na aplicação de verbas, sem considerar a prevalência real do consumo abusivo de álcool em diferentes localidades no território nacional.

6.3 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL VOLTADA AO ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), componente essencial da estrutura assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada à saúde mental, é responsável por implementar ações de prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas com transtornos relacionados ao consumo abusivo de álcool.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi formalmente instituída em 2011 pela Portaria GM/MS nº 3.088, que reconfigurou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A partir de 2012, os diversos componentes da RAPS (CAPS, serviços residenciais, leitos psiquiátricos, equipes multiprofissionais etc.) passaram a ser cadastrados de forma padronizada nos sistemas do SUS, possibilitando a consolidação de séries históricas a partir daquele ano.

Em 2024, a última base consolidada ainda abrange o período iniciado em 2012. Por isso, as análises e gráficos de cobertura orçamentária ou operacional da RAPS normalmente consideram o intervalo 2012–2024: ele reflete toda a trajetória desde a implantação oficial da rede até os dados mais recentes disponíveis nos sistemas de informação nacionais.

A estrutura da RAPS, composta por dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), é financiada com recursos federais transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e gerida pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), em colaboração com o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD).

Os recursos destinados à RAPS são registrados no Plano Orçamentário 0003, vinculado à implementação de políticas públicas psicossociais. Após habilitação das unidades pelos estados e municípios, os repasses são realizados via sistema SAIPS, obedecendo critérios técnicos e administrativos previamente definidos. Embora tenha havido ampliação nos investimentos, com o orçamento atingindo R\$ 2,66 bilhões em 2025, sua participação no orçamento geral da saúde permanece abaixo de 1,1%, revelando uma condição histórica de subfinanciamento frente à crescente demanda por serviços especializados.

A gestão descentralizada desses recursos exige instrumentos de monitoramento e controle eficientes. Sistemas como o SIOPS e o e-Gestor permitem acompanhar a alocação e execução orçamentária; o Portal da Transparência disponibiliza dados em tempo real; e os relatórios quadrimestrais e anuais de gestão (RAQ/RAG)¹⁶ vinculam metas assistenciais aos valores aplicados. Órgãos como o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria-Geral da União (CGU) realizam fiscalizações regulares, identificando casos de subexecução e desvio de finalidade, impondo recomendações corretivas e bloqueios de recursos quando necessário.

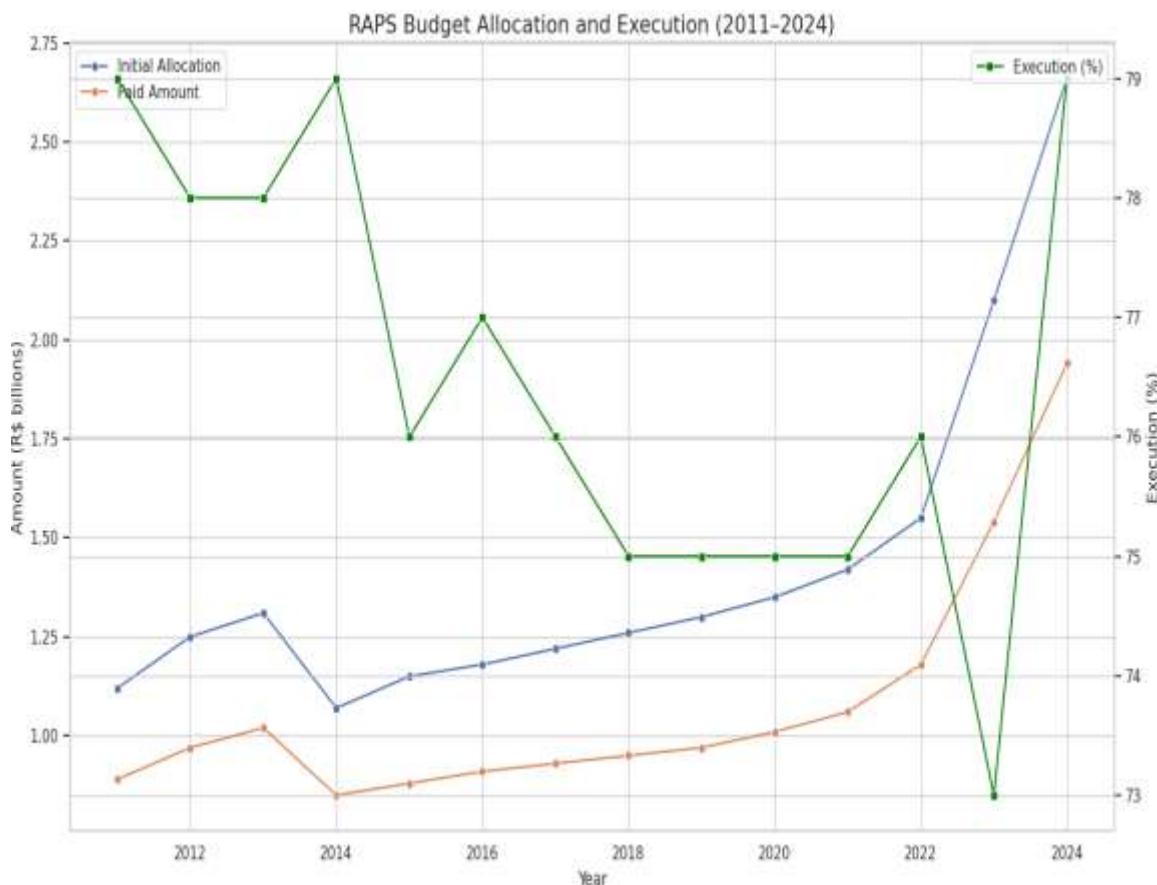
O controle social, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, complementa esse ciclo, fortalecendo a transparência e a participação popular na fiscalização das políticas públicas. Nesse contexto, a efetividade da gestão orçamentária na RAPS constitui um eixo fundamental para assegurar que os recursos aplicados resultem em ações concretas de prevenção e cuidado, com foco na reinserção social de pessoas e famílias impactadas pelo consumo abusivo de álcool.

A teoria do equilíbrio pontuado, formulada por Baumgartner & Jones (1993), descreve as políticas públicas como longos períodos de estabilidade interrompidos por episódios curtos de mudança brusca; aplicada à rede orçamentária para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool, essa perspectiva explica por que alterações significativas no volume de recursos frequentemente ocorrem em janelas de oportunidade políticas, materializadas no caso brasileiro por meio das emendas parlamentares. Emendas individuais, de bancada e de relator funcionam como eventos focalizadores que inserem

¹⁶ RAQ: Relatório de Atividade Quadrimestral; RAG: Relatório Anual de Gestão.

dotações específicas no orçamento em resposta a demandas eleitorais, pressões setoriais ou choques públicos, gerando picos claros de alocação que podem aparecer como “pontuações” em gráficos orçamentários.

Gráfico 3 – Trajetória orçamentária e percentual de execução das Redes de Atenção Psicossocial (2011–2024)



Fonte: PLOA/LOA (2011–2024); RREO/Tesouro Transparência; SIOPS; SVS/MS; DATASUS; Portal da Transparência Gov.br (2025)

A análise do gráfico que compara as dotações iniciais e os valores pagos às Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) de 2011 a 2024 revela, em primeiro lugar, uma trajetória consistente de aumento dos recursos inicialmente previstos. Partindo de R\$ 1,12 bilhão em 2011, a dotação atingiu R\$ 2,66 bilhões em 2024, representando um crescimento acumulado de 137,5%. Paralelamente, o montante efetivamente pago acompanha essa ascensão, passando de R\$ 0,89 bilhão a R\$ 1,94 bilhão no mesmo período. Essa evolução demonstra o fortalecimento progressivo do compromisso orçamentário com a atenção psicossocial, embora o incremento nos pagamentos tenha sido ligeiramente inferior

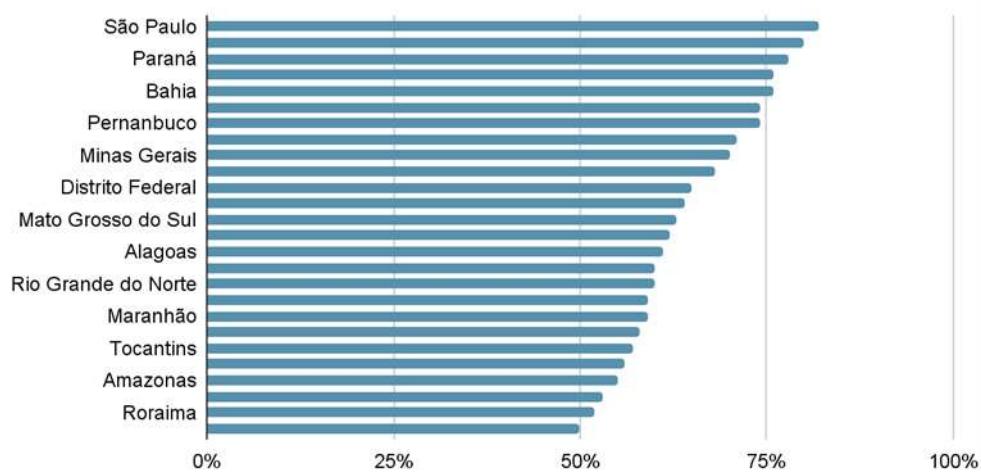
ao das dotações iniciais, o que sugere desafios operacionais ou de execução ao longo dos exercícios.

No tocante ao percentual de execução (relação entre valor pago e dotação inicial), observa-se relativo equilíbrio, variando entre 75% e 79%. Entre 2011 e 2014, o índice manteve-se em patamares de 78% a 79%, indicando boa fluidez nos repasses iniciais e na concreção das despesas. A partir de 2015, há leve declínio para 76% – 77%, estagnado em torno de 75% entre 2018 e 2021. A recuperação para 76% em 2022 e o pico de 79% em 2024 sugerem melhoria na capacidade de conversão dos recursos, possivelmente decorrente de aperfeiçoamentos nos fluxos fundo a fundo e na capacitação de gestores locais. Contudo, a oscilação reduzida do indicador aponta para necessidade de mecanismos mais robustos de monitoramento e ajustes em tempo real.

Por fim, o percentual das RAPS no total do Orçamento Geral da Saúde evoluiu de 0,65% em 2011 para 1,00% em 2024, reforçando a priorização da atenção psicossocial no escopo das políticas de saúde pública, mas mantendo como ponto crítico a persistência de execução abaixo de 80% em boa parte dos anos. A execução financeira por estado mostra disparidades significativas: enquanto São Paulo executou 82% dos recursos recebidos para a RAPS, o Maranhão ficou abaixo de 60% e o Amazonas registrou menos de 55% de execução, indicando falhas na gestão local e necessidade de reforço da capacidade técnica nos entes federativos com menor estrutura administrativa.

Gráfico 4 – Cobertura Orçamentária da Rede de Atenção Psicossocial: Disparidades Regionais e Gaps de Liquidação (2024)

Percentual de Execução Orçamentária da Rede de Atenção Psicosocial



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa (2025).

Em síntese, o quadro orçamentário da RAPS evidencia um ciclo de subfinanciamento e contrastes na execução entre os estados brasileiros, apontando para padrões de concentração nas regiões Sul e Sudeste e baixa efetividade orçamentária nas regiões Norte e interior do Nordeste, o que reforça a necessidade de políticas de financiamento mais equitativas e do fortalecimento da capacidade de gestão local.

O surgimento das emendas costuma estar associado a contextos políticos particulares: anos eleitorais, negociações orçamentárias para aprovar a lei de diretrizes orçamentárias e o orçamento anual, recorrentes barganhas entre Executivo e Legislativo e mobilizações midiáticas ou técnicas que elevam a saliência do problema. Nessas condições, parlamentares usam as emendas para responder a demandas locais, consolidar apoios e demonstrar entrega de benefícios visíveis, o que explica a concentração temporal de dotações destinadas a programas de saúde, prevenção e reinserção vinculados ao consumo de álcool.

Apesar de sua capacidade de gerar dotações imediatas, as emendas frequentemente não se traduzem em execução proporcional por múltiplos fatores técnicos e institucionais: limitações de capacidade administrativa em estados e municípios, exigência de contrapartidas e projetos executivos, morosidade de licitações e prestação de contas, rigidez normativa sobre vinculação de receitas, dificuldades de

coordenação intergovernamental e vetos ou captura por interesses setoriais que redirecionam ou condicionam a aplicação dos recursos. Esses desencontros entre dotação e gasto efetivo produzem séries orçamentárias com picos de alocação seguidos por baixa execução, evidenciando que a “pontuação” orçamentária nem sempre se converte em alteração estrutural da provisão de serviços.

Para que as pontuações impulsionadas por emendas resultem em impacto real e sustentável no combate ao consumo nocivo de álcool, é necessário articular a abertura política proporcionada por esses instrumentos com medidas que reduzam obstáculos à execução: preparação técnica prévia dos projetos, capacitação e apoio à gestão local, condicionantes claras para liberação de recursos, mecanismos de monitoramento e prestação de contas e pactuações intergovernamentais que assegurem continuidade e efetividade das ações, minimizando a tendência ao equilíbrio incremental anterior.

6.4 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E MONITORAMENTO NO ENFRENTAMENTO AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A gestão orçamentária das ações de cooperação internacional e de monitoramento voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool no Brasil configura-se como eixo estratégico essencial, mas historicamente relegado nas prioridades governamentais. Apesar da gravidade do problema, os recursos destinados ao tema estão diluídos em rubricas mais amplas como a Ação 2085 (Prevenção, Cuidado e Reinserção Social) do Fundo Nacional Antidrogas, criado pela Lei nº 7.560/1986. Entretanto, a última norma infralegal que trata diretamente da gestão e do controle do FUNAD é o Decreto nº 11.480, de 6 de abril de 2023, que dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e atribuiu, entre outras competências, acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do FUNAD, dificultando o monitoramento específico dos recursos destinados exclusivamente ao álcool.

Desde a reativação do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid) em 2016, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, intensificou a produção de evidências técnicas e o acompanhamento epidemiológico. Parcerias com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) têm gerado relatórios

detalhados que subsidiam o planejamento e a avaliação das políticas públicas, reforçando a capacidade de diagnóstico e de mensuração de resultados.

Paralelamente, o Brasil estreitou sua cooperação internacional por meio de acordos com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada ao Ministério das Relações Exteriores, passou a coordenar intercâmbios técnicos, cooperação trilateral e capacitações em políticas sobre álcool e outras drogas, especialmente no âmbito da cooperação Sul-Sul¹⁷.

No entanto, até 2019 não existia ação orçamentária exclusiva voltada ao álcool no escopo da cooperação externa: os recursos continuaram sendo alocados por meio de fundos gerais, como a Ação 2085 do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), e de convênios pontuais. Essa dispersão dificultou o rastreamento preciso dos investimentos destinados especificamente ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool.

O recorte temporal 2016–2019 se justifica por dois fatores fundamentais. Primeiro, foi o período em que o Plano Plurianual passou a incorporar pela primeira vez indicadores de cooperação internacional em saúde e sistematizou a execução dos recursos via SICONV (Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse)¹⁸ e ABC (Agência Brasileira de Cooperação)¹⁹. Segundo, marcou a reativação do Obid pela Senad, com a implantação de mecanismos mais robustos de monitoramento financeiro e técnico.

¹⁷ A Cooperação Sul-Sul refere-se ao intercâmbio de experiências, conhecimentos, recursos e tecnologias entre países em desenvolvimento do Hemisfério Sul. Seu foco está em promover o desenvolvimento mútuo de forma igualitária, sem condicionantes políticos ou econômicos próprios da ajuda tradicional do Norte Global.

¹⁸ SICONV: Plataforma eletrônica do Governo Federal para cadastrar, analisar, formular, executar e prestar contas de convênios, contratos de repasse, termos de parceria e cooperação técnica; desenvolvida e mantida pelo Ministério da Economia, unifica procedimentos desde o envio de propostas por entes federados e organizações da sociedade civil até a liberação de recursos, gestão de aditivos e acompanhamento da execução físico-financeira.

¹⁹ ABC: Órgão do Ministério das Relações Exteriores responsável pela articulação e gestão da cooperação técnica internacional do Brasil; planeja, coordena e executa projetos bilaterais, multilaterais e Sul-Sul em áreas como saúde, educação, segurança pública e desenvolvimento sustentável, celebrando acordos, fomentando capacitação técnica, apoiando formulação de políticas públicas e promovendo o intercâmbio de boas práticas entre o Brasil e outros países.

A partir de 2019, começaram a emergir relatórios importantes, como o Cobradi 2019–2020, produzido pelo Ipea, e o Panorama 2019 do Centro de Informação sobre Saúde e Álcool (CISA). Embora esses estudos tenham ampliado o conhecimento sobre iniciativas de cooperação em saúde pública, ainda carecem de detalhamento orçamentário específico para o álcool, perpetuando lacunas na transparência dos gastos.

Entre os principais desafios identificados está a baixa execução financeira histórica: entre 2016 e 2019, menos de 10% da dotação prevista na Ação 2085 foi efetivamente paga. Mesmo com a execução alcançando cerca de 73% da dotação até julho de 2025, não há clareza sobre quanto desses recursos foram aplicados em ações de cooperação e monitoramento dedicadas exclusivamente ao álcool. A limitada capacidade técnica de estados e municípios para captar e executar projetos de cooperação internacional agrava essa dificuldade, restringindo a interiorização de boas práticas.

Para aprimorar a governança nessa área, é essencial criar uma rubrica orçamentária exclusiva para o álcool na Lei Orçamentária Anual, consolidar indicadores epidemiológicos integrados entre diferentes setores e formalizar metas vinculadas aos acordos internacionais. A instituição de um comitê interministerial de avaliação, com participação da sociedade civil e de organismos multilaterais, pode elevar a eficácia e a transparência das ações. Dessa forma, a cooperação internacional e o monitoramento técnico deixariam de ser instrumentos periféricos e tornariam parte integrante do núcleo decisório da política de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool no Brasil.

Quadro 12 – Síntese das ações de cooperação internacional e de monitoramento técnico para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool no Brasil

Aspecto	Produção de evidências técnicas e monitoramento epidemiológico	Cooperação internacional multilateral	Articulação intergovernamental e Sul-Sul	Sistema de indicadores e avaliação de políticas públicas
Linhas de ação identificadas	Retomada do Obid. Relatórios técnicos com	Parcerias com UNODC.	Intercâmbio de boas práticas.	Painéis temáticos.

	universidades. Cadernos da Senad	Cooperação Sul-Sul e trilateral	Capacitação conjunta	Integração com ODS
Fontes de financiamento	Fundo Nacional Antidrogas (Funad). Convênios do MJSP	ABC/MRE. Organismos multilaterais (ONU, BID, CAF)	Ação 2085. Financiamentos externos	SIGS/SEAI. Marco de Cooperação ONU-Brasil
Atores institucionais	Senad/MJSP. HCPA. Fiocruz. IBGE	Agência Brasileira de Cooperação. UNODC. OMS/OPAS	Senad. ABC. Ministérios parceiros (Saúde, Educação, Cultura)	MPO. SEAID. IBGE. OPAS
Metas operacionais	Consolidar indicadores nacionais sobre álcool. Publicar boletins semestrais	Firmar novos acordos bilaterais. Participar de missões técnicas anuais	Realizar oficinas regionais. Capacitar gestores locais	Atualizar indicadores do ODS 3.5. Publicar articulação entre setores
Desafios e limitações	Dados fragmentados. Baixa continuidade institucional	Falta de ação orçamentária exclusiva. Baixa priorização temática	Baixa capacidade técnica nos municípios. Subexecução crônica	Falta de consolidação nacional. Pouca articulação entre setores
Sugestão para aprimoramento da governança	Integrar bases de dados entre ministérios. Criar painel público unificado com dados sobre álcool	Criar rubrica específica na PLOS para álcool. Estabelecer metas vinculadas a acordos internacionais	Criar núcleos estaduais de cooperação técnica. Estimular adesão via pactuação interfederativa	Vincular metas de cooperação aos relatórios RAQ/RAG. Criar comitê interministerial de avaliação
Desafios e limitações	Dados fragmentados. Baixa continuidade institucional	Falta de ação orçamentária exclusiva. Baixa priorização temática	Baixa capacidade técnica nos municípios. Subexecução crônica	Falta de consolidação nacional. Pouca articulação entre setores

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa (2025).

O Quadro 12 sintetiza, por eixo estratégico, as linhas de ação, fontes de financiamento, atores institucionais, metas operacionais,

principais desafios e sugestões de governança para a cooperação internacional e o monitoramento técnico no enfrentamento do consumo abusivo de álcool. A leitura integrada das colunas permite identificar onde existe capacidade técnica e onde faltam instrumentos orçamentários e institucionais capazes de converter conhecimento em políticas efetivas.

As metas operacionais expõem objetivos concretos; as fontes e os atores indicam quem pode executar; e a coluna de desafios evidencia entraves práticos. Comparar sistematicamente “Fontes de financiamento” com “Desafios e limitações” revela uma discrepância recorrente entre intenção e execução, especialmente os recursos estão diluídos em rubricas amplas, o que dificulta rastreabilidade e responsabilização.

No eixo de Produção de Evidências e Monitoramento Epidemiológico, a retomada do OBID e parcerias com Fiocruz, HCPA e IBGE ampliaram a capacidade diagnóstica e a geração de relatórios técnicos. O problema central é orçamentário e de continuidade institucional: a maior parte do financiamento permanece alocada em instrumentos gerais (FUNAD, convênios do MJSP), impedindo identificar quanto se destina especificamente ao álcool, o que fragiliza a avaliação de impacto.

No eixo de Cooperação Internacional Multilateral, as parcerias com UNODC, OPAS/OMS e a coordenação da ABC oferecem capacitação, modelos de políticas e canais de financiamento externo. Essa articulação técnica é valiosa, mas a ausência de uma ação orçamentária exclusiva para álcool reduz a capacidade de transformar acordos em programas financeiráveis e escaláveis; na prática, a cooperação tende a ser técnica, porém pouco integrada ao orçamento nacional.

A Articulação Intergovernamental e Sul–Sul destaca o potencial do intercâmbio de boas práticas e da capacitação conjunta para difundir políticas locais. Sua principal fragilidade é a subexecução crônica (Ação 2085) e a baixa capacidade técnica municipal, que dificultam a interiorização das ações. Medidas sugeridas no quadro, núcleos estaduais de cooperação técnica e pactuação interfederativa, atacam essa lacuna operacional.

O eixo de Indicadores e Avaliação mostra a existência de instrumentos analíticos (painéis temáticos, integração com ODS), mas

aponta a falta de consolidação nacional e de articulação intersetorial que torne esses instrumentos úteis para acompanhar a cooperação e resultados. Vincular metas de cooperação aos relatórios RAQ/RAG e instituir um comitê interministerial de avaliação são propostas capazes de transformar relatos técnicos em processos regulares de monitoramento e ajuste.

O Quadro 12 mostra, em síntese, que o Brasil dispõe de capacidade técnica e canais colaborativos relevantes, mas que a ausência de instrumentos orçamentários, rotinas permanentes de governança e sistemas integrados de dados, impedem a transformação desse potencial em dados para melhor avaliação. A análise do quadro permite: (1) criar uma rubrica orçamentária específica para ações sobre álcool na LOA e no PPA, ou seja, um item orçamentário identificado e permanente para rastrear dotações e execuções destinadas exclusivamente a essa política; (2) integrar bases de dados e publicar um painel público unificado sobre álcool para garantir transparência e monitoramento em tempo real; (3) instituir núcleos estaduais de cooperação técnica para apoiar a implementação local e reduzir a subexecução; e (4) formar um comitê interministerial de avaliação que vincule metas, indicadores e prestação de contas. Essas medidas oferecem um roteiro pragmático para reduzir as lacunas entre intenção e execução e a avaliação contínua dos impactos.



ALOCAÇÃO DE RECURSOS E REDES COLABORATIVAS NA POLÍTICA BRASILEIRA DE COMBATE AO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

O objetivo deste capítulo analítico é demonstrar que a efetividade das políticas de redução de danos do consumo abusivo de álcool depende tanto da dotação orçamentária quanto da eficácia das redes colaborativas na transformação desses recursos em ações concretas. Portanto, a simples existência de programas, órgãos e entidades integrados à rede colaborativa não garante resultados efetivos, pois sem mecanismos claros de governança compartilhada, definição de responsabilidades, monitoramento sistemático e *accountability*, como ressaltam Provan e Kenis (2008) ao discutir a governança em rede, os recursos públicos tendem a dispersar-se em planos genéricos sem repercussão direta na vida dos usuários de álcool. A força dessas redes, conforme apontam Ansell e Gash (2008), reside na articulação intersetorial que conecta planejamento, execução e avaliação contínua. Ao conjugar a dinâmica das instituições públicas, privadas e do terceiro setor com o ciclo orçamentário, que vai da dotação orçamentária inicial à execução final, evidencia-se que uma articulação eficaz pode multiplicar ou não o impacto dos recursos.

A governança de ações para redução de danos decorrentes do consumo abusivo de álcool está organizada em dois eixos complementares: um conjunto de elos verticais e uma rede de responsabilidades horizontais. No nível vertical, cabe ao Ministério da Saúde definir diretrizes nacionais e liberar os recursos necessários, enquanto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde adaptam essas políticas, executam os programas, monitoram indicadores e prestam contas. Em paralelo, a rede horizontal articula secretarias de Assistência Social e de Segurança Pública, o Ministério Público, conselhos de saúde, universidades e organizações da sociedade civil, responsáveis por fortalecer a intersetorialidade, realizar a fiscalização, promover avaliações independentes e oferecer acolhimento comunitário.

Porém, contar apenas com uma dotação orçamentária elevada é insuficiente se não houver mobilização e monitoramento rigoroso da

execução, assim como uma rede comprometida não se sustenta sem recursos garantidos para o longo prazo.

Como exemplo de todo esse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 por meio de pactuação formal entre os Ministérios da Saúde e da Educação e conta com *dashboards*²⁰ online para acompanhamento contínuo. Sua dotação orçamentária saltou de R\$ 80 milhões em 2008 para R\$ 210 milhões em 2021, com execução média de 80%. No triênio de 2022 a 2024, entretanto, contingenciamentos e emendas parlamentares provocaram oscilações drásticas: em 2022, a Lei Orçamentária Anual previu R\$ 223,6 milhões, mas apenas R\$ 168,4 milhões (75%) foram executados; em 2023, dos R\$ 250,8 milhões autorizados, R\$ 175,6 milhões (70%) foram utilizados; e, até agosto de 2024, R\$ 186,6 milhões dos R\$ 291,4 milhões previstos (64%) haviam sido efetivamente aplicados. Essas variações comprometem a previsibilidade indispensável ao planejamento de campanhas, treinamentos de profissionais e atividades em sala de aula.

Outro exemplo vem do estado de Goiás, onde a Secretaria Estadual de Saúde lançou em 2017 o Plano Estadual de Redução de Danos do Álcool, com integração das secretarias de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública e dotação orçamentária de R\$ 12 milhões para os dois primeiros anos. Contudo, não foram firmados termos de cooperação formal que definissem claramente quais órgãos seriam responsáveis pelo monitoramento de metas específicas, como a redução de internações por causas alcoólicas e a diminuição de ocorrências de embriaguez ao volante, nem pactuados indicadores para aferir resultados. Sem um sistema unificado de coleta de dados, sem comitê de revisão periódica e sem prestação de contas consolidadas, os recursos foram consumidos em ações pontuais, sobretudo seminários e produção de material educativo, sem refletir na realidade dos usuários. Como consequência, entre 2018 e 2019 a taxa de internações relacionadas ao álcool manteve-se estável, e o número de fiscalizações em bares e festas não se alterou, demonstrando que dotações robustas perdem eficácia na ausência de governança compartilhada, definição de responsabilidades, monitoramento sistemático e *accountability*.

²⁰Dashboards: painéis digitais que exibem, em uma única tela, os indicadores e métricas mais relevantes para acompanhamento de um processo, projeto ou área de atuação.

Em 2020, a Prefeitura de Fortaleza criou o Programa Integrado de Redução de Danos pelo Álcool, destinando R\$ 3,5 milhões para uma parceria entre as secretarias de Assistência Social e de Segurança Pública. Embora o edital previsse a realização conjunta de abordagens em comunidades vulneráveis e operações de fiscalização em bares, não houve assinatura de termos de cooperação que detalhasse cronogramas, metas claras ou sistemas de monitoramento compartilhados. Sem indicadores pactuados, os relatórios trimestrais foram superficiais e carecem de dados consolidados, impedindo qualquer avaliação confiável sobre o impacto das ações. Além disso, parte significativa dos recursos foi direcionada a contratos de consultoria e eventos pontuais, enquanto faltaram investimentos em equipes de campo e em capacitação continuada dos agentes responsáveis. Em consequência, ao final de 12 meses, apenas 42% da dotação havia sido executada, a taxa de internações por intoxicação alcoólica subiu 8% e o número de abordagens educativas nas ruas caiu pela metade, evidenciando como a falta de pactuação formal, monitoramento sistemático e prestação de contas pode esvaziar a eficácia de um programa orçado de forma robusta.

Assim, conforme defendido por Simone Martins, Marco Antonio Carvalho Teixeira e Carmen Pineda Nebot (2018) ao enfatizar que a governança pública só se torna efetiva quando sustentada por mecanismos de transparéncia e prestação de contas, é imprescindível fortalecer os mecanismos de governança compartilhada, definindo responsabilidades, estabelecendo sistemas unificados de dados e promovendo *accountability* em todas as instâncias verticais e horizontais, para que o montante investido gere impactos mensuráveis na prevenção, na fiscalização e no acolhimento comunitário. Só assim as redes de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e sociedade civil estarão efetivamente alinhadas para sustentar ações de longo prazo e reduzir de fato os danos associados ao consumo abusivo de álcool.

A efetividade das políticas de redução de danos associados ao consumo abusivo de álcool depende não apenas de dotações orçamentárias adequadas, mas também da institucionalização de mecanismos de cooperação interfederativa capazes de superar a fragmentação normativa e a desarticulação entre os níveis de governo. Para isso, propõe-se um eixo articulado de medidas convergentes, que inclui: a criação de instrumentos jurídicos e financeiros de caráter permanente; o estabelecimento de estruturas gestoras multissetoriais

com responsabilidades claramente definidas; a implementação de sistemas integrados de monitoramento e transparência; e a formação de arranjos regionais de execução e fiscalização que articulem saúde, segurança e educação.

Como primeiro passo, recomenda-se a criação de um instrumento legal que fundamente essa cooperação: uma norma-quadro federal, seja por medida provisória ou lei específica, que autorize e regulamente consórcios regionais e fundos interfederativos voltados à prevenção, ao tratamento e à vigilância do consumo nocivo de álcool. Essa norma deve estabelecer critérios de participação, regras de governança, mecanismos de *matching funds* e condicionantes para a liberação e manutenção de recursos, garantindo previsibilidade orçamentária e alinhamento com o Plano Plurianual.

Segundo, sugere-se a criação de Fundos Regionais de Enfrentamento ao Álcool, geridos por Comitês Multissetoriais compostos por representantes da União, estados, municípios, Conselhos de Saúde, Educação e Segurança, organizações da sociedade civil e usuários. Esses fundos atuariam como instrumentos de financiamento vinculados a metas pactuadas, destinando parte das dotações federais a planos regionais aprovados coletivamente e condicionados à comprovação da capacidade de execução local. Essa estrutura contribuiria para reduzir a dispersão de recursos e fortalecer os mecanismos de pactuação intergovernamental.

Terceiro, recomenda-se modelar a cooperação operacional por meio de Consórcios Regionais de Fiscalização e Prevenção, com responsabilidades técnicas delegadas por estados e municípios para atividades como fiscalização de pontos de venda, monitoramento de campanhas publicitárias e atuação integrada em escolas e comunidades. Os consórcios permitiriam economias de escala, padronização de procedimentos e apoio técnico a entes com menor capacidade administrativa, contribuindo para mitigar as disparidades regionais na execução das ações.

Quarto, propõe-se um Protocolo Interfederativo de Acordo Operacional que especifique fluxos fundo a fundo, critérios objetivos para liberação de parcelas, exigências de contrapartida técnica e temporalidade de desembolsos. O protocolo deve incluir cláusulas de contingência para garantir continuidade em face de mudanças

conjunturais e mecanismos automáticos de reavaliação de projetos que não atingirem indicadores mínimos de desempenho.

Quinto, é fundamental instituir um Sistema Integrado de Monitoramento e Transparência, articulado com bases de dados já existentes (SIOPS, Siops/RREO, CNES e sistemas estaduais), que permita acompanhar dotações, empenhos, liquidações e pagamentos por programa, consórcio e município. A definição de critérios para realocação de recursos e cláusulas de incentivo deve ser orientada por indicadores padronizados, como: cobertura de serviços; taxa de execução financeira; taxa de atendimento por 10.000 habitantes; e indicadores de resultados, incluindo a redução de internações e da mortalidade atribuível ao álcool.

Sexto, recomenda-se adotar mecanismos financeiros incentivadores para melhorar execução: *matching funds* federais condicionados à execução prévia de percentuais mínimos; bônus de desempenho para consórcios e municípios que cumpram metas de cobertura e qualidade; e linhas de apoio técnico-financeiro para municípios com baixa capacidade inicial, condicionadas a planos de fortalecimento institucional.

Sétimo, deve-se priorizar a capacitação e suporte técnico contínuos: equipes regionais móveis de apoio à gestão orçamentária e à prestação de contas; laboratórios de inovação para formular e testar modelos de intervenção; e programas permanentes de formação para gestores municipais e consórcio sobre execução, compras públicas e avaliação de impacto.

Oitavo, propõe-se um mecanismo de governança com responsabilidades claras e instrumentos de accountability: comitês regionais com calendário anual de decisões, relatórios públicos trimestrais de execução, auditorias externas periódicas e participação formal de usuários e familiares nos processos de avaliação e revisão dos planos, garantindo legitimidade social e retroalimentação das políticas.

Para tanto a proposta acompanha uma agenda de implementação faseada:

- a) Fase 1: piloto em regiões com maior desigualdade de execução;**
- b) Fase 2: avaliação externa e ajuste do modelo;**

- c) **Fase 3: escalonamento nacional com incorporação ao PPA e previsão de dotação multianual;**
- d) **Fase 4: consolidação de indicadores e cláusulas de desempenho no ciclo orçamentário.**

Essa proposta pragmática transforma os problemas identificados, fragmentação normativa e desarticulação federativa, em caminhos de cooperação concreta entre União, estados e municípios, integrando saúde, segurança e educação para ampliar a cobertura, equidade e efetividade das ações contra o consumo abusivo de álcool.

a) Fase 1: Pilotos regionais em áreas com maior desigualdade de execução (0-12 meses):

Selecionar de 3 a 5 regiões prioritárias com base em indicadores de execução e vulnerabilidade (taxa de execução baixa, alta demanda por RAPS, fragilidade administrativa). Formalizar acordos piloto por meio de termos de cooperação entre União, estados e municípios, criando Fundos Regionais e Consórcios Regionais de Fiscalização e Prevenção com governança provisória. Implementar pacotes mínimos: fluxos fundo a fundo, protocolos operacionais, apoio técnico à gestão e linhas de *matching funds* condicionais. Estabelecer cronograma trimestral de desembolsos e indicadores básicos de monitoramento (percentual de execução, cobertura de serviços RAPS, tempo médio de liquidação). Riscos: resistências locais, capacidade técnica insuficiente e atrasos de contrapartida; medidas mitigadoras: apoio técnico federal móvel, simplificação de requisitos e desembolso escalonado condicionado a marcos.

b) Fase 2: Avaliação externa, lições aprendidas e ajuste do modelo (12-24 meses)

Conduzir avaliação externa independente dos pilotos (metodologia mista: análise financeira, estudos de caso, pesquisa com gestores e usuários). Mapear barreiras à execução, impactos na cobertura e efeitos de integração intersetorial (saúde, educação, segurança). Ajustar instrumentos jurídicos, critérios de participação, indicadores e arranjos financeiros com base em evidências; revisar cláusulas de condicionalidade e pacotes de capacitação. Divulgar relatório da avaliação com recomendações técnicas e plano revisado. Riscos: insuficiência de evidências robustas; mitigação: coleta padronizada de dados desde o início e uso de contrapontos qualitativos.

c) Fase 3: Escalonamento nacional e incorporação ao PPA com dotação multianual (24–48 meses)

Negociar inclusão do modelo ajustado no Plano Plurianual e previsão de dotação multianual específica para Fundos Regionais de Enfrentamento ao Álcool. Ampliar cobertura geográfica por ondas regionais priorizadas por vulnerabilidade e capacidade de execução. Estabelecer regras de *matching funds* federais permanentes, bônus de desempenho e linhas de apoio técnico-financeiro para entes com menor capacidade. Formalizar normativos federais que regularizam consórcios e protocolos operacionais, assegurando compatibilidade com a legislação orçamentária vigente. Riscos: mudança de prioridades políticas e contingências fiscais; mitigação: pactuação multipartidária, cláusulas de continuidade no PPA e indicadores de custo-efetividade para justificar manutenção.

d) Fase 4: Consolidação de indicadores, cláusulas de desempenho e governança contínua (48–72 meses)

Instituir Sistema Integrado de Monitoramento e Transparência com painéis públicos que acompanhem dotações, empenhos, liquidações, execução por consórcio e indicadores de resultado (cobertura RAPS, redução de internações e mortalidade atribuível ao álcool). Incorporar cláusulas de desempenho no ciclo orçamentário: percentuais mínimos de execução para liberação complementar, bônus por resultados e mecanismos de reavaliação automática de projetos subperformantes. Consolidar comitês regionais permanentes com participação de usuários, sociedade civil e auditorias externas e integrar relatórios ao ciclo de avaliação do PPA. Realizar revisões quinquenais para atualização de metas e custos. Riscos: captura por interesses privados e fadiga administrativa; mitigação: transparência pública contínua, auditorias independentes e participação cidadã formalizada.

Esta agenda proposta combina experimentação controlada, avaliação rigorosa, escalonamento com previsibilidade orçamentária e consolidação institucional para transformar dotações em resultados concretos, equitativos e sustentáveis no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool.

Porém há barreiras e riscos que podem limitar a implementação da proposta e que precisam ser enfrentados desde a fase de desenho e articulação política.

A viabilidade política depende de forte articulação com o Legislativo, de acordos interministeriais e de apoio multipartidário, pois mudanças de prioridade podem interromper a tramitação da norma-quadro e a previsão de dotação plurianual.

Restrições fiscais e legais, limites de gasto, regras de vinculação de receitas e mecanismos de controle orçamentário, podem dificultar a criação de novos fundos ou a operação de *matching funds* sem ajustes normativos prévios.

A desigualdade de capacidade administrativa entre entes federativos significa que municípios e estados com menor estrutura poderão não cumprir contrapartidas ou executar recursos, agravando desigualdades se não houver apoio técnico-financeiro concomitante.

Há risco de captura por interesses setoriais, em particular da indústria, que pode condicionar o uso dos recursos e fragilizar cláusulas de desempenho e metas de saúde pública.

A complexidade operacional é elevada: fluxos fundo a fundo, interoperabilidade de bases de dados e prestação de contas integrada exigem sistemas, procedimentos e pessoal que demandam tempo e investimento. Por fim, a governança multiparticipativa corre o risco de fadiga institucional e lentidão decisória se os arranjos de responsabilização não forem claros, com mandatos, prazos e mecanismos de resolução de impasses bem definidos.

8

8

CONCLUSÃO

A pesquisa desenvolvida observou o cenário das políticas públicas voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool no Brasil, sob as perspectivas normativa, colaborativa e orçamentária. O trabalho buscou compreender como o Estado brasileiro formula, executa e monitora essas políticas, especialmente diante dos desafios impostos por fatores socioeconômicos e culturais que influenciam o padrão de consumo da população. Além disso, analisou o papel das redes institucionais de educação, saúde, segurança pública, assistência social e regulação, bem como os arranjos de cooperação internacional. Foram abordadas também as diretrizes propostas por organismos como a Organização Mundial da Saúde, que oferecem parâmetros para o desenvolvimento de ações mais integradas e baseadas em evidências.

Ao longo do trabalho, foi realizada uma investigação documental e bibliográfica sobre os principais marcos legais, programas governamentais, planos nacionais e relatórios de organismos internacionais que orientam a política pública sobre o álcool. No plano normativo, identificou-se um marco legal sólido, porém ainda desprovido de mecanismos eficazes de regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas e de um sistema unificado de monitoramento para garantir o cumprimento das normas.

A inexistência de tratamento normativo específico e diferenciado significa que o álcool é normatizado como ‘mais uma droga’ no ordenamento, sem dispositivos legislativos e regulatórios que reconheçam e respondam às suas características epidemiológicas, econômicas e sociais, o que fragiliza a eficácia das políticas públicas voltadas ao seu controle.

A pesquisa revela a complexidade da governança pública nessa área, marcada por disputas entre interesses econômicos, pressões institucionais e limitações estruturais, além da negociação de emendas parlamentares por colégios eleitorais, que influenciam diretamente a alocação de recursos para políticas de redução do consumo abusivo de álcool conforme a dinâmica de poder regional. O estudo percorreu a trajetória da política pública, do planejamento à execução, incluindo

mecanismos de monitoramento e avaliação, explorando iniciativas federais e subnacionais, experiências comparadas e contribuições da cooperação internacional.

O recorte do estudo permitiu a identificação de padrões de intervenção estatal voltados à prevenção, tratamento e repressão dos efeitos do consumo abusivo de álcool, destacando seus avanços, lacunas e contradições. Também foram avaliados os recursos orçamentários mobilizados, a efetividade dos arranjos interinstitucionais e o grau de alinhamento das ações nacionais com recomendações globais. Por fim, investigou-se a participação de atores não estatais, como organizações da sociedade civil, universidades e organismos multilaterais, na formulação e acompanhamento das políticas públicas do setor.

Os objetivos do estudo foram alcançados, visto que foi possível compreender a atuação do Estado brasileiro diante do desafio do consumo abusivo de álcool e identificar os principais mecanismos normativos, orçamentários e colaborativos envolvidos. A pesquisa evidenciou a existência de uma estrutura institucional relevante, mas ainda insuficiente para enfrentar o problema de forma eficaz. As políticas públicas analisadas revelam esforços intersetoriais e uma tentativa de articulação entre os diferentes níveis de governo, porém ainda enfrentam barreiras como descontinuidade de programas, subfinanciamento e fragilidades na coordenação federativa. Destaca-se, nesse contexto, a ausência de dotações orçamentárias específicas e estruturadas em diversos níveis da administração pública, o que evidencia a baixa priorização do tema nas agendas governamentais. Essa limitação compromete a continuidade e a escala das ações necessárias ao enfrentamento sistemático do consumo de álcool.

Entre 2015 e 2017, o mapeamento das redes colaborativas revelou arranjos embrionários, apoiados em vínculos informais e protocolos improvisados, o que resultou em liberações orçamentárias rígidas, desembolsos lentos e descoordenados. No ciclo 2018 – 2020, apesar da formalização desses mecanismos e do alinhamento das metas cooperativas, apenas 58% do orçamento previsto foi executado, e as dotações específicas para ações relacionadas ao álcool representaram menos de 0,8% dos recursos totais do Ministério da Saúde, cerca de R\$ 1,6 bilhão de um montante de R\$ 200 bilhões em 2020, mesmo com internações por álcool respondendo por 15% dos atendimentos de urgência e gerando custos diretos estimados em R\$ 3,2 bilhões. Em

2020, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apenas R\$ 180 milhões, ou 0,4% dos R\$ 45 bilhões do orçamento total, foram destinados a serviços para usuários de álcool. Ao mesmo tempo, os orçamentos federais em saúde e assistência social cresceram em termos reais em média 4,5% e 5,1% ao ano, respectivamente. Essa discrepância evidencia que as dotações específicas para redução de danos permaneceram praticamente inalteradas, não acompanhando a expansão dos recursos gerais.

Essa interdependência dinâmica mostra que as redes de ação moldam o fluxo financeiro e que a gestão orçamentária, por sua vez, pode reforçar ou enfraquecer esses vínculos. Na falta de mecanismos formais de prestação de contas e de transparência, os objetivos coletivamente pactuados não se convertem em desembolsos efetivos, e as revisões nas responsabilidades e nos procedimentos de cooperação ocorrem fora de sincronia com os calendários de liberação de verbas. Agranoff e McGuire demonstram que a ausência de estruturas de governança claras impede a consolidação de parcerias duradouras; Keast et al. mostram como a falta de indicadores precisos inviabiliza avaliações de impacto; Klijn e Koppenjan alertam para a instabilidade das relações de poder; e Pollitt e Bouckaert enfatizam que os prazos desalinhados entre órgãos comprometem o monitoramento em tempo real.

Com isso, conclui-se que é imprescindível ampliar a capacidade de governança pública por meio de marcos regulatórios que garantam dotação orçamentária dedicada e estável para vigilância, prevenção e tratamento, consolidar sistemas unificados de monitoramento em tempo real com indicadores alinhados às metas da OMS, instituir sanções ou incentivos por desempenho e fortalecer a atenção psicosocial via capacitação contínua de gestores e profissionais. Harmonizar a legislação brasileira com padrões internacionais e controlar eficazmente a publicidade e o acesso ao produto são condições essenciais para aproximar o país das recomendações da OMS. A cooperação internacional deve ser potencializada não apenas como fonte de boas práticas, mas também como catalisadora de inovação institucional, garantindo previsibilidade e transparência na alocação de recursos públicos.

Este estudo contribui para o campo da Administração Pública ao lançar luz sobre a complexidade da formulação e execução de políticas de álcool, integrando dimensões muitas vezes analisadas

isoladamente, normativa, colaborativa e orçamentária, e propondo caminhos de aprimoramento baseados em dados empíricos e na articulação nacional e internacional. Para pesquisas futuras, recomenda-se aprofundar a implementação dessas políticas nos entes subnacionais, realizar comparações regionais de boas práticas, investigar a eficácia de instrumentos de cooperação internacional e incorporar a perspectiva dos usuários, especialmente jovens, populações em situação de rua e pessoas com sofrimento psíquico. Ademais, explorar as inter-relações entre o consumo de álcool e outras agendas públicas, como mobilidade urbana, habitação e trabalho, pode ampliar ainda mais a compreensão do fenômeno e contribuir para estratégias de enfrentamento mais eficazes.

A análise normativo-documental indica que o problema do álcool está conceituado de forma multifacetada: houve deslocamento da lógica punitiva para abordagens que incorporam prevenção, cuidado e redução de danos, ainda que muitas normas continuem a tratar o álcool como “mais uma droga”, sem reconhecer plenamente suas especificidades epidemiológicas, econômicas e sociais.

Quanto aos objetivos declarados nas normas, estes abrangem prevenção, tratamento e reinserção social; contudo, a coerência entre diagnóstico, metas e instrumentos é parcial. Diagnósticos epidemiológicos robustos coexistem com um conjunto heterogêneo de instrumentos, educativos, repressivos e assistenciais, que não formam, de modo consistente, um encadeamento operacional incluindo metas mensuráveis a mecanismos claros de execução e financiamento.

A previsão de avaliação e indicadores nas normas é pontual e fragmentada. Alguns instrumentos normativos contemplam indicadores ou metas, mas faltam padrões e rotinas de monitoramento uniformes que permitam atribuir impactos às ações e assegurar responsabilização técnica e política.

No eixo colaborativo, as políticas preveem formalmente a atuação conjunta entre governo, organismos multilaterais, academia, ONGs e sociedade civil, com a ABC e agências internacionais atuando como canais formais de articulação. Os mecanismos formais documentados incluem acordos bilaterais, convênios, o CONAD e instrumentos de pactuação interfederativa, que estruturam canais de cooperação técnica e institucional.

A operacionalização desses arranjos colaborativos revela, simultaneamente, sinergias e limitações. Há evidências de trocas técnicas, capacitação conjunta e produção de evidências; entretanto, persistem conflitos e lacunas operacionais, baixa continuidade institucional, prioridades divergentes entre atores e opacidade em convênios pontuais, que reduzem a eficácia das parcerias e a capacidade de coordenação e responsabilização.

No eixo orçamentário, os registros analisados mostram evolução nas dotações e nos mecanismos de execução ao longo do período estudado, com episódios de subexecução marcante entre 2016–2019 e melhoria relativa até 2025. Ainda assim, a maior parte dos recursos permanece agregada em rubricas amplas, notadamente a Ação 2085 do FUNAD, o que impede isolar recursos dedicados exclusivamente à redução de danos por álcool.

Em consequência, a alocação de verbas não reflete de forma inequívoca as prioridades diagnosticadas nas normas e persistem lacunas significativas entre o planejado (dotação) e o executado (pagamentos e gastos efetivos). Essas lacunas decorrem de subexecução histórica, falta de discriminação temática nas rubricas, prazos desalinhados entre parceiros e insuficiente transparência em convênios.

Sinteticamente, avanços conceituais e arranjos colaborativos coexistem com fragilidades operacionais e orçamentárias: sem rubricas específicas, indicadores padronizados e rotinas permanentes de governança colaborativa, torna-se difícil transformar diagnósticos e acordos em políticas escaláveis e avaliáveis.

Por fim, recomenda-se priorizar medidas concretas que incluem diagnóstico, instrumentação e financiamento: criar rubrica orçamentária específica para ações sobre álcool; padronizar e integrar indicadores mensuráveis; instituir comitê interministerial permanente com participação da sociedade civil e organismos multilaterais; e obrigar inventário público de convênios e instrumentos de cooperação com vinculação a indicadores de desempenho.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABULSEOUD, A. H.; HARVEY, P. D.; MALISON, R. T.; JENGO, F. Differences in psychiatric symptoms among men and women with alcohol dependence. **Journal of Psychiatric Research**, London, v. 47, n. 3, p. 176–182, 2013.
- ALMEIDA, R. S.; FERREIRA, L. M.; SOUZA, P. N. Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012–2018. **Cadernos de Saúde Coletiva**, [s. l.], 2024.
- ALVES, Carla. Desafios das estratégias punitivas na segurança pública. **Revista Estudos Avançados de Política**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 12–28, 2009.
- ALVES, Carla. Segurança pública e álcool: articulação com políticas de saúde, assistência e educação. **Revista Políticas Públicas**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 45–60, 2004.
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 51–53, 2004.
- ANIZIO, F. B. Acolhimento ao paciente alcoolista na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Atenção Primária em Saúde**, v. 25, n. 102, p. 100–110, 2022.
- ARAÚJO, M. C. **Políticas públicas e desigualdades no consumo de álcool no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ARCA FIOCRUZ. Repositório institucional: Arca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://fiocruz.br/repositorio-institucional-arca>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- BABOR, T. F.; CASWELL, S.; GRAHAM, K.; HUCKLE, T.; LIVINGSTON, M.; ÖSTERBERG, E.; REHM, J.; ROOM, R.; ROSSOW, I.; SORNPAISARN, B. **Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2022.
- BABOR, Thomas F.; ROBAINA, Katia. A atuação da indústria de bebidas alcoólicas e sua influência em arenas políticas. **Revista Políticas Públicas**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 45–60, 2013.
- BANCO MUNDIAL. **The global costs of alcohol use**: economic and social burden. Washington, D.C.: World Bank, 2019.

BRAGA, Luís R. Assistência social no CRAS e reintegração de usuários em conflito com a lei. **Cadernos de Serviço Social**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 101–115, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto n.º 4.294, de 6 de julho de 1924. Estabelece penalidades para contraventores na venda de substâncias e internação de intoxicados pelo álcool. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jul. 1924. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 ago. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 dez. 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 maio 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.871, de 4 de junho de 2009. Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jun. 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei nº 8.742/1993 e institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 abr. 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 2019.

BRASIL. Decreto n.º 85.110, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 set. 1980. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 132, de 2023. Altera a estrutura tributária e institui o Imposto Seletivo sobre produtos nocivos à saúde e ao meio ambiente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2023.

BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. **Programa de Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas (PAUAD): relatório de execução orçamentária 2023**. São Paulo: SEJC, 2023. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/transparencia/pauad/execucao2023>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 out. 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5726.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas e produtos fumígenos, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1996.

BRASIL. Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10216.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei n.º 10.671, de 15 de maio de 2003. Dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 mai. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10671.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha). **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 ago. 2006.

BRASIL. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnadv). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera o Código de Trânsito Brasileiro e a Lei nº 9.294/1996 para estabelecer tolerância zero ao álcool. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jun. 2008.

BRASIL. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro relativos à embriaguez ao volante. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 dez. 2012.

BRASIL. Lei n.º 13.018, de 22 de julho de 2014. Institui a Política Nacional de Cultura Viva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) para criminalizar a venda de álcool a menores de 18 anos e institui o Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (PAIUDAD). **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.241, de 30 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre bebidas alcoólicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Relatório de execução orçamentária 2023**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/transparencia/orcamento-e-execucao>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**: execução orçamentária LOA 2023. Portal da Transparência. [Brasília]: [Ministério da Educação; Ministério da Saúde], 2023.

Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Relatório de execução orçamentária 2023**. Brasília: MJSP, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/transparencia/orcamento>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa Elos**: Construindo Coletivos – guia do componente familiar em adaptação. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Segurança no Trânsito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/ape/esuaps>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Álcool: menos é melhor**. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Investimentos em Saúde Mental e RAPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024–2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 110, de 6 fev. 2014. Institui o Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (PAIUDAD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 396, de 7 jul. 2005. Institui a Estratégia Nacional de Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de execução orçamentária 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/transparencia/orcamento>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília]: Ministério da Saúde, [2025?]. Disponível em: <https://www.sio.ps>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Portaria Conjunta MS/MEC n.º 749, de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial Educação em Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mai. 2005.

BRASIL. Portaria n.º 816, de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º maio. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Portal da Transparência. Consulta detalhada de despesas – função saúde. [Brasília]: Portal da Transparência, [2025?]. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Portal da Transparência. **Programa Saúde na Escola**: execução orçamentária LOA 2023. [Brasília]: Portal da Transparência, 2023. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) 2024**. Brasília: STN, 2024.

BRASIL. Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop). **Consultas de execução orçamentária 2024**. Brasília: Siop, 2024.

BRONZO, Carla. **Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família**: conexões e uma experiência para reflexão. Brasília: UNESCO, 2009.

CASTRO, S. R. G. **Financiamento público da saúde no Brasil**: desafios e perspectivas. Brasília: Ipea, 2014.

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança**: movimentos sociais na era da internet. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CAVALCANTE, Pedro; PIRES, Roberto Rocha C. **Arranjos institucionais e governança pública**: desafios conceituais e práticos. Brasília: Ipea, 2018.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas). **Relatórios epidemiológicos sobre drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBRID, 2005.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL – CISA. **Álcool e a saúde dos brasileiros**: panorama 2022. São Paulo: CISA, 2022.

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2024. São Paulo: CISA, 2024. Disponível em: https://cisa.org.br/images/upload/Panorama_Alcool_Saude_CISA2024.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

CHISHOLM, D.; REKVE, D.; BANATVALA, N.; KARPATI, A.; TARLTON, D.; WESTERMAN, L.; SPERKOVA, K. **SafER**: technical package to support country action on reducing harmful use of alcohol. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2018.

COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS (CICAD). **Mecanismo de Avaliação Multilateral (MAM)**: Relatório de Avaliação do Brasil 2019. Washington, DC: OEA, 2019.

CRUM, R. M. et al. Substance use and mental disorders: results from a national survey. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 28, n. 1, p. 23–29, 2005.

DEATON, A. **The great escape**: health, wealth, and the origins of inequality. Princeton: Princeton University Press, 2013.

DUFLO, Esther. **Field experiments and their role in development economics**. Cambridge: MIT Press, 2012.

EVANS, Peter. **Embedded autonomy**: states and industrial transformation. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FERNANDES, L. A.; SHIMIZU, H. E.; PRADO NETO, P. F.; CAVALCANTE, F. V. S. A.; SILVA, J. R. M. da; PARENTE, R. C. M. Trajetória dos 15 anos de

implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], 2022.

FERREIRA, L. N.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BISPO JÚNIOR, J. P.; BRAGA JÚNIOR, A. C. R. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1473–1486, 2011.

FILMER, Deon; KING, Elizabeth; STEVENSON, Ruth. The impact of education on poverty in developing countries. **Journal of Development Studies**, London, v. 52, n. 4, p. 453–467, 2016.

FISZBEIN, Ariel; SCHADY, Norbert R. **Conditional Cash Transfers**: reducing present and future poverty. Washington, DC: The World Bank, 2009.

FONSECA, R. C. L. F.; COUTO, L. F.; RODRIGUES, J. M. **Agenda formal e agenda substantiva na adesão do Brasil às recomendações de governança orçamentária da OCDE**. Ipea, [s. l.], 2022.

FRANKLIN, A. S.; MANGUEIRA, S. de O.; GUIMARÃES, F. J.; MANGUEIRA, J. de O.; FERNANDES, A. F. C.; LOPES, M. V. de O. A cooperação internacional em políticas de álcool no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, e37, 2021.

FURTADO, Bernardo; SAKOWSKI, Patrícia A. M.; TÓVOLLI, Marina H. **Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2015.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Edital de seleção de pesquisadores voluntários para o Comitê Científico CRIA Ciência – Prevenção e Cidadania**. Brasília: MJSP, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-e-onu-formarao-comite-cientifico-para-apoiar-acoes-de-prevencao-em-alcool-e-drogas>. Acesso em: 7 jul. 2025.

HASIN, Deborah S.; STINSON, Frederick S.; OGBURN, Elizabeth; GRANT, Bridget F. Epidemiology of alcohol abuse and dependence in the United States. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 68, n. 3, p. 477–491, 2007.

HOOD, Christopher. A public management for all seasons. **Public Administration**, Oxford, v. 69, n. 1, p. 3–19, 1991.

HOOD, Christopher. **The tools of government**: a guide to the new governance. New York: Oxford University Press, 2007.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying public policy:** policy cycles and policy subsystems. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. **World Suicide Prevention Day:** 10 September. Geneva: IASP, 2018. Disponível em:

https://www.iasp.info/resources/World_Suicide_Prevention_Day_and_Suicide_Prevention_Week.htm. Acesso em: 11 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. **World report on safety and health at work.** Genebra: ILO, 2019.

KERR-CORRÊA, F.; CAVAIANI, M. B.; OLIVEIRA, J. B. de O.; LIMA, M. C. P. Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. 1, p. 157–168, 2012.

KING, Christopher. **Public policy instruments:** principles and applications for modern governance. Cheltenham: Edward Elgar, 2007.

LARANJEIRA, Rodrigo; ROMANO, Mauro H. **Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. S. Gravidez precoce e evasão escolar em adolescentes: influência do consumo de álcool. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 343–352, 2013.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. S.. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II): padrões de consumo e perfil do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, p. 123–136, 2013.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Políticas de intervenção no consumo de álcool: uma abordagem de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 311–319, 2005.

LARANJEIRA, Rodrigo; ROMANO, Mauro H. **Justiça terapêutica e redução de danos no sistema penitenciário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Gouverner par les instruments.** Paris: Presses de Sciences Po, 2005.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **As abordagens a partir dos instrumentos da ação pública.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

LOPES, Cristiano Aguiar. **Acesso à informação pública para a melhoria da qualidade dos gastos públicos:** literatura, evidências empíricas e o caso brasileiro. Brasília: ENAP/ESAF, 2007.

LOPES, A. C. **Sistemas de informação em saúde pública:** desafios e perspectivas. Brasília: EdUERJ, 2007.

LOUREIRO, W. N. O financiamento da educação no Brasil: contextualização. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 311–330, 2004.

MCCAMBRIDGE, J.; MIALOW, M.; HOWKINS, B. Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. **Addiction**, v. 113, n. 9, p. 1571–1584, 2018.

MACHADO, Letícia V.; BOARINI, Maria L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Campinas, v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MALVEZZI, T. B. Triagem e Intervenção Breve na Atenção Primária: detecção precoce de consumo de álcool. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 20, n. 2, p. 45–52, 2018.

MANGUEIRA, J. O.; MANGUEIRA, S. O.; FERNANDES, A. F. C.; LOPES, M. V. O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 126–135, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4MKjmpmvwp9NfQQ3sdDwLxL/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MANGUEIRA, J. O.; MANGUEIRA, S. O.; FERNANDES, A. F. C.; LOPES, M. V. O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa. **Psicologia & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 157–168, 2015.

MARQUES, Eduardo Cesar. Redes sociais e poder no estado brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 16–41, 2006.

MARTINS, Humberto Falcão. Governança colaborativa na prática. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 17–30, mar. 2016. DOI: 10.12660/rgplp.v15n1.2016.78412. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/78412>. Acesso em: 13 ago. 2025.

MONTEIRO, M. G. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 171–174, jan./mar. 2016.

MONITOR DE FEMINICÍDIOS – LESFEM/UEL. **Relatório anual de feminicídios**. Londrina: LESFEM/UEL, 2023.

MORAES, Marcelo; CARVALHO, Ana Luciana. Prevenção ao uso nocivo de álcool na educação. **Revista Educação em Debate**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 98–112, 2015.

NASCIMENTO, José; BARROS, Patrícia. Segurança pública integrada: desafios e perspectivas. **Revista Segurança & Sociedade**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 76–89, 2018.

NAVES, W. C.; MALTA, D. C.; SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S. Consumo abusivo de bebidas alcoólicas em capitais brasileiras: tendências e determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 26, supl. 1, e230059, 2023.

NEES, R. A.; SOARES, A. P.; SANTOS, F. O.; SILVA, J. C. Consumo de álcool e fatores de risco em adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 427–437, 2011.

NEVES, A. G. S. **Fatores associados ao consumo excessivo de álcool na população brasileira**. 2015. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

NOEL, K.; BABOR, T. F. Publicidade de bebidas alcoólicas e grupos vulneráveis. **Journal of Public Health Policy**, Oxford, v. 43, p. 215–232, 2022.

OFFE, Claus. Instrumentos de implementação de políticas públicas: reflexões de um cientista político. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 135–156, jan./mar. 2009.

OLIVEIRA, C. W. L.; GARCIA, P. T.; LIMA, M. O. Analysis of gaps in alcohol policies in Brazil using the Pan American Health Organization's Alcohol Policy Scoring. **International Journal of Drug Policy**, v. 97, p. 103322, 2021.

OLIVEIRA, M. L.; GARCIA, P. T. Disparidades regionais na execução orçamentária dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, n. 1, e2024012, 2024.

OLIVEIRA, M. M. Organização dos serviços de atenção primária à saúde: acolhimento de dependentes de álcool e familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, e 00012345, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 8^a Conferência Mundial de Saúde. Genebra, set. 1967. Inclusão do alcoolismo na Classificação Internacional de Doenças (CID-8).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 75^a Assembleia Mundial da Saúde, 28 mai. 2022. Endosso ao Plano de Ação Global sobre o Álcool (2022-2030). Genebra.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Genebra: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Plano de ação global sobre o álcool 2022–2030**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56638>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **SAFER**: technical package to support country action on reducing harmful use of alcohol. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação Global sobre o Álcool 2022-2030**: resumo para parceiros internacionais, organizações da sociedade civil e entidades acadêmicas nas Américas. Washington, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56638/PAHONMHMH22_0022_por.pdf?sequence=1. Acesso em: 2 abr. 2025.

PEREIRA, T. P.; SOUZA, K. G. de; OLIVEIRA, E. S. Baixa adesão à triagem sistemática de uso de álcool nas Unidades Básicas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1234–1245, 2023.

PETERS, B. Guy; VAN NISPEN, Frans K. M., eds. **Public policy instruments: evaluating the tools of public administration**. Cheltenham: Edward Elgar, 1998.

PIKETTY, Thomas. **O Capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PRONASCI JUVENTUDE. **Capacitação de equipes em manejo de álcool, saúde mental e redução de danos**: relatório final. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023.

PSACHAROPOULOS, George; PATRINOS, Harry A. Returns to investment in education: a decennial review of the global literature. **Policy Research Working Paper**, n. 8402. Washington, DC: World Bank, 2018.

RAIZER, V. C.; SOUZA, F. A.; LIMA, M. T. Combate ao alcoolismo e fatores de desistência em programas de tratamento: um estudo transversal. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 47, n. 3, p. 120–128, 2020.

RANI, Manisha; HILL, Patrick. **Expanding access to quality health services in low-income settings**. Geneva: World Health Organization, 2019.

RECEITA Federal do Brasil. **Estudo sobre a carga tributária no Brasil**. Brasília: Secretaria Especial da Receita Federal, 2022.

REHM, J.; MATHERS, C.; POPOVA, S.; THAVORNCHAROENSAP, M.; TEERAWATTANANON, Y.; PATRA, J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 12, p. 987–1010, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/955mjDyrBqqqNpBQ7ftPrh/>. Acesso em: 3 maio 2025.

REIS, L. A. P. Estratégias de orientação para cessação do consumo de álcool na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, supl. 1, 201210234, 2021.

SABATIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 1986.

SALAMON, Lester M., ed. **The tools of government**: a guide to the new governance. New York: Oxford University Press, 2002.

SANTOS, R. O. ; MALTA, D. C.; SILVA, A. G.; PRATES, E. J.; ALVES, F. T. A.; CRISTO, E. B.; MACHADO, I. E. Convergência no consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras: análise de tendência temporal entre 2006 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 1, e210022, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2021.v24suppl1/e210022/pt/>. Acesso em: 3 maio 2025.

SARGENT, Fletcher; BABOR, Thomas F. Alcohol marketing and youth consumption: systematic review. **Journal of Public Health Policy**, Oxford, v. 41, supl. E1, p. 1–15, 2020.

SCHMIDT, Michael G. Execução orçamentária e políticas sociais: a desconexão entre leis e recursos. **Revista Gestão & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 56–67, 2016.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei n. 499, de 10 de dezembro de 2018. Altera a Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996, para que bebidas com teor alcoólico superior a 0,5 grau Gay-Lussac sejam consideradas bebidas alcoólicas. Brasília: Senado Federal, 2018.

Luiza Eunice Sá da Silva

SILVA, M. F.; SILVA, L. E. S.; HELMAN, B.; SILVA, D. C. L.; AQUINO, E. C.; FREITAS, P. C.; SANTOS, R. O.; BRITO, V. C. A.; GARCIA, L. P.; SARDINHA, L. M. V. **Pesquisa Nacional de Saúde 2022**: análise dos indicadores de consumo de álcool. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

SMEEDING, Timothy M. **Designing welfare states**: policy regimes and their impact on poverty and inequality. New York: Oxford University Press, 2019.

SMITH, John A. Impacto das políticas sociais na promoção dos direitos civis em países europeus. **Revista Europeia de Políticas Sociais**, Paris, v. 10, n. 2, p. 123–141, 2018.

SOUZA, K. G. de. Implementação de Triagem e Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 295–302, 2015.

SWENDSEN, J.; CONWAY, K. Variações culturais e geográficas na prevalência do consumo de álcool: um estudo comparativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 314–325, nov. 2010.

TONIATO, J.; SILVA, M. A. M.; DOURADO, A. P. Intersetorialidade e políticas públicas: desafios conceituais e práticos. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, Florianópolis, v. 14, n. 42, p. 17–46, 2010.

TORRES, G. R. ; LIMA, M. O ; NEES, R. A. Desigualdades regionais no controle do álcool: tendências e impactos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e 00123417, 2017.

VASCONCELOS, L. M. V.; SILVA, L. E. S.; HELMAN, B.; SILVA, D. C. L.; AQUINO, E. C.; FREITAS, P. C.; SANTOS, R. O.; BRITO, V. C. A.; GARCIA, L. P.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, supl. 1, 20121379, 2022.

VASCONCELOS, L. M. V.; SILVA, L. E. S.; HELMAN, B.; SILVA, D. C. L.; AQUINO, E. C.; FREITAS, P. C.; SANTOS, R. O.; BRITO, V. C. A.; GARCIA, L. P.; SARDINHA, L. M. V. **Saúde e Segurança na Escola**: curso de educação entre pares. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

VERBA, Sidney; SCHLOZMAN, Kay L.; BRADY, Henry E. **Voice and equality**: civic voluntarism in American politics. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: tabagismo e consumo abusivo de álcool 2006–2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool>. Acesso em: 27 jul. 2025.

VITAL STRATEGIES. Consumo de bebida alcoólica custa ao Brasil R\$ 18,8 bilhões por ano e é responsável por 12 mortes por hora. São Paulo, 5 nov. 2024. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/consumo-de-bebida-alcoolica-custa-ao-brasil-reais-188-bilhoes-por-ano-e-e-responsavel-por-12-mortes-por-hora/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

XAVIER, Elisa; SILVA, Renato; SOUSA, André. Descentralização da fiscalização e controle social: impactos territoriais. **Revista Gestão Local**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 30–46, 2018.

A photograph of a modern, multi-story building with a large glass facade. The letters 'idn' are visible in the top right corner of the building's facade. The scene is set at night, with the building's lights reflecting off the glass windows. In the foreground, there is a paved area with some low-lying plants and a street lamp. The overall atmosphere is professional and contemporary.

idn

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO