



RBGP
Revista Brasileira de Gestão Pública
V. 4, n. 1, 2025

<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/rbgp>

ISSN 2965-5706



POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS DO ÁLCOOL NO BRASIL: AVANÇOS, LACUNAS E DESAFIOS

Luciane Vianna da Silva^{a,1}, Milton de Souza Mendonça Sobrinho^a

^a Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP),

INFORMAÇÕES

Palavras-chave:

Políticas Públicas de Saúde; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Redução de Danos; Financiamento em Saúde; Governança em Saúde.

Keywords:

Health Public Policy; Alcohol Drinking; Harm Reduction; Health Financing; Health Governance.

RESUMO

O estudo realizou uma análise documental qualitativa, de caráter interpretativo, com o objetivo de sintetizar evidências científicas, marcos normativos, diretrizes internacionais e dados governamentais relacionados às políticas públicas brasileiras de redução de danos associadas ao consumo de álcool. Foram consultados documentos oficiais, legislação federal, relatórios técnicos e painéis orçamentários, entre 2000 e 2024. A análise temático-interpretativa organizou os achados em três eixos: normativo, colaborativo e orçamentário. Os resultados evidenciam avanços na incorporação do álcool como problema de saúde pública, especialmente com a consolidação da RAPS e o fortalecimento do paradigma psicossocial. Contudo, persistem lacunas estruturais como seletividade regulatória, fragmentação intersetorial, baixa padronização de indicadores e subfinanciamento crônico das ações preventivas e assistenciais. A ausência de monitoramento contínuo e de metas verificáveis limita a efetividade das políticas existentes. Conclui-se que políticas eficazes demandam maior integração entre regulação, financiamento estável, serviços territoriais, participação social e sistemas de avaliação, favorecendo intervenções equitativas e sustentáveis diante da complexidade do consumo nocivo de álcool no Brasil.

ABSTRACT

This study conducted a qualitative documentary analysis aimed at synthesizing scientific evidence, regulatory frameworks, international guidelines, and governmental data on Brazilian public policies for harm reduction related to alcohol consumption. Searches were carried out in federal legislation, official documents, technical reports, and budgetary systems from 2000 to 2024. Thematic content analysis organized the findings into three analytical axes: normative, collaborative, and budgetary. Results indicate progress in recognizing alcohol as a public health issue, especially through the consolidation of the Psychosocial Care Network and the strengthening of the psychosocial paradigm. However, structural gaps persist, including regulatory selectivity, intersectoral fragmentation, insufficient standardized indicators, and chronic underfunding of preventive and care-related actions. The absence of continuous monitoring and measurable goals limits policy effectiveness. The review concludes that more effective policies require integration between regulatory instruments, stable financing, territorial services, community

¹ lucianeviannasilva37@gmail.com

participation, and robust evaluation systems, enabling equitable and sustainable responses to the complexities of harmful alcohol consumption in Brazil.

1. Introdução

O consumo de álcool configura-se como um dos principais desafios para a saúde pública contemporânea, não apenas pelos seus efeitos sobre a morbimortalidade, mas também por seu enraizamento em estruturas sociais, econômicas e culturais que condicionam desigualmente os riscos e os acessos ao cuidado. No Brasil, padrões de uso abusivo se associam à iniciação precoce, à exposição precoce de adolescentes, à violência interpessoal, a agravos mentais e à reprodução de iniquidades marcadas por raça, classe e território. A persistência de um modelo de desenvolvimento excludente, aliado à atuação ambivalente do Estado diante dos interesses regulatórios e econômicos que envolvem o setor de bebidas alcoólicas, tem produzido respostas políticas fragmentadas, descontínuas e, muitas vezes, contraditórias.

Nas últimas duas décadas, a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o avanço do paradigma da saúde mental coletiva promoveram inflexões importantes na forma como o consumo de álcool passou a ser tratado nas políticas públicas. Contudo, a coexistência de marcos normativos dissonantes, a fragilidade das estratégias de regulação e a precarização orçamentária evidenciam a distância entre o reconhecimento formal do problema e a capacidade do Estado em enfrentá-lo de maneira estruturada e contínua. Em meio a esse cenário, as abordagens de redução de danos, ainda pouco institucionalizadas no campo do álcool, oferecem um referencial ético e político de cuidado que se contrapõe a modelos abstencionistas, punitivistas ou assistencialistas descolados da realidade dos usuários e dos territórios.

Este artigo propõe uma análise documental qualitativa de natureza interpretativa, que busca compreender em que medida as políticas públicas brasileiras voltadas à redução de danos associados ao consumo de álcool têm sido capazes de produzir respostas integradas, equitativas e baseadas em evidências. Foram examinadas 59 fontes documentais, entre normativas federais, diretrizes internacionais, relatórios técnicos e dados orçamentários, produzidas entre 2000 e 2024. A análise organizou os achados em três eixos: normativo, colaborativo e orçamentário, com o objetivo de identificar avanços, contradições e lacunas estruturais nas estratégias de enfrentamento do consumo nocivo de álcool no país.

Os resultados apontam que, apesar de avanços pontuais no reconhecimento do álcool como problema de saúde pública e na formalização de redes e instrumentos, ainda prevalecem seletividade regulatória, baixa articulação intersetorial, ausência de metas mensuráveis, subfinanciamento crônico e vulnerabilidade à captura por interesses econômicos. A análise crítica dos instrumentos de ação governamental evidencia a fragilidade das conexões entre regulação, financiamento e provisão de serviços, bem como a insuficiência de sistemas de avaliação e monitoramento. Além disso, observa-se que a intersetorialidade, embora presente no discurso institucional, carece de governança efetiva e de mecanismos de pactuação e responsabilização compartilhada.

Ao examinar a política pública em sua totalidade institucional, este estudo reforça a importância de integrar as dimensões normativa, colaborativa e fiscal como condição para a efetividade das estratégias de redução de danos. O enfrentamento ao consumo abusivo de álcool exige não apenas a ampliação de serviços e recursos, mas a reconfiguração da forma como o Estado organiza sua ação, escuta os sujeitos e os territórios, e se compromete com a construção de respostas democráticas, equânimes e sustentáveis.

2. Referencial Teórico

As políticas sociais de bem-estar constituem eixo estruturante dos sistemas modernos de proteção social, orientadas à mitigação de vulnerabilidades por meio da ampliação de direitos, provisão de serviços públicos e mecanismos redistributivos. No enfrentamento do consumo abusivo de álcool, tais políticas assumem papel central ao articular prevenção, cuidado clínico e proteção social, buscando mitigar impactos sanitários, sociais e econômicos (Lopes, 2007). Embora o consumo de bebidas alcoólicas integre a sociabilidade humana há séculos, seus efeitos adversos passaram a ser sistematicamente descritos apenas no período histórico recente. A literatura ainda enfrenta desafios para explicar por que determinadas pessoas desenvolvem dependência enquanto outras não, o que evidencia lacunas sobre determinantes multicausais associados ao uso de substâncias (McCambridge; Mialon; Hawkins, 2018).

Nesse contexto, a epidemiologia social expande o enfoque tradicional ao considerar determinantes sociais, condições de vida e desigualdades estruturais como fatores que influenciam padrões de uso e trajetórias de vulnerabilidade. Ela fornece recursos metodológicos para mensurar prevalência, reconhecer grupos vulneráveis e identificar fatores de risco, elementos essenciais para políticas eficazes (Babor et al., 2010). Estudos epidemiológicos evidenciam que o consumo problemático resulta da interação entre determinantes genéticos, psicológicos, tais como impulsividade e baixa regulação emocional, comunitários, econômicos e culturais, modulados por marcadores como

idade, gênero, renda e escolaridade. A adolescência destaca-se como período de especial vulnerabilidade devido à neuroplasticidade em desenvolvimento e à tendência à experimentação, agravada pela redução da idade de iniciação ao álcool no país (CISA, 2023).

No que se refere às desigualdades de gênero, observa-se que homens apresentam maior prevalência de uso abusivo, enquanto mulheres desenvolvem dependência mais rapidamente e apresentam vulnerabilidades específicas (Souza, 2015). Início precoce do consumo associa-se a desfechos adversos como violência doméstica, acidentes de trânsito, evasão escolar, gravidez na adolescência e pior desempenho acadêmico (Reis, 2021). No Brasil, levantamentos recentes como o Vigitel (2023) indicam aumento do consumo abusivo em capitais, sobretudo entre jovens adultos, pessoas negras e pardas e populações de baixa renda, grupos também mais afetados pela mortalidade associada ao álcool (CISA, 2023).

Oliveira et al. (2021) identificam lacunas significativas entre formulação e implementação das políticas de álcool, sobretudo após 2019, demonstrando que normas federais frequentemente não se traduzem em execução efetiva nos estados e municípios. Soma-se a isso a influência persistente da indústria de bebidas alcoólicas na formulação de políticas públicas, conforme demonstrado por McCambridge, Mialon e Hawkins (2018), que identificam estratégias de cooptação governamental por parte do setor.

No âmbito dos serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa porta de entrada fundamental para detecção precoce e manejo do consumo abusivo. Entretanto, enfrenta limitações como ausência de protocolos, lacunas formativas e fragmentação com serviços especializados (Anizio, 2022). Estudos indicam que, com capacitação adequada, a APS é capaz de realizar triagem, intervenção breve e ações preventivas (Reis, 2021). Na atenção especializada, os CAPS AD desempenham funções essenciais ao oferecer acolhimento, acompanhamento multiprofissional e envolvimento familiar, práticas que favorecem adesão e continuidade (Oliveira, 2022; Malvezzi, 2018). Ainda assim, fatores socioeconômicos como pobreza, desemprego e desestruturação familiar elevam taxas de abandono, indicando a necessidade de ações intersetoriais entre saúde, assistência social e educação (Raizer et al., 2020).

Estratégias eficazes de redução de danos combinam regulação, tributação, serviços acessíveis, campanhas educativas e proteção social, articuladas por arranjos que promovem participação social, coordenação federativa e transparência. Estudos internacionais consolidados por Babor et al. (2010) indicam que medidas com melhor custo-efetividade incluem restrição à publicidade, regulação da disponibilidade e do preço, fiscalização e fortalecimento da rede de atenção.

A redemocratização brasileira, com a Constituição de 1988, consolidou mecanismos de participação e controle social essenciais para a efetividade das políticas públicas. Evans (1995) argumenta que burocracias eficazes combinam autonomia, proteção contra a captura privada e enraizamento social, capacidade de dialogar e incorporar demandas sociais. Lascoumes e Le Galès (2007) complementam ao enfatizar que instrumentos de ação governamental são “tecnologias políticas” que estruturam relações de poder, moldam comportamentos e influenciam resultados.

Nesse contexto, a tipologia clássica de Hood (1983), modelo NATO, organiza instrumentos estatais em: nodalidade, autoridade, tesouro e organização. A nodalidade refere-se ao controle estatal de informações, permitindo coletar, processar e difundir dados que moldam percepções e agendas. Nas políticas do álcool, manifesta-se em campanhas de prevenção, vigilância epidemiológica e comunicação dirigida. A autoridade representa o poder regulatório do Estado, materializado em leis, decretos, normas e sanções; inclui restrições à publicidade, idade mínima para compra, fiscalização e licenciamento. O tesouro engloba instrumentos financeiros, tributos, subsídios, incentivos, capazes de modular comportamentos por custo-benefício. No campo do álcool, destacam-se a tributação seletiva, preços mínimos e alíquotas diferenciadas por teor alcoólico. Por fim, a organização expressa a capacidade administrativa e institucional do Estado de prover ou coordenar serviços, evidenciada na RAPS, nos CAPS AD, na APS e em protocolos clínicos.

A eficácia das políticas depende da combinação equilibrada desses instrumentos, adaptada ao contexto federativo, às capacidades administrativas e aos riscos de captura regulatória. No Brasil, isso inclui leis como a 13.106/2015 (venda proibida a menores), a 9.294/1996 (restrição de publicidade) e instrumentos fiscais como IPI e ICMS.

A Emenda Constitucional 132/2023 e a Lei Complementar 214/2025 instituíram o Imposto Seletivo, previsto para vigorar entre 2027 e 2033. Esse mecanismo permitirá calibrar alíquotas segundo nocividade e teor alcoólico, vinculando parte da receita a programas de prevenção e tratamento. No entanto, seu avanço encontra disputas setoriais entre indústrias de bebidas alcoólicas, bebidas não alcoólicas e parlamentares, exigindo salvaguardas contra regressividade, mecanismos transparentes de transição e monitoramento permanente dos efeitos (Brasil, 2025).

A efetividade desses instrumentos só se concretiza quando articulada a campanhas educativas, serviços estruturados e ações de comunicação capazes de reduzir estigma e ampliar o acesso ao cuidado. A campanha Setembro Amarelo, instituída pela OMS e adaptada pela ABP e CFM, exemplifica ação informacional que, embora não centrada exclusivamente no álcool, dialoga com fatores de risco associados ao consumo abusivo.

A análise das políticas exige considerar coalizões, conselhos, arranjos intergovernamentais e sistemas informacionais robustos, capazes de integrar dados e orientar a tomada de decisão. Castells (2013) destaca que sistemas informacionais são parte central da estratégia governamental ao moldar comportamentos conforme objetivos políticos.

O debate internacional sobre políticas públicas e orçamento ressalta a importância da qualidade do gasto público, da eficiência administrativa, de sistemas informacionais robustos e da accountability (Lopes, 2007). No Brasil, o sistema tributário é complexo e regressivo, concentrando a carga sobre o consumo e penalizando famílias de baixa renda (Receita Federal, 2022). A evasão fiscal, alimentada por percepções de ineficiência e corrupção, reduz a capacidade do Estado de financiar políticas sociais.

No setor do álcool, a insuficiência de recursos é evidente: em 2023, menos de 0,005% do orçamento federal da saúde foi aplicado em políticas específicas de prevenção e reinserção, dispersas entre três ministérios e sem coordenação unificada (CISA, 2023). Estados e municípios enfrentam fragmentação semelhante, resultando em sobreposição de iniciativas, interrupções recorrentes e baixo monitoramento.

A literatura propõe a criação de um Fundo Nacional de Enfrentamento ao Alcool, gerido por comitê multissetorial envolvendo União, estados, municípios, indústria, organizações da sociedade civil e conselhos. Esse mecanismo permitiria a unificação de editais, o uso de matching funds, maior previsibilidade orçamentária, transparência e a construção de sistemas integrados de indicadores (Cavalcante; Pires, 2018). Nesse contexto, a governança colaborativa surge como alternativa às limitações de modelos tradicionais de gestão pública, como o gerencialismo e o adversarialismo, que frequentemente geram custos elevados, baixa efetividade e conflitos entre atores. Para Ansell e Gash (2008), a governança colaborativa constitui um processo decisório compartilhado entre múltiplos stakeholders não estatais, orientado pela deliberação e pela busca de consensos. Emerson, Nabatchi e Balogh (2012) ampliam essa concepção ao destacar que arranjos colaborativos dependem de liderança, interdependência, incentivos consequentes e capacidade adaptativa para produzir coordenação contínua e sustentada.

Martins (2016) destaca a importância das redes interorganizacionais, baseadas em coprodução, confiança e reciprocidade. No enfrentamento ao consumo de álcool, esse modelo permite integrar saúde, educação, segurança pública, assistência social, sociedade civil organizada e setor privado em estratégias de prevenção, cuidado e reinserção social. Sua efetividade depende de financiamento contínuo, indicadores de desempenho, pactos intersetoriais renováveis e capacidade de adaptação.

Assim, políticas eficazes para enfrentar o consumo abusivo de álcool requerem diagnóstico epidemiológico robusto, instrumentos estatais bem calibrados, capacidade administrativa, governança multissetorial, financiamento sustentável e estratégias de bem-estar social. Esses elementos articulados constituem base para intervenções duradouras, equitativas e alinhadas às necessidades sociais em um país marcado por desigualdades estruturais.

3. Metodologia

A pesquisa consistiu em um estudo qualitativo, de caráter documental, exploratório e descritivo, voltado a analisar avanços e desafios das políticas públicas brasileiras de redução de danos decorrentes do uso abusivo de álcool. A opção por essa abordagem metodológica justifica-se pela necessidade de articular diferentes tipos de evidência, estudos acadêmicos, marcos normativos, diretrizes internacionais, relatórios institucionais e dados orçamentários, de modo a apreender a política pública em sua totalidade institucional e operacional (Bardin, 2016; Cellard, 2008).

Além da literatura científica, foram incluídos normas federais, decretos, portarias, planos nacionais, diretrizes da OMS/OPAS, relatórios da SENAD, documentos do CISA e séries históricas disponíveis no Portal da Transparência, SIOPS, e-Gestor Saúde e Painel Interativo da SENAD, de forma a integrar produção acadêmica, regulação estatal e dados de financiamento.

A análise adotou a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), articulada a referenciais de políticas públicas e instrumentos de ação governamental (Hood, 1983; Lascoumes; Le Galès, 2007), governança colaborativa (Ansell; Gash, 2008; Emerson et al., 2012) e financiamento em saúde. A síntese dos achados permitiu organizar o material em três eixos complementares:

Eixo normativo: centrado em leis, decretos, portarias, planos e diretrizes;

Eixo colaborativo: voltado a arranjos interorganizacionais, redes e governança;

Eixo orçamentário: focado em dotações, execução e desigualdades de financiamento.

A triangulação entre esses eixos buscou conferir rigor analítico, garantindo coerência entre objetivos, procedimentos e interpretações.

Por tratar-se de estudo baseado em documentos públicos e secundários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entre as limitações reconhecidas destacam-se a possibilidade de perda de estudos não indexados, a heterogeneidade metodológica dos materiais incluídos e a agregação de rubricas orçamentárias, que dificulta a identificação precisa de recursos exclusivamente destinados às ações relacionadas ao álcool.

4. Resultados E Discussões

A análise dos 59 documentos selecionados evidenciou um conjunto amplo e heterogêneo de normas, estudos e registros financeiros relacionados às políticas de álcool no Brasil. A síntese temática permitiu organizar os achados em três eixos: normativo, colaborativo e orçamentário, que expressam, respectivamente, a evolução do marco legal e regulatório, a configuração das redes intersetoriais e os padrões de financiamento e execução das ações de prevenção, cuidado e redução de danos.

4.1 Eixo Normativo

No eixo normativo, a análise integrada das 17 normas federais e das diretrizes internacionais incluídas na pesquisa documental permitiu identificar como o álcool foi conceituado ao longo do tempo, quais metas e instrumentos foram declarados e em que medida havia coerência entre diagnóstico, objetivos e ações, além da presença de mecanismos de avaliação.

Os marcos anteriores à Constituição Federal de 1988 indicam que o consumo de álcool era amplamente tolerado e predominantemente tratado como questão moral ou de ordem pública. Até 1924, práticas como a embriaguez em vias públicas e a venda irregular de bebidas eram abordadas sob a ótica do direito penal e da preservação da ordem, sem qualquer vinculação sistemática à saúde pública. Mesmo após o reconhecimento do alcoolismo como doença pela OMS em 1967, essa perspectiva demorou a ser incorporada de forma consistente ao ordenamento jurídico brasileiro.

Nas décadas de 1970 e 1980, consolidou-se um enfoque proibicionista: a Lei nº 5.726/1971 passou a enquadrar o álcool dentro do regime geral de controle de substâncias psicoativas sem distinção entre drogas lícitas e ilícitas, enquanto o Decreto nº 85.110/1980 e a Lei nº 7.560/1986 instituíram estruturas federais de prevenção e repressão centradas na segurança pública, sem definição de indicadores, metas ou mecanismos de avaliação. Em paralelo, a emergência da epidemia de HIV/aids impulsionou experiências pontuais de redução de danos, especialmente entre usuários de drogas injetáveis, que já adotavam métricas de monitoramento (como taxas de soroconversão e distribuição de insumos). Contudo, essas iniciativas permaneciam isoladas e pouco integradas ao marco legal mais amplo relacionado ao álcool e outras drogas.

Com a Constituição de 1988, houve uma inflexão importante: a saúde passou a ser direito universal (arts. 6º e 196), abrindo espaço para que o uso abusivo de álcool fosse tratado como questão de saúde coletiva. Esse novo enquadramento jurídico possibilitou, nos anos 2000, avanços na estrutura normativa. A Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 816/2001 consolidaram a atenção psicossocial, reconhecendo a dependência de álcool como transtorno mental e fortalecendo a rede substitutiva aos manicômios. O Decreto nº 4.345/2002 e, posteriormente, o Decreto nº 6.117/2007, organizaram políticas integradas com instrumentos educativos, repressivos e assistenciais. Em 2007, a Política Nacional sobre o Álcool reafirmou o diagnóstico de que o consumo nocivo impacta simultaneamente saúde, segurança e sociabilidade, ainda que seus instrumentos necessitem de metas claras, mensuráveis para garantir efetividade e coerência no ciclo de políticas públicas.

Paralelamente, persistiram normas centradas na ordem pública, como o Estatuto do Torcedor (Lei nº 10.671/2003), a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) e a Lei Seca (Lei nº 12.760/2012), que reforçam mecanismos repressivos e de fiscalização. Embora relevantes para a redução de acidentes, essas normas tendem a associar o álcool ao risco moral ou criminal, mantendo tensão entre segurança e saúde pública. Problemas semelhantes aparecem em normas fiscais e regulatórias: a Lei nº 9.294/1996 restringe propaganda apenas para bebidas acima de 13°GL, deixando de fora cervejas e vinhos, justamente os produtos de maior consumo. Essa escolha normativa evidencia incoerência entre diagnóstico (álcool como problema de saúde coletiva) e instrumentos de regulação, além de sugerir influência de interesses econômicos na formulação das regras.

A legislação recente mantém essa oscilação. A Lei nº 13.241/2015 reorganiza a tributação do IPI com foco arrecadatário, sem metas ou indicadores de redução de danos. A Lei nº 13.106/2015 fortalece a proteção de crianças e adolescentes ao criminalizar a venda de álcool para menores, mas sua efetividade é prejudicada pela fiscalização incipiente, sobretudo nas plataformas digitais. A Política Nacional sobre Drogas de 2019 (Decreto nº 9.761/2019) reforça um modelo baseado em abstinência e comunidades terapêuticas, representando um recuo em relação à abordagem de redução de danos consolidada na década anterior.

A análise das definições e abordagens, indica que o conceito de álcool migra, historicamente, de infração moral e objeto de segurança para problemas de saúde pública e direito social. Contudo, essa evolução não resulta em plena coerência normativa. O conjunto dos documentos revela:

- Heterogeneidade conceitual: diferentes diplomas tratam o álcool ora como crime, ora como risco social, ora como problema de saúde, o que gera diretrizes sobrepostas.
- Dissociação entre diagnóstico e instrumentos: normas como a Lei nº 9.294/1996 e a Lei nº 13.241/2015 demonstram que escolhas regulatórias e fiscais nem sempre refletem o diagnóstico epidemiológico ou as recomendações internacionais.

- Fragilidade de avaliação: a maioria dos marcos não estabelece metas numéricas, prazos ou indicadores de impacto, dificultando o monitoramento contínuo e ajustes baseados em evidências.

As diretrizes internacionais, como o Plano Global de Ação sobre Álcool 2022–2030 e a iniciativa SAFER da OMS, reforçam a necessidade de políticas integradas, com foco em tributação seletiva, restrição da disponibilidade, controle de publicidade e ampliação do tratamento. Contudo, a distância entre essas recomendações e a legislação brasileira evidencia que o país avança de forma fragmentada, frequentemente tensionado por interesses econômicos e disputas entre abordagens repressivas e de redução de danos.

Em síntese, o eixo normativo demonstra que o Brasil acumulou avanços importantes, sobretudo na consolidação de uma política de saúde mental e no reconhecimento do álcool como problema de saúde pública. Entretanto, persistem lacunas significativas de coerência normativa, seletividade regulatória e ausência de mecanismos robustos de avaliação, o que fragiliza a capacidade do Estado de produzir respostas integradas e sustentáveis para reduzir os danos associados ao consumo abusivo de álcool.

4.2 Eixo Colaborativo

No eixo colaborativo, a integração entre estudos acadêmicos, relatórios institucionais e documentos de governança possibilitou mapear redes intersetoriais formais e práticas colaborativas em Educação, Cultura e Juventude, Saúde, Segurança Pública e Fiscalização, Cooperação Internacional e Regulação de Políticas Públicas. A pesquisa realizada evidenciou um desenho robusto de intersetorialidade no plano formal, ao mesmo tempo em que revelou assimetrias de capacidade, desequilíbrios de poder e lacunas de coordenação que limitam a efetividade dessas redes.

A análise das redes colaborativas evidencia um quadro ao mesmo tempo promissor e contraditório no enfrentamento ao consumo abusivo de álcool no Brasil. Em termos formais, há um desenho robusto de intersetorialidade, com redes de Educação, Cultura e Juventude, Saúde, Segurança Pública e Fiscalização, Cooperação Internacional e Monitoramento e Regulação de Políticas Públicas, todas ancoradas em marcos normativos consistentes e alinhadas, em maior ou menor grau, às recomendações internacionais da OMS e da agenda SAFER (Babor et al., 2010; OMS, 2018). Contudo, quando se contrastam funções, fluxos orçamentários, capacidade de implementação e densidade colaborativa, emergem assimetrias marcantes que limitam a efetividade desse arranjo.

A Rede de Educação, Cultura e Juventude aparece reiteradamente, tanto nas normas quanto na literatura especializada, como o espaço privilegiado para a prevenção primária, o adiamento da iniciação ao consumo e o fortalecimento de fatores protetores. Programas como o PSE, projetos culturais e esportivos e iniciativas de educação entre pares demonstram potencial para atuar sobre determinantes sociais, culturais e comportamentais associados ao uso de álcool, especialmente entre adolescentes. Contudo, a execução orçamentária parcial, a dependência de ações pontuais e a fragilidade da participação juvenil enquanto sujeito político evidenciam um descompasso entre o discurso intersetorial e a institucionalização efetiva dessas práticas. Em síntese, embora a escola seja amplamente reconhecida como “território estratégico”, ela ainda opera majoritariamente sob a lógica de campanhas episódicas e recursos intermitentes.

A Rede de Saúde, por sua vez, é a que mais se aproxima de um modelo de cuidado continuado e territorializado, articulando APS, CAPS AD, leitos em hospitais gerais e SUAS. A expansão numérica dos CAPS AD e a consolidação de instrumentos de triagem e intervenção breve, indicam um esforço consistente de alinhamento às evidências internacionais de custo-efetividade (Chisholm et al., 2018). Ainda assim, a análise comparativa mostra desigualdades regionais importantes na execução de recursos e na capacidade de gestão, além de uma baixa integração sistemática entre os dados clínicos, sociais e de segurança pública. A rede clínico-assistencial está mais estruturada do que as demais, mas ainda opera sob forte pressão assistencial, com pouco tempo e orçamento para ações preventivas e de monitoramento qualificado.

No polo oposto, a Rede de Segurança Pública e Fiscalização opera com instrumentos de grande visibilidade, como a Lei Seca, as operações de alcoolemia e a repressão à venda de bebidas para menores, capazes de produzir efeitos mensuráveis na redução de acidentes de trânsito e em determinados indicadores criminais. Apesar desses resultados, essa rede permanece orientada predominantemente por uma lógica de controle e resposta imediata, com investimentos restritos em prevenção, mediação de conflitos, justiça restaurativa e articulação contínua com os serviços de saúde e assistência social. Quando comparadas, as redes revelam ritmos e enfoques distintos: enquanto saúde e educação vêm incorporando, ainda que de forma desigual, paradigmas de redução de danos, cuidado integral e promoção de direitos, a segurança pública mantém práticas majoritariamente coercitivas. Essa assimetria tende a reforçar estigmas, sobrecarregar o sistema penal e fragmentar respostas que deveriam ser integradas, especialmente em territórios onde o consumo abusivo de álcool se entrelaça com vulnerabilidades sociais complexas.

A Rede de Cooperação Internacional e Monitoramento se destaca como espaço de maior sofisticação técnica e normativo-discursiva: incorpora best buys, parâmetros comparativos, metodologias de avaliação e compromissos multilaterais, oferecendo ao país um repertório consistente de referências e ferramentas. No entanto, quando comparada com as redes internas, torna-se evidente um padrão de “adesão formal e internalização parcial”: o Brasil

participa de fóruns, produz dados relevantes e assina compromissos, mas a tradução desses referenciais em metas vinculantes, indicadores nacionais e ajustes orçamentários ainda é limitada. A cooperação internacional funciona como “vanguarda normativa”, ao passo que implementação e financiamento permanecem prisioneiros de constrangimentos políticos e fiscais domésticos.

A Rede de Regulação e Políticas Públicas ocupa um lugar estratégico na arquitetura institucional, pois cabe a ela integrar o diagnóstico epidemiológico, as evidências internacionais e o desenho dos instrumentos concretos de controle, como tributação, restrições à publicidade, regulação da disponibilidade e rotulagem. A comparação com as demais redes mostra, no entanto, que este é o campo mais permeado por disputas políticas e econômicas. De um lado, iniciativas como a criação do Imposto Seletivo e a Política Nacional sobre o Alcool aproximam o Brasil das recomendações da OMS e representam avanços normativos relevantes. De outro, persistem fragilidades estruturais: brechas nas regras de publicidade, ausência de preço mínimo por unidade de álcool, normas permissivas de disponibilidade e baixa vinculação de receitas tributárias às ações preventivas. Esses elementos evidenciam que o domínio regulatório permanece altamente vulnerável à influência da indústria de bebidas alcoólicas e a conflitos federativos, configurando, conforme apontam Babor e Robaina (2013) e Lascoumes e Le Galès (2007), um cenário típico de políticas expostas a pressões assimétricas e riscos de captura regulatória.

Quando analisamos em conjunto os fluxos de recursos, a densidade institucional e a capacidade de coordenação das redes, delinea-se um padrão estrutural relativamente estável. As redes de Educação e de Saúde concentram a maior pressão de demanda social, e operam com recursos insuficientes e forte dependência de iniciativas pontuais. A Segurança Pública, por sua vez, concentra mais recursos e dispõe de instrumentos de alta visibilidade, embora mantenha foco predominantemente reativo, com reduzido investimento em ações preventivas e colaborativas. A Cooperação Internacional agrega conhecimento técnico e recomendações de alto valor, porém com limitada capacidade de indução e baixa força normativa no plano interno. Já a Regulação e Políticas Públicas reúne o maior potencial de transformação estrutural, especialmente por meio de instrumentos tributários, normativos e de controle de publicidade, mas enfrenta resistências políticas, econômicas e federativas que restringem sua eficácia. Nesse cenário, a combinação de instrumentos mobilizados pelas redes tende, ainda, a privilegiar mecanismos de coerção e responsabilização individual (como multas, penalidades e fiscalização intensiva), em detrimento de estratégias duradouras de redistribuição, cuidado continuado e transformação cultural sustentada.

Do ponto de vista colaborativo, há mais menções do que mecanismos efetivos de governança compartilhada. Instâncias como conselhos, câmaras intersetoriais e GTIs existem, mas muitas vezes funcionam de forma burocratizada, sem poder efetivo sobre orçamento, metas e prioridades. A comparação entre redes mostra que a intersetorialidade é mais robusta na retórica do que na gestão cotidiana: a escola nem sempre dialoga de modo estruturado com os CAPS AD; a segurança pública nem sempre retroalimenta sistemas de vigilância em saúde; e a regulação nem sempre se deixa orientar pelas evidências produzidas por cooperação internacional e universidades. O resultado é uma governança em “ilhas”, com pouca circulação de informação e decisões pouco articuladas.

Por fim, a leitura crítica comparativa sugere que a principal fronteira de avanço não é apenas criar novas redes, mas fortalecer os pontos de interseção entre elas: vincular parte da arrecadação do Imposto Seletivo ao financiamento estável de educação e saúde; condicionar programas de segurança pública a indicadores de redução de violência associada ao álcool; incorporar parâmetros internacionais (OMS, OPAS) na definição de metas nacionais e municipais; e garantir que conselhos e comitês intersetoriais tenham acesso a dados integrados e poder de influência real sobre a alocação de recursos. Em síntese, os resultados indicam que o Brasil dispõe de um desenho institucional amplo e multifacetado, mas ainda carece de coerência estratégica entre redes, estabilidade de financiamento e mecanismos de coordenação capazes de transformar esse mosaico em um regime efetivo de governança colaborativa para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool.

4.3 EIXO ORÇAMENTÁRIO

No eixo orçamentário, a análise das séries históricas de dotações, empenhos e pagamentos, associada aos marcos legais e relatórios oficiais, evidenciou que, mesmo quando há arcabouço normativo e redes colaborativas relativamente estruturadas, o enfrentamento ao consumo abusivo de álcool permanece subfinanciado, fragmentado e vulnerável a ciclos de expansão e retração de recursos.

A análise orçamentária evidencia que, mesmo quando há arcabouço normativo e redes colaborativas relativamente estruturadas, o enfrentamento ao consumo abusivo de álcool permanece subfinanciado, fragmentado e vulnerável a ciclos de expansão e retração de recursos. O exame dos diferentes programas e fundos mostra um padrão recorrente: dotações que crescem em termos nominais, mas representam fração muito pequena do orçamento setorial; oscilações significativas associadas a contingenciamentos e emendas parlamentares; e uma distância persistente entre previsão, empenho e pagamento, sobretudo nas ações mais diretamente vinculadas à prevenção e à redução de danos.

No campo da educação, cultura e juventude, o Programa Saúde na Escola é um bom exemplo dessa ambivalência. De um lado, há trajetória de crescimento contínuo da dotação entre 2008 e 2021, com taxas médias de execução em

torno de 80% e um desenho de gestão relativamente maduro (painéis on-line, indicadores, adesão municipal ampliada). De outro, o volume global de recursos permanece residual frente ao orçamento da saúde, representando cerca de 0,2%–0,3% do total, ao mesmo tempo em que precisa financiar um cardápio muito amplo de ações, diluindo o que chega especificamente à prevenção do uso de álcool. As quedas e oscilações recentes (contingenciamentos em 2022, “inchaço” por emendas em 2023, baixa execução em 2024–2025) revelam vulnerabilidade do programa à dinâmica fiscal e política, justamente em uma política que exige continuidade para surtir efeitos em comportamento juvenil. Em síntese, o PSE é institucionalmente robusto, mas orçamentariamente estreito e pouco focado no álcool.

Na Assistência Social e na Segurança Pública, a criação de códigos orçamentários específicos, como o Programa 2085 e as Ações 215S e 21FR, e o uso de fundos setoriais, como o FNAS, o FNPS e o FUNAD, representaram um avanço na rastreabilidade formal dos gastos. Contudo, a execução financeira desses instrumentos mostra um distanciamento significativo entre a previsão orçamentária e a implementação concreta das políticas. Entre 2019 e 2021, por exemplo, a Ação 215S foi executada quase integralmente por meio de restos a pagar, com redução progressiva dos desembolsos até sua desativação. Já a Ação 21FR, frequentemente inflada por emendas parlamentares, apresentou um comportamento típico de expansão artificial de dotações: os valores autorizados aumentam de forma expressiva, mas a parcela efetivamente paga raramente supera 20% a 30%, chegando a níveis mínimos em alguns exercícios. Esse padrão evidencia dois problemas centrais: (i) a excessiva politização e dispersão territorial dos recursos, distribuídos a partir de lógicas eleitorais mais do que de critérios epidemiológicos e (ii) o descompasso entre o crescimento das dotações federais e a limitada capacidade técnico-administrativa de estados e municípios para atender exigências burocráticas, elaborar projetos, licitar e prestar contas. Como resultado, cria-se um ciclo recorrente em que a autorização de gasto não se converte em política efetiva, fragilizando a continuidade e o impacto das ações de prevenção e cuidado.

Na Rede de Atenção Psicossocial, o cenário apresenta maior estabilidade institucional, mas não está livre de limitações estruturais. Entre 2011 e 2024, a dotação destinada à RAPS praticamente dobrou, e os níveis de execução orçamentária mantiveram-se elevados (entre 75% e 79%), sinalizando um arranjo de gestão mais consolidado em comparação com outros setores. Contudo, quando observada no conjunto do orçamento da saúde, a RAPS continua representando cerca de 1% das despesas totais, proporção claramente insuficiente diante da elevada carga de morbimortalidade associada ao consumo de álcool e outras drogas.

Além disso, a análise territorial revela desigualdades acentuadas: enquanto estados do Sul e Sudeste mantêm execução próxima a 80%–82%, diversas unidades da Amazônia Legal e do Nordeste não alcançam 60%. Em termos de equidade, isso significa que a ampliação global dos recursos não se traduz automaticamente em expansão homogênea da cobertura, perpetuando “vazios assistenciais” justamente em áreas de maior vulnerabilidade social. Assim, mesmo com arcabouço institucional mais maduro, a RAPS ainda opera sob limitações que restringem seu alcance territorial e sua capacidade de resposta aos determinantes estruturais associados ao uso nocivo de álcool.

No eixo da cooperação internacional e do monitoramento, a situação é ainda mais delicada. Há inegável acúmulo técnico (reativação do Obid, parcerias com Fiocruz, HCPA, UNODC, OPAS/OMS, produção de relatórios e painéis), mas os recursos permanecem diluídos em rubricas amplas, como a Ação 2085 do FUNAD, sem codificação nítida para as ações específicas sobre álcool. O resultado é um paradoxo: o país gera e consome evidências internacionais de “best buys” e boas práticas, mas não dispõe de um trilha orçamentário próprio e estável que permita planejar, financiar e avaliar de forma contínua a cooperação e o monitoramento focados em álcool. A subexecução histórica (menos de 10% em alguns anos) mostra que, sem ação orçamentária específica, essas iniciativas correm o risco de permanecer periféricas ao núcleo duro das políticas.

Comparando os diferentes segmentos, emergem alguns padrões críticos. Primeiro, o enfrentamento ao consumo abusivo de álcool é sistematicamente tratado como subcomponente de programas mais amplos (saúde escolar, drogas em geral, saúde mental, segurança pública), o que dificulta a visibilidade política e a priorização orçamentária. Não há um “programa álcool” claramente identificado, com metas, recursos e indicadores próprios; o tema aparece disperso entre PSE, RAPS, FUNAD, assistência social e cooperação internacional. Segundo, a tensão entre dotação e execução é mais aguda justamente nos instrumentos mais intersetoriais e inovadores, como a 215S e a 21FR, em que a combinação de emendas, convênios e exigências burocráticas gera cronogramas erráticos, alta dependência de restos a pagar e baixa previsibilidade para as redes locais.

Terceiro, as desigualdades regionais atravessam todos os eixos: estados com maior capacidade institucional, maior densidade de serviços e tradição de planejamento conseguem executar melhor PSE e RAPS e captar mais emendas; já os territórios de maior vulnerabilidade tendem a acumular baixa execução, gargalos de gestão e cobertura insuficiente de serviços, reproduzindo um padrão regressivo na distribuição do esforço público. Quarto, a governança orçamentária não conversa plenamente com a governança em rede descrita no eixo colaborativo: embora se enfatize a intersetorialidade entre saúde, educação, assistência e segurança, os fluxos de recursos continuam organizados de forma setorial, com pouca coordenação interfederativa e quase nenhuma vinculação explícita entre repasses e metas pactuadas de redução de danos, de desigualdades ou de consumo.

Em termos de lições analíticas, o eixo orçamentário demonstra que o principal desafio não é apenas “quanto” se investe, mas “como”, “onde” e “com que grau de previsibilidade e accountability” esses recursos são geridos. Programas relativamente pequenos, mas com sistemas de monitoramento consolidados e regras claras de repasse, como o PSE e partes da RAPS, tendem a apresentar execução mais estável e a acumular capacidade institucional. Já iniciativas fortemente dependentes de emendas, convênios e janelas de oportunidade política geram ciclos de expansão e retração que dificultam a construção de trajetórias de longo prazo e a consolidação de serviços nos territórios.

Assim, a síntese crítica do eixo orçamentário aponta para a necessidade de reconfigurar a arquitetura de financiamento das políticas sobre álcool: criar rubricas específicas e estáveis para o tema, vincular parte da arrecadação de instrumentos como o Imposto Seletivo a fundos interfederativos com regras de equidade, condicionar repasses a metas de cobertura e resultados, e integrar os sistemas de informação orçamentária aos indicadores epidemiológicos e de rede. Somente ao alinhar dotação, execução e governança colaborativa será possível reduzir a distância entre o desenho normativo e os resultados efetivos na prevenção, no cuidado e na redução dos danos associados ao consumo abusivo de álcool no Brasil.

A síntese dos três eixos, normativo, colaborativo e orçamentário, evidencia que avanços pontuais coexistem com fragilidades estruturais persistentes, configurando um campo de políticas marcado por tensões entre diretrizes formais e sua operacionalização. Esses achados oferecem subsídios para a elaboração das considerações finais, nas quais se discutem as implicações gerais da revisão, seus limites e recomendações para o aprimoramento das políticas públicas de redução de danos relacionadas ao consumo de álcool no Brasil.

5. Considerações Finais

A análise integrada dos eixos normativo, colaborativo e orçamentário evidencia que as políticas públicas brasileiras voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool avançaram de forma gradual, porém ainda fragmentada, produzindo impactos desiguais e limitados quando comparados à magnitude do problema. Do ponto de vista normativo, observou-se evolução significativa no reconhecimento do álcool como questão de saúde pública, especialmente após a Constituição Federal de 1988 e a consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, essa evolução conceitual não se converteu de modo consistente em instrumentos robustos de monitoramento, indicadores mensuráveis e metas verificáveis. Persistem lacunas regulatórias, seletividades normativas, como a manutenção de definições restritivas na Lei nº 9.294/1996, e evidências de influência setorial que limitam o alinhamento entre diagnóstico, objetivos e instrumentos.

A investigação das redes colaborativas demonstrou que a articulação intersetorial existe formalmente, mas carece de institucionalidade, governança estável e mecanismos permanentes de coordenação. A ausência de pactuações claras de responsabilidades, fluxos consistentes de informação e instrumentos de accountability compromete a capacidade das redes de transformar diretrizes em práticas continuadas, especialmente nos níveis estadual e municipal, onde a variação da capacidade técnica produz desigualdades territoriais significativas. As experiências locais analisadas mostram que, na ausência de mecanismos explícitos de cooperação, metas pactuadas e sistemas compartilhados de monitoramento, os recursos tendem a dispersar-se em ações pontuais, dificultando a continuidade e a avaliação dos impactos.

No eixo orçamentário, a discrepância entre dotação e execução surge como um dos principais entraves estruturais. Programas como o Saúde na Escola revelam oscilação significativa nas dotações e dificuldades operacionais de execução, agravadas por contingenciamentos fiscais, dependência de emendas parlamentares e baixa previsibilidade orçamentária. No caso do FUNAD e da Ação 2085, a baixa execução, a dependência de restos a pagar e a desativação de ações de prevenção reforçam a instabilidade financeira e administrativa que compromete a estruturação de políticas de longo prazo. A RAPS apresenta crescimento orçamentário relevante, mas permanece subfinanciada diante das demandas crescentes, com disparidades regionais marcantes na execução, indicando desigualdade de acesso e desafios de gestão local.

A cooperação internacional e o monitoramento, embora tenham avançado com a reativação do OBID e parcerias com organismos multilaterais, permanecem com baixa rastreabilidade orçamentária e pouca integração ao ciclo decisório. O monitoramento e a avaliação, essenciais para ajustes, transparência e accountability, ainda não se consolidaram como práticas estruturantes das políticas de álcool no país. A ausência de indicadores padronizados e sistemas integrados entre ministérios e entes federativos limita a retroalimentação e a tomada de decisão baseada em evidências.

Diante desse conjunto de achados, conclui-se que o principal desafio das políticas brasileiras de enfrentamento ao consumo nocivo de álcool não reside apenas na escassez de recursos, mas na falta de coerência sistêmica entre marco normativo, governança colaborativa, financiamento estável e instrumentos de avaliação. Os avanços identificados, embora significativos no campo assistencial, permanecem insuficientes para romper com ciclos de fragmentação, descontinuidade e reduzida capacidade de mensuração de resultados.

Para que políticas de redução de danos atinjam maior efetividade, recomenda-se fortalecer mecanismos permanentes de governança intersetorial; estabelecer metas e indicadores vinculados ao ciclo orçamentário; criar rubricas específicas que garantam previsibilidade financeira; aprimorar a articulação entre redes de educação, saúde, assistência e segurança pública; e institucionalizar sistemas integrados de monitoramento e transparência, capazes de orientar ajustes contínuos e participativos. Em síntese, políticas eficazes de enfrentamento ao álcool exigem não apenas novos instrumentos, mas transformações estruturais na forma como o Estado coordena, financia, monitora e avalia suas ações, articulando saúde, educação, assistência, segurança pública e sociedade civil em um projeto coerente de cuidado coletivo e sustentável.

Referências

- ABP; CFM. Setembro Amarelo: campanha permanente de prevenção ao suicídio. Brasília: ABP/CFM; 2015.
- Anizio AL. Atenção primária à saúde e o cuidado em álcool e outras drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2022.
- Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *J Public Adm Res Theory*. 2008;18(4):543-71.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Babor T, Robaina K. Public health, the alcohol industry and the marketing of harmful products: a review. *Addiction*. 2013;108(7):1160-4.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República; 1988.
- Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. Brasília; 2002.
- Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Institui a Política Nacional sobre o Álcool. Brasília; 2007.
- Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Institui a Política Nacional sobre Drogas. Brasília; 2019.
- Brasil. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao uso indevido de substâncias. Brasília; 1971.
- Brasil. Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986. Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB). Brasília; 1986.
- Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Restringe publicidade de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas e similares. Brasília; 1996.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Brasília; 2001.
- Brasil. Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003. Estatuto do Torcedor. Brasília; 2003.
- Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Brasília; 2006.
- Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a "Lei Seca". Brasília; 2012.
- Brasil. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Torna crime vender bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. Brasília; 2015.
- Brasil. Lei nº 13.241, de 30 de dezembro de 2015. Altera a tributação do IPI sobre bebidas alcoólicas. Brasília; 2015.
- Brasil. Lei Complementar nº 214, de 26 de abril de 2025. Institui o Imposto Seletivo. Brasília; 2025.

- Castells M. *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet*. Rio de Janeiro: Zahar; 2013.
- Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx L, Laperrière A, Mayer R, Pires A, organizadores. *A pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295–316.
- CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. *Relatório 2023: panorama do consumo de álcool no Brasil*. São Paulo: CISA; 2023.
- Cavalcante P, Pires R. *Governança e políticas públicas: desafios para a coordenação e cooperação federativa*. Brasília: IPEA; 2018.
- Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Rehm J. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: cost-effectiveness of interventions. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):957–68.
- Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An integrative framework for collaborative governance. *J Public Adm Res Theory*. 2012;22(1):1–29.
- Evans P. *Embedded autonomy: states and industrial transformation*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
- Finkel S, Kabo V. Participatory evaluation in health programs: methodologies and impacts. *Eval Program Plann*. 2019;72:111–20.
- Head BW. Reconsidering evidence-based policy: key issues and challenges. *Policy Soc*. 2010;29(2):77–94.
- Hood C. *The tools of government*. London: Macmillan; 1983.
- Lascoumes P, Le Galès P. *Sociologie de l'action publique*. Paris: Presses de Sciences Po; 2007.
- Lopes AS. *Políticas sociais: fundamentos e práticas*. São Paulo: Cortez; 2007.
- Malvezzi E. *Práticas de cuidado em álcool e outras drogas*. Campinas: Autores Associados; 2018.
- Martins PC. *Governança colaborativa e redes interorganizacionais*. Belo Horizonte: UFMG; 2016.
- McCambridge J, Mialon M, Hawkins B. Alcohol industry involvement in policy-making: a systematic review. *Addiction*. 2018;113(9):1571–83.
- Oliveira A. *Cuidado em álcool e drogas na RAPS: desafios da atenção especializada*. São Paulo: Hucitec; 2022.
- Oliveira R, Ronzani T, Faria R, Souza T, Vargas A. Políticas de álcool no Brasil: lacunas, desafios e perspectivas. *Cien Saude Colet*. 2021;26(11):5671–82.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva: World Health Organization; 2022.
- Pereira M, Costa L. Monitoramento e avaliação em políticas de saúde: desafios para o SUS. *Saúde Debate*. 2020;44(126):28–40.
- Raizer L, Ventura C, Guimarães C, Ribeiro M. Fatores de abandono no tratamento por uso de álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2020;42(3):301–9.
- Receita Federal do Brasil. *Estudo sobre a carga tributária no Brasil – 2022*. Brasília: RFB; 2022.
- Reis AC. *Uso de álcool entre jovens: fatores de risco e proteção*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
- Secchi L. *Política pública: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2nd ed. São Paulo: Cengage; 2016.

Silva R, Lima C. Avaliação participativa em políticas de saúde: transparência e accountability. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180254.

Souza PR. *Mulheres e álcool: vulnerabilidades e políticas de cuidado*. Recife: EDUFPE; 2015.

Souza T, Silva J. Participação social e políticas de saúde: aprendizados e desafios. *Saúde Soc.* 2020;29(4):e190427.

Vigitel Brasil 2023. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

WHO – World Health Organization. *SAFER: a world free from alcohol harm*. Geneva: WHO; 2018.