

## **POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL NO BRASIL E SUA INTEGRAÇÃO COM O SUS**

**PAULA BARROS RAIZER**

Mestre em Linguística pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR, São Paulo (Brasil).

Professor Espanhol da EMEFM Guiomar Cabral, EMEFM, São Paulo (Brasil).

[paularaizer@gmail.com](mailto:paularaizer@gmail.com)

**IVAN FILIPE DE ALMEIDA LOPES FERNANDES**

Doutor em Ciência Política pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil).

Professor do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas pela Universidade Federal do ABC - UFABC, São Paulo (Brasil).

[ivan.fernandes@ufabc.edu.br](mailto:ivan.fernandes@ufabc.edu.br)

**HELOÍSA GARCIA CLARO FERNANDES**

Doutora em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, São Paulo (Brasil). Professora pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, São Paulo (Brasil).

[clarohg@unicamp.br](mailto:clarohg@unicamp.br)

**NICOLE AGUILAR GAYARD**

Doutora em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, São Paulo (Brasil).

[nicolegayard@gmail.com](mailto:nicolegayard@gmail.com)

**Resumo:** Este estudo descreve as políticas públicas sobre o uso do álcool e suas consequências na saúde pública, focando na forma em que se dá o atendimento aos alcoolistas no SUS. A OMS aponta que 3,3 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência do álcool. Estima-se no Brasil um gasto de 7% do PIB anual com consequências relacionados ao álcool. Por meio da análise da literatura, bem como de documentos oficiais, o estudo analisa a evolução das políticas sobre álcool no Brasil nas últimas décadas e o atendimento ao alcoolista dentro do sistema, que podem ser divididas em duas estratégias: redução de danos e proibicionista. Por conta do custo social relacionado ao uso de álcool e sua prevalência, destaca-se a importância das políticas públicas para o cuidado ao usuário de álcool; os efeitos do alcoolismo e seus desdobramentos e o viés sociológico nas políticas de controle para o uso de álcool. Destaca-se o percurso do alcoolista no SUS por meio do cuidado compartilhado em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial, dada a complexidade das necessidades biopsicossociais e a particularidade de suas necessidades individuais. O projeto terapêutico singular busca a reabilitação psicossocial do alcoolista e exige esforços interdisciplinares e intersetoriais para o cuidado integral e humanizado, não obstante as mudanças recentes. Os resultados apontam os danos e os custos sociais e econômicos relacionados ao uso do álcool devem ser reduzidos com políticas capazes de diminuir o consumo e também estratégias que levem a mudança de comportamentos e ambientes prejudiciais.

**Palavras-chave:** Alcoolismo; Políticas Públicas; Percurso do Usuário

## **PUBLIC POLICIES ON ALCOHOL IN BRAZIL AND ITS INTEGRATION WITH SUS**

**Abstract:** This study describes public policies on alcohol use and its consequences on public health, focusing on how alcoholics are cared for in SUS. The WHO points out that 3.3 million people die annually from alcohol. It is estimated an expenditure of 7% of the annual GDP with consequences related to alcohol in Brazil. Through analysis of the literature and official documents, the study analyzes the evolution of alcohol policies in Brazil in recent decades and the assistance to alcoholics, which can be divided into two strategies: harm reduction and prohibitionist. Due to the social cost related to alcohol use and its prevalence, the importance of public policies for the care of alcohol users is highlighted, the effects of alcoholism and its consequences, and the sociological bias in control policies for alcohol use. The alcoholic's path in the SUS stands out through shared care in different Psychosocial Care Network services, given the complexity of the biopsychosocial needs and the particularity of their individual needs. The unique therapeutic project, which seeks the psychosocial rehabilitation of the alcoholic, requires interdisciplinary and intersectoral efforts for comprehensive and humanized care, despite recent changes. The results point out the damage and social and economic costs related to alcohol use that can be reduced with policies capable of reducing consumption and strategies that lead to changing harmful behaviors and environments.

**Keywords:** Alcoholism; Public Policy; User Path.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ALCOHOL EN BRASIL Y SU INTEGRACIÓN CON EL SUS**

**Resumén:** Este estudio describe las políticas públicas sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias en la salud pública, centrándose en la forma en que se atiende a los alcohólicos en el SUS. La OMS señala que 3,3 millones de personas mueren anualmente a causa del alcohol. En Brasil, se estima un gasto del 7% del PIB anual con consecuencias relacionadas con el alcohol. A través del análisis de la literatura, así como de documentos oficiales, el estudio analiza la evolución de las políticas de alcohol en Brasil en las últimas décadas y la asistencia a los alcohólicos, que se puede dividir en dos estrategias: reducción de daños y prohibicionista. Debido al costo social relacionado con el consumo de alcohol y su prevalencia, se destaca la importancia de las políticas públicas para la atención a los consumidores de alcohol; los efectos del alcoholismo y sus consecuencias y el sesgo sociológico en las políticas de control del consumo de alcohol. La trayectoria del alcohólico en el SUS se destaca a través de la atención compartida en diferentes servicios de la Red de Atención Psicosocial, dada la complejidad de las necesidades biopsicosociales y la particularidad de sus necesidades individuales. El proyecto terapéutico singular, que busca la rehabilitación psicosocial del alcohólico, requiere esfuerzos interdisciplinarios e intersectoriales para una atención integral y humanizada, a pesar de los cambios recientes. Los resultados señalan los daños y costos sociales y económicos relacionados con el consumo de alcohol que pueden reducirse con políticas capaces de reducir el consumo y también estrategias que conduzcan a cambios en los comportamientos y entornos nocivos.

**Palabras clave:** Alcoholismo; Políticas Públicas; Ruta de Usuario

## INTRODUÇÃO

O alcoolismo foi ao longo da história tratado como desvio de caráter e associado à degradação física, psicológica e moral, inclusive como características individuais que poderiam ser adquiridas ou herdadas. O álcool é a droga mais consumida no mundo seja por uso social ou abuso prejudicial. O *Relatório Global da Organização Mundial da Saúde* (OMS) de setembro de 2018 aponta que por ano 3,3 milhões de pessoas morrem em decorrência de problemas relacionados ao álcool. O estudo que houve diminuição em escala global em termos de mortes e morbidades decorrentes do uso de álcool (13,0% e 10,6%, respectivamente) nos últimos anos.

Para compreender a evolução do consumo de álcool no Brasil e seu impacto na saúde, o *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool* (CISA) lançou a publicação *Álcool e a Saúde dos Brasileiros – Panorama 2019*. De acordo com o mesmo, a média de consumo do brasileiro é de 3 doses, cerca de 25% maior que nas Américas (2,3 doses). Também na contramão da tendência global de diminuição de consumo, o Beber Pesado Episódico (BPE) aumentou de 12,7% para 19,4% entre 2010 e 2016, especialmente entre mulheres. A OMS define o BPE como o consumo de 60 g ou mais de álcool puro (cerca de 4 doses ou mais no Brasil) em no mínimo uma ocasião no último mês. Segundo o *I Levantamento sobre padrões do álcool na população brasileira*, a bebida alcoólica mais consumida é a cerveja com 61%, independente da região do Brasil, gênero ou idade e os problemas mais apontados pelo uso do álcool são físicos (38%), familiares (18%) sociais e com violência (17% ambos), profissionais (8%) e legal (2%). A OMS em seu relatório de 2018 aponta que a média de consumo de álcool pelos brasileiros em 2018 foi de 8,9 litros enquanto a média mundial foi de 6,4 litros/pessoa. Estima-se que o gasto anual no Brasil com problemas relacionados ao abuso de álcool é de cerca de 7% do PIB, estimativa que abrange desde o custo do tratamento à perda de produtividade do trabalho (MANGUEIRA et al. 2014).

No que toca ao recorte das políticas públicas, o *I Levantamento* mostra que a população apoia as várias ações de políticas públicas para programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), tratamento (91%) e campanhas de alerta sobre os riscos (86%). Com relação aos programas de tratamento, 96% apoiam ações gratuitas e obrigatórias nos serviços de saúde como postos de saúde, ambulatórios da rede pública, e hospitais gerais e o patrocínio de eventos culturais e esportivos por fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidos (55%).

O alcoolismo é, evidentemente, um problema de saúde pública em escala nacional e global. Posto isto, o presente estudo visa descrever o contexto brasileiro e investigar quais são as políticas públicas do álcool no país, suas bases, diretrizes e metas. De forma secundária, descreve o atendimento aos alcoolistas no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo procede, assim, à descrição das políticas públicas e percurso do usuário no cuidado para o álcool e alcoolismo por meio de revisão teórica e pesquisa documental em materiais como diretrizes, regulamentações, decretos, leis e outros materiais oficiais do Ministério da Saúde e Secretarias e outros órgãos do governo. Apresentamos uma discussão sucinta desses documentos à luz da literatura mais atualizada.

São diversos os recortes da literatura sobre o problema do alcoolismo e as respostas do Estado, que fornecem números mundiais e nacionais com relação a essa temática (LARANJEIRA e ROMANO, 2004), análises de políticas públicas do álcool (MANGUEIRA et al., 2014; MADEIRA, 2014); análise da doença e seus desdobramentos (GARRIDO et al., 2016; GIGLIOTTI e BESSA, 2004); discutem o viés sociológico do uso de álcool (ARAÚJO, 2007) e também os impactos econômicos de seu abuso (GALLASSI et al., 2008).

As políticas públicas afetam o nível de vulnerabilidade ao uso nocivo e aos malefícios do álcool. Quando são escolhidas estratégias de cunho moral e não baseada em evidências é possível gerar prejuízos; por outro lado, ações eficazes tendem a aumentar o bem-estar geral da sociedade. As políticas do álcool, especificamente, relacionam o consumo de álcool ao bem-estar social e a saúde, aceitando a inevitabilidade da presença do álcool na esfera coletiva. Pensar nos efeitos das políticas públicas é refletir sobre os problemas e questões que encontramos no nosso cotidiano, na nossa rotina, desde a dimensão global até um aspecto local, de cunho pessoal ou familiar.

A saúde, educação, lazer, moradia, trabalho, entre outros, são direitos sociais, sendo o Estado responsável por oportunizar o acesso da população a tais bens e serviços. Damos destaque às políticas do Ministério da Saúde para a *Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas* que têm como base o cuidado do usuário em comunidade, em rede, no território e com foco na redução de danos.

Em um movimento na contramão global da busca por políticas menos proibicionistas, voltadas para o cuidado descentralizado e baseado em princípios universais de direitos humanos, surge em 2019 a Política Nacional sobre Droga (PNAD), Decreto Nº 9.761, de 11 de abril, que rompe com o padrão de política de redução de danos adotadas no país até então, e dá exclusividade à abstinência como forma de tratamento. A PNAD incluiu na rede de

serviços de saúde as comunidades terapêuticas, instituições não governamentais que não contam com equipe mínima de profissionais de saúde, e têm, por vezes, como foco principal de suas práticas a religiosidade e o tratamento moral.

O modelo anterior de políticas de redução de danos, que é o foco desse estudo, por sua vez, consiste em uma estratégia centrada no indivíduo, tendo como foco metas de cuidado possível, que sejam diferentes da situação real de sofrimento do usuário, que não almeja a utopia do resultado ideal final, onde o indivíduo é sempre abstinente e sem prejuízo, independente do contexto biopsicossocial. A redução de danos baseia-se no princípio de encontrar as pessoas onde elas efetivamente estão. Nesta abordagem, o usuário é o ator principal de seu próprio cuidado e, junto ao seu núcleo psicossocial e aos profissionais de saúde da rede, busca reduzir as consequências negativas do uso de drogas por meio de diversas estratégias (O'KEEFE et al., 2020). No caso do álcool, estratégias como “beber com moderação”, não associar bebida e direção de veículos, suplementação da dieta de alcoolistas com vitaminas, redução de dose e padrão de uso, entre outros, são formas de buscar a redução de danos.

A política de redução de danos no Brasil contava com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por diversos serviços, em diferentes pontos de atenção (CÉZAR e OLIVEIRA, 2017). Para o trabalho profissional no pressuposto da RAPS, não existe equipamento, serviço ou mesmo equipe de saúde que sejam autossuficientes na oferta de um cuidado psicossocial abrangente. Dada a sua alta complexidade, a abordagem aos problemas de saúde decorrentes do uso e abuso de substância acaba por envolver vários campos de saber, exigindo a interdisciplinaridade inerente às questões de saúde dentro da matriz do processo saúde-doença e da multiplicidade de atores sociais e *stakeholders* envolvidos nas políticas para o álcool (MÂNGIA e BARROS, 2009). Assim, até 2019, as políticas de cuidado ao alcoolista no Brasil buscavam o cuidado psicossocial em rede, que será descrito neste estudo.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

As políticas públicas são consideradas como resultante das ações políticas que ocorrem na esfera de interação entre o Estado e da Sociedade a partir de seus interesses e necessidades, sejam estes materiais ou ideais. As políticas públicas, assim, são moldadas por diferentes tipos de atores, contextos e instituições. Os atores estabelecem relações segundo crenças e interesses, sendo suas ações demarcadas pelo contexto e instituições em que operam e também

afetadas por eventos externos (FERNANDES e ALMEIDA, 2019).

Para entender a dimensão política das políticas públicas é necessário definir os termos *politics* e *policy*. A política (*politics*) consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam as relações sociais e de poder e buscam, em sociedades democráticas, a resolução pacífica de tensões sobre a alocação de recursos e valores e a produção de bens públicos e coletivos. Entende-se como políticas (de políticas públicas, no inglês *policy*), a identificação de problemas, a formulação de alternativas, a tomada de decisões e a implementação da política decidida. As políticas públicas são, desta forma, as atividades do governo a partir do processo da política, e podem ser entendidas como o Estado efetivamente em ação (RUA, 2018).

As políticas públicas seguem um ciclo que tem como ponto inicial a definição da agenda de problemas a serem discutidos pelas autoridades públicas e sociedade, ou seja, quais temas devem ser priorizados em face de outros; a definição de um problema específico para ser solucionado, sua análise e a formulação de alternativas que possam dar conta dos desafios impostos. Após a especificação de alternativas, há a tomada de decisão, ou seja, a adoção de uma política pública como resposta ao problema apresentado, seguida de sua implementação, acompanhamento e, menos frequente, avaliação de seus resultados (RUA, 1998). A ideia do ciclo, no entanto, não afasta o fato que ao adotar uma rota de ação, o Estado define quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem (TEIXEIRA, 2002). Ainda de acordo com o autor, as políticas públicas podem ser políticas explícitas e formalizadas em documentos oficiais, orientando a aplicação de recursos financeiros e humanos, assim como podem implicar na não tomada de decisões e omissões propositais por parte das autoridades.

A análise de políticas públicas também pode ser orientada por dimensões setoriais, abrangendo temas das áreas social, econômica, ambiental, territorial ou político-institucional, entre outros. Uma política social, por exemplo, se destrincha em diversas políticas setoriais, buscando atender diferentes necessidades da população em áreas como a saúde e a educação (CASTRO, 2014). Em seus programas de ação e co-produção de políticas públicas, o governo pode contar com o apoio de organizações da sociedade civil ou mesmo entidades com fins privados. Para o enfrentamento ao alcoolismo, o trabalho de organizações não governamentais (ONGs) como o *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool* (CISA) e a *Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas* (ABRAD) entre outros, desempenham papel de fomentar pesquisas sobre o uso nocivo do álcool, assim como facilitar o acesso a estudos, divulgar materiais sobre o tema e trabalhar em prol da prevenção do abuso de álcool.

Babor e Caetano (2005) apontam que as políticas sobre álcool se referem a qualquer medida por parte do governo ou ONGs parceiras para prevenir os problemas e consequências negativas relacionadas ao uso do álcool, envolvendo desde a implementação de estratégias específicas regulatórias, como restrições ao consumo de álcool por menores, ou mesmo a alocação de recursos para serviços que reflitam a prioridades de ações preventivas e/ou de tratamento.

### **A percepção do alcoolismo como problema social e doença**

O termo alcoolismo surgiu no século XVIII em consequência do aumento da produção e consumo de álcool destilado, decorrente do desenvolvimento das técnicas industriais para a produção de bebidas alcóolicas. Thomas Trotter foi o primeiro a se referir ao alcoolismo como uma doença. Em seguida, Magnus Huss (1849) sugeriu o conceito de “alcoolismo crônico”, explicado como “o estado de intoxicação pelo álcool com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos”. Mais recentemente, em 1976, os autores Griffith Edwards e Milton Gross classificaram a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) (GIGLIOTTI & BESSA, 2004).

Os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas possuem uma origem multifacetada. Em parte, existem aspectos biológicos, mas é necessário levar em conta os fatores sociais, históricos, econômicos e culturais. Ainda que existam predisposições genéticas que relacionem o alcoolismo com consequências biológicas, incluindo efeitos sobre os cérebros dos seres humanos, a concepção dentro do processo saúde-doença deve levar em conta também a história de vida do usuário, sua inserção sócio-familiar, sua estrutura psicológica e seu contexto econômico e cultural. Os problemas de dependência crônica de álcool caracterizam-se, desta forma, segundo a frequência e quantidade de uso; pelo descontrole ao beber, frequentes episódios de embriaguez e preocupação com álcool e o uso de álcool com prejuízos à vida do indivíduo e de seu círculo social.

Na 5ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*) da Associação Americana de Psiquiatria, “os transtornos relacionados ao uso de álcool são definidos como a repetição de problemas decorrentes do uso do álcool que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, cuja gravidade varia de acordo com o número de sintomas apresentados”. O diagnóstico fica intitulado como “transtornos relacionados ao uso de substâncias”. Existe uma classificação de

gravidade deste problema de saúde em três níveis (leve, moderada e grave). Por sua vez, segundo a *Classificação Internacional de Doenças* (CID) o alcoolismo é marcado por “fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos” que se desenvolvem após o uso repetido do álcool, cujos sintomas são caracterizados pelo elevado desejo de beber, dificuldade de controle sobre o consumo, aumento da tolerância com relação à quantidade ingerida e, como sintoma mais grave, os reflexos de abstinência.

Com relação às políticas do álcool em escala global, Laranjeira e Romano (2004) fazem um levantamento de políticas de outros países em perspectiva comparada e recomendadas pela OMS como, por exemplo, i) as políticas direcionadas à disponibilidade do produto alcoólico no mercado (preço ao consumidor e política de taxação tendo princípios extrafiscais); ii) políticas direcionadas à regulação do acesso físico do álcool com a responsabilização criminal do vendedor, as práticas proibicionistas tal como a política da Lei Seca estadunidense, ou a regulação de horários e locais de venda; iii) políticas sobre o Contextos sociais específicos, tais como a proibição da associação entre bebida e direção; iv) mudanças do clima social com a definição de políticas de rotulagem, educação nas escolas, e campanhas em mídias; e, finalmente, v) intervenções direcionadas ao indivíduo como um sujeito portador de direitos de saúde, definindo as estratégias de tratamento e cuidados primários.

Segundo os autores, a implementação de políticas públicas tem como impactos esperados a redução global do consumo, a redução dos danos relacionados ao álcool como a violência doméstica ou acidentes automobilísticos; a redução da morbidade e mortalidade; e a redução do acesso dos adolescentes.

Contudo, conforme a herança do século XX das políticas de guerras às drogas ou da Lei Seca, nem sempre os objetivos são atingidos e consequências não antecipadas podem ter efeitos piores do que os que promoveram a intervenção. Posto isto, é necessário nos aprofundarmos na lógica que existe nas políticas de enfrentamento do uso abusivo de álcool. Neste estudo, fazemos o recorte específico das políticas de saúde, deixando de lado dimensões importantes que são afetadas pelas políticas voltadas para a segurança pública.

As políticas do álcool na perspectiva da saúde podem ser divididas em duas categorias: as alocatórias e as regulatórias, ou mais comumente conhecidas como políticas de redução de danos e proibicionista, respectivamente (ALVES, 2009). As políticas proibicionistas ou de regulação assumem o pressuposto de que o abuso do álcool é um problema de saúde e também de ordem moral e criminal; em consequência, suas respostas assumem traços autoritários na definição de estratégias de intervenção visando sanar o problema tanto de ordem médica como

moral por meio de intervenções hierárquicas. Por outro lado, as políticas de redução e danos assumem o pressuposto de que o uso e abuso de álcool é parte da história humana, não podendo ser efetivamente suprimido da sociedade, apontando que intervenções como a guerra às drogas ou o proibicionismo legal-moral estão fadadas ao fracasso. Posto isto, as estratégias de intervenção devem pautar-se pela redução dos danos do consumo abusivo, por meio de intervenções horizontais, tendo como prisma da atenção tanto os usuários e seus familiares como a sociedade, buscando, por consequência, fomentar o acesso às terapias no território e ao tratamento gratuito para dependentes do álcool (MANGUEIRA et al, 2014).

### **Políticas de redução de danos no Brasil**

As políticas de redução de danos têm sido experimentadas desde a década de 1970 na Europa. No Brasil as primeiras experiências em escala municipal datam dos anos 1980. As políticas de redução de danos buscam minimizar os problemas decorrentes do uso problemático de drogas e de aumentar o índice de sucesso dos tratamentos disponíveis sem almejar efetivamente a superação de todos os problemas de saúde e a redução completa do consumo, a abstinência total. Após mais de dez anos de experiências locais, a política de redução de danos tornou-se o norte da política de saúde ao enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil em 2006 por meio da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto. A Lei 11343 estabeleceu como um de seus princípios a redução de riscos e de danos sociais e à saúde. Essa proposta orienta as atividades de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes a partir de projetos terapêuticos individualizados.

Um cenário contraditório começou a afetar a forma pela qual o tema é tratado no país, pois o Brasil organizava sua política de drogas em duas estratégias em certa medida apostas, uma orientada pelo Ministério da Saúde e vinculada à estratégia de redução de danos e a outra pela *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas* (SENAD) e mantendo o foco proibicionista e moral (PEREIRA et al., 2012). Tal contradição permaneceu presente até 2017, quando as políticas de redução de danos começaram a perder novamente espaço para as estratégias proibicionistas.

As ações de atenção integral em álcool e drogas pelo SUS tiveram suas primeiras ações mais estruturadas, sistemáticas e focadas na redução e danos desenhadas a partir de 2003. Sempre houve preocupação com relação ao combate às drogas na perspectiva da saúde e da

segurança, no entanto, é em 2007 que se verificam ações para a redução dos danos sociais, à saúde, à vida, às situações de violências e criminalidades associadas ao uso de álcool.

Damos destaque ao *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde* (PEAD). O PEAD buscava ampliar o acesso dos usuários de álcool e outras drogas à rede de serviços existente no SUS. Publicado em 2009, teve como principais diretrizes: “direito de acesso ao tratamento, redução da lacuna assistencial, enfrentamento do estigma, qualificação das redes de saúde, adoção da estratégia de redução de danos e o reconhecimento de determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo” (BRASIL, 2017. p.23). Em dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída por meio da Portaria GM nº 3.088.

O SUS é um elemento central na abordagem terapêutica sobre as drogas, uma vez que uma rede disseminada no território só pode funcionar no âmbito de sua operação. O SUS é um dos mais abrangentes e complexos sistemas de saúde pública do mundo, realizando ações desde o atendimento básico à intervenções complexas como transplante de órgãos, abarcando integralmente todas esferas e dimensões relacionadas à saúde individual e coletiva. Os princípios do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. Sua organização depende do ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios, ficando a cada uma das partes uma responsabilidade com relação ao programa e à rede psicossocial. É de comprometimento do programa, o direito ao acesso ao sistema de saúde por parte da população; direito ao tratamento de seus problemas; atendimento humanizado, acolhedor e sem discriminação.

O atendimento no Brasil pelo SUS faz parte da Política Nacional de Saúde Mental acolhendo não apenas os dependentes, mas também seus familiares. O atendimento se dá através do centro de atenção psicossocial (CAPS) ou em unidades básicas (UBS) ou posto de saúde (PS), em cidades menores. O atendimento é multiprofissional e há unidades de atendimento adulto e infanto-juvenil.

## **METODOLOGIA**

Para realizar revisão da literatura sobre as políticas públicas sobre o alcoolismo foi utilizado o período desde o ano de 1998, com a criação da Secretaria Nacional sobre álcool no Brasil, considerando-se o objetivo de investigar quais as políticas públicas existentes no país relacionadas ao álcool e como ocorrem na prática, de acordo com o problema de pesquisa sobre como se dão na prática as políticas públicas do álcool no Sistema Único de Saúde. Foram adotadas algumas etapas para sistematizar o trabalho e canalizar os esforços e planejamento da pesquisa. Em pesquisa no site de busca Google com os termos “políticas públicas” e “alcoolismo”, chegamos à página da CISA, que nos forneceu parte do referencial utilizado.

Com base em suas indicações de literatura, foram selecionados artigos científicos na base de dados da Scielo, filtrados com o termo “alcoolismo” em seu título e, conforme leitura dos mesmos, foi feita a seleção dos que comporiam a pesquisa, assim como complementados de artigos citados nas bibliografias desses artigos. Em caminho complementar, buscamos em páginas do governo brasileiro como Ministério da Saúde e secretarias afins tratando de fazer um compilado de documentos oficiais sobre as políticas públicas sobre álcool.

A análise dos resultados consistiu na sistematização das legislações e outros elementos centrais das políticas públicas para o alcoolismo no Brasil, e na identificação dos principais desafios para abordar o alcoolismo no contexto do SUS.

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **O álcool e as Políticas Públicas**

A Figura 1 esboça as principais medidas tomadas pelo governo brasileiro no decorrer dos anos no caminho do combate e conscientização do uso abusivo de álcool, as quais compilamos durante a pesquisa documental. Desde parâmetros e diretrizes como política nacional, que determina as bases para o acompanhamento das vítimas, até medidas de contenção e controle como a lei seca. As legislações regulamentam o álcool no país, assim como dita as bases para que se dê o tratamento de usuários abusivos de álcool.

De acordo com DATASUS, dados de 2001, houve 84.467 internações em decorrência do álcool e 121.901 autorizações hospitalares relativas ao álcool. Levando em conta que a média de internação é de 27 dias, o custo anual do alcoolismo para o SUS chega a 60 milhões de reais.

Segundo a Política Nacional, o atendimento a vítimas do alcoolismo deve se dar por meio de uma Rede de Serviços, a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, que conta com unidades ambulatoriais, Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), unidades de acolhimento, serviço residencial terapêutico (SRT), hospitais-dia, hospitais psiquiátricos especializados, e comunidades terapêuticas. O programa apresenta um conjunto de ações que buscam fortalecer, incluir e dar possibilidade de exercer o direito de cidadania de pacientes e seus familiares no que é referente à habitação, educação, trabalho, entre outros.

No documento *Modalidades de tratamento e encaminhamento*, os programas e serviços oferecidos às vítimas de abuso e dependência de álcool atrelados ao SUS são listados. Entre eles apontamos os Consultórios na rua, Pronto Atendimento (PA), as Unidades de Acolhimento (UAs), enfermarias, Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Comunidades Terapêuticas (CTs) (BRASIL, 2014). Hospitais Gerais também fazem parte da rede de atenção e cuidado para pessoas em situação de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas para acolhimento em situações de crise, podendo se constituir como uma porta de entrada para o sistema.

**Figura 1. Medidas Governamentais sobre o consumo de álcool**

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, Lei 10.216/02	2002	Garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).
PNAD Política Nacional de Drogas	2005	Estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que as ações de redução da oferta e da demanda sejam realizadas de forma articulada e planejada
LEI DE DROGAS N.º 11.343	2006	Regulamenta o Brasil: penalidades alternativas à prisão e relacionadas a ações de prevenção e ressocialização
POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL DECRETO 6117	2007	Realizar pesquisas e diagnósticos, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de álcool; campanhas de sensibilização e mobilização da opinião pública, prevenção com estados e municípios.
LEI SECA 2008 n.º 11.705:	2008	A Lei Seca impôs regras severas para o condutor que dirigir sob influência de álcool ou de outras substâncias e proibiu a venda de bebidas alcoólicas em estradas.
PLANO EMERGENCIAL AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO E PREVENÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PEAD)	2009	O objetivo é buscar alcançar crianças, adolescente e jovens nos lares de álcool e drogas por meio das ações de prevenção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas.
DECRETO N.º 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019 Política Nacional sobre Drogas – Pnad	2019	Sem nenhuma menção à redução de danos, foca suas ações na inclusão de serviços desprovidos de profissionais de saúde e visa promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas. Possui teor proibicionista enfatizando que busca “Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo da atividade ilegal que diz respeito ao tráfico de drogas.”

Os Consultórios na Rua são dispositivos clínico e comunitários que oferecem serviços de saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, fazendo busca ativa dos dependentes de álcool e outras drogas. Esse serviço é por excelência um pivô da estratégia de Redução de Danos. Tem como foco amenizar o sofrimento e os prejuízos causados pelo uso abusivo de substância no segmento mais vulnerável da sociedade. O trabalho dos Consultórios

na Rua, no entanto, não se encerra em si mesmo. O sucesso depende de seu trabalho conjunto com outros serviços da rede. Devido a seu êxito no alcance e atendimento à população, em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou duas portarias com a regulação de suas formas de funcionamento, vinculada necessariamente às Unidades Básicas de Saúde.

O pronto atendimento, por sua vez, é um canal de atendimento dia e noite, com o objetivo de realizar a triagem e a avaliação clínica e psiquiátrica para indivíduos com problemas agudos. Os usuários podem ficar em observação por até 72 horas em caso de indicação médica. Os demais problemas são encaminhados para os serviços da Rede, podendo ser encaminhados para tratamento nos CAPS-AD do território, para enfermarias de internação breve (leitos hospitalares) ou para comunidades terapêuticas. Em relação a esta última, a possibilidade foi criada com o retorno ao passado realizado pelas últimas mudanças na regulamentação do sistema.

As Unidades de Acolhimento (UAs) oferecem atenção residencial temporária e funcionam 24 horas por dia, 7 dias na semana. Recebem e acolhem transitoriamente, em acolhimento voluntário e cuidados contínuos, pessoas com necessidades decorrentes do abuso de substâncias. A indicação de acolhimento parte do CAPS e deve ser acompanhada pela equipe do serviço. As enfermarias de desintoxicação para internação breve oferecem leitos de internação de curta permanência (15-30 dias). O propósito é a desintoxicação, além do diagnóstico e tratamento psiquiátrico. Internações para desintoxicação são etapa do tratamento, que perde a validade e eficácia sem há continuidade do tratamento em um CAPS-ad, discutidos em seguida.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviço aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar. Os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-ad), por sua vez, são específicos para usuários de álcool e outras drogas, cujo atendimento é focado aos que possuem graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Ponto de partida do tratamento da dependência, o CAPS-AD atende usuários que necessitem de atendimento integral ou eventual, sendo a principal referência no tratamento dos alcoolistas e o elemento-chave na eficácia do paradigma de redução de danos (SOUZA et al., 2015).

O CAPSAD III funciona 24 horas e possui leitos de observação/repouso por até 14 dias. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPS-ad) são propostos como principal referência para o tratamento de alcoolistas, devendo embasar suas estratégias

no paradigma de redução de danos (BRASIL, 2014). Em 2018 os números apontavam a existência de 108 CAPS no país, 92 serviços residenciais terapêuticos com 140 leitos e 3 unidades de acolhimento em todo programa do SUS para o atendimento do alcoolista.

Nesse mesmo ano de 2018 houve mudanças na Política Nacional de Drogas (PND) (CONAD n.1/2018), no intuito de seu alinhamento com a Política Nacional de Saúde Mental, que em retorno às políticas adotadas no passado, revisava os avanços nos últimos anos na construção e sustentação das estratégias de redução de danos para a promoção de políticas voltadas à abstinência e suporte social.

A priorização das Comunidades Terapêuticas (CTs) dentro da rede é a principal consequência desse novo paradigma. As CTs são serviços desprovidos de equipe mínima de profissionais de saúde e estão em desacordo com os movimentos de descentralização no atendimento psicossocial que acontecia no Brasil, seguindo o movimento mundial de reforma psiquiátrica (VARGAS e CAMPOS, 2019). A inserção destes serviços na RAPS marca um retorno ao passado na contramão da construção de um sistema de cuidado humanizado, uma vez que neste tipo de serviço impera a adoção de internações prolongadas, que podem de 6 ou mais meses. É comum observar na CTs tratamento moral e religioso e, frequentemente, não científico (BASTOS e ALBERTI, 2021).

A nota técnica 11/2019 havia preparado o retorno de estratégias hegemônicas, seguindo o que foi pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 32 de 2017. Nesta resolução, houve alteração substancial na RAPS, incluindo serviços ambulatoriais de especialidades, hospitais psiquiátricos, hospital dia e um novo CAPS AD IV, que se define como um serviço para municípios com população acima de 500.000 habitantes que funcionam 24 horas em locais de “cenas abertas de uso de drogas”, referindo-se a estes locais como “cracolândias”.

O foco no hospital dia, hospitais psiquiátricos e no ambulatório da política formulada em 2019 difere da lógica do serviço comunitário contextualizado no território que vigia até então. Até o ano de 2017, as leis e portarias, bem como o funcionamento dos CAPS, serviços cruciais na RAPS, visavam o atendimento do usuário de forma integral, da infância à vida adulta, inserido na comunidade e no território, sem asilamento, exclusão ou tratamento moral, buscando garantir o acesso a cuidados de saúde humanizados e articulando a defesa do direito básico à moradia.

## O cuidado ao alcoolista na RAPS

A jornada do usuário para o cuidado na RAPS só é compreensível dentro do desenvolvimento conceitual do processo saúde-doença (PSD). Este é definido pelo conjunto de relações e variáveis que afeta o estado de saúde e doença de uma determinada população, condicionado ao contexto histórico e científico da sociedade. O processo é atrelado à forma como a sociedade e o indivíduo se apropriam da natureza visando transformá-la para atender suas necessidades e preferências (GUALDA e BERGAMASCO, 2004). Esta concepção de saúde está em choque com a abordagem tradicional, ainda prevalecente no planejamento de algumas práticas de cuidado, que é biomédica e cartesiana, onde o transtorno é o foco. Nestas condições, o usuário busca o serviço para a correção ou cuidado paliativo, promovendo uma cisão entre mente e corpo. A saúde é simplesmente a ausência de doença e não a capacidade de agência do indivíduo no seu mundo (MORAIS et al. 2012).

A OMS ampliou o conceito do PSD em busca de uma maior integralidade no cuidado. Nesta nova abordagem, o PSD não tem caráter estritamente causal e a intervenção deve extrapolar as esferas física e químicas do corpo humano. A saúde deve ser vista a partir de uma visão holística, concebida como um estado de bem-estar. Esta definição recebe críticas por apresentar um caráter estático e subjetivo (REZENDE, 1989; SEGRE e FERRAZ, 1997). A proposição deste conceito implica a ideia de saúde como um ideal de estado perfeito e completo, que seria necessariamente irreal e inatingível. De acordo com Rezende (1989), essa visão não considera a interação, conflituoso, existente indivíduo e meio ambiente, além da postura humana ativa e dialética frente aos antagonismos sociais (MORAIS et al. 2012).

O PSD em álcool e outras drogas insere-se na lógica do cuidado em saúde mental, e, desta forma, sofre a ação de fenômenos sociais e da forma de expressão do conteúdo substantivo da loucura segundo os diferentes momentos históricos. Essas visões não se suprimem nem são descartados, mas se acumulam, se sobrepõem, mantendo e mudando aspectos anteriormente definidos. As formas de cuidado também variavam em função do desenvolvimento social, econômico e político, não sendo suprimidas e nem descartadas completamente. Dentro desta perspectiva, não há o definitivo, pois o que impera é o processual, resultante do aprendizado experimentado, do acúmulo de pesquisas científicas e dos momentos políticos e sociais, incorporando a herança do passado, o presente e aspirações do amanhã (BARROS e EGRY, 2001).

Destacamos na virada do milênio a mudança do paradigma manicomial, que imperou na

arquitetura do cuidado à saúde do alcoolista durante todo século XX, para o cuidado na RAPS. Contudo a partir de 2017 e, sobretudo, após 2019 observam-se mudanças que apontam para o passado. O alcoolista volta a ser exposto a serviços hegemônicos como as CTs, por exemplo, impondo à ciência o desafio de superar, novamente, o modelo de cuidado proibicionista, moral e religioso.

O cuidado do usuário proposto pelas políticas que fundamentavam a RAPS exige a superação da lógica do serviço único, hegemônico, manicomial para um paradigma de cuidado articulado em rede, cuidado do indivíduo inserido – e não apartado – de sua comunidade rotineira. A RAPS não é apenas um serviço que se coloca no lugar dos ambientes asilares para um serviço comunitário (CAPS), mas representa também um esforço de transição do cuidado para uma rede articulada, extramuros, compartilhada e intersetorial. (MÂNGIA e BARROS, 2009). O cuidado na RAPS busca trabalhar potencialidades e vulnerabilidades do campo psicossocial do indivíduo como usuário, suas relações com família e a rede social na qual está inserido para alcançar sua Reabilitação Psicossocial.

A ferramenta é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), se orientado para a redução de danos, permite um cuidado integral realizado pela equipe interdisciplinar dos serviços de saúde, superando o modelo biomédico de foco no transtorno e doença (MOREIRA, 2007). As evidências indicam que o cuidado humanizado articulado no ambiente do usuário, sem asilamento e integrado à sociedade, produz melhores desfechos (SARRACENO et al., 2007). Nos momentos de crise, ele é acolhido no hospital geral, na enfermaria especializada, onde poderá ser realizado o manejo da intoxicação e dos sintomas de abstinência graves (PINHO et al., 2009)

Os leitos de acolhimento noturno em CAPSad desempenham papel protetivo em momentos e situações de vulnerabilidade. Após este cuidado emergencial no momento da crise, o alcoolista é re-acolhido em seu serviço de origem, de base territorial, seja ele uma Unidade Básica de Saúde ou um CAPSad, a depender de seu PTS. O usuário também conta com serviços de apoio à sua reinserção, ou primeira inserção, social, como empreendimentos de geração de renda e trabalho, equipamentos de educação e lazer, serviço social, e outros dispositivos que buscam promover sua autonomia e cidadania (PINHO et al., 2008)

Reforçamos a nossa análise, por meio dos documentos levantados, de que a estratégia de redução de danos é uma abordagem clínico-política de intervenção e construção de redes de suporte social em que há articulação entre a comunidade local, base educacional, acesso a trabalho e promoção social. Além disso, a proposta de uma rede, em que se incluam os

profissionais, a família, ONGs e também os órgãos de governo, havendo interação constante, assim como atenção primária aos usuários, acesso a medicamentos e disponibilidade de recursos humanos ajuda a garantir uma perspectiva ampliada de saúde pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O problema do alcoolismo causa um impacto econômico e social no SUS, sendo o maior problema de saúde pública que, como mostrado, tem um alto custo anual, não apenas com relação ao tratamento direto da doença, mas também outros problemas de saúde decorrentes da mesma ou, até mesmo, acidentes ou violências provocados pelo uso abusivo do álcool. Cerca de 20% dos atendidos na rede primária não tem detectado o acometimento pelo uso do álcool, o que faz com que tais pacientes voltem a ser atendidos por outros problemas ainda mais graves, mas que são decorrentes do álcool.

Há um despreparo significativo e muita desinformação por parte da sociedade sobre as evidências que indicam as melhores resposta para tão grave problema social e individual. Existe uma disseminada crença errônea de que o alcoolismo é problema de ordem social e não uma doença ou mesmo de que haja pouca perspectiva de recuperação, desacreditando assim do atendimento e tratamento. Ainda segundo o Conselho Federal de Psicologia, em seu documento “Referências Técnicas para a atuação de psicólogos em políticas públicas do álcool (2013), não há formação ou capacitação suficiente oferecidas pelo Estado e ainda, há um número insuficiente de profissionais da psicologia que se dediquem a esta área da saúde.

Foi levantado ao longo do texto indícios de que considerações extras à esfera de saúde, sobretudo no campo da segurança, ainda demarcam a esfera de debate público sobre as políticas públicas relacionadas ao alcoolista, tal como as mudanças realizadas em 2019, o que acaba por dificultar a implementação de efetivas políticas de redução de danos, quando foram adotadas políticas na contramão das evidências.

Posto isto, é necessário que cada vez mais pesquisas sejam disseminadas para que por parte dos profissionais da área haja também o perfil da redução de danos como estratégia principal, assim como por parte das famílias, haja conscientização e busca por ajuda, por parte do governo, continuar determinando políticas de conscientização sobre a doença e de dificuldade ao fácil acesso à bebida.

O alcoolismo, como fenômeno biopsicossocial, traz impactos econômicos e sociais e

precisa ser manejado com base nas evidências científicas, cuidado humanizado e dentro do movimento global de práticas para o cuidado integral, não proibicionista, subsidiado por políticas públicas de redução de danos e reabilitação psicossocial.

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

## **REFERÊNCIAS**

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 25(11):2309-2319, Rio de Janeiro.
- Araujo, I. S. (2007). Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des)construção da pessoa. São Paulo: Departamento de Sociologia/ USP.
- Babor T & Caetano R (2005). Evidence-Based Alcohol Policy in the Americas: Strengths, Weaknesses, and Future Challenges. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5), 2005.
- Barros, S & Egry, E. Y. (2001). O Louco, a Loucura E a Alienação Institucional: O Ensino de Enfermagem Sub Judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Bastos, A. D. & Alberti, S. (2021) Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 26: 285-295.
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2017). Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 11. ed. – Brasília :144 p.
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2014). A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 7. ed. –Brasília.
- Castro, J.A. (2014). Políticas Públicas e Desenvolvimento. IN: Madeira, Ligia Mori. Avaliação de Políticas Públicas – Porto Alegre : UFRGS/CEGOV.

- Cézar, M. A. e Oliveira, M. A. (2017) Redução de danos: uma experiência na atenção básica. *Mental 11* (21):486-500.
- Fernandes, I F. & Almeida, L. (2019) Teorias e Modelos de Políticas Públicas: uma revisão das abordagens sobre o processo de políticas. *Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política* v. 28, no. 1.
- Gallassi, A. D, Alvarenga, P. G., Andrade, A. G. & Couttolenc, B. F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 35 (2008): 25-30.
- Garrido, M.C.T., Pinho, S.R., Aguiar, W.M. & Dunningham, W.A.(2016) Prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador-Ba. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. Jan../Abr.;20(1):37-72.
- Gigliotti A. & Bessa M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (Supl I):11-13
- Gualda, D. M & Bazilli, R. B. (2004). *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. Editora Icone.
- Laranjeira, R. & Romano, M. (2004) Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 26 (Supl I): 68-77.
- Madeira, L. M. (2014) *Avaliação de Políticas Públicas – Porto Alegre: UFRGS/CEGOV*.
- Mângia, E. F & Barros, J. O. (2009). Projetos Terapêuticos e Serviços de Saúde Mental: Caminhos Para a Construção de Novas Tecnologias de Cuidado. *Revista. Terapia Ocupacional* 20 (2): 85–91.
- Mangueira, S. O., Guimarães, F. J., Mangueira, J. O., Fernandes, A. F. C., & Lopes, M. V. O. (2014) Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 157-168.
- Morais, C. A.; Amparo, D. M., Fukuda, C. C. & Tarrouquella, K. (2012). *Concepções de Saúde E Doença Mental Na Perspectiva de Jovens Brasileiros*. Estudos de Psicologia (Natal).
- Moreira, M. C. (2007). *A Construção Da Clínica Ampliada Na Atenção Básica*. Cadernos de Saúde Pública.
- O’Keefe, D.; Ritter, A.; Stooze. M. Hughes, C. & Dietze, P. Harm reduction programs and policy in Australia: barriers and enablers to effective implementation. *Sucht*, 66, pp. 33-43.

- Pereira, M. O., Vargas, D. & Oliveira, M. A. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da sociologia das ausências e das emergências. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas* 8, no. 1 (2012): 9-16.
- Pinho, P., Oliveira, M.A. & Almeida, M.M. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?" *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 35: 82-88.
- Pinho, P.; Oliveira, M. A.; Vargas, D.; Almeida, M. M.; Machado, A. L.; Aranha, A. L.; Colvero, L. & Barro, S. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43, no. 2 (2009): 1261-1266.
- Rezende, A. L. (1989). *Saude: Dialectica Do Pensar E Do Fazer*.
- Rua, M. G. (2012) *Políticas públicas – 2. ed. reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC*.
- Saraceno, B., Ommeren, M., Batniji, R. Cohen, A.; Guereje, O., Mahoney, J; Sridhar, D.; Underhill, C.. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 370, no. 9593 (2007): 1164-1174.
- Segre, M & Ferraz, F. C. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., & Menandro, P. R. M. (2015). O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1335-1360.
- Teixeira, E.C. (2002) *Políticas Públicas - O Papel das Políticas Públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade*. Salvador: AATR 200 (2002).
- Vargas, A. F, & Campos, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (2019): 1041-1050.

**Recebido 25/09/2019**

**Aprovado 03/04/2020**