

O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: revisão da literatura

ILANA PINSKY¹ E RONALDO LARANJEIRA²

O objetivo deste trabalho é apontar a importância do tema do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo através de uma revisão epidemiológica sobre este assunto. Além disso, apresenta-se aqui ações preventivas e coibitivas (melhoria das ruas e estradas, aplicação do bafômetro, prisão e apreensão da carteira de motorista para infratores, aumento da idade legal para o consumo de álcool, etc.) levadas a cabo internacionalmente, assim como alguns aspectos da legislação nacional e internacional sobre o beber e dirigir. Através da reflexão sobre esses dados, é possível pensar sobre caminhos que já mostraram eficientes em outros países e o que pode ser feito nesta área no Brasil.

The phenomenon of driving under the influence (DUI) in Brazil and the world: a review of the literature

The objective of the authors is to highlight the importance of DUI research in Brazil and the world by reviewing the epidemiologic literature. Preventive measures and countermeasures (improvement of road and street conditions, random breath testing, jail and retention of driver's license for offenders etc) taken by other countries in response to this problem are discussed, as are some of the aspects of Brazilian and international legislation about DUI. It is possible to think of ways of dealing with DUI by reflecting on the actions that have already succeeded in other countries.

INTRODUÇÃO

Entre os vários problemas resultantes do uso inadequado/abuso de bebidas alcoólicas, os acidentes automobilísticos ocupam um posto proeminente. Costuma-se considerar, internacionalmente, que entre metade e um quarto dos acidentes com vítimas fatais estão associados ao uso do álcool por algum dos responsáveis pela ocorrência (PERRINE e col., 1988; FARRELL e STRANG, 1990). Além de expressivos, os dados epidemiológicos obtidos por pesquisadores de vários países são abundantes e diversificados.

De uma amostra de 156 artigos sobre beber e dirigir obtidos atra-

vés do banco de dados Medline entre os anos 1991-96, cinquenta tratavam principalmente de levantamentos da frequência das situações de dirigir alcoolizado. Estes artigos estudavam a população geral ou setores específicos (jovens, mulheres, índios, idosos, negros, etc.), relacionando-se a mortes ou ferimentos entre motoristas, pedestres, ciclistas. A seguir, apresenta-se um resumo dos dados obtidos nesta revisão, além da situação epidemiológica do Brasil e as ações preventivas e repressivas levadas a cabo nacional e internacionalmente.

Situação Epidemiológica Internacional

Nos EUA, onde os dados sobre o assunto são especialmente profícuos, ensina-se que durante o ano de 1991, 19.900 pessoas morreram em acidentes de trânsito relacionados ao álcool. Este total perfaz a média de uma morte no trânsito relacionada ao álcool a cada 26 minutos (ALCOHOL FATAL CRASH FACTS, 1991). Além disso, evidentemente, o número de feridos nesses acidentes é ainda maior. Ainda em 1991, 318.000 pessoas foram feridas em acidentes automobilísticos relacionados a bebidas alcoólicas, uma média de um indivíduo ferido a cada 1 ½ minutos (ALCOHOL FATAL CRASH FACTS, 1991). Em termos econômicos, os acidentes relacionados a bebidas alcoólicas custaram US 46,1 bilhões em 1990, sendo US 5,1 bilhões referentes às despesas médicas (MMWR, 1993).

Vários outros países possuem dados estatísticos sobre a contribuição do beber e dirigir sobre acidentes fatais de trânsito. Na Nova Zelândia, por exemplo, um levantamento realizado em 1987 estimou que o consumo de álcool causou 3% das mortes de crianças entre 0-14 anos e 20,1% das mortes entre indivíduos na faixa etária de 15-24 anos, principalmente devido a acidentes em estradas (SCRAGG, 1995). No Canadá, praticamente metade dos motoristas mortos no ano de 1990 apresentavam algum nível de álcool no sangue, 27,3% estando acima dos 1,5g/l (CCSA/ARF, 1993). É importante apontar que, para a maioria dos países, o nível de alcoolemia permitido por lei costuma ser entre 0,5 e 1,0g/l.

Um estudo conduzido na França em 1984 mostrou que, em aproximadamente 40% dos acidentes fatais, o indivíduo responsável pela ocorrência apresentava um nível de álcool no sangue maior do que 0,8g/l (EDWARDS e col., 1994). Na Noruega, onde o limite legal é de 0,5g/l, analisou-se o sangue de uma amostra de 57% de todos os motoristas mortos nos anos de 1989 e 1990. Encontrou-se algum grau de bebida alcoólica em 28,3% desta amostra, sendo que 27% dos casos estavam acima do limite legal (GJERDE e col., 1993). Na

1. Doutoranda do Departamento de Psiquiatria da EPM-Unifesp; Pesquisadora da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas) da EPM-Unifesp.

2. Professor visitante do Departamento de Psiquiatria da EPM-Unifesp; Coordenador da UNIAD.

Inglaterra, 800 pessoas morreram em 1990 em acidentes de trânsito onde o motorista estava intoxicado; além disso, cerca de 20.100 pessoas foram feridas nestes acidentes (EDWARDS e col., 1994).

Alguns dados suecos relacionam taxas de intoxicação com a seriedade do acidente: acredita-se que o beber esteja envolvido entre 7,1 e 11,5% das ocorrências fatais, mas apenas em 6,2-8,7% dos acidentes com feridos graves e 3,7-5,6% das ocasiões em que os acidentados apresentavam ferimentos mais superficiais (SWEDISH COUNCIL FOR INFORMATION ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS, 1991). É importante apontar aqui o que parece ser uma descoberta comum entre os pesquisadores de vários países: quando o acidente automobilístico é relacionado com o consumo de álcool, suas conseqüências tendem a ser mais sérias em termos de mortes ou ferimentos graves.

Apesar dos países em desenvolvimento possuírem muito menos dados epidemiológicos, os poucos estudos disponíveis sugerem a gravidade do problema do dirigir alcoolizado também nessas sociedades. Segundo o livro *Alcohol Policy and the Public Good* (EDWARDS e col., 1994), o álcool esteve envolvido em 50% dos acidentes de trânsito no Chile em 1991. Da mesma forma, pesquisadores de Papua Nova Guiné descobriram que metade da amostra de motoristas mortos em acidentes de trânsito apresentavam alcoolemia acima de 0,8g/l.

O problema é especialmente importante quando se trata dos jovens. Em 1986, por exemplo, mais de 40% das mortes de adolescentes americanos resultaram de acidentes automobilísticos; metade dos quais relacionados ao consumo de álcool (PERRINE e col., 1989). Segundo EVANS (1987), a probabilidade de que uma morte devido a acidente de trânsito ocorra com um rapaz de 20 anos é 55 vezes maior do que com um homem de 65 anos. O dado acima é decorrente de vários fatores como inexperiência e impulsividade à direção, alta velocidade, uso menos freqüente de cinto de segurança. Mas as bebidas alcoólicas têm, sem dúvida, um papel de destaque em sua determinação. De fato, pesquisas apontam que o consumo de álcool aumenta o risco da ocorrência de acidentes entre os jovens a partir de concentrações de sangue bastante reduzidas. Mais do que isto, o risco relativo de acidentes automobilísticos para jovens que dirigem depois de beber é maior em qualquer concentração do que para motoristas mais velhos (MMWR, 22/03/91).

Em relação às mulheres, os estudos são unânimes em apontar que elas representam uma minoria dos casos de dirigir alcoolizado. No entanto, algumas pesquisas apontam que o número de mulheres envolvidas em acidentes relacionados ao álcool tem aumentado na última década (POPKIN, 1991; MMWR, 20/03/1992); aspecto que está em concordância com a crescente participação das mulheres nos índices gerais de beber problemático. Os índios e indivíduos "não brancos" são estudados em dois outros artigos que concluem pela expressiva participação dessas populações no ato de dirigir sob efeito do álcool (JAMES e col., 1993; POPKIN e COUNCIL, 1993).

Uma categoria bastante atingida pela mistura de álcool e direção é composta pelos pedestres. O uso de álcool entre os motoristas é

considerado um poderoso determinante tanto para a probabilidade de um automóvel chocar-se contra um pedestre, como, a exemplo dos acidentes automobilísticos relacionados ao álcool em geral, para as conseqüências em termos de ferimentos e/ou mortes entre estes. Além disso, vários autores chamam a atenção para o fato de as bebidas alcoólicas serem importantes preditores de acidentes envolvendo pedestres, não apenas quando utilizadas por motoristas, como também pelos próprios pedestres (BRADBURY, 1991; HOLUBOWYCZ, 1995).

Apesar das taxas acima exporem uma situação preocupante, várias delas – principalmente as do EUA – já apresentam uma grande redução se comparadas com dados dos anos 70. É fato que a partir da década de 80 houve uma diminuição considerável no número de acidentes automobilísticos fatais relacionados ao álcool. Nos EUA, por exemplo, o número de motoristas intoxicados envolvidos em acidentes fatais foi reduzido em 20% de 1982 para 1991. Esta redução foi ainda maior entre jovens na faixa dos 16-20 anos; cerca de 35% de diferença no mesmo período (ALCOHOL FATAL CRASH FACTS, 1991). É importante salientar que estes bons resultados foram obtidos apesar de um aumento de cerca de 40% no número de milhas rodadas pelos veículos durante este período.

Esta melhora ocorreu porque tanto nos EUA, como em vários países da Europa, desenvolveu-se e implementou-se uma série de medidas para lidar com a situação. Estas medidas, que serão apresentadas resumidamente mais adiante, variam de abordagens legais de cunho coibitivo e restritivo a medidas preventivas da ocorrência de danos mais graves.

Juntamente com estas medidas, a pesquisa e utilização das opiniões, atitudes e suporte da população foram (e ainda são) itens obrigatórios para o sucesso das campanhas de prevenção ao dirigir alcoolizado. CHANG e col. (1992), por exemplo, estudaram as opiniões de 1055 médicos americanos sobre o beber e dirigir em geral e suas atitudes sobre o relato obrigatório dos motoristas alcoolizados, tarefa que eventualmente exercem. Os autores apontam que a amostra estudada geralmente apoia a medida do relato obrigatório. Já ABERG (1993) investigou alguns fatores que influenciam as decisões de 1085 motoristas suecos de dirigir depois de beber. Entre estes fatores encontram-se, por exemplo, a probabilidade percebida pelos motoristas da ocorrência de detecção e/ou acidentes.

Em um dos artigos publicados por ALBERY e GUPPY (1995) sobre o dirigir alcoolizado, foram avaliadas as respostas dadas por 900 motoristas ingleses sobre a relação entre suas percepções subjetivas do dirigir seguro versus o dirigir legal e outros fatores importantes na decisão de dirigir alcoolizado. A análise dos questionários mostrou, entre outros resultados, que aqueles motoristas para quem o consumo considerado seguro era maior do que o consumo necessário para desobedecer a lei indicavam especial resistência a obedecer medidas legais em relação ao dirigir alcoolizado.

Situação Epidemiológica no Brasil

O Brasil praticamente não possui dados epidemiológicos da ocorrência de acidentes de trânsito relacionados ao uso de álcool. Esse

fato, no entanto, não significa que a questão seja de menor importância. Ao contrário, especialistas do DETRAN-SP estimam uma associação freqüente do uso de álcool com acidentes de carro (comunicação pessoal do engenheiro do departamento médico, setembro/1995). De fato, várias inferências podem ser feitas a partir dos dados sobre o uso abusivo de álcool no país e sobre os acidentes automobilísticos.

Uma pesquisa da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), por exemplo, dirigida à análise de sete anos consecutivos de internações hospitalares provocadas por drogas, aponta a "preponderante participação do álcool", responsável por cerca de 95% dessas internações (NOTO e CARLINI, 1995). Já em um estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, o alcoolismo constituiu-se no principal problema de saúde mental para o gênero masculino, com níveis de prevalência em torno de 15% nas amostras de cada uma das cidades (ALMEIDA FILHO e col., 1992).

Um levantamento de 1993 (GALDURÓZ e col., 1994) levado a cabo em dez cidades brasileiras, apontou que o uso freqüente (seis ou mais vezes nos últimos trinta dias) de álcool entre estudantes de 1ª e 2ª graus foi: de 18,6% (*versus* 5,3 e 0,6% para tabaco e maconha, respectivamente). Finalmente, pesquisa desenvolvida no IML-SP (Instituto Médico legal), analisou 120.111 relatórios de indivíduos mortos devido a causas não-naturais, no período de 1987 a 1993. Estes relatórios apontaram a presença de álcool no sangue de 18.263 destes cadáveres, uma média de 2605 casos positivos por ano. NAPPO (1996), autora do estudo, considerou que "os dados indicam a presença preponderante de álcool no sangue em casos de mortes de causas não-naturais".

De maneira semelhante, a freqüência de situações de feridos e mortos decorrentes de acidentes de trânsito no Brasil sugere outro grave problema de saúde pública. Assim, um manual organizado em 1992 pela CET (Companhia de Engenharia de Tráfego) aponta uma "tendência ascendente dos óbitos no trânsito" no Brasil. Ao contrário do que ocorre em países como França, Japão, Inglaterra e Canadá, cujas taxas de mortalidade no trânsito não ultrapassa 11.000 por ano e tendem a decrescer, no Brasil esta taxa está acima de 26.000 por ano. Outro importante dado contido no manual é que em 1992 morreram, em São Paulo, mais de seis pessoas para cada 10.000 veículos existentes; enquanto que as taxas correspondentes nas cidades de Chicago, Nova Iorque e Los Angeles foram cerca de 3 vezes menor (cerca de duas pessoas mortas) (FATOS E ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO 1992, 1993).

Até 1981, os acidentes de trânsito representavam a principal causa de mortes violentas na cidade de São Paulo. A partir daí, estes acidentes passaram para a segunda posição, não porque seu número houvesse diminuído significativamente, mas porque a ocorrência de homicídios, que passou para o primeiro lugar, começou a crescer assustadoramente. Na década de 90, os homicídios e acidentes de trânsito vêm representando, respectivamente, 46,6% (cerca de 4070 indivíduos) e 22,2% (cerca de 1940 indivíduos) das mortes violentas

na cidade de São Paulo (FATOS E ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO 1992, 1993).

Da mesma maneira que a epidemiologia internacional, alguns estudos brasileiros apontam que jovens e adolescentes são uma categoria especialmente atingida pelos acidentes de trânsito. Assim, um levantamento de 1985 apontou que, para os adolescentes pesquisados em três cidades brasileiras, as causas externas - notadamente homicídio e acidentes de trânsito - foram a principal causa de morte, muito além das causas naturais (LOLIO e col., 1990). As taxas de acidentes de trânsito encontradas para as cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, respectivamente, foram de 19,0, 45,8 e 53,6 por 100.000 habitantes. Já o manual da CET aponta que, apenas em São Paulo, um jovem (16-25 anos) ocupante de veículo é morto a cada 15 horas em decorrência de acidente de trânsito.

Em termos de acidentes por Estado brasileiro, São Paulo ocupa de longe, a primeira posição (FATOS E ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO 1992, 1993). Das cerca de 30.300 mortes em acidentes de trânsito ocorridas em 1990 no Brasil, 33,5% ocorreram em São Paulo. Em seguida estão os estados do Rio de Janeiro (9,9%), Minas Gerais (9,2%) e Rio Grande do Sul (6,6%).

Finalmente, além dos dados epidemiológicos apontarem um freqüente uso abusivo de bebidas alcóolicas e uma grande violência no trânsito, é importante lembrar que o estado geral das estradas e veículos no Brasil está longe do ideal - fato que contribui, evidentemente, para tornar o dirigir alcoolizado ainda mais grave. Um exemplo do estado dos veículos é uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Segurança-INST em uma amostra de 1291 automóveis. Destes veículos, apenas 1,5% não apresentaram nenhum defeito: cerca de 85% tinham defeitos de natureza média ou grave. O manual da CET aponta que esta situação é "altamente insatisfatória, agravada pelo fato de a idade média da amostra analisada (7-8 anos) ser aproximadamente 3 anos mais jovem do que a da frota da cidade" de São Paulo (FATOS E ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO 1992, 1993).

Reação aos dados epidemiológicos: as medidas de controle:

a) Internacionais - Através de diversos estudos experimentais do efeito das bebidas alcóolicas sobre a performance dos motoristas, estabeleceu-se, na maioria dos países, uma taxa legal máxima de álcool no sangue. Assim, um motorista que apresenta uma taxa maior do que a estabelecida para aquele país poderá sofrer sanções legais, mesmo se não estiver envolvido em acidentes. O nível máximo permitido varia, por exemplo, de 0,2g/l na Suécia, 0,5g/l em grande parte dos países europeus e Austrália, 0,8g/l no Canadá a 1,0g/l em vários Estados dos EUA.

Esses índices, e até o próprio termo "dirigir embriagado" para designar o dirigir perigoso, têm sido objeto de revisões pelos especialistas da área. De fato, um indivíduo pode aumentar em mais de três vezes a possibilidade de envolver-se em um acidente muito antes de se encontrar no estado clínico de embriaguez. Um motorista adulto, com uma concentração de álcool no sangue entre 0,5 e 0,9g/l (portanto dentro do limite permitido em muitos países) corre

risc

(RO

A

relac

redu

Assi

inici

acide

1987

ment

ção

anos

tas d

dos p

Vá

lizad

em g

relac

legal

seqü

lojas

col.,

Já:

testir

tores

servi

liabil

alcoc

result

aume

STR/

Ac

medi

nar s

peço

pena

dez e

entes

(1992)

Por

medi

do di

cente

que c

dos o

fund

consi

móve

extre

alcoc

De

risco nove vezes maior de vir a morrer em um acidente de carro (ROSS, 1992).

A partir desses dados, e da grande porcentagem de acidentes relacionados ao álcool entre jovens, instituiu-se em alguns países a redução da taxa legal de alcoolemia permitida para essa população. Assim, a determinação de uma taxa legal de zero para motoristas iniciantes na Austrália resultou em uma diminuição do número de acidentes de final de semana e/ou noturnos (DRUMMOND e col., 1987). Uma pesquisa realizada em Maine (EUA) após o estabelecimento do limite de 0,2g/l para motoristas jovens apontou uma redução em acidentes não-fatais, auto-relatados para motoristas de 19 anos ou menos e reduções na taxa de feridos e mortos para motoristas de, no máximo, 20 anos, quando comparados com aqueles relatados por motoristas de 21 anos ou mais. (HINGSON e col., 1987).

Várias outras medidas de cunho coibitivo/restritivo têm sido utilizadas, algumas voltadas à prevenção do uso inadequado de álcool em geral e outras mais específicas para os acidentes de trânsito relacionados ao beber. Entre as primeiras, estão o aumento da idade legal para o consumo de bebidas alcoólicas, a maior taxação e consequente aumento do preço do álcool, a restrição e redução de lojas, horário e dias de venda de álcool, entre outras (EDWARDS e col., 1994).

Já a utilização da testagem de bafômetro ao acaso (*random breath testing*), a prisão e apreensão da carteira de motorista para os infratores, a responsabilização do proprietário do estabelecimento que serviu álcool para pessoas intoxicadas e que dirigiam (*server liability*) são medidas mais diretamente voltadas ao ato de dirigir alcoolizado (WILSON, 1993). Entre estas, algumas parecem trazer resultados especialmente positivos, como o uso do bafômetro e o aumento da idade legal (EDWARDS e col., 1994; FARRELL e STRANG, 1990).

Acima de tudo, no entanto, a experiência positiva com o uso de medidas restritivas em vários países aponta que estas vão funcionar se a sensação da população de que o motorista infrator será pego for grande e se sua percepção estiver correta, ou seja, se a penalidade for realmente aplicada. É interessante notar que a rapidez e expectativa de aplicação da pena são consideradas mais eficientes do que a sua severidade (EDWARDS e col., 1994; ROSS, 1992).

Por outro lado, e mais recentemente, pesquisadores têm sugerido medidas preventivas da ocorrência de maiores danos resultantes do dirigir alcoolizado. Estas propostas decorrem de uma visão recente e aparentemente inovadora sobre a questão. Os indivíduos que dirigem depois de beber deixam de ser vistos como casos isolados de comportamento inapropriado, anti-social. Inversamente, segundo este modelo, o comportamento de dirigir depois de beber é considerado uma ocorrência esperada em sociedades onde o automóvel particular é o principal meio de transporte e o uso de álcool é extremamente tolerado e estimulado; ou seja, onde o dirigir alcoolizado é um comportamento socialmente aceito (ROSS, 1992).

Deste modo, as medidas de prevenção incluem a melhoria dos

sistemas de segurança dos carros, das estradas e do sistema médico de atendimento aos acidentes automobilísticos. A idéia subjacente a estas medidas é que o indivíduo que dirige embriagado tenha menores chances de se envolver em acidentes e, caso se envolva, tenha menores chances de morrer ou causar a morte de outros (ROSS, 1992). Mais do que isso, o mesmo autor afirma que para realmente reduzir a incidência de mortes devido ao dirigir alcoolizado, é necessário uma mudança de atitude mais ampla da sociedade, especialmente em relação à maneira que nos relacionamos com nosso lazer e meios de transportes. Escreve o autor: "como uma sociedade teremos que depender menos de nosso carro particular e tolerar menos o uso que é feito de nossa droga de escolha, o álcool" (pg. 193).

É importante destacar que mesmo dentro desta visão mais ampla do beber e dirigir, as medidas coibitivas não deixaram de ter seu papel na diminuição de prejuízos. Pode ser contraproducente melhorar o estado das estradas, por exemplo, se a punição aos motoristas que dirigem acima do limite de velocidade não for reforçada - situação que se verificou recentemente na rodovia brasileira NovaDutra (Relato de Omar Castro Ribeiro Jr. diretor de operações da NovaDutra).

O sucesso destas iniciativas, no entanto, varia de acordo com a cultura do país e o apoio da população. Como ilustração, a mudança da idade de permissão para beber dos 18 para 21 anos é uma medida potencialmente pouco funcional em vários países europeus, onde o costume dos jovens de beberem em casa com os pais é extremamente arraigado (SIMONS-MORTON e SIMONS-MORTON, 1988). Como apontado por SIMPSON (1990): "...importar medidas restritivas sem olhar o contexto social comprometerá seu impacto (...) a maneira como o público e os formadores de opinião pública vêem estas medidas determina sua viabilidade". Portanto é básico, também na formação de políticas públicas restritivas que se estabeleçam junto à população, quais as melhores técnicas a ser utilizadas, quando, como e onde aplicar estas regulamentações.

b) No Brasil - Atualmente no Brasil, a taxa legal de álcool no sangue é de 0,8g/l. Essa medida corresponde, aproximadamente, a três latas de cerveja ou três doses-padrão de destilado consumidas por um indivíduo de cerca de 60 kg. O Código Nacional de Trânsito em vigência (há um novo em tramitação) dispõe que o motorista que estiver "em estado de embriaguez alcóolica comprovada" estará sujeito à apreensão da carteira nacional de habilitação e do veículo e à suspensão do direito de dirigir pelo prazo de 1 a 12 meses (Resolução n.º 737, de 12/09/89). Para comprovar se o motorista está embriagado, as autoridades de trânsito se utilizam principalmente do bafômetro.

Há, no entanto, alguns empecilhos para o efetivo cumprimento desta resolução. Primeiro, não existem muitos bafômetros disponíveis para os policiais do trânsito (Relato verbal de autoridades e funcionários do DER, DERSA e DETRAN). Segundo, não há uma lei que realmente obrigue o indivíduo a se submeter ao teste; ou seja, o motorista pode se recusar a usar o aparelho. Desse modo, evidentemente, a eficácia da lei é pequena.

O novo Código Nacional de Trânsito é bem mais rigoroso no que se refere às penalidades infringidas sobre o dirigir alcoolizado. Em primeiro lugar, regulamenta uma diminuição do limite legal de álcool no sangue para 0,6g/l (cerca de duas latas de cerveja para uma pessoa de 60 kg). Além disso, dirigir sob a influência do álcool, antes considerado uma *contravenção*, passa a constituir um *crime*, sujeitando o infrator não apenas à multa (bem mais elevada do que no Código anterior), apreensão do veículo, suspensão do direito de dirigir e cassação do documento de habilitação, como também à detenção de um a seis meses. De qualquer maneira, os problemas que impediam a plena execução do Código anterior continuam existindo.

Outra lei visando especificadamente o dirigir alcoolizado é a lei estadual n.º 4855 que "proíbe a venda de bebidas alcólicas nos estabelecimentos comerciais situados em terrenos contíguos às faixas de domínio do DER" no Estado de São Paulo, ou seja, na beira das estradas estaduais. Esta lei, originalmente de 1985, mas que só foi regulamentada por decreto três anos depois, também tem sido acusada de ineficaz por autoridades da Polícia Rodoviária, da DERSA, do DER e por políticos. Os problemas seriam, principalmente, de duas ordens: a falta de fiscalização e o fato de a lei não atingir os estabelecimentos que se encontram próximos, mas não exatamente do lado das estradas. Atualmente, além disso, a lei só vale para rodovias paulistas. Há um projeto de lei, de n.º 2243, propondo que a proibição de comercialização de bebidas alcólicas estenda-se também às rodovias federais, mas que ainda não foi votado.

Ainda em termos de projeto de lei, o de n.º 1301- Do deputado federal Elias Murad - propõe que seja obrigatória, para motoristas alcoolizados, a participação em cursos de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Porém, esses cursos só seriam ministrados para motoristas que causassem acidentes de trânsito e não para os que simplesmente estivessem com uma alcoolemia acima do nível legal.

Em relação à disponibilidade do álcool existem leis (como as do Estatuto da Criança e do Adolescente) proibindo a venda de bebidas alcólicas para menores de 18 anos - e mesmo uma para menores de 21 anos, ainda em tramitação. Mais uma vez, a existência de regulamentação não significa, no entanto, que a lei seja cumprida. Uma reportagem publicada na revista *Veja-SP*, em novembro de 1992, por exemplo, mostrou a facilidade com que um garoto de 15 anos consumiu bebidas alcólicas (de chope a gim) em vinte estabelecimentos da cidade de São Paulo (em botecos, danceterias e pizzarias).

Comentários finais

A ocorrência de acidentes automobilísticos associados ao consumo de bebidas alcólicas é uma situação extremamente freqüente em grande número de países. De fato, o dirigir alcoolizado é uma das principais conseqüências do uso inadequado de bebidas alcólicas. Essa situação parece resultar principalmente do fato de ser culturalmente aceito misturar lazer com álcool e álcool com direção.

Existem, em muitos países desenvolvidos, centros especializados apenas no estudo epidemiológico, de prevenção e repressão ao beber e dirigir. Através destes estudos já se sabe, por exemplo, que a maior incidência de acidentes relacionados ao álcool encontra-se

entre homens jovens, particularmente até os 25 anos. Assim, o indivíduo típico que dirige alcoolizado não se encaixa no estereótipo do sujeito dependente crônico de álcool, mas lembra alguém bem mais próximo do nosso dia-a-dia.

Desde a década de 80, iniciou-se em vários países, notadamente nos EUA, uma série de mudanças na legislação, resultando em ações preventivas e coibitivas ao dirigir alcoolizado. Assim, foram introduzidas e/ou reforçadas medidas como a testagem de bafômetro ao acaso (*random breath testing*), a prisão e apreensão da carteira de motorista para os infratores e o aumento da idade legal para o consumo de bebidas alcólicas. Da mesma forma, campanhas preventivas educam para a tomada de atitudes como o "motorista designado" - aquele indivíduo que, em um grupo de amigos, fica responsável por dirigir e, portanto, não bebe nesta ocasião. Ao mesmo tempo em que pesquisadores estão repensando o nível de alcoolemia acima do qual o indivíduo estaria dirigindo alcoolizado, autores como ROSS (1992) sugerem a melhoria das condições das ruas e estradas, uma maior rapidez no atendimento médico aos acidentes e uma mudança gradual na naturalidade com que se encara culturalmente a associação de bebidas alcólicas com direção.

Esta série de esforços conjuntos têm resultado em uma diminuição espetacular no número de acidentes automobilísticos associados ao álcool, constituindo-se em uma animadora exceção na área de substâncias psicotrópicas - normalmente restrita a resultados medíocres.

O Brasil ainda não possui estudos epidemiológicos abrangentes e muito menos esforços preventivos relacionados ao dirigir alcoolizado. As poucas ações existentes restringem-se a campanhas extremamente eventuais (geralmente ligadas a épocas do ano específicas como o Carnaval) e a uma legislação raramente empregada de fato. Por outro lado, as pesquisas de abuso de álcool e da freqüência de acidentes automobilísticos existentes no país apontam para uma necessidade urgente de iniciar-se trabalhos contínuos e sérios neste campo. É literalmente vital e potencialmente promissor, portanto, que estudiosos da área voltem sua atenção para a pesquisa dos vários aspectos relacionados ao dirigir alcoolizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERG, L. (1993). "Drinking and driving: intentions, attitudes and social norms of Swedish male drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 25(3): 286-293, Junho.
2. ALBERY, I.P. e GUPPY, A (1995). "Drivers' differential perceptions of legal and safe driving consumption". *Addiction*, 90(2): 245-254, Fevereiro.
3. ALCOHOL FATAL CRASH FACTS. (1991). National Center for Statistics and Analysis. U.S. Department of Transportation. National Highway Traffic, Safety Administration. Research and Development, Washington, D.C.
4. ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B. e BUSNELLO, E.D. (1992). "Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em

- áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 14(3): 93-104.
5. BRADBURY, A. (1991). "Pattern and severity of injury sustained by pedestrians in road traffic accidents with particular reference to the effect of alcohol. *injury*, 22(2): 132-134, Março.
 6. CCSA/ARF *Canadian Profile*. (1993). Toronto: Canadian Centre for Substance Abuse.
 7. CHANG, G.; ASTRACHAN, B.; WEIL, U. e BRYANT, K. (1992). "Reporting alcohol-impaired drivers: results from a national survey of emergency physicians". *Annals of Emergency Medicine*, 21(3): 284-290, Março.
 8. DRUMMOND, A.E.; CAVE, T.C. e HEALY, D.J. (1987). "The risk of accident involvement by time of week - na assessment of the effects of zero BAC legislation and the potential of driving curfews". Em: BENJAMIN, T. (Ed.) *young drivers impaired by alcohol and other Drugs*. Royal Society of Medicine Services, London, pp. 385-398.
 9. EDWARDS, G.; ANDERSON, P.; BABOR, T.F.; CASSWELL, S.; FERRENCE, R.; GIESBRECHT, N.; GODFREY, C.; HOLDER, H.D.; LEMMENS, P.; MÁKELÄ, K.; MIDANIK, L.T.; NORSTRÖM, T.; ÖSTERBERG, E.; ROMELSJÖ, A.; ROOM, R.; SIMPURA, J. e SKOG, O.J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, WHO.
 10. EVANS, L. (1987). "Fatal and severe crash involvement vs. driver age and sex". *31st Annual Proceedings*, American Association for Automotive Medicine.
 11. FARRELL, M. e STRANG, J. (1990) Drugs, alcohol and driving. *Travel Medicine International*, pp. 151-155.
 12. *Fatos e Estatísticas de Acidentes de Trânsito 1992* (1993). Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Transportes, Companhia de Engenharia de Tráfego.
 13. GALDURÓZ, J.C.; D'ALMEIDA, V.; CARVALHO, V. e CARLINI, E.A. (1994). *III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1^a e 2^a Graus em 10 Capitais Brasileiras, 1993*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina.
 14. GJERDE, H.; BEYLICH, K.M.; e MORLAND, J. (1993). "Incidence of alcohol and drugs in fatally injured car drivers in Norway". *Accident Analysis & Prevention*, 25(4): 479-83, Agosto.
 15. HINGSON, R.; HEEREN, T. e MORELOCK, S. (1987). "Preliminary effects of Maine's 1982 0,02 law to reduce teenage driving after drinking". Em: BENJAMIN, T. (Ed.) *Young Drivers Impaired by Alcohol and other Drugs*. Royal Society of Medicine Services, London, pp. 377-384.
 16. HOLUBOWYCZ, O.T. (1995). "Age, sex and blood alcohol concentration of killed and injured pedestrians. *Accident Analysis and Prevention*, 27(3): 417-422, Junho.
 17. JAMES, W.H.; HUTCHISON, B.; MOORE, D.D. & SMITH, A.J. (1993) "Predictors of driving while intoxicated (DWI) among american indians in the northwest". *Journal of Drug Education*, 23(4): 317-24.
 18. LOLIO, C.A.; SANTO, A.H. e BUCHALLA, C.M. (1990). "Mortalidade de Adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985. Magnitude e tendências". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 24:481-489.
 19. MMWR-*Morbidity and Mortality Weekly Report*. (1991). "Alcohol-related traffic fatalities among youth and young adults - United States, 1982-1989. 40(11): 178-179, 185-187, 22/Março.
 20. MMWR-*Morbidity and Mortality Weekly Report*. (1992). "Trends in alcohol-related traffic fatalities, by sex - United States, 1982-1990. 41(11): 189, 195-7, 20/Março.
 21. MMWR-*Morbidity and Mortality Weekly Report*. (1993). "Reduction in alcohol-related traffic fatalities - United States, 1990-1992". 42(47): 905-909, 3/Dezembro.
 22. NAPPO, S.A. (1996). "Drug-related deaths in São Paulo city. Brazil". Apresentado no X World Congress of Psychiatry. Madri, Espanha - 23-28/Agosto.
 23. NOTO, A.R. e CARLINI, E.A. (1995). "Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos" (1987-1993). *Revista ABP-APAL*, 17(3): 107-114.
 24. PERRINE, M.W.; PECK, R.C. e FELL, J.C. (1988). "Epidemiologic perspectives on drunk driving". Em: *Surgeon General's Workshop on Drunk Driving*. Background Papers. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 14-16/Dezembro, pp. 35-76.
 25. POPKIN, C.L. (1991). "Drinking and driving by young females". *Accident Analysis & Prevention*, 23(1): 37-44.
 26. POPKIN, C.L.; COUNCIL, F.M. (1993). "A comparison of alcohol-related driving behavior of white and nonwhite North Carolina drivers". *Accident Analysis & Prevention*, 25(4): 355-64.
 27. ROSS, H.L. (1992) *Confronting Drunk Driving: Social Policy for Saving Lives*. Yale University Press.
 28. SCRAGG, R. (1995). "A quantification of alcohol-related mortality in New Zealand". *Australian & New Zealand Journal of Medicine*. 25(1): 5-11, Fevereiro.
 29. SIMONS-MORTON, B.G. e SIMONS-MORTON, D.G. (1988). "Controlling injuries due to drinking and driving: the context and functions of education". Em: *Surgeon General's Workshop on Drunk Driving*. Background Papers. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 14-16/Dezembro, pp. 77-92.
 30. SIMPSON, H.M. (1990). "Importing and exporting countermeasures: a cultural determinants of success". Em: PERRINE, M.W. (Ed.). *Drugs and Traffic Safety*. Proceeding of the 11th International Conference. Chicago. 24-27/Outubro, 1989, pp. 22-31.
 31. SWEDISH COUNCIL FOR INFORMATION ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS. (1991). *Trends in Alcohol and Drug Use in Sweden*. Stockholm: Swedish Council.
 32. WILSON, R.J. (1993) "Drinking and driving in search of solutions to a international problem". *Alcohol Health & Research World*, 17(3): 212-220.

Ilana Pinsky

UNIAD-UNIFESP

Rua Botucatu, 394 - Vila Clementino - Cep.

São Paulo - SP

Fone: (011) 576-4341