



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
REGINA STELLA FAÇANHA ELIAS-CYMROT

INGESTÃO ABUSIVA DE ÁLCOOL E
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Fortaleza – Ceará
2006

REGINA STELLA FAÇANHA ELIAS-CYMROT

**INGESTÃO ABUSIVA DE ÁLCOOL E
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza – Ceará
2006

Universidade Estadual do Ceará

Mestrado em Saúde Pública

Título do Trabalho: Ingestão Abusiva de Álcool e Possibilidades de Intervenção.

Autor(a): Regina Stella Façanha Elias-Cymrot

Defesa em: ___/___/___

Conceito Obtido: _____

Nota obtida: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora

Prof. Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará – UFC
1^o Membro

Prof^a. Dr^a. Ângela de Alencar Araripe Pinheiro
Universidade Federal do Ceará- UFC
2^o Membro

Prof^a. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará- UECE
Suplente

Dedico especialmente

*A meu pai, Antônio Elias Filho (Sitônio).
Sempre vivo em minha memória,
presente em meus passos, fazendo-me
acreditar nos meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor Erasmo Miessa Ruiz, que me incentivou a escrever sobre o tema; discutiu comigo várias questões concernentes às políticas; me orientou e ensinou a navegar na *internet* com a fluidez que permitiu localizar todos os documentos que foram utilizados nesta pesquisa.

À professora Salete Bessa, que me acolheu e ajudou nos percursos metodológicos da pesquisa, com sua imensa disponibilidade e garra.

Ao professor José Wellington que, várias vezes, sentou comigo e muito colaborou no projeto inicial.

Ao professor Mário Serapioni, que também participou do projeto de qualificação e fez excelentes reflexões a respeito do assunto.

Ao professor Jackson Sampaio, que, com sua experiência em políticas de saúde, me ajudou através de suas críticas, fazendo-me descortinar uma nova visão do tema e me proporcionou a chance de alcançar questões tão relevantes.

Aos colegas de Mestrado que compartilharam comigo o aprendizado das disciplinas, deram sugestões ao projeto e, sobretudo, ajudaram a conciliar a árdua tarefa de estudante com a atividade de amamentar meu filho.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, que disponibilizou parte de minha carga horária de trabalho para o mestrado.

Ao tio Manuel Gonçalves, que, carinhosamente, fez a revisão do texto com minuciosa atenção.

Ao primo Clístenes, que leu o primeiro manuscrito da parte jurídica e deu importantes colaborações.

Às irmãs Terezinha e Fátima que me incentivaram a fazer o Mestrado, vibraram com meus escritos e me socorreram nas dificuldades.

Aos cunhados, Vicente Flávio e Paulo Reis, que em tudo me apoiaram; leram o manuscrito da dissertação e fizeram importantes sugestões.

À minha mãe Elionora, que proporcionou o apoio necessário para que eu pudesse dar conta dos vários papéis que exerci nestes dois anos: estudante, mãe, esposa, dona de casa e trabalhadora.

Ao meu amado filho Daniel, que dividiu a atenção de sua mãe, em seus primeiros dois anos de vida, com estudos, que, só no futuro, poderá compreender.

Ao meu esposo Moacir, companheiro de todas as horas, meu maior incentivador e sustentáculo para a realização deste trabalho.

Sonho Impossível

Composição: letra - Chico Buarque,
1972

Música - Ruy Guerra.

Intérprete: Maria Betânia

“Sonhar

Mais um sonho impossível

Lutar

Quando é fácil ceder

Vencer o inimigo invencível

Negar quando a regra é vender

Sofrer a tortura implacável

Romper a incabível prisão

Voar num limite improvável

Tocar o inacessível chão

É minha lei, é minha questão

Virar este mundo,

Cravar este chão

Não me importa saber

Se é terrível demais

Quantas guerras terei que vencer

Por um pouco de paz

E amanhã, se este chão que eu beijei

For meu leito e perdão

Vou saber que valeu delirar

E morrer de paixão

E assim, seja lá como for

Vai ter fim a infinita aflição

E o mundo vai ver uma flor

Brotar do impossível chão”

RESUMO

A pesquisa busca investigar possibilidades de intervenção política para o combate ao abuso de álcool no contexto brasileiro, através de estudo exploratório, bibliográfico, reflexivo com utilização da análise documental de Pimentel. É feito um levantamento da extensão do problema, da legislação pertinente, das propostas de intervenção sugeridas e de experiências já realizadas. As bebidas alcoólicas envolvem o mais grave problema de saúde pública do Brasil. Estão diretamente relacionadas aos acidentes e à violência de forma geral. Mais de 12% da população brasileira está dependente do álcool. A ingestão excessiva gera danos ao bebedor, à família e à comunidade. Graves transtornos podem surgir para o usuário: intoxicação aguda, coma, convulsões, síndrome de dependência e de abstinência, *delirium tremens*, psicoses, problemas de memória e demência; além de prejuízos sociais, profissionais, financeiros e vastas complicações clínicas: desnutrição, cirrose hepática, gastrite, transtornos endócrinos, câncer, hipertensão, acidente vascular cerebral hemorrágico, infecções respiratórias, transtornos metabólicos e danos cerebrais. A família é seriamente atingida: desestruturação, abandono e desequilíbrio dos filhos são conseqüências comuns. O consumo cresce assustadoramente entre os jovens, adquirindo aspectos de pandemia. Está associado às campanhas milionárias de *marketing* patrocinadas pela indústria de bebidas, que obtêm vultosos lucros com a venda. Os gastos do Sistema Único de Saúde com as conseqüências do álcool são gigantescos. Os prejuízos sociais são ainda maiores. Decisões políticas de impacto estão sendo articuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Especialistas brasileiros publicaram um consenso sobre estratégias a serem adotadas. O Ministério da Saúde elaborou diretrizes para a redução dos danos. Esta pesquisa buscou compreender as possibilidades de intervenção segundo a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Trânsito Brasileiro, a Lei das Contravenções Penais e a Legislação sobre a propaganda. Foi realizada uma análise documental entre artigos de periódicos científicos, matérias de jornais e documentos de organizações não governamentais, para discutir a aplicação de medidas preventivas e identificar experiências concretas já realizadas. Entre as principais estratégias sugeridas estão: a redução da disponibilidade de bebidas alcoólicas; o controle dos pontos de venda com a responsabilização dos vendedores; a informação ao público, a redução da propaganda; sanções para a intoxicação, especialmente na direção de veículos e um eficiente sistema de tratamento. A adoção de ações efetivas atinge poderosos interesses econômicos. A indústria alcooleira e a mídia, patrocinada pela sua publicidade, têm realizado pesado *lobby* contra importantes propostas políticas. Faz-se necessária a articulação do governo e da sociedade civil, integrando setores de saúde, educação, cultura e segurança, no sentido de fiscalizar rigorosamente o cumprimento das leis já estabelecidas, como a venda de bebidas a menores de 18 anos e a direção de veículos sob influência de álcool. Para garantir outras decisões fundamentais, faz-se premente uma vigorosa ação política. Ela exige intensa mobilização da sociedade e efetiva atuação por parte dos gestores.

DESCRITORES: abuso de álcool, políticas públicas, alcoolismo, violência e promoção de saúde.

ABSTRACT

The research search to investigate possibilities of political intervention to fight the abuse of alcohol in Brazilian context, through exploratory, bibliographic, reflexive study with utilization of Pimentel's analysis documental. It is done a rising of extension of problem, of regular legislation, of proposals of intervention suggested and experiences already done. The alcoholic drinks involve the most severe problem of public health in Brazil. They are directly related to accidents and violence of general form. More than 12% of Brazilian population is dependent of alcohol. The excessive ingestion creates injuries to the drinker, family and community. Severe breakdowns can come out to the user: sharp intoxication, coma, convulsions, syndrome of dependence and abstinence, delirium tremens, psychotic disorders, problems of memory and demency; beyond of social, professional and financial damages and vasts clinical complications: non-nourishment, hepatic cirrhosis, gastritis, endocrinal breakdowns, cancer, hypertension, hemorrhagic brain accident, breath infections, metabolic breakdowns and brain injuries. The family is seriously hit: desestruturation, abandonment and unbalance of children are common consequences. The consuming increases frightening among the youngs, acquiring aspects of pandemy. It is associated to millionaires campaigns of marketing sponsored by industry of drinks, that get great incomes with the selling. The costs of only system of health with the consequences of alcohol are enormous. The social damages are even greater. Political decisions of impact are been articulated by health world organization. Brazilian specialists published a consensus about strategies to be adopted. The ministry of health elaborated lines to damages reduction. This research searched to comprehend the possibilities of intervention according federal constitution, statute of child and adolescent, Brazilian code transit, law of penal delicts and legislation about propaganda. It was done a documental analysis among articles of scientific papers, notes of journals and, documents of not government organizations, to discuss to apply preventive measures and to identify concrete experiences already done. Among the main strategies suggested are: reduction of availability of alcoholic drinks; the control of points selling with the responsabilization of sellers; the information to the public, the reduction of propaganda; sanctions to intoxication, especially in driving vehicles and efficient system of treatment. The adoption of effective actions hit powerful economical interests. The alcohol industry and media, sponsored by its publicity, have done heavy *lobby* against important politics proposed. It is necessary the articulation of government and civil society, integrating sectors of health, education, culture and security, in the sense to fiscalize rigorously the achievement of laws already established, as the selling of drinks to minors of 18 years old and the driving of vehicles under influence of alcohol. To guarantee others fundamental decisions, is urgent a vigorous political action. It demands intense mobilization of society and effective actuation by the gestors.

Descriptors- alcohol abuse, public policies, alcoholism, violence and health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.C.C.A. –	Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool
ABEAD –	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
ABNT –	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP –	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRABE –	Associação Brasileira de Bebidas
ADOC –	Associação de Defesa e Orientação do Consumidor
AMB –	Associação Médica Brasileira
AVI –	Anos de vida vividos com incapacidade
CAPS G –	Centro de Atenção Psicossocial Geral
CAS –	Concentração de Álcool no Sangue
CEBRID –	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CESVIBRASIL –	Centro de Experimentação e Segurança Viária do Brasil
CET –	Companhia de Engenharia de Tráfego
CID 10 –	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde. Décima Revisão.
CONAR –	Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária
CONTRAN –	Conselho Nacional de Trânsito
CREMESP –	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CTB –	Código de Trânsito Brasileiro
DENATRAN–	Departamento Nacional de Trânsito
DETRAN –	Departamento de Trânsito
DOU –	Diário Oficial da União
DSM IV –	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 4ª ed.
E.C.A. –	Estatuto da Criança e do Adolescente.
EUA –	Estados Unidos da América
FAPESP –	Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo
GL –	Grau Gay Lussac – Graduação alcoólica da bebida
GM –	Gabinete do Ministério
IJF –	Instituto Dr. José Frota
IML –	Instituto Médico Legal

INMETRO –	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial.
IPEA –	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPPS –	Índice de Ponderação Sócio- sanitário desenvolvido por Vasconcelos
ISS –	Imposto Sobre Serviços de qualquer natureza
ISSQN –	Imposto sobre serviços de qualquer natureza
M.S./GM –	Gabinete do Ministro da Saúde
O.M.S. –	Organização Mundial de Saúde
OAB –	Organização dos Advogados do Brasil
OPAS –	Organização Pan-americana de Saúde
REDS –	Regiões Especiais de Defesa Social
SENAD –	Secretaria Nacional Antidrogas
SINDCERV –	Sindicato Nacional da Cerveja
SUS –	Sistema Único de Saúde
UCAD –	Unidade Comunitária de Álcool e Drogas
UNIAD –	Unidade de Estudos de Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP –	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS
RESUMO
ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OS DANOS DO ÁLCOOL QUE MOTIVARAM A PESQUISA.....	16
3. OBJETIVOS.....	20
4. METODOLOGIA.....	21
4.1 Natureza e Tipo de Estudo.....	21
4.2 Fontes da Pesquisa.....	21
4.3 Procedimentos da Análise documental.....	25
RESULTADOS	
5. A EXTENSÃO DA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL.....	27
5.1 O Álcool, seu Consumo, uso Nocivo, Alcoolismo e seus Danos.....	31
5.2 Categorias Diagnósticas.....	33
5.3 Danos Físicos do Álcool ao Bebedor.....	36
5.4 Álcool, violência e atendimentos em pronto socorro de trauma.....	42
5.5 Consumo de álcool pelos jovens.....	47
5.6 Levantamentos epidemiológicos realizados pelo CEBRID.....	48
6. LEGISLAÇÃO FEDERAL VIGENTE.....	55
6.1 Constituição da República Federativa do Brasil (1988).....	55
6.2 Lei das Contravenções Penais (Código Penal – 1941).....	57
6.3 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990).....	59
6.4 Código de Trânsito Brasileiro (CTB, 1997)	61
6.5 Lei 9.294 de 1996 – Trata da Restrição de Propaganda.....	71
7. PROPOSTAS RECOMENDADAS X EXPERIÊNCIAS REALIZADAS.....	74
7.1 Disponibilidade do Álcool.....	78
7.2 A Responsabilidade de quem vende Bebidas Alcoólicas.....	85
7.3 Informação ao Público e Propaganda.....	86
7.4 Sanções Legais da Intoxicação.....	95
7.5 Sistema de Tratamento.....	97
8. POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO.....	100
8.1 Possibilidades de tributação no âmbito municipal.....	100
8.2 Estratégias de Intervenção.....	104
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
10. RECOMENDAÇÕES.....	117
11. REFERÊNCIAS.....	120

ANEXO

Manifesto do Movimento Propaganda sem Bebida

1 INTRODUÇÃO

A temática desta dissertação envolve a esfera da Vigilância à Saúde. Vigilância no sentido de olhar atento aos problemas de saúde da população. O problema da ingestão abusiva do álcool atinge segmentos de todas as raças e classes sociais, sem discriminação de idade ou sexo; gerando danos físicos, emocionais, financeiros e sociais gigantescos.

A discussão sobre o uso nocivo das bebidas alcoólicas requer uma compreensão integral e transdisciplinar do ser humano. As ações preventivas exigem uma articulação de setores diversos da sociedade: Saúde, Educação e Cultura, Segurança Pública, Lazer e Turismo, Comércio e Indústria, Ciência e Tecnologia, Finanças e Desenvolvimento, Meios de Comunicação Social, Direito e Economia...

As decisões a serem tomadas atingem poderosos interesses infiltrados e capilarizados em diversos segmentos sociais. As bebidas alcoólicas estão presentes no cotidiano da sociedade e fazem parte da cultura.

Até que ponto o Estado deve intervir no cotidiano das pessoas? Quando o Estado deve intervir e quando deve deixar que a liberdade individual prevaleça? Até onde é possível intervir? Intervir ou deixar que os mercados se auto-regulem? O que justificaria uma restrição à liberdade individual, em costumes e práticas presentes na cultura há milhares de anos?

E, por acaso, as práticas ligadas às bebidas alcoólicas permanecem como eram há séculos? Ou têm sido modificadas segundo os interesses econômicos, em pleno mundo industrializado e globalizado?

Esta pesquisa tem origem no olhar da prática profissional, enquanto psicóloga, constatando a profundidade dos danos do alcoolismo entre os membros de famílias em tratamento na rede de saúde mental de Fortaleza. No cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS G) foi possível ver de perto as feridas emocionais de uma longa e dolorosa convivência, corroída pela desestruturação familiar, financeira e psíquica, decorrente dos estragos do álcool, num contexto já cheio de dificuldades.

O espanto e a indignação, diante de tão doloroso, quadro remeteu o nosso olhar para a realidade macrossocial, favorecendo o contato com estatísticas e dados globais de violência, ainda mais assustadores. Surgiu, então, uma pergunta que originou todo o processo desta pesquisa. O QUE É POSSÍVEL FAZER?

A procura de alternativas, de pistas sobre políticas públicas de prevenção possíveis, justificou todo o esforço desta coleta de informações.

A literatura científica oferece um vasto material para compreensão dos danos do alcoolismo. No entanto, o *Uso Nocivo de Álcool*, embora seja uma categoria diagnóstica reconhecida pelas codificações internacionais, CID 10 e DSM IV, sequer está incluído como palavra-chave para procura pelas bibliotecas eletrônicas disponíveis reconhecidas pelas instituições, que tradicionalmente fazem ciência.

Entre nós, o tema das políticas públicas de combate ao abuso de álcool é aparentemente novo. A Organização Mundial de Saúde já se preocupa com o assunto há mais de 30 anos, mas a literatura científica do Brasil a respeito ainda está por começar a engatinhar. As experiências brasileiras, frutos da iniciativa de alguns gestores interessados, são muito recentes e, embora já esbocem alguns resultados, ainda não foram registradas ou discutidas nas publicações científicas de nosso país.

Gastão Wagner de Sousa Campos, falando de Saúde Coletiva, aponta: “A *Vigilância à Saúde está obrigada a atuar segundo a Lei. Neste sentido seus agentes atuam sobre a sociedade valendo-se de regras e normas para constranger comportamentos considerados inadequados...*” (CAMPOS, 2003: p.24).

Faz-se então uma questão importante desta pesquisa: O QUE DIZ A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA? ATÉ QUE PONTO ELA PERMITE AGIR?

Outra dimensão da Vigilância à Saúde, segundo Campos é a Política. “*Toda norma ou limite legal se originam tanto de um conhecimento técnico, quanto de uma disputa de interesses.. As normas de saúde são também produto de embates sociais e políticos*” (CAMPOS, 2003: p24). Para atuar estrategicamente, faz-se necessário compor uma aliança de forças, unindo Estado e Sociedade Civil. Para isso, Campos sugere uma forma de atuação que denomina “*Paidéia* ou Roda”.

Este método exige a participação de todos os setores envolvidos, desde a instância da compreensão do problema até a tomada de decisões e a execução do projeto.

Na elaboração desta pesquisa, foi necessário procurar informações em muitos segmentos diferentes, a partir de fontes distintas. Por ser uma pesquisa exploratória, procurou-se valorizar tudo que foi encontrado, priorizando muito mais a utilidade da informação do que sua origem. Foram consultadas revistas científicas, jornais de grande circulação nacional e local. Códigos e leis foram analisados e confrontados com a realidade brasileira. Foram contatadas pessoas, técnicos, estudiosos da área e agentes públicos, para esclarecimento de informações e dúvidas. Visitamos o Cento Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em São Paulo, na busca de material original mais recente.

A internet foi nosso principal campo de ação. Centenas de *sites* foram acessados em busca de pistas, de dicas e alternativas propostas. Grandes buscadores da internet, como o “Google” e a “UOL”, nos levaram a um mundo de informações que fomos selecionando segundo o critério de afinidade com nossa temática.

Como um cão faminto farejando a terra à procura de alimento por ventura enterrado, estivemos olhando curiosamente páginas e páginas da internet. *Sites* de instituições governamentais, de entidades da sociedade civil, artigos publicados em instituições acadêmicas, em folhetos, boletins informativos de movimentos sociais, jornais de associações de classe, de empresas, de prefeituras, onde fosse possível encontrar pistas de atuação política ou de resolução dos entraves desta atuação, foram insistentemente consultados.

Através da rede de comunicação digital, descobrimos a existência de dezenas de entidades, movimentos e organizações não governamentais, preocupados com o tema e atuando sobre ele, de alguma forma. Não seria possível prever com antecipação as entidades que colaborariam com as informações desta pesquisa.

“As diretrizes do Ministério da Saúde para uma política nacional, integral, intersetorial de redução de danos causados pelo álcool” publicadas em 2004 e um artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria também em 2004, intitulado

“Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool” nos serviram de referencial em nosso trabalho. Ronaldo Laranjeira, um dos autores, colaborou especialmente, nos enviando documentos adicionais e material ainda não publicados no meio científico.

2 OS DANOS DO ÁLCOOL QUE MOTIVARAM A PESQUISA

O MICROCOSMO DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

A autora é psicóloga clínica e atua há 15 anos no contexto da saúde mental. Possui formação e experiência de 5 anos no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e há 5 anos trabalha num CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Fortaleza, atendendo portadores de transtornos mentais diversos, fazendo predominantemente atendimentos em grupo.

Na experiência diária do atendimento a portadores de transtornos mentais diversos, a autora percebeu, através das entrevistas de anamneses, uma grande frequência de histórias conflituosas relacionadas à convivência com familiar alcoólatra. Muitos pacientes relatavam que, na infância, seu pai espancava a sua mãe e seus irmãos em situações de embriaguez. Inúmeros usuários do serviço atendidos ambulatorialmente têm estrutura familiar esfacelada pelo abandono de pais dependentes do álcool. Nestes casos, a miséria mostra sua face mais cruel pela perda da capacidade produtiva de um dos pais, obrigando o outro cônjuge, mais sadio, a se ausentar de casa para trabalhar deixando as crianças em situação de quase abandono. Com bastante frequência, estas pessoas relatam que, quando crianças, eram obrigadas a trabalhar sob condições desumanas, para não passar fome e eram submetidas a constrangimentos constantes decorrentes de condutas inadequadas de seus pais, quando embriagados.

Nas anamneses, ao perguntar sobre a história de vida dos pacientes do CAPS, é comum ouvir frases como "*NÃO TIVE INFÂNCIA*", ou "*NÃO GOSTO DE LEMBRAR DA MINHA INFÂNCIA*". Centenas de fatos associados à violência doméstica vêm à tona, tornando compreensível o aparecimento de um transtorno mental, após contínuo e repetitivo sofrimento decorrente da experiência de viver num ambiente tóxico, do ponto de vista mental.

A pobreza se mostra mais acentuada e o desespero da falta de comida aparece com frequência nas entrevistas com pacientes do CAPS, que viam seus pais "torrarem" todo o dinheiro adquirido durante a semana, no bar da esquina,

bebendo cachaça ou cerveja e contraindo dívidas decorrentes da farra, quase diária. A perda do emprego se tornava inevitável, as dificuldades financeiras adquiriam escalada crescente, a desagregação familiar vinha em seguida.

Nas entrevistas com os pacientes é possível compreender que, tendo tido pais alcoólatras, a convivência com o alcoolismo tornou-se tão habitual, que a maioria não estranha escolher namorados ou amigos que também bebem em excesso. Muitos, por isso, mergulham na mesma experiência, fazendo reproduzir e multiplicar o fenômeno do alcoolismo.

É comum encontrar, no cotidiano do CAPS, pacientes que tiveram pais alcoólatras e que, hoje, têm maridos alcoólatras e filhos também envolvidos com o álcool, quando não com outras drogas mais pesadas, experienciando já a criminalidade.

Nos vários grupos terapêuticos realizados com portadores de transtornos de ansiedade, de depressão entre outros, são comuns os relatos do sofrimento de conviver com um irmão, um sobrinho, um cunhado ou um primo alcoólatra. A angústia, a raiva e o ressentimento de sustentar a casa sozinho(a), enquanto outros não colaboram e até destroem tudo dentro de casa, fazem muitos perderem o sono e a saúde, de forma crônica.

Nas sessões grupais realizadas no CAPS, aparecem muitas pessoas com sintomas de taquicardia, tonturas, dores no estômago, dores na coluna, problemas no estômago, sudorese, opressão no peito, falta de ar. Estas queixas são freqüentes em pessoas que possuem um familiar alcoólatra dentro de casa. “*UM NÓ NA GARGANTA!*”: É assim que muitos descrevem a angústia e a impotência, diante da situação.

Numa das sessões terapêuticas com um grupo de psicoterapia, onde foi abordada a temática do carnaval, surpreendeu a quantidade de pessoas que, na semana anterior ao feriado, estavam com uma expectativa de medo e terror. Os participantes não possuíam nenhuma expectativa positiva diante do feriado. Ninguém ia viajar, ninguém tinha uma programação especial de lazer, todos apresentavam intensa apreensão com o que poderia acontecer em suas casas naqueles dias, ou na casa de seus vizinhos (encostada parede com parede) ou

mesmo em suas calçadas. A preocupação com a “bebedeira de alguns” que freqüentavam o seu círculo de convivência tornava-se um pesadelo para todos. O carnaval assim, longe de ser uma festa, parecia se constituir um terror. Neste dia, seis, de um total de doze participantes, admitiram que a bebedeira do marido, do irmão ou do filho era seu maior receio e motivo de sofrimento, relatando uma atmosfera de agressões, ameaças, nojo, medo e desdém. A partir de então, a autora, junto com estagiários de psicologia, decidiu fazer uma pesquisa envolvendo os participantes de todos os grupos terapêuticos do CAPS.

Na pesquisa a respeito da convivência dos usuários do CAPS com familiares que fazem uso de bebidas alcoólicas (ELIAS-CYMROT, 2005), foram aplicados 164 questionários com integrantes de todos os grupos terapêuticos, realizados durante o mês de maio de 2004, abrangendo um total de 13 grupos, coordenados por algum membro da equipe multiprofissional. Nesta coleta de dados, 80% dos participantes afirmaram ter um familiar com problemas relativos ao uso excessivo de bebida alcoólica. Em 32% destes casos, este familiar é um irmão ou irmã, em 21% é pai ou mãe, em 9% é filho ou filha e em 21% é esposo ou esposa. Para 49% dos que têm essa convivência, o contato é diário; para 21%, este se faz no mínimo uma vez por semana ou nos finais de semana. Cerca de 66% dos participantes convivem com este familiar nesta situação, há mais de cinco anos. Além da convivência atual, 59% dos participantes referiram ter tido essa situação no passado e ter parado de conviver com este tipo de situação, por motivo de falecimento da pessoa, por motivo de separação ou por este familiar ter cessado de beber.

Para 32% dos participantes da pesquisa que descreveram o comportamento dos familiares quando embriagados, estes comportamentos eram classificados como intensos ou muito intensos, sendo que 72% dos pesquisados referiram que os comportamentos do familiar quando bêbado, interferem na sua vida. 73% afirmaram sentir mal-estar por causa da embriaguez do seu familiar (ELIAS-CYMROT, 2005).

A realização da pesquisa citada pôs a autora em contato com a literatura especializada. Os dados epidemiológicos encontrados foram estarrecedores e mostraram que a situação no Brasil e no Mundo é muito grave, abrangendo

diferentes dimensões sociais, exigindo providências urgentes para conter o problema.

Movida pelo espanto, diante de dados estatísticos tão assombrosos, a autora se viu motivada a buscar na literatura e nos movimentos sociais propostas de soluções políticas para a situação. A inquietude própria fez com que a autora se sentisse impelida a estudar, a discutir o problema e a pensar soluções possíveis

Cursando disciplinas do mestrado acadêmico em Saúde Pública e convivendo com colegas de trabalho, o interesse pela temática foi crescendo. Em alguns momentos, colegas de turma e de trabalho foram convidados pela autora a pensar e estudar o problema juntos. Conversando despreziosamente com dois ou três colegas da área da saúde, foi possível ouvir, entre lágrimas, alguns depoimentos comoventes: *“Para ser bastante sincera, não gosto de falar ou de pensar sobre esse problema, sabe... ele sempre foi a minha ferida, convivi anos com esse sofrimento, com uma pessoa que amo, sem poder fazer nada dentro de minha própria casa. Esse sentimento de impotência é terrível. Para esquecer disso, me afastei dele, saí de casa, procurei cuidar da minha vida, mergulhei no trabalho e nos estudos....agora quero é ficar longe desse assunto”*

3 OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

Analisar possibilidades de intervenção política para o combate à ingestão abusiva de álcool de acordo com as estratégias recomendadas pelo consenso de especialistas brasileiros e a partir da legislação federal vigente.

- **Objetivos Específicos**

- Compreender possibilidades de intervenções para o combate ao abuso de álcool segundo a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Trânsito Brasileiro, a Lei 9.294/96 e a Lei de Contravenções Penais.
- Identificar estratégias ou caminhos possíveis de intervenção, a partir das recomendações do consenso de especialistas brasileiros e de experiências reais já realizadas em alguns pontos do país.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza e Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, bibliográfico, reflexivo com utilização da análise documental de Pimentel (2001).

4.2 Fontes da Pesquisa

A pesquisa se focou na realidade brasileira. A prioridade de busca de artigos científicos e de documentos foi para dados produzidos no Brasil. Mesmo quando são citadas informações sobre outros países, o parâmetro de comparação é o brasileiro, tendo como fontes de argumentação autores nacionais.

O primeiro passo, necessário para a análise das políticas e possibilidades de intervenção, foi fazer um levantamento da extensão do problema do álcool, buscando entender os danos e a complexidade de fatores envolvidos. Essa varredura ajudou a dimensionar o problema para o qual se buscam soluções. Na descrição da questão das bebidas alcoólicas foram utilizados artigos publicados em periódicos científicos, em manuais clássicos de psiquiatria e especializados no assunto. Foram aproveitadas também matérias e reportagens da imprensa local e nacional, dados compilados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. A “BIREME”, biblioteca virtual em saúde e, principalmente, o “SCIELO” constituíram importante base de dados, dos quais foram aproveitados 13 artigos, considerados de extrema utilidade para a pesquisa. Algumas dissertações de mestrado ou teses de doutorado, enfocando a realidade de Fortaleza, foram localizadas através da biblioteca da UECE, dos contatos com professores e de publicações de revistas científicas locais.

Com o objetivo de buscar dados epidemiológicos mais completos, foi realizada uma visita pessoal ao Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) que fica na cidade de São Paulo. Lá foi possível obter detalhados relatórios de três grandes e recentes pesquisas realizadas no território brasileiro, possibilitando comparar dados da realidade local, regional e nacional.

Na compreensão da legislação federal, foram utilizados como fontes da pesquisa: a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a Lei de Contravenções Penais (1941), o Código Brasileiro de Trânsito (1997) e a Lei 9.294/96 que trata da restrição de propaganda.

Para analisar estas importantes leis vigentes no país, foram coletados artigos publicados em *sites* de organizações não governamentais, matérias e notícias publicadas em *sites* eletrônicos de órgãos do governo, de associações de classe e de universidades, tais como DETRAN, CREMESP e UNIFESP.

Para fazer um confronto entre a prática desta legislação e a realidade brasileira, foram pesquisadas notícias da imprensa nacional, principalmente do jornal Folha de São Paulo e da imprensa local de Fortaleza, através do jornal O Povo. Foram acompanhadas diariamente as publicações deste noticiário local, nos últimos dois anos, recortando-se todas as matérias relacionadas com o tema. A Folha de São Paulo foi acessada através do buscador “*on line*” da UOL, (<http://www.uol.com.br>), utilizando-se diversas palavras-chave. Foram colhidas múltiplas notícias publicadas, a partir do ano 2003.

A tecnologia da rede digital de comunicações da *internet* foi estratégia fundamental para a realização desta pesquisa. Em pleno século XXI, muitas informações circulam primeiramente na internet e só, muito depois, são registradas nos meios acadêmicos. Em virtude da novidade do tema e da escassez de material publicado no meio científico brasileiro, muitos dados foram colhidos em páginas eletrônicas. O buscador do “*Google*” foi utilizado numerosas vezes, através da busca detalhada com palavras-chaves e frases completas aspeadas. Este tipo de procura proporcionou o acesso a muitas entidades atuantes no Brasil, não previstas no planejamento inicial da pesquisa. Foi através das buscas do “*Google*”, (<http://www.google.com.br>), por exemplo, que foi possível desvendar as complexas questões envolvendo a fiscalização do trânsito, em especial, sobre o uso do bafômetro. Foi através dos artigos acessados com a ajuda do “*Google*” que se tomou conhecimento da recente aprovação de lei reformulando normas federais vigentes, matéria não observada na cobertura da imprensa local nos oito meses subsequente à publicação do Diário Oficial da União. Esta lei, que modificou o Código Brasileiro de Trânsito, no tocante à fiscalização da alcoolemia dos

motoristas, foi aprovada no final de fevereiro de 2006, tendo sido muito pouco divulgada ou discutida até novembro do mesmo ano (BRASIL. Lei 11.275, 2006).

Outra rica fonte de informações foi o *site* do “Movimento Propaganda Sem Bebida”, cuja principal campanha já conta com o apoio de mais de 300 entidades no Brasil. O *site* deste movimento (<http://www.propagandasembebida.org.br>), apresenta artigos assinados por renomadas autoridades científicas, registra regularmente notícias sobre experiências pioneiras no Brasil, mostra matérias publicadas na imprensa, relata o andamento de projetos de lei apoiados pela aliança cidadã pelo controle do álcool (ACCA) e descreve alguns embates na luta pela implantação de políticas de combate ao uso excessivo de bebidas alcoólicas. O contato com esta página eletrônica se deu, pela primeira vez, em agosto de 2005 e se tornou tão frutífero para a pesquisa, que, com o decorrer do tempo, passou a ser acessado com frequência quase semanal, em busca de novidades no assunto.

Entre as centenas de textos coletados, a partir das páginas eletrônicas da internet e dos jornais, foram selecionados aqueles que apresentavam maior consistência, na abordagem do tema. Muitos deles apontaram outros caminhos e fontes a serem pesquisados. Algumas das matérias, como as referentes ao projeto piloto de pesquisa da cidade de Paulínia, surgiram primeiro através dos jornais (Folha de São Paulo), e, só depois, foram sendo aprofundadas em outras fontes. Mais de uma centena de matérias foi lida e guardada nos arquivos, contribuindo para um acúmulo de conhecimento necessário ao processo de pesquisa. Apenas algumas delas foram citadas no texto da análise. O principal critério de inclusão, no texto da dissertação, foi a utilidade e a contextualização da citação.

Na compreensão de algumas intrincadas questões, foi aproveitada a colaboração do Coronel Laércio Macambira, Secretário Adjunto de Segurança Pública do Estado do Ceará, que fez alguns comentários durante um encontro informal em seu gabinete, ocorrido em novembro de 2005. Foi também solicitada a ajuda do Juiz de Direito da Vara de Infância e Juventude de Maracanaú-CE, Dr. Manuel Clístenes de Façanha e Gonçalves, que fez a gentileza de ler, em março de 2006, o primeiro rascunho da análise dos textos jurídicos, fazendo preciosas observações. Posteriormente, esse Magistrado ofereceu para a pesquisa cópia de

sentença final de um processo abordando consumo de bebida alcoólica por menores.

A pesquisa contou também com a valiosa colaboração do professor da UNIFESP, Dr. Ronaldo Laranjeira, ex-presidente da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas), autor e co-autor de diversas publicações na área, o qual nos enviou *e-mail*, em novembro de 2005, com documentos e resultados preliminares de pesquisas ainda não publicadas nos tradicionais meios científicos.

Boa parte do material utilizado para compreender o processo de construção de uma política de combate à ingestão abusiva de álcool veio dos documentos da Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool (ACCA). Esse material que é disponibilizado no *site* do movimento propaganda sem bebida, consta de boletins, notícias, reportagens publicadas na imprensa nacional e internacional e artigos sucintos de pesquisadores renomados no assunto. A maioria desses documentos foi citada tendo como fonte a própria ACCA. Outra parte foi referenciada pela sua fonte de origem, de onde a ACCA retirou a informação. O *site* disponibiliza mais de 300 documentos, entre os *links* de notícias, destaques e artigos. Além dessas portas de acesso, outras informações importantes podem ser encontradas clicando-se em janelas diversas.

Entre os documentos da ACCA, utilizados na análise, foram incluídas 27 notícias, acessadas pela janela de destaques do *site*. Os critérios de inclusão foram pertinência e relevância do tema. Os critérios de exclusão foram repetição, saturação do assunto e abordagem de temas internos do movimento ou da campanha, tais como novas adesões, convites, eventos.

Esses documentos escritos permitiram captar as relações que se estabelecem em várias modalidades. O estudo realizado neste material procurou aproveitar a visão de totalidade para compreensão do fenômeno.

Para melhor compreender os dados da pesquisa e melhor situá-los no conjunto das determinações macro-sociais, foi tomada, como base, a análise de conteúdo, sistematizada em Pimentel (2001).

Na fase de coleta e organização do material de pesquisa, foi realizada uma primeira sistematização dos documentos apreendidos. Tornou-se indispensável olhar para o conjunto do material de forma analítica, buscando averiguar como se poderia proceder para torná-lo mais claro, de acordo com os objetivos estabelecidos na investigação.

Todos os documentos foram arquivados separadamente ao mesmo tempo em que se prosseguia com a coleta de novos dados. O critério estabelecido foi a fonte documental. As leituras e fichamentos tiveram papel central nessa fase. Essa leitura seguiu os critérios da análise de conteúdo comportando algumas técnicas: fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos, temas recorrentes.. Tal organização permitiu organizar temáticas, características relevantes dos documentos, naturezas dos estudos e categorias envolvidas.

Na segunda organização, mediante leitura de todos os documentos, se seguiu o critério por assunto, independente da correlação cronológica, com objetivo de identificação dos eixos temáticos existentes no material empírico. Contextualizações, ênfases, omissões e controvérsias eram registradas.

Como se observa, o material direcionou o estabelecimento dos temas, nos quais foram extraídas categorias de análise, que tinham como objetivo o conhecimento de todas as nuances escritas e significados do material escrito.

4.3 Procedimentos da Análise documental

Após as fases de coleta, organização e sistematização do material foi realizada a fase da análise.

Nesta etapa, foram confrontados documentos. Observações e comentários eram colocados sobre cada unidade de dados. A montagem da ordem temporal, se tornou importante para a contextualização histórica dos fatos estudados. Quando contradições, controvérsias, aparentes incoerências ou dúvidas surgiam em algum material considerado relevante, uma investigação era realizada para detectar a fundamentação da questão. Nestes casos, era feita uma busca na internet pelo autor, ou por frases contidas no documento que eram aspeadas na

busca, para identificar outras possíveis fontes que pudessem clarificar os fatos. As novas fontes eram confrontadas. Outros autores eram consultados na verificação da veracidade de algumas informações. Algumas vezes, dados coletados em fontes consideradas idôneas, foram desconsiderados por mostrarem-se inconsistentes neste confronto.

Finalmente, foi realizado o processo de codificação, interpretação e de inferência sobre as informações contidas nas publicações de interesse que respondiam aos objetivos traçados, desvelando seu conteúdo manifesto e latente. A partir da correlação entre os fragmentos de textos extraídos do material coletado, foram identificadas as unidades de análise. Os conjuntos de assuntos foram agrupados pelo seu conteúdo. Temas foram elaborados a partir de termos-chaves.

A redação do texto foi montada com os seguintes capítulos: extensão da problemática do álcool; legislação federal pertinente; propostas sugeridas X experiências realizadas e possibilidades de intervenção.

RESULTADOS

5 A EXTENSÃO DA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL

O alcoolismo é uma das grandes chagas do mundo e tem crescido vertiginosamente nos últimos anos. Gera significativo impacto social, especialmente no Brasil. A ingestão alcoólica vem se tornando um hábito entre categorias sociais, que antes eram minorias dentro dos costumes, como mulheres e adolescentes. O consumo tem aumentado com o marketing das indústrias de bebidas. O uso e o abuso do álcool têm sido incentivados também através de eventos de grande impacto público, como micaretas, shows musicais de grande porte e eventos esportivos (FRANCH, 2004: p 59) Muitos destes eventos têm sido amplamente divulgados na mídia, às vezes até apoiados e patrocinados pelo Governo do Estado e por gestões municipais, como, por exemplo, a prefeitura de Fortaleza. O marketing penetra fortemente dentro de todas as casas através das propagandas de TV, atingindo indiscriminadamente o público adulto, adolescente e o infantil, formando uma imagem da bebida associada ao prazer, ao charme, ao sucesso, ao namoro, à sedução junto ao sexo oposto e mesmo à inclusão social do indivíduo, junto à roda dos amigos (MOREIRA JR, 2005: p.10).

O uso prejudicial da bebida alcoólica vem se tornando parte dos hábitos de muitos cidadãos cada vez mais jovens, na busca de auto-afirmação e estratégias de aceitação social. Esta realidade atinge a cidade de Fortaleza, todo o Brasil e grande parte dos países do mundo (CEBRID, 2005).

O alcoolismo é uma pandemia. Um problema de saúde pública mundial. Documento do Ministério da Saúde sobre a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, editado em 2004, alerta que o alcoolismo é o maior problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004.a: p16).

Mesmo sendo o maior problema de saúde pública do Brasil, a ingestão abusiva de álcool tem sido pouco percebida como problema de saúde pública. Na maioria das cidades brasileiras ainda não há qualquer sistematização de registros ou

acompanhamento epidemiológico da situação. Instituições e profissionais de saúde estão pouco alertas para perceber ou tomar providências efetivas em relação ao problema.

Para o Ministério da Saúde: *“20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool”*. Documento deste Ministério reconhece que estas pessoas têm seu primeiro contato com clínicos gerais, que infelizmente pouco detectam a presença do acometimento por tal abuso, prejudicando assim as possibilidades de uma intervenção precoce em relação ao alcoolismo. *“O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para o abuso das bebidas alcoólicas é de cinco anos. A demora em iniciar o tratamento e sua inadequação, pioram o prognóstico”* (BRASIL, M.S, 2004.a: p 16).

O Ministério da Saúde admite o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com questões ligadas ao alcoolismo. A falta de discussões sobre o assunto no currículo faz com que a maioria dos profissionais abordem os usuários, de forma preconceituosa, pouco acolhedora e excludente, impedindo desta forma o acesso a um atendimento adequado. A falta de equipamentos e serviços especializados gera também um sentimento de impotência e uma descrença na possibilidade de resolução do problema (BRASIL, 2004.a: p 16).

A gravidade dos danos decorrentes do uso excessivo de álcool fica patente diante dos dados sobre acidentes e mortes violentas. Pesquisa encomendada pelo governo federal (IPEA/MS) mostra que 53% do total de pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no ambulatório de emergência do Hospital das Clínicas de São Paulo, em período determinado, estavam com alcoolemia no exame de sangue superior ao permitido pelo Código Nacional de Trânsito. Os acidentes e as violências constituem a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre as pessoas de 10 a 49 anos. (Brasil, M. S, 2004.a: p 14).

Dados mundiais corroboram os dados da realidade brasileira. Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA revelou que o uso excessivo de bebida estava presente em 68% dos homicídios culposos, 62%

dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos. Em relação à violência doméstica, a mesma pesquisa mostrou que 2/3 dos espancamentos de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo ocorrendo entre marido e mulher (OMS, 2001: p 54).

O custo social do álcool é altíssimo pelas conseqüências que acarreta. As perdas que a ingestão abusiva impõe ao indivíduo, à sua família e à sociedade são inúmeras: danos à saúde, problemas no trabalho, freqüentes perdas de emprego, dificuldades financeiras, comportamentos anti-sociais, desestruturação familiar, baixo desempenho escolar, entre outras. O problema tem sido relatado como uma das causas mais importantes de incapacidade no mundo. Relatório da Organização Pan-americana de Saúde, em conjunto com a OMS, sobre a saúde no mundo (2001), aponta os transtornos devidos ao uso do álcool como a 5ª causa de anos de vida vividos com incapacidade (AVI), na média de todas as idades e de ambos os sexos (O.M.S., 2001: p 56).

São comuns os casos de comorbidade, isto é, a ocorrência de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo. Isto também acontece com transtornos físicos. Algumas pesquisas citadas no relatório da Organização Pan-Americana de Saúde apontam índices altíssimos de outras doenças entre as pessoas atendidas por serviços relacionados com o uso de álcool e drogas (O.M.S., 2001: p 65).

Nas instituições brasileiras de internação psiquiátrica, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool têm sido responsáveis por 83% das internações por dependência de substâncias. Os transtornos por uso de outras drogas representam os outros 17%. Apenas de Janeiro a abril de 2004, estas internações, cujo motivo principal é o alcoolismo, geraram despesas de quase 20 milhões de reais ao SUS (BRASIL-M.S., 2004a: p 33).

O custo financeiro real do abuso de álcool ao sistema público é na realidade infinitamente maior. Pode se multiplicar de forma exponencial se forem levados em conta os custos do tratamento das complicações clínicas do uso crônico, as despesas relativas aos pronto-socorros de urgência e emergência, as despesas com os politraumatizados e com o tratamento de suas seqüelas. Também não estão

considerados nesta contabilidade os prejuízos do álcool em relação à previdência e segurança pública, os custos com delegacias, carceragens, aparato policial e sistema judiciário; visto que a violência associada ao abuso de álcool ocupa grande parte dos danos que repercutem nestes setores.

O impacto do alcoolismo no seio familiar é descrito em inúmeras obras da literatura. Edwards, Marshall e Cook (1999) citam problemas experienciados pelos filhos de alcoolistas: ansiedade, depressão, baixa auto-estima, dificuldades de relacionamento, mau desempenho escolar, comportamento anti-social, abuso físico e sexual, ferimentos acidentais, risco de alcoolismo e outros problemas posteriores. Os mesmos autores afirmam que o beber problemático geralmente tem um profundo impacto sobre a família do bebedor.

“A esposa e filhos são as pessoas comumente mais atingidas, mas os pais, irmãos, tios ou avós também podem estar envolvidos de alguma maneira...Um problema com bebida, seja qual for seu grau ou natureza, resulta no que, em síntese, podemos descrever como uma má atmosfera em casa...” (EDWARDS, MARSHAL e COOK, 1999: p 64).

A desestruturação familiar é comum nas famílias de alcoolistas. Os estragos na vida financeira e social e psíquica dos familiares também são patentes. EDWARDS, MARSHAL E COOK (1999: p. 64) descrevem o impacto do alcoolismo na família, e reconhecem que, infelizmente, é muito comum que os filhos de alcoolistas sejam esquecidos pela equipe especializada na atenção aos usuários de álcool.

A etiologia dos transtornos mentais, em geral, ainda precisa ser muito estudada. Na maioria dos casos, temos a influência de multifatores. Aspectos genéticos e ambientais se somam. Aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais se misturam numa intrincada rede de causalidades e fatores desencadeantes de um transtorno mental (EDWARDS, MARSHAL e COOK, 1999).

O alcoolismo é um grande problema. Porém, maior do que este, é o problema do consumo abusivo de álcool. Um indivíduo não precisa ser alcoólatra para tomar um “porre” e, a partir daí, tomar condutas de risco como dirigir alcoolizado, fazer sexo sem proteção, expor-se a atritos, envolver-se em brigas e assumir atitudes agressivas. Um único episódio de intoxicação alcoólica de um

indivíduo pode gerar a morte deste e de várias outras pessoas, como mostram as estatísticas da violência.

Em um episódio recente, relatado na imprensa nacional, um motorista embriagado subiu a calçada e atropelou, de uma só vez, 60 pessoas que estavam numa micareta na cidade de Belém, no Pará (MENDES, Estado de São Paulo, 27/11/2005). Outras notícias podem ser vistas quase todos os dias nas páginas dos jornais. Por este motivo é que os especialistas, hoje, falam em combate ao consumo abusivo de álcool. O alcoolismo é apenas uma das nefastas conseqüências deste problema (BRASIL. M.S., 2004.a).

Parece intrigante a ausência de políticas públicas de combate à ingestão abusiva de álcool. Quais as causas de tanta omissão? União, Estados e Municípios parecem ter compactuado, em todos esses anos, com a indústria de bebida alcoólica e se omitiram diante de sua voracidade em penetrar nos novos nichos de mercado, atingindo novos segmentos sociais antes mais protegidos. Infelizmente entidades governamentais têm permitido que o problema atinja índices alarmantes, e até contribuído para isso, com inúmeros prejuízos sociais (LARANJEIRA, 2005).

5.7 O Álcool, seu Consumo, uso Nocivo, Alcoolismo e seus Danos

- **Álcool e Contextualização do seu Consumo**

“O álcool é uma substância lícita, obtido a partir da fermentação ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas. O álcool está presente em quase todas as culturas e participa plenamente do cotidiano da humanidade. É também a substância que mais causa danos à saúde, causa dependência e possui um quadro de abstinência que pode levar ao óbito, se não tratada.” (ABEAD, s.d.)¹

O uso do álcool é citado na literatura há milênios de anos. A Bíblia, um dos livros mais antigos da humanidade, relata várias situações em que o fenômeno ocorre, especialmente em relação ao vinho. A ingestão desta bebida era aceita socialmente e muitas vezes fazia parte inclusive de rituais religiosos. O primeiro

¹ Definição dada para o álcool pela Associação Brasileira de Álcool e Drogas (ABEAD) e Unidade de Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), publicada em folheto informativo da Prefeitura Municipal de Santos. Material em PDF. Disponível na Internet.

milagre de Jesus Cristo, segundo o Evangelho de São João, foi transformar a água em vinho nas Bodas de Caná da Galiléia (BIBLIA SAGRADA. JOÃO, 2: 1-11).

Por muitos séculos, o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas permaneceu evoluindo. No final do século XVII, seu consumo era visto como um costume social. Naquela época, a embriaguez não era considerada um problema da bebida e sim do bebedor. A bebida era tida quase como um néctar divino. Muitas diferenças no contexto do mundo antigo para o de hoje justificam uma mudança de concepção (NEVES, 2004).

Antigamente, a fabricação de bebidas alcoólicas era artesanal. Este tipo de processo gerava bebidas com menor teor alcoólico e em menor quantidade. Não era possível a fabricação em massa. Também não havia marketing objetivando o aumento do consumo nos moldes em que existe hoje. Naquela época, as cidades e aglomerados eram bem menores, tinham estrutura e organização social mais simples. Havia pouca legislação, mas os mecanismos de controle social e econômico eram suficientes para conter o uso inadequado da bebida (NEVES, 2004).

No início do século XX, logo após a primeira guerra mundial, alguns países, em franco processo de industrialização, percebendo os danos do álcool para a população, decretaram a proibição da sua fabricação, venda e de qualquer distribuição de bebidas alcoólicas. A medida ficou apelidada como Lei Seca. Nos Estados Unidos ela foi estabelecida por emenda constitucional em 1919, entrando em vigor em 1920. O cumprimento desta lei, no entanto, foi bastante burlado pelo contrabando e fabricação clandestina. Lá, a lei foi abolida em 1933 (WIKIPÉDIA, 2006).

O Canadá, a Noruega, a Islândia, a Finlândia e a Rússia também estabeleceram proibições totais em relação às bebidas alcoólicas, no período entre 1920 e 1930. Progressivamente foram substituindo as proibições totais por políticas regulatórias mais suaves (LARANJEIRA, 2004).

Hoje a China é o maior produtor e consumidor de destilados do planeta com 725 milhões de *baijuu* produzidos e comercializados ao ano. A Rússia, em segundo lugar, ostenta um consumo estimado em 350 milhões de litros de *vodka*, por ano. Segundo as mesmas fontes, o Brasil ocupa, com a cachaça, a quarta colocação mundial na ordem dos produtores de destilados, com 200 milhões de litros comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos somente no mercado interno. 195 milhões é a quantidade de garrafas de *whisky* consumida no mundo inteiro. Isto significa que, dividindo o consumo geral de destilados pela quantidade de habitantes, que é muitas vezes inferior à asiática; temos no Brasil, um consumo *per capita* bem superior (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está na categoria dos países de maior padrão de consumo de álcool. Numa comparação mundial, que estabelece quatro padrões de gravidade, o Brasil está na categoria 4, considerada o mais grave nível, que envolve maior mortalidade atribuível ao álcool (OMS, 2003 *apud* MELONI e LARANJEIRA, 2004).

5.8 Categorias Diagnósticas

Nas classificações codificadas internacionalmente que são mais utilizadas no meio científico da saúde, a CID 10 e a DSM IV, temos as categorias diagnósticas do Uso Nocivo de Álcool e dos Portadores da Síndrome de Dependência do álcool. O primeiro delineamento de quatro categorias diagnósticas foi de Vaillant, que fez estudos prospectivos iniciados em adolescentes, por 60 anos (RAMOS E WOITOWITZ, 2004). As quatro primeiras categorias diagnósticas foram: a dos abstêmios, a dos bebedores sem problemas (ditos sociais), a dos bebedores com problemas e a dos alcoolistas. Magno Huss foi o primeiro a definir o alcoolismo como doença. Em 1935, surgem os Alcoólicos Anônimos. Mas foi com Jellinek que o conceito alcoolismo-doença se popularizou. Neste conceito ou a pessoa tem ou não tem a “química do alcoolismo” e, no caso de tê-la, a única saída é a abstinência. O termo alcoolismo foi depois substituído pela expressão: síndrome de dependência do álcool. Nesta concepção, há um conjunto de facetas e determinações a serem

levadas em conta no diagnóstico, de acordo com a CID 10 e o DSM 4 (RAMOS E WOITOWITZ, 2004).

Para Vaillant, *apud* Ramos e Woitowitz (2004), um padrão nocivo de bebidas alcoólicas pode seguir percursos diferentes. Bebedores com problemas podem se manter por anos e décadas sem dependência, como podem retornar para um padrão de ingestão sem problemas. A evolução do beber nocivo para a síndrome de dependência pode demorar de poucos meses até 30 anos. Uma vez instalado o alcoolismo, o retorno para um padrão de ingestão sem problemas constitui uma rara exceção.(RAMOS E WOITOWITZ , 2004)

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 (CID.10-1993), padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Na tabela da página seguinte, temos as codificações para os transtornos devidos ao uso de álcool.

Códigos	Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de Álcool
F-10.0	– Transtornos Mentais e de Comportamento devidos ao uso de Álcool:
F-10.00	– Intoxicação aguda
F-10.01	– Intoxicação aguda não complicada
F-10.02	– Com trauma ou outra lesão corporal
F-10.03	– Com outras complicações médicas
F-10.04	– Com <i>delirium</i>
F-10.05	– Com distorções patológicas
F-10.06	– Com coma
F10.07	– Com convulsões
F10.08	– Intoxicação patológica
F-10.1	– Uso nocivo para a saúde
F-10.1	– Uso nocivo para a saúde
F-10.2	– Síndrome de dependência
F-10.2.20	– Atualmente abstinente
F-10.2.21	– Atualmente abstinente, porém em ambiente protegido.
F-10.2.22	– Atualmente em regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionado (dependência controlada)
F-10.2.23	– Atualmente abstinente, porém recebendo tratamento com drogas aversivas ou bloqueadores
F-10.2.24	– Atualmente usando a substância (dependência ativa)
F-10.2.25	– Uso contínuo
F-10.2.25	– Uso episódico (dipsomania)
F-10.3	– Estado de abstinência
F-10.3.30	– Sem convulsões
F-10.3.31	– Com convulsões
F-10.4	– Estado de abstinência com <i>delirium</i>
F-10.4.40	– Sem convulsões
F-10.4.41	– Com convulsões
F-10.5	– Transtorno psicótico
F-10.5.50	– Esquizofreniforme
F-10.5.51	– Predominantemente delirante
F-10.5.52	– Predominantemente alucinatório
F-10.5.53	– Predominantemente polimórfico
F-10.5.54	– Predominantemente sintomas depressivos
F-10.5.55	– Predominantemente sintomas maníacos
F-10.5.56	– Misto
F-10.6 –	Síndrome amnésica
F-10.7	– Transtorno psicótico residual ou de início tardio
F-10.7.70	– <i>Flash-backs</i>
F-10.7.71	– Transtorno de personalidade ou de comportamento
F-10. 7.72	– Transtorno afetivo residual
F-10. 7.73	– Demência
F-10. 7.74	– Outro comprometimento cognitivo persistente
F-10. 7.75	– Transtorno psicótico de início tardio
F-10. 7.8	– Outros transtornos mentais e de comportamento
F-10. 7.9	– Transtorno mental e de comportamento, não especificado

Fonte: (CID-10.OMS.1993)

A terminologia “Ingestão Abusiva de Álcool” inclui um importante fator que determina os diagnósticos citados em todas as classificações acima descritas. Implica num uso que, pelo seu excesso, ou pela sua forma, gera danos ao indivíduo e à sociedade.

5.9 Danos Físicos do Álcool ao Bebedor

- **Intoxicação aguda**

Os efeitos mais imediatos do álcool são perceptíveis no que o senso comum chama de embriaguez.

O álcool tem características hidrófilas, por isto, quando é absorvido pelo organismo, acumula-se nos tecidos com maior teor de água. Penetra principalmente nos órgãos com maior perfusão como o cérebro, os pulmões e o rim, podendo também atravessar a placenta até a circulação fetal. Nos tecidos que possuem menor fluxo sanguíneo, sua concentração tende a ficar mais baixa (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999; p32).

Grandes doses de álcool produzem captação de oxigênio reduzida no cérebro, aumento da sudorese, redução da temperatura do corpo e depressão respiratória. *“Bebidas com alta concentração alcoólica causam inflamação do revestimento do estômago e produzem gastrite erosiva”* (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p33).

No sistema nervoso central, os efeitos dependem da quantidade e velocidade da ingestão da bebida. Algumas pessoas habituadas a beber conseguem ter alto nível concentração alcoólica no sangue, sem apresentar os sinais da intoxicação. Em geral, com 30 mg% de concentração alcoólica no sangue (CAS), a habilidade de dirigir já é afetada. Com 50-100 mg% ocorrem mudanças de humor e de comportamento. A perda de autocontrole, fala descoordenada e descoordenação motora costumam ocorrer nos níveis de 150-300mg% . Em níveis de 300-500mg%, a maioria dos indivíduos já está gravemente intoxicada, chegando ao estupor e à hipotermia. Com essa quantidade de concentração alcoólica, podem ocorrer hipoglicemia e convulsões. *“Para bebedores não tolerantes, esses níveis estão*

associados a reflexos deprimidos, à depressão respiratória, à hipotensão, à hipotermia e, às vezes, à morte” (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999, p34).

- **Síndrome de Dependência do Alcool**

O álcool possui características estimulantes, euforizantes, de redução da ansiedade, efeitos anestésicos e neuroadaptativos; resultando em possibilidade de desenvolver tolerância (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 35). Tais aspectos podem ocorrer em determinada fase da absorção alcoólica e sob determinadas doses. Esses fatos podem contribuir para um reforço positivo da experiência de beber e para o surgimento da dependência psicológica. Sob a influência da experiência de vida e da cultura do indivíduo, este pode passar a acreditar que só seja possível conseguir tais condições, sob influência etílica.

A dependência física pode surgir através de um mecanismo de neuroadaptação. O organismo se habitua a funcionar sob efeito do álcool e passa a apresentar reações à sua ausência, desenvolvendo sintomas de abstinência, que vão se tornando mais intensos, à medida que o hábito de beber se aprofunda. Curiosamente, mesmo depois de o indivíduo ter conseguido interromper o hábito de beber, tornando-se abstinente por vários anos, um único episódio de ingestão alcoólica, pode reinstalar todo o processo da dependência física, “...*como se houvesse uma ‘memória da dependência’ irreversível estabelecida no cérebro.*” (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p 36 e 37)

A síndrome de dependência, conforme foi descrita originalmente por Edwards e Gross em 1976, apresenta os seguintes elementos-chave: estreitamento do repertório; saliência do beber, maior tolerância ao álcool; síndrome de abstinência; alívio ou evitação dos sintomas da abstinência pelo aumento da ingestão; percepção subjetiva da compulsão para beber e reinstalação, após a abstinência (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p 42).

- **Síndrome de Abstinência do Álcool**

Na síndrome de abstinência, os sintomas inicialmente podem se mostrar leves e intermitentes. *“Na medida em que a dependência aumenta, aumentam a frequência e a gravidade dos sintomas de abstinência”* (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p43). Com o passar do tempo, esses sintomas podem aparecer a qualquer hora do dia ou da noite, bastando para isso, que seu nível alcoólico caia, mesmo que tenha ingerido álcool há poucas horas.

Entre os sintomas destacam-se:

...tremor, náusea, sudorese, sensibilidade ao som (hiperacusia), tinnitus nos ouvidos, coceiras, câibras musculares, alterações no humor, perturbações do sono, alucinações, ataques tipo grande mal e o quadro completamente desenvolvido do delirium tremens (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p43).

O delirium tremens (DT) é um estado confusional breve, mas ocasionalmente com risco de morte, acompanhado de perturbações somáticas. É geralmente consequência de uma abstinência absoluta ou relativa de álcool em usuários gravemente dependentes, com longa história de uso. O início ocorre, após a abstinência do álcool (LARANJEIRA, BARROS e SURJAN, 2005: p76)

Os sintomas prodrômicos do Delirium Tremens incluem insônia, tremores e medo. O início também pode ser precedido por convulsões causadas pela abstinência. A clássica tríade de sintomas inclui obnubilação da consciência, confusão, alucinações e ilusões vividas, que afetam qualquer modalidade sensorial... delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo de sono e de atividade autonômica também estão geralmente presentes (LARANJEIRA, BARROS e SURJAN, 2005: p77)

- **Complicações Clínicas do uso Excessivo ou Crônico do Álcool**

O uso do álcool na gravidez provoca diversos danos à saúde da gestante e do feto. Modifica o curso da gravidez, o desenvolvimento fetal e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. A síndrome alcoólica fetal, se caracteriza por baixo peso ao nascer, hipotonia, incoordenação, irritabilidade, retardo no desenvolvimento, anormalidades craniofaciais e cardiovasculares, retardo mental leve a moderado, hiperatividade e baixo rendimento escolar (LARANJEIRA, BARROS e SURJAN, 2005: p. 72).

Recém-nascidos de mães que consumiram álcool durante a gravidez podem apresentar sintomas leves a severos de abstinência (tremores, tensão muscular, fraqueza, problemas de sono, choro, dificuldade de sugar, etc.) (OSIATYNSKA, 2004: p 42).

Mesmo “bebedores sociais” podem ser submetidos aos riscos de complicações clínicas do álcool, tais como danos cerebrais e cirrose, entre outros (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 115).

O consumo pesado de álcool causa danos físicos por meio de muitos efeitos diretos e indiretos sobre o corpo. O álcool é uma fonte de calorias e, portanto, desloca nutrientes normais, provocando desnutrição, em especial deficiências de folato, de tiamina e de outras vitaminas. A insuficiência pancreática e o metabolismo deficiente do fígado causam má absorção e desnutrição secundária. O álcool e seu metabólito acetaldeído são substâncias tóxicas que tem o potencial de provocar dano tissular....produz uma variedade tóxica de oxigênio ativo que pode causar danos ao fígado (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p115).

Os transtornos gastroenterológicos são absolutamente freqüentes entre os usuários etílicos. O fígado gorduroso, a hepatite alcoólica e a cirrose alcoólica são doenças hepáticas classicamente conhecidas como decorrentes da ingestão excessiva. A pancreatite aguda, a pancreatite crônica, a ulceração péptica, a gastrite e a síndrome de Mallory-Weiss são comuns entre os que fazem uso pesado da bebida (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 118 e119).

Entre os transtornos músculo-esqueléticos associados ao uso do álcool temos a gota, a osteoporose e a miopatia aguda e crônica. A gota e a miopatia geram intenso sofrimento pelo processo doloroso que acarretam (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 119 e 120).

Os transtornos endócrinos mais freqüentes entre os etilistas masculinos são diminuição da libido, impotência, alopecia e ginecomastia. Entre as mulheres ocorrem a amenorréia, anovulação, disfunção da fase lútea, hiperprolactinemia e menopausa precoce (LARANJEIRA, BARROS e SURJAN, 2005: p. 72).

Homens que consomem álcool podem sofrer efeminação (crescimento de glândulas mamárias, atrofia do testículo, anormalidades no crescimento dos pelos, perda da barba, etc.) O álcool também afeta o crescimento da tireóide e das glândulas supra-renais (OSIATYNSKA, 2004: p. 41).

O câncer também pode ser uma das conseqüências do uso pesado da bebida. São comuns os casos de neoplasia na orofaringe, laringe, esôfago e fígado. O risco de câncer no seio em mulheres e o de próstata em homens, aumenta com o uso de altas doses (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 121; OSIATYNSKA, 2004: p. 42).

Doenças cardiovasculares compõem graves danos do uso do álcool. Arritmias podem ocorrer em decorrência da intoxicação aguda (embriaguez) e também da síndrome de abstinência. A hipertensão está associada ao uso excessivo crônico. A doença vascular cerebral (derrame), principalmente a forma hemorrágica, constitui um sério risco aos bebedores pesados. A doença cardíaca coronariana parece estar diminuída entre os bebedores leves (que têm um consumo de 10 a 30 mg por dia), mas aumenta exponencialmente entre os bebedores mais pesados. A miopatia alcoólica (doença muscular cardíaca induzida pelo álcool) é resultado da ação tóxica deste sobre o músculo cardíaco (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 122).

O álcool reduz a imunidade do organismo e predispõe intensamente o etilista às infecções respiratórias. O estilo de vida dos bebedores “de sarjeta” também facilita as infecções. Os bebedores pesados apresentam grande possibilidade de vomitar ou de ficar em estupor, o que aumenta o risco de aspiração dos alimentos, com conseqüentes abscessos no pulmão ou bronquiectasias. São comuns também os casos de câncer de pulmão entre os alcoolistas (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 123)

Entre os transtornos metabólicos, a hipoglicemia é o mais freqüente. Ela pode ser decorrente da intoxicação aguda ou de uma ingestão modesta de álcool por pessoas que estejam mal nutridas ou em jejum. A hipoglicemia é muito mais danosa entre crianças e adolescentes. A cetoacidose alcoólica é mais rara. A hiperlipidemia está associada ao beber pesado e envolve um aumento das gorduras circulantes no organismo predispondo a um risco aumentado de arterosclerose (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p119 e124). *“O consumo exagerado de álcool causa deficiências graves de Vitamina B₁, ácido fólico e vitamina A”* (OSIATYNSKA, 2004: p. 40).

Os efeitos hematológicos danosos do álcool compreendem a anemia, a macrocitose, a deficiência de ferro, a neutropenia e a trombocitopenia. A anemia é muito comum entre os etilistas pesados. Ela *pode ser causada por vários fatores, incluindo má nutrição, perda de sangue crônica, doença hepática, má absorção, infecções crônicas e efeito tóxico direto do álcool sobre a medula óssea*. As hemácias aumentadas (macrocitose) também são muito freqüentes e sua presença, deve chamar atenção dos clínicos para a possibilidade de problemas com o álcool. A deficiência de ferro pode ser decorrente do álcool por vários fatores, inclusive pela deficiência de folato. A redução dos leucócitos (neutropenia) e a diminuição das plaquetas (trombocitopenia) são danos que podem ser reduzidos com a abstinência (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 124 e 125).

Os transtornos neuropsiquiátricos em consequência do álcool são graves e podem ser explicados por diversos mecanismos: Má nutrição, déficit de tiamina, ação neurotóxica do álcool e do seu metabólito principal, o acetaldeído. Distúrbios metabólicos decorrentes da intoxicação aguda ou da abstinência; tais como hipóxia, desequilíbrio eletrolítico, hipoglicemia, convulsões, encefalopatia hepática, hemorragia subaracnóide, derrame hemorrágico e predisposição ao traumatismo craniano estão entre os fatores que explicam esses graves danos do álcool ao cérebro (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 125).

Entre as doenças do sistema nervoso central e periférico, decorrentes do alcoolismo, podemos citar as convulsões, a degeneração cerebelar alcoólica, a ambliopia alcoólica, a síndrome de Wernicke-korsakoff, a encefalopatia por pelagra alcoólica, a demência alcoólica, a mielinose centro-pontina, a doença de Marchiafava-Bignami, a encefalopatia hepática e a neuropatia periférica (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 127 e 128).

Bebedores pesados, ou seja, aqueles que bebem mais de 20 vezes por mês, e indivíduos que usam o álcool inadequadamente também estão sujeitos a doenças de pele. A psoríase, o eczema discóide, as infecções cutâneas superficiais por fungos são comuns. *“A acne e a rosácea também podem ser exarcebadas pelo álcool”* (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 129).

A diminuição da imunidade dos alcoolistas pode se dar como efeito do dano hepático, da má nutrição, ou da própria ação tóxica do álcool. Esta população está mais sujeita a contrair graves infecções como tuberculose, hepatite e HIV (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p130). *“Pode-se dizer que o consumo de álcool afeta, de forma irreversível todas as funções do sistema imunológico”* (OSIATYNSKA, 2004: p. 41).

A possibilidade de envolvimento dos usuários de álcool em acidentes e agressões também é muito maior e pode gerar seqüelas para toda a vida, além de expor ao próprio risco de morte (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 1999: p. 130).

5.10 Álcool, violência e atendimentos em pronto socorro de trauma

Inúmeros estudos associam a ingestão de bebidas alcoólicas ao aumento de casos de agressão, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, acidentes domésticos e violência doméstica. Homicídios, suicídios, afogamentos, intoxicações, queimaduras e quedas são eventos que têm sua frequência aumentada pela intoxicação alcoólica (embriaguez). Esta constatação não é novidade, nem na literatura científica, nem no senso comum. Há centenas de anos, sabe-se que a ingestão excessiva de álcool pode gerar alterações de conduta e aumento de riscos.

O que tem havido de novidade é um aumento vertiginoso da violência nos últimos anos. Entre os anos de 1980 a 2000, o total de causas externas, ou seja, de causas não naturais, provocou a morte de cerca de dois milhões de pessoas no Brasil. Em 82,2% dos casos (1,7 milhões) foram homens. No ano de 2000, as causas externas foram a segunda maior causa de morte no país (14,5% do total de mortes), juntamente com as neoplasias malignas, com 14,9% (MIR, 2005).

Para Luís Mir, pesquisador da violência no Brasil, estamos vivendo em clima de guerra civil. Entre cada 100 mil brasileiros, 27 foram assassinados em 2000 (IBGE, 2004 *apud* Mir, 2005). Para cada morte atribuída a um acidente ou violência, ocorrem, pelo menos, outras 200 lesões não mortais (OMS, 2002 *apud* Mir, 2005). *“As vítimas de trauma, com 20% do total de pacientes internados, podem chegar a consumir 80% do total de recursos da rede pública em alguns Estados do País”* (MIR, 2005).

O custo médico hospitalar com o atendimento às vítimas desta guerra, segundo Luís Mir, é de nove bilhões de reais. 24% das despesas do sistema público de saúde do país é gasto com este tipo de paciente. Para este autor, isso leva a um verdadeiro colapso do sistema público. *“O principal gatilho - e não a causa - da violência no país é o álcool, presente em 75% das colisões e atropelamentos e em 60% dos homicídios. Cerca de 9,8% da população brasileira bebe em demasia”* (MIR, 2005).

Vasconcelos Filho (2002), fez um estudo ecológico em Fortaleza, relacionando homicídios dolosos e espaços geográficos. Analisou o risco de morrer por homicídio nesta capital nordestina, de 1996 a 1999. Detectou que tanto as vítimas quanto os indiciados em sua maioria são homens, são jovens, na década produtiva dos 30 anos, apresentando baixo grau de escolaridade, com ocupações que requerem baixos níveis de escolaridade com provável relação de vizinhança entre vítimas e indiciados. Descreve o quadro como o de uma guerra civil intra-genérica. Verificou que os homicídios estão mais presentes em bairros com maiores desigualdades sociais e econômicas, com grande tensão social, maior deslocamento de pessoas ou migração interna constante e menor quantidade de equipamentos sociais. Este autor encontrou uma média geral de 21 homicídios por 100.000 habitantes, homicídios estes, distribuídos, de forma bastante heterogênea, nos bairros e regiões da cidade. Trabalhou com o índice de ponderação sócio-sanitário (IPSS), como um indicador de qualidade urbana, composto de itens como renda familiar, saneamento básico (água e esgoto), analfabetismo, coleta de lixo, número de escolas, número de unidades de saúde e coeficiente de mortalidade infantil; estabelecendo notas deste indicador para cada bairro. Encontrou grande heterogeneidade entre bairros tanto nas notas do indicador, como nas taxas de homicídios. A variação entre taxas de homicídios por bairros, foi de Zero a 323 homicídios por 100.000 habitantes. Para este autor, Fortaleza apresenta poucos bolsões de violência. Alguns desses bolsões, porém, são grandes focos de homicídios. Encontrou taxas zero tanto em bairros predominantemente pobres, como predominantemente ricos e verificou taxas acima de 50 também nos dois extremos. O alto índice de homicídios em muitos bairros não guardou proporções com o indicador IPSS, criado por este autor. Analisando o trabalho de Vasconcelos Filho foi possível verificar que não foram consideradas em seu indicador, variáveis ligadas

à bebida alcoólica, tais como o número e qualidade de bares, botequins e similares por região ou por habitantes. Talvez por isso, deixou de identificar grandes diferenças e relações proporcionais entre fatores ligados à violência.

Outra pesquisa realizada em Fortaleza com adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação pelo cometimento do crime de homicídio identificou que 90% dos autores dos homicídios estavam sob efeito do álcool no momento da agressão (PEREIRA.2003). A bebida se faz presente nas ocasiões do crime.

A bebida alcoólica tanto pode estar presente nas vítimas, como nos agressores. A vítima, sob influência do álcool, pode provocar o descontrole do outro. O álcool reduz a censura e diminui o autocontrole. A bebida funciona assim como um fator de risco, um agente facilitador de uma conduta imprudente ou inapropriada.

Em reportagem do jornal o Povo, Fátima Guimarães, relata estatísticas apresentadas pelo deputado e delegado Francisco Cavalcante, citando que em Fortaleza ocorrem, em média, 10 a 15 homicídios nos fins de semana e que 70% dos casos, estão relacionados à bebida alcoólica (GUIMARÃES, 8/12/2005).

Estudos levam a crer que muitas pessoas sob efeito do álcool adquirem uma conduta mais provocativa, expondo-se mais a brigas e a ao risco de serem agredidas e mesmo assassinadas (KAHN E ZANETIC, 2005:p 24 e 25). Um estudo integrando dados da Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria de Saúde de São Paulo encontrou um coeficiente médio de homicídios de 57,2 / 100.000 habitantes, sendo que os mais altos foram encontrados entre os homens na faixa de 15 a 29 anos. Entre os dados de 2.844 homicídios ocorridos no segundo semestre do ano de 2001, apenas em 1.492 casos, havia sido feito o exame toxicológico (em 55% das vítimas). E destes casos, cujo exame foi solicitado, o álcool estava presente em 42,5% das vítimas. Neste estudo não foi considerado o nível de teor alcoólico dos agressores (GAWRYSZEWSKI, KAHN e JORGE, 2005).

Estudo realizado de agosto de 1998 a agosto de 1999 no pronto-socorro do Hospital das Clínicas de São Paulo, uma das maiores referências de atenção ao trauma do País, analisou a presença de alcoolemia através de dosagem de sangue em 465 pacientes vítimas de agravos por causas externas. 62,6% destes pertenciam

à faixa etária de até 34 anos. Os tipos de causas externas mais presentes foram os acidentes de transporte (47,2%) e as agressões (25,6%). Detectaram alcoolemia em 28,9% dos casos. Os autores admitem que este dado pode ter sido subavaliado pois 6,8% dos pacientes se recusaram a participar (GAZAL-CARVALHO; CARLINI-COTRIM, SILVA E SAUAIA, 2002). Outra questão que pode indicar que a prevalência de alcoolemia poderia ser muito maior nesse estudo é que este pronto-socorro é referência em todo o Estado de São Paulo e recebe, na maioria das vezes, pacientes já atendidos em outros hospitais que, muitas vezes, já encaminham o paciente após os primeiros cuidados como aplicação de soro para o trajeto da ambulância. Foram incluídos nesse estudo pacientes, cujo trauma aconteceu até 6hs antes do atendimento no Hospital das Clínicas. Há a possibilidade de que, na hora do trauma, esses pacientes estivessem alcoolizados e que, 6hs depois, o álcool não apresentasse mais níveis significativos no sangue, pelo tempo decorrido entre a última ingestão alcoólica e o exame realizado. Dos 134 exames positivos detectados, 84,3% estavam com alcoolemia igual ou maior que 1,0 g/l. Foram encontrados valores de até 3,9 g/l.

A pesquisa de Gazal-Carvalho e outros, já citada, observou que julho (mês de férias e do frio em São Paulo) e fevereiro de 1999, foram os meses com maiores prevalências, 50% e 41,7%, respectivamente. Sábado, foi o dia da semana com maior prevalência (35,1%), seguido por sexta-feira e quarta-feira, com 34,3% e 33,3%, respectivamente. Comparando o período do plantão diurno (07h às 19h) e noturno (19h às 07h), todas as prevalências do período noturno foram maiores.

Ainda descrevendo os resultados da mesma pesquisa, quanto ao tipo de causa externa, houve diferença significativa entre as categorias, sendo que a maior prevalência foi verificada entre as vítimas de agressão (46,2%). Essa variável apresentou diferença significativa mesmo quando ajustada por sexo e faixa etária. A maior prevalência de alcoolemia positiva foi observada na faixa etária de 25 a 44 anos (37,6%). Quanto aos sexos, foi maior a prevalência do sexo masculino (33,9%). A maior proporção dos pacientes atendidos por causas externas era solteira (53,4%). Os solteiros apresentaram alcoolemia positiva de 33%.

Continuando com os dados de Gazal-Carvalho, 51,3% dos pacientes tiveram alta hospitalar, 22,8% foram encaminhados para outros serviços (como é o

caso do serviço de traumatologia), 18,8% foram internados e 7% tiveram desfecho desconhecido (casos de evasão hospitalar, por exemplo) . Considerando os casos em que o desfecho da internação é conhecido, a maior proporção de alcoolemia positiva foi encontrada entre os pacientes que tiveram a internação como desfecho (41,4%), o que mostra uma possível associação entre prevalência de alcoolemia positiva e gravidade do caso.

Outra pesquisa de alcoolemia em pacientes que deram entrada em pronto-socorro foi realizada em Paulínia, distante 126Km de São Paulo. Pacientes eram submetidos ao teste do bafômetro. A equipe de pesquisadores escolheu o período de plantão de 18hs da sexta-feira até 18hs do domingo. A pesquisa realizada em 2003 ainda não foi publicada no meio científico, mas alguns dados parciais foram disponibilizados para reportagem da Folha de São Paulo. No mês de agosto de 2003, os 126 pacientes atendidos no pronto-socorro no final de semana, estavam alcoolizados (100%). Os pacientes apresentaram níveis de alcoolemia, variando entre 0,13% e 0,37%. Acima de 0,06% o Código de Transito já proíbe a pessoa de dirigir (ÁLCOOL..., 2003).

No Ceará, reportagem do Jornal o Povo, por ocasião do referendo sobre o desarmamento em 2005, buscou informação sobre o plantão da emergência do Instituto Dr. José Frota - I.J.F. no dia do pleito eleitoral e constatou dado surpreendente: dos 141 atendimentos feitos no setor de emergência do I.J.F. entre 07 e 18hs, apenas 4 foram vítimas de arma de fogo. Os médicos de plantão dizem por quê:

“Um número muito baixo comparado não só aos domingos, mas a qualquer dia da semana. A avaliação comum aos médicos de plantão: a proibição de bebida alcoólica foi a grande responsável pela queda no numero de atendimentos em geral” (LEI..., 2005)

A reportagem aponta a opinião do chefe do setor de emergências do IJF sobre o fato: *“90% das causas externas – tiro, facada, atropelamento, acidente doméstico, agressão física... têm relação com a bebida alcoólica” (Romel Araújo, em entrevista ao Jornal O Povo em 24/10/05)*

Pesquisa realizada por Santos et al. (2004) no Instituto Dr. José Frota em Fortaleza, com 80 pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas, vítimas de armas de fogo e armas brancas, constatou que 50% destes haviam ingerido álcool, momentos antes da violência. Outros 32,5% haviam ingerido álcool e outras drogas, concomitantemente, antes da agressão. 75% dos entrevistados foram vítimas de violência na rua e 19% deles, nos bares. 53% dos participantes da pesquisa afirmaram que a violência foi em decorrência de discussão banal. 73% dos casos ocorreu nos finais de semana.

Outra pesquisa também realizada, no mesmo Instituto Dr. José Frota, com 183 vítimas de acidentes de motocicleta, constatou que 51,1% destas haviam feito uso de bebida alcoólica, antes do acidente (ANDRADE et al. 2004).

5.11 Consumo de álcool pelos jovens

Vários autores concordam que o álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pelos jovens (PECHANSKY, SZOBOT e SCIVOLETTO, 2004). Para Içami Tiba (2003), o álcool se constitui a iniciação e porta de entrada para o uso de outras drogas por adolescentes. A farta propaganda contribui para a criação de uma expectativa positiva em relação à bebida, para a permissividade por parte dos pais, amigos e adultos em geral e torna vulnerável este adolescente para o mundo fantasioso das outras drogas.

Araújo e Gomes (1998) pesquisaram, num grupo de 188 adolescentes, os padrões de consumo e as expectativas em relação aos efeitos do álcool com estudantes de uma escola pública de Porto Alegre. Concluíram que estas expectativas exercem influências importantes, no início, na manutenção do uso do álcool e nos comportamentos relacionados a este uso. As expectativas desenvolvem-se através de modelos parentais e do grupo de pares, experiências diretas e indiretas com bebidas alcoólicas e exposição à propaganda. As expectativas positivas aumentam a atenção para fatos positivos que serão interpretados como consequência da bebida, fazendo reforçar o conceito e o comportamento de beber ao mesmo tempo em que as mesmas expectativas positivas fazem passar despercebidos os fatos negativos que poderiam ser

associados à bebida, fazendo com que o adolescente ignore as conseqüências ruins do álcool e se mantenha consumindo-o num padrão crescente. Os autores chamam a atenção neste estudo para a tolerância da sociedade com o consumo abusivo, que até chega a instigar o uso de álcool por adolescentes. Afirmam que os adultos têm papel fundamental na formação destas expectativas e sugerem que regras explícitas em relação ao consumo de álcool são mais eficientes na prevenção do alcoolismo.

Boa parte do aumento do consumo de álcool pelos jovens tem sido atribuído à ação de marketing das indústrias de bebidas alcoólicas. A cervejaria AmBev, multinacional do setor, comemora que teve, por exemplo, só em 2005, um aumento de 8,2% no volume de vendas de cervejas no Brasil. Seu vultoso lucro líquido chegou a R\$ 1,546 bilhão neste mesmo ano (ACCA . 2006. Bol. 40).

Estudos da Universidade de Connecticut, nos Estados Unidos, afirmam que jovens expostos a propagandas de bebidas alcoólicas passam a beber cada vez mais. Nesta pesquisa, foram entrevistadas, em dois anos, 1.872 pessoas, com idades entre 15 e 26. A conclusão deste estudo foi de que, para cada anúncio publicitário assimilado por mês, o consumo entre jovens aumenta em 1% (SNYDER et al. 2006).

5.12 Levantamentos epidemiológicos sobre o uso de álcool realizados pelo CEBRID

O Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID), entidade vinculada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), vem realizando sistematicamente grandes levantamentos epidemiológicos sobre o uso de drogas em todo o território brasileiro. O CEBRID tem um levantamento nacional feito em domicílios, outra grande pesquisa multicêntrica com crianças e adolescentes de rua e uma seqüência de cinco consistentes pesquisas envolvendo capitais de diversos Estados da federação sobre o consumo de drogas por estudantes da rede pública.

Em 2004, O CEBRID realizou pela quinta vez, com o patrocínio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), um importante levantamento nacional com estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, envolvendo, desta vez, todas as vinte e sete capitais brasileiras. O estudo foi aplicado em escolas da rede pública de ensino, onde foram sorteadas turmas, a partir da quinta série para aplicação de um questionário fechado com os alunos. A amostra total foi constituída de 48.155 estudantes, sendo que 15.474 pertenciam à região Nordeste e, destes, 1.870 foram alunos pesquisados na cidade de Fortaleza.

O V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, em 27 capitais brasileiras, realizado em 2004, teve como autores (coordenadores): José Carlos F.Galduroz, Ana Regina Notto, Ariltom Martins Fonseca e E. A. Carlini. Esta grande pesquisa multicêntrica investigou o consumo de 16 tipos de drogas, entre estas, o tabaco e o álcool. De todas as drogas, o consumo do álcool é disparadamente o maior em todos os segmentos e o mais freqüente entre a população com menor idade (GALDUROZ et al., 2005).

Esta pesquisa do CEBRID apresenta estatísticas alarmantes sobre o uso de álcool por crianças e adolescentes, constatando o altíssimo consumo. Vejamos a seguir uma síntese comparada das médias do Brasil, do Nordeste e da cidade de Fortaleza para termos um parâmetro da gravidade da situação, a nível local (GALDUROZ et al., 2005).

A seguinte tabela foi extraída a partir de algumas tábuas de resultados do V levantamento domiciliar sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, em 27 capitais brasileiras em 2004, cujos autores foram: José Carlos F.Galduroz, Ana Regina Notto, Ariltom Martins Fonseca e E. A. Carlini. Com base em um estudo detalhado deste levantamento, foi feita uma montagem dos dados existentes sobre todo o Brasil, para compor uma síntese comparativa (GALDUROZ et al., 2005).

TABELA 1 – Síntese comparativa das percentagens de tipo de uso de álcool por estudantes, feita a partir da pesquisa nacional do CEBRID, comparando-se a média dos dados nacional, regional e local, em 2004².

Tipos de dados	Uso na Vida %	Uso no ano %	Uso no mês %	Uso Frequente %	Uso Pesado %
Brasil	65,2	63,3	44,3	11,7	6,7
Região NE	66,0	64,0	44,7	12,5	7,2
Fortaleza	71,4	68,5	46,3	11,9	6,9

Classificação da OMS para tipo de uso:

Uso na Vida: quando uma pessoa fez uso pelo menos uma vez na vida.

Uso no Ano: a pessoa utilizou pelo menos uma vez nos últimos doze meses

Uso no mês: a pessoa utilizou pelo menos uma vez nos últimos trinta dias

Uso freqüente: a pessoa fez uso seis ou mais vezes nos últimos trinta dias

Uso pesado: a pessoa utilizou vinte vezes ou mais nos últimos trinta dias

A tabela 1 mostra que, em geral, a região Nordeste tem uma maior prevalência do uso de álcool do que a média brasileira e que, dentre as 9 capitais do Nordeste estudadas; preocupantemente, Fortaleza encontra-se com percentagem de uso de álcool acima da média Nordestina, para os quesitos de Uso na Vida, Uso no Ano e Uso no Mês.

TABELA 2 – Síntese comparativa das percentagens de uso na vida de álcool por sexo e por idade, pesquisado pelo CEBRID entre os estudantes, comparando-se os dados nacional, regional e local do levantamento feito em 2004³.

Local	Sexo			IDADE (em anos)				%
	Mas	Fem	Não informado	10-12	13-15	16-18	>18	
Brasil	64,5	66,3	60,2	41,2	69,5	80,8	82,1	69,2
Nordeste	65,9	66,4	62,8	39,1	66,5	79,4	83,2	71,3
Fortaleza	71,3	70,8	82,3	52,0	70,6	84,7	87,1	83,6

² Os dados do Brasil foram extraídos da tabela 4, contida na página 25. Os dados do Nordeste foram retirados de outra tabela 4, localizada na página 61. Os resultados de Fortaleza foram aproveitados de uma terceira tabela 4, situada na página 69 do mesmo documento (GALDUROZ et alii, 2005).

³ As Informações do Brasil tiveram como fonte a tabela 3, localizada na página 24 . Os números referentes ao Nordeste foram copiados da tabela 3 , na página 60. Os dados da cidade de Fortaleza foram adquiridos da tabela 3 , situada na página 68 do referido levantamento (GALDUROZ et alii, 2005).

A tabela 2 mostra os preocupantes dados nacionais, revelando que a situação local é pior do que a média regional e nacional principalmente com relação à ingestão precoce da bebida alcoólica, indicando a possibilidade de um prognóstico de agravamento do quadro; caso não sejam tomadas enérgicas medidas, no sentido de reduzir o acesso de crianças e adolescentes ao álcool. A disponibilidade de bebidas alcoólicas para crianças e adolescentes denuncia o descumprimento da legislação brasileira. O fato é uma constatação evidente de que o Estatuto da Criança e do Adolescente está sendo descumprido, em ampla escala (GALDUROZ et al., 2005).

O estudo do CEBRID mostra que existe uma associação entre o uso de drogas e a defasagem escolar. A média de defasagem escolar, na região Nordeste, é de 54,4%. Pesquisas indicam que os usuários mais pesados de drogas já estão fora da escola, e, portanto, não foram alcançados por esta desta pesquisa. Este fato evidencia que a realidade de nossos jovens é mais grave ainda que as percentagens descritas acima (GALDUROZ et al., 2005).

As entrevistas do estudo do CEBRID demonstram ainda que, em geral, o uso de drogas se inicia pelo uso do álcool. Os dados permitem deduzir que, apesar da legislação existente (E.C.A), o acesso das crianças e adolescentes ao álcool, em nosso país e, especialmente na cidade de Fortaleza, é muito fácil (GALDUROZ et al., 2005).

No mesmo documento do V Levantamento Nacional, o CEBRID apresenta uma comparação do *uso na vida de drogas* no Brasil com outros países. Para comparar faixas etárias equivalentes, de acordo com a disponibilidade de pesquisas de outros países, o CEBRID usou dados da faixa etária entre 15 e 16 anos. A comparação do uso na vida de álcool no Brasil foi feita com outros 20 países, que possuem este tipo de estatística, publicadas no ano de 2005. O Brasil, com 75,1% dos estudantes entre 15 e 16 anos, apresenta-se no sétimo lugar, atrás da Dinamarca, Barbados, Uruguai, Chile, Finlândia e Reino Unido. Nossa nação apresenta situação mais grave que os outros 13 países, encontrando-se acima do EUA (com 63,8%), da Holanda, (com 60%) e de Portugal (com 36%), entre outros (GALDUROZ et al., 2005: p. 355).

Outra grande pesquisa realizada pelo CEBRID, sob a coordenação de Ana Regina Noto, foi o Levantamento Nacional sobre o Uso Drogas Psicotrópicas entre crianças e adolescentes de rua, nas 27 capitais brasileiras, em 2003 e publicado em 2004. Antes dele, o CEBRID havia realizado quatro outros levantamentos com crianças e adolescentes na mesma situação, (em 1987, 1989, 1993 e 1997), mas abrangendo menor número de cidades. Este último levantamento foi realizado em parceria com a SENAD (Secretaria Nacional Anti-drogas) e com a CICAD (Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas) (NOTO et al., 2004: p. 7).

A amostra deste levantamento foi composta por 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua, acompanhados por 93 instituições diferentes em 27 capitais brasileiras. Destes, 14,9% possuíam na hora da entrevista, entre 10 e 11 anos; 37,3% tinham entre 12 e 14 anos e 47,6% estavam na faixa etária entre 15 e 18 (NOTO, 2004: p. 29). Dentre os entrevistados em situação de rua, 68,8 % ainda consideravam-se morando com a família e 31,2% admitiam que já não moravam mais com ela. Entre os que declaradamente assumiam não morar mais com a família, 45% afirmaram que o motivo de estarem na situação de rua eram relações familiares ruins (conflitos, agressões); 9,8% atribuíam explicitamente o motivo ao uso de álcool / drogas pelo adulto responsável (NOTO, 2004: p. 30).

Na mesma pesquisa, entre os que afirmaram não morar mais com a família, 36,7% admitiram, em entrevista, atividades diárias de furto ou roubo e 49,5% afirmaram fazer uso diário de drogas ilegais (NOTO, 2004: p. 31).

Ainda reportando ao mesmo levantamento, dos 2807 entrevistados; 43,7% afirmaram existir no ambiente domiciliar discussão, bronca exagerada; 28,5% responderam afirmativamente para a presença de socos, tapas e empurrões no mesmo ambiente. 17,5% disseram haver agressões de fato com objetos. Como a maioria dos entrevistados mora ou morava com a mãe, parece compreensível que as agressões, na maior parte sejam das mães- 25,15%; a autoria atribuída aos pais foi de 15,8% e a autoria atribuída a outros foi de 19,5%. O estado de embriaguez por parte dos autores no ato da violência doméstica foi relatado em 18% dos casos, entre os 2807 entrevistados no Brasil (NOTO, 2004: p. 41).

A cerveja, segundo o mesmo estudo, foi a bebida alcoólica mais consumida com 36,4% entre os 2807 entrevistados. 27% de toda a amostra afirmaram adquirir o produto comprando em padarias, bares ou vendas. 21,6% disseram pedir ou ganhar de alguém. 43,6% de todos os participantes da pesquisa informaram que seu primeiro consumo se deu, antes da situação de rua (NOTO, 2004: p. 49).

Os estudos do CEBRID sobre as crianças e adolescentes em situação de rua permitem inferir que o álcool está intimamente associado ao cotidiano do ambiente doméstico de onde saíram.

Outra grande pesquisa realizada pelo CEBRID foi o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado no último trimestre de 2001 e publicado em 2002. O estudo, coordenado por E.C. Carlini, envolveu 107 cidades com população superior a 200.000 habitantes, incluindo todas as capitais. Foi patrocinado pela SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) e contou com o apoio da Embaixada Americana (CARLINI et al., 2002 : p. 15).

A amostra deste levantamento domiciliar constou de 8.589 residências, escolhidas aleatoriamente, com base nos dados do IBGE de 2000. Para cada um destes domicílios foi sorteado um morador para responder a entrevista marcada previamente pela equipe de pesquisa que utilizou lideranças da comunidade para facilitar as visitas de contato e agendamento (CARLINI et al., 2002: p. 26 e 27).

A pesquisa por domicílios constatou uma prevalência média total de 11,2% dependentes de álcool nas 107 maiores cidades do Brasil. Esta percentagem é bem maior no sexo masculino e nas faixas etárias de 18 a 24 anos; chegando a 23,7% dos rapazes entre 18 e 24 anos e a 20% dos homens com idade entre 25 e 34 (CARLINI et al., 2002, p. 54). Na região Nordeste, a prevalência de dependentes é superior. Entre os nordestinos do sexo masculino com idade entre 25 e 34 anos, a percentagem de dependentes de álcool é 34,8% (CARLINI et al., 2002: p.161).

No mesmo levantamento a percentagem de pessoas que afirmaram ter visto frequentemente alguém bêbado nas vizinhanças, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista foi de 66% (CARLINI et al., 2002, p.174). A prevalência de pessoas que já receberam algum tratamento por causa de álcool e/ou drogas teve uma média de

5,5% do total, atingindo nos homens com faixa etária maior de 35 anos o percentual de 8,9% (CARLINI et al., 2002: p. 182).

Ainda, descrevendo os dados da mesma pesquisa; 7,4% dos homens e 0,7% das mulheres de todas as idades afirmaram já ter tido complicações no trânsito, decorrentes do efeito do álcool ou de alguma droga, nas 22 maiores cidades do Nordeste (CARLINI et al., 2002: p. 183). 3,5% dos homens de todas as idades afirmaram já ter tido complicações no trabalho, decorrentes do efeito do álcool ou de alguma droga, também nas 22 maiores cidades do Nordeste brasileiro (CARLINI et al., 2002, p. 184). 11,7% dos entrevistados do sexo masculino no Nordeste relataram episódios de queda, decorrentes do uso do álcool ou de alguma droga (CARLINI et al., 2002: p. 185).

O I levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID em 2001 expressa um preocupante quadro nacional com relação ao abuso e à dependência do álcool e apresenta estatísticas de numerosos danos vividos pela população, em decorrência do uso das bebidas alcoólicas. Chamam atenção, neste estudo, as estatísticas da região Norte e Nordeste . Elas apresentam índices bem mais graves que o restante do país (CARLINI et al., 2002: p. 319).

Um II Levantamento domiciliar acaba de ser realizado, novamente com o patrocínio da SENAD. Sua publicação ainda não foi disponibilizada para o público, mas seus resultados foram apresentados no Palácio do Planalto dia 24/11/06. A Agência Brasil divulgou nota a respeito do assunto, que foi manchete do *site* eletrônico da Universo On line - UOL - nessa data. Os dados se agravaram de 2001 para 2005. As entrevistas realizadas em 2005 constataram que a média de prevalência de dependentes do álcool subiu de 11,2% para 12,3%, no Brasil (DEPENDÊNCIA... 2006)

6 LEGISLAÇÃO FEDERAL VIGENTE

6.6 Constituição da República Federativa do Brasil (1988)

A mais importante base legal para a elaboração de políticas de saúde, visando à redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, está na Constituição Federal de 1988, na qual se fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) em suas normas gerais.

Segundo a Lei Máxima do nosso país cabe ao Estado estabelecer as Políticas de Saúde. *“Art 196- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos...”* (BRASIL. CONSTITUIÇÃO. Art.196)

O Estado, entendendo-se aqui, o poder público nas suas três esferas (federal, estadual e municipal) tem a função de promover ações e manter serviços de saúde, priorizando atividades preventivas (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, art. 197 e 198).

As ações de prevenção, em alguns casos, podem exigir medidas de regulamentação, fiscalização, controle e execução por parte do Sistema Único de Saúde e, para alcançarem um resultado satisfatório, diversos setores da sociedade precisam ser envolvidos (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, art. 197).

O Estado tem a obrigação de intervir nas relações de produção, comercialização e consumo de produtos que podem representar risco à saúde tais como o cigarro, as armas de fogo e as bebidas alcoólicas a fim de eliminar ou minimizar danos que tais atividades podem acarretar à saúde:

“Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde...
II- Executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica...
VI- Fiscalizar e inspecionar alimentos...bem como bebidas e águas para consumo humano.

VII- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.” (Brasil. Constituição, 1988. Art . 200)

A constituição também assegura que a proteção à Saúde e ao meio ambiente seja o motivo de restrições legais à propaganda do tabaco e das bebidas alcoólicas.

“Art 220, § 3º - Compete à lei Federal:

II- Estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programação de rádio e televisão...bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

§4º - A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas...está sujeita a restrições legais ... e conterà sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes do seu uso.” (Brasil. Constituição. 1988)

- **Códigos de Âmbito Federal**

Outras leis de grande importância e peso jurídico no Brasil tocam na questão da bebida Alcoólica: o Código Penal, através da Lei das Contravenções Penais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Código de Trânsito. São leis importantes, porém não estão sendo devidamente cumpridas no que pertence às bebidas alcoólicas. Falta uma fiscalização sistemática. Na maioria das vezes, os infratores destas leis não sofrem nenhuma penalidade.

“Algumas entidades e órgãos judiciais previstos na legislação ainda não foram criados, bem como muitos órgãos existentes carecem de um mínimo de condições para exercerem as atividades de controle” (GONÇALVES. 2005⁴).

Faz-se necessário uma organização da sociedade e uma articulação institucional para fazer cumprir a legislação vigente.

⁴ Comentário do Juiz da vara de infância e Juventude de Maracanaú, Manuel Clístenes de Façanha e Gonçalves em janeiro de 2005, feito em rascunho diretamente redigido com a finalidade de comentar esta pesquisa.

6.7 Lei das Contravenções Penais (Código Penal – 1941)

A comercialização para menores de 18 anos é proibida desde 1941, pela Lei das Contravenções Penais, cujo capítulo VII, contém em seus artigos 62 e 63:

“VII:DAS CONTRAVENÇÕES RELATIVAS À POLÍCIA DE COSTUMES“

Art. 62. Apresentar-se publicamente em estado de embriaguez, de modo que cause escândalo ou ponha em perigo a segurança própria ou alheia: Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses, ou multa, ... Parágrafo único. Se habitual a embriaguez, o contraventor é internado em casa de custódia e tratamento.

Art. 63. Servir bebidas alcoólicas:

I – a menor de 18 (dezoito) anos;

II – a quem se acha em estado de embriaguez;

III – a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais;

IV – a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de freqüentar lugares onde se consome bebida de tal natureza:

Pena – prisão simples, de dois meses a um ano, ou multa,...

(Brasil. Lei das Contravenções Penais. Dec lei 3.688 de 3/10/1941)

Esta Lei faz parte do Código Penal. Ela estabelece proibições explícitas, prevendo penalidades para quem deixar de cumpri-la. Ela permanece em vigor em nosso país, mas está sendo tão sistematicamente descumprida que muitas pessoas ignoram sua existência.

É o caso, por exemplo, da responsabilidade de quem vende bebida alcoólica para quem já está intoxicado pelo álcool. Promotores de eventos e shows, donos de bares, garçons e muitos cidadãos parecem ignorar que isso é uma contravenção penal. *“Não se tem notícias de alguém que tenha sido punido por esta prática.”* (Laranjeira,2004). Atitudes como a de “empurrar” bebidas, como estratégias de aumentar a comissão de venda dos garçons são comuns e citadas no meio científico (LARANJEIRA R e ROMANO, M, 2004⁵).

Outro aspecto desta Lei que está sendo ignorado é o de apresentar-se publicamente em estado de embriaguez. É comum encontrarmos nas ruas, calçadas ou periferias, pessoas estendidas no chão, com risco de atropelamento,

⁵ Informação baseada em comentários de Ronaldo Laranjeira, representante do Brasil na Organização Mundial de Saúde nas conferências sobre o combate ao uso excessivo de álcool. Também em comentários do mesmo autor, dados em entrevistas à folha de São Paulo, feitos em relatórios mimeografados à FAPESP e em artigos ainda ser publicados pelo autor, cedidos gentilmente à autora através de e-mail datado de 09/11/2005.

insolação, aspiração de vômitos, etc. A população parece que se acostumou a esse tipo de cena...

Grande parte dos bares do Nordeste serve bebidas nas calçadas e está se tornando comum a utilização de praças, ruas e outros logradouros públicos para a venda da bebida. Na maioria das vezes, não há limite para a quantidade vendida ou para o estado do bebedor. Ambulantes servem cachaça ou caipirinha em plena rua indiscriminadamente, sem nenhum controle ou medida de prevenção. Com esse tipo de prática, parece inevitável a prática da contravenção penal prevista no artigo 62: a apresentação em público de pessoas em estado de embriaguez.

A venda de bebidas por ambulantes implica em alguns fatores de sério risco. Geralmente vendem doses de destilados: cachaça, whisky ou caipirinha que possuem alto teor alcoólico e portanto embriagam com mais rapidez. Na maioria das vezes, o fazem em locais públicos: calçadas, ruas, calçamentos, praças ou asfalto. Não oferecem banheiros, nem pias para lavar as mãos, muito menos dispõem de medidas de segurança, como pessoas habilitadas a conter fisicamente os ânimos de quem se exceder em condutas agressivas. As ruas ficam sujas, mal cheirosas e cheias de pessoas intoxicadas transitando pelo espaço público, expondo-se ao risco de atropelamentos, atritos, acidentes e violências; pondo em perigo os transeuntes.

Intoxicação pelo álcool é o termo atualmente utilizado pela comunidade científica para definir o efeito do uso do álcool em uma pessoa, o qual pode abranger diferentes intensidades desde uma leve embriaguez até o coma alcoólico

Outro aspecto das práticas e costumes atualmente presentes que dão margem ao descumprimento da Lei das Contravenções Penais são as “medidas de segurança” adotadas por clubes e locais de festas, eventos ou shows em locais privados. Estes estabelecimentos geralmente vendem bebida indiscriminadamente, sem limites de quantidade por pessoa. Quando seus consumidores encontram-se em estado de embriaguez, continuam vendendo; o que já caracteriza uma contravenção penal. Se o indivíduo, embriagado, começa a fazer desordens dentro do estabelecimento, a equipe de segurança particular, (quando existe !), limita-se a conter os ânimos, apartar as brigas e colocar para fora os “desordeiros”. Pouco

importa o que eles vão fazer lá fora do clube. Muitas vezes, uma desavença, iniciada dentro de um estabelecimento, termina em homicídio, fora de seus muros.

6.8 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reforçou a legislação anterior e estabeleceu pena mais severa que, por sua vez, foi aumentada pela nova redação dada em lei posterior.

“Art. 81 – É proibida a venda à criança ou ao adolescente de: II – bebidas alcoólicas;” (BRASIL, ECA, 1990)

O Estatuto da Criança e do Adolescente, estipula penalidades para quem cometer crimes previstos contra a criança e o adolescente, entre eles a venda de bebidas alcoólicas. As penalidades contra este crime foram aumentadas pela lei federal 10.764, de 12.11.2003:

“Art. 243. Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida:

Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave ([Redação dada pela Lei nº 10.764, de 12.11.2003](#))” (Brasil. ECA, 1990).

Tanto o Código Penal quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente estão sendo descumpridos, contínua e sistematicamente. Não há fiscalização da atuação dos comerciantes, nem das casas de shows ou eventos de massa. Bares e botequins vendem bebida alcoólica indiscriminadamente. Pesquisa realizada na cidade de Paulínia em SP, coordenada por Ronaldo Laranjeira, mapeou 288 locais de venda de bebidas na cidade e revelou que 90,4% dos bares não conferem a idade do adolescente antes de vender a bebida alcoólica. Este dado foi obtido em entrevistas com os próprios responsáveis pelos bares. A mesma pesquisa verificou que um terço dos estabelecimentos era irregular (Collucci, C e Biancarelli, A, 2003). O V Levantamento Nacional entre estudantes do ensino médio e fundamental da rede pública de ensino, realizado pelo CEBRID e patrocinado pela SENAD

(Secretaria Nacional Antidrogas), em todas as capitais brasileiras, revelou que 41,5% de crianças na faixa etária entre 10 e 12 anos, (média do Brasil), já tinham feito uso de álcool e que 6,6% dos estudantes brasileiros entre 10 a 18 anos de idade relataram uso pesado de álcool , ou seja: 20 vezes ou mais por mês (CEBRID, Bol. 54, 2004).

A fundamentação jurídica para a intervenção estatal no disciplinamento da presença de menores em eventos patrocinados por fabricantes de bebidas alcoólicas ou com farta distribuição destas também encontra abrigo no ECA.

“Art. 149. Compete à autoridade judiciária disciplinar, através de portaria, ou autorizar, mediante alvará:

I - a entrada e permanência de criança ou adolescente, desacompanhado dos pais ou responsável, em:

- a) estádio, ginásio e campo desportivo;
- b) bailes ou promoções dançantes;
- c) boate ou congêneres;
- d) casa que explore comercialmente diversões eletrônicas;
- e) estúdios cinematográficos, de teatro, rádio e televisão.

II - a participação de criança e adolescente em:

- a) espetáculos públicos e seus ensaios;
- b) certames de beleza.” (Brasil, ECA, 1990)

Baseado em normas como essas, têm acontecido contendas judiciais relativas à presença de menores em shows patrocinados por cervejarias. A Folha de São Paulo relatou uma briga de liminares judiciais suspendendo e liberando festival de música no Rio de Janeiro patrocinado pela Skol. Fiscais da 1ª vara da infância e juventude verificaram a presença de menores (que estava proibida) no primeiro dia do evento e fizeram advertência aos promotores do festival. No segundo dia, houve reincidência do fato. A partir disso, o juiz Siro Darlan interditou o evento e proibiu a realização de festas no local como penalidade pelo descumprimento da lei. No entendimento do Juiz Siro Darlan *“Fazer propaganda de bebida alcoólica na presença de menores é crime, assim como induzi-los a usar produtos que causem dependência”*. Logo em seguida uma liminar foi conquistada pela cervejaria e o festival foi garantido (JUSTIÇA..., 2004).

Em Maracanaú-CE, uma outra disputa judicial envolveu estabelecimento comercial flagrado reincidentemente com a presença de menores em seu interior ingerindo bebidas alcoólicas. Na ação penal movida, a dona do estabelecimento foi

absolvida por falta de provas, quanto à autoria da venda de bebida. A defesa alegou que os menores já haviam entrado dentro do estabelecimento portando garrafas de bebidas. Logo em seguida, o Ministério Público Estadual ingressou com uma em outra vara da mesma comarca, solicitando a interdição das atividades do estabelecimento. Desta vez, o Juiz Manuel Clístenes F. Gonçalves deferiu a liminar e, no julgamento do mérito da questão, cassou definitivamente o alvará de funcionamento do estabelecimento. Em sua sentença, o juiz considerou que havia provas da ingestão de bebidas por menores dentro do estabelecimento (fotos, laudo de apreensão etc.) e que este fato caracterizaria, no mínimo, a OMISSÃO do estabelecimento em fiscalizar o acesso dos menores às suas atividades e à ingestão de bebidas. Para esse magistrado, a omissão em proteger os direitos do menor dentro do estabelecimento implica negligência e é causa de responsabilização civil punível pela lei. Embasa sua decisão na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente.⁶ (MARACANAÚ. 2006)

“Art. 5º- Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (Brasil. E.C.A.. 1990).

6.9 Código de Trânsito Brasileiro (CTB, 1997)

Para prevenir acidentes de trânsito, foi estabelecido um limite de alcoolemia para dirigir, buscando evitar a associação entre o ato de beber e o de dirigir. A proibição institui testes de alcoolemia, entre outros.

“CAPÍTULO XV DAS INFRAÇÕES

Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica: (Redação dada pela Lei nº. 11.275, de 2006). Infração - gravíssima; Penalidade - multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir; Medida administrativa - retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação. Parágrafo único. A embriaguez também poderá ser apurada na forma do art.277.

⁶ Sentença Judicial do processo 2.003.0009.1630-2 da 4ª Vara da Comarca de Maracanaú- CE, deferida em 10/04/2006.

CAP XVI DAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS

Art. 269. A autoridade de trânsito ou seus agentes, na esfera das competências estabelecidas neste Código e dentro de sua circunscrição, deverá adotar as seguintes medidas administrativas:...IX - realização de teste de dosagem de alcoolemia ou perícia de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica;...§ 1º A ordem, o consentimento, a fiscalização, as medidas administrativas e coercitivas adotadas pelas autoridades de trânsito e seus agentes terão por objetivo prioritário a proteção à vida e à incolumidade física da pessoa.

Art. 276. A concentração de seis decigramas de álcool por litro de sangue comprova que o condutor se acha impedido de dirigir veículo automotor. Parágrafo único. O CONTRAN estipulará os índices equivalentes para os demais testes de alcoolemia.

Art. 277. Todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito, sob suspeita de dirigir sob a influência de álcool será submetido a testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia ou outro exame que, por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo CONTRAN, permitam certificar seu estado ([Redação dada pela Lei nº. 11.275, de 2006](#)).

...
§ 2º No caso de recusa do condutor à realização dos testes, exames e da perícia previstos no caput deste artigo, a infração poderá ser caracterizada mediante a obtenção de outras provas em direito admitidas pelo agente de trânsito acerca dos notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor, resultantes do consumo de álcool ou entorpecentes, apresentados pelo condutor ([Incluído pela Lei nº. 11.275, de 2006](#)).

SEÇÃO II DOS CRIMES EM ESPÉCIE

Art. 302. Praticar homicídio culposo na direção de veículo automotor: Penas - detenção, de dois a quatro anos, e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor. Parágrafo único. No homicídio culposo cometido na direção de veículo automotor, a pena é aumentada de um terço à metade, se o agente: ...V - estiver sob a influência de álcool ou substância tóxica ou entorpecente de efeitos análogos ([Incluído pela Lei nº. 11.275, de 2006](#)).

CAPÍTULO XIX DOS CRIMES DE TRÂNSITO

Art. 306. Conduzir veículo automotor, na via pública, sob a influência de álcool ou substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.”

(Brasil, Código de Trânsito Brasileiro, 1997). Com modificações decorrentes da Lei 11.275, de 7 de Fevereiro de 2006, publicada no D.O.U. de 08/2/2006

Resolução 109 (21/12/99) do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), indica que a homologação de equipamentos, aparelhos ou dispositivos para exames de alcoolemia (etilômetro, etilotestes ou bafômetros) será feita mediante portaria do órgão máximo executivo de trânsito da União. O *site* do CONTRAN informa que em

janeiro de 2000 foram homologados os modelos "al-sensor IV com impressora de etiloteste eletroquímico marca intoximeters Ins" e "Intoxilyzer 400 de etilotestes eletroquímicos, marca CMI", utilizados pela polícia rodoviária federal (CONTRAN, 1999).

A fiscalização da embriaguez no trânsito tem encontrado muitos obstáculos, que vão desde a falta de equipamentos e de pessoal treinado a polêmicas, envolvendo questões judiciais.

Logo que o Código de Trânsito entrou em vigor, determinando que seriam feitos testes de alcoolemia em motoristas suspeitos de embriaguez, surgiu uma polêmica sobre a obrigatoriedade dos cidadãos de se submeterem ou não ao bafômetro. Advogados, como Damásio de Jesus sustentavam a tese de que "*ninguém é obrigado a produzir provas contra si mesmo*". Tal versão se espalhou em conferências no Brasil, inclusive divulgada em *sites* oficiais do DETRAN do Mato Grosso, por exemplo, com afirmativas de que a utilização do bafômetro tinha entraves constitucionais. A versão da inconstitucionalidade da submissão ao bafômetro se tornou conhecida e aceita como verdadeira pelo público em geral e por muitas autoridades e gestores ligados à área do trânsito e de segurança (MICHELLS, sd).

A redação anterior do Código de Trânsito Brasileiro não admitia a recusa ao bafômetro. Estabelecia o limite de 0,6 mg de álcool no sangue para dirigir e determinava que dirigir com limite superior a esse se caracterizava como infração gravíssima de trânsito, punível com multa e apreensão do veículo até a apresentação de motorista habilitado a dirigir. Estabelecia também

“Art. 269. A autoridade de trânsito ou seus **agentes** , na esfera das competências estabelecidas neste Código e dentro de sua circunscrição, deverá adotar as seguintes medidas administrativas:... IX – realização de teste de dosagem de alcoolemia ou perícia de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica;” (redação anterior do Código de Trânsito Brasileiro)

As controvérsias jurídicas alimentadas por opiniões como a de Damásio de Jesus sobre o uso do bafômetro vinham fazendo com que diferentes unidades da federação brasileira adotassem condutas diferentes na fiscalização da embriaguez

no trânsito. Alguns Estados investiram na compra de bafômetros e adotaram uma fiscalização mais sistemática, como foi o caso, por exemplo, do Distrito Federal. Outros Estados, como o Ceará, têm se mantido quase paralisados quanto a esse tipo de fiscalização. O Secretário Adjunto de Segurança Pública do Ceará, coronel Laércio Macambira, argumentou, em novembro de 2005, seguindo o mesmo pensamento, que esse tipo de fiscalização encontrava-se sem o respaldo jurídico pela não obrigatoriedade do motorista em se submeter ao exame. Em sua opinião, *“seria uma desmoralização para a polícia aplicar um procedimento que pode ser descumprido”*⁷.

Diante da recusa, as autoridades policiais do Ceará têm adotado a opção de trazer a pessoa suspeita de embriaguez para ser examinada por peritos do IML, que através de sinais clínicos externos, podem diagnosticar a intoxicação. A ida ao IML ou a um pronto socorro para este fim, bem como as filas de espera nestes órgãos protelam a realização do exame por muitas horas, tempo suficiente para o organismo excretar o excesso de álcool. Após horas de protelação, o exame realizado pode não identificar o excesso de alcoolemia. Os testes de álcool no sopro, no sangue e na urina têm um tempo de detecção limitado. No caso do teste de urina, por exemplo, o tempo de detecção é de 6 horas (CEBRID, Boletim 53/2004).

Para ilustrar a gravidade da questão, registramos um fato divulgado na imprensa local. O jornal O Povo noticiou que um comerciante da cidade de Beberibe (Ce), numa noite de domingo, segundo testemunhas, após a ingestão de muita bebida alcoólica, dirigindo uma camioneta F1000, subiu a calçada e atropelou 5 pessoas, com morte imediata de uma criança. O motorista foi preso, apresentando sinais de embriaguez e foi conduzido para o IML para exame etílico. O acidente aconteceu às 19hs, o exame só foi realizado muitas horas depois e deu negativo. Os policiais voltaram com o acusado (de Fortaleza) , pela madrugada. A população da cidade ficou tão revoltada, que, aglutinando quase mil pessoas, apedrejou a delegacia da cidade, o comércio e a casa dos parentes do motorista (PINTO, 2005).

⁷ Informação passada pelo Secretário Adjunto de Segurança Pública do Ceará, Coronel Laércio Macambira em entrevista particular com a autora em seu gabinete em 30/11/05

Para entender a polêmica e a não utilização sistemática da fiscalização com o bafômetro em muitos Estados brasileiros, inclusive o Ceará, buscamos informações em *sites* oficiais do DETRAN, em outras páginas eletrônicas acessadas através do Google e sobretudo, analisamos o texto constitucional .

Para compreender de onde vem a idéia da inconstitucionalidade e de como ela se difundiu, encontramos a página do DETRAN de Mato Grosso na Internet, que apresenta notícia intitulada “Obrigatoriedade do bafômetro tem entrave constitucional”, assinada por André Michells, assessor do DETRAN, relatando uma importante conferência ocorrida em Curitiba com a presença de várias autoridades, numa quarta-feira 07/04 de ano não informado (só possível 1999 ou 2004). Neste evento, transmitido via satélite para todos os DETRANS do Brasil, Damásio de Jesus afirma, sem ser contestado por nenhuma autoridade presente, o seguinte: “...a resolução 81 do CONTRAN normatiza a obrigatoriedade do teste do bafômetro, mas o artigo 5º da Constituição diz que ninguém é obrigado a fazer prova contra si mesmo” SIC (Damásio de Jesus in MICHELLS, sd).

Para conferir a afirmativa deste advogado, que gerou tanta repercussão e contribuiu até os dias de hoje para a paralisia da fiscalização da embriaguez do trânsito, recorreremos ao texto constitucional.

Em nossa pesquisa revisamos todos os incisos do art. 5º da Constituição. São setenta e oito ao todo. Em nenhum deles, foi encontrada a frase “ninguém será obrigado a produzir provas contra si”. O que foi encontrado de parecido foi o disposto no item II: “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de Lei” e bem mais adiante; o inciso LXIII, tratando sobre os direitos dos presos que diz: “o preso será informado sobre seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado”.

O inciso II do art. 5 da Constituição diz “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer nada senão em virtude da Lei”. E, naquela época, já existia Lei federal determinando o uso de testes de alcoolemia, O Código de Trânsito Brasileiro-CTB é o nome desta Lei. Logo, pode-se dizer e sustentar que o infrator etílico podia, sim, ser obrigado a se submeter aos testes de alcoolemia em virtude do que

determinava o Código de Trânsito Brasileiro. Portanto a leitura do texto da Carta magna já sugere de que a afirmativa de Damásio de Jesus poderia ser plenamente contestada (CESVI BRASIL, 2005).

Nesta análise documental, foi realizada pesquisa de internet através do *site* do “Google” com o texto aspeado “ninguém será obrigado a fazer provas contra si”. Foram encontrados dois artigos referentes à controvérsia do bafômetro, bastante esclarecedores: um de André Luis M. Sampaio no *site* da Jus Navigandi, intitulado “O bafômetro na lei 9.503/97. Código de Trânsito Brasileiro- CTB” e outro artigo cujo autor é Fábio Antinoro, ex-coordenador geral jurídico do DENATRAN e ex-chefe da Assessoria Jurídica do CONTRAN, intitulado “Trânsito: alcoolemia; condução sob efeito do álcool; fiscalização e medidas sócio-educativas”, publicado no *site* da revista Juristas e na página *jus vigibulantibus*. Os dois artigos foram escritos ainda na vigência do texto anterior do código de trânsito, só modificado em fevereiro de 2006.

Nos artigos de Sampaio (2002) e Antinoro (2006), são apresentados os argumentos dos dois lados da controvérsia. Ambos falam do “Pacto de São José da Costa Rica”, realizado na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, da qual o Brasil foi signatário e que foi promulgado em nosso ordenamento pelo decreto legislativo do Senado Número 27, de 1992. Neste decreto, o Congresso Nacional aprova o texto da Convenção de São José, celebrado em 22 de novembro de 1969 (SENADO, 1992). Segundo Antinoro, (2006), no documento da Convenção, na alínea G, do item 2 do artigo 8º está expresso “ninguém será obrigado a fazer provas contra si”. Este princípio não está escrito na constituição e sim, em uma Convenção Internacional sobre Direitos Humanos, referendada pelo Senado através de decreto.

Sampaio, após comparar a posição de diversos estudiosos do assunto, sugere que “em casos aparente conflito de normas constitucionais” estes devam ser harmonizados e compatibilizados pelo intérprete e aplicador da norma. Sampaio opta por defender a constitucionalidade do art. 277 do Código brasileiro de Trânsito, amparando-o no princípio da proporcionalidade. Este indica que “em caso de conflito de normas constitucionais, deve pesar aquele que visa à proteção de bem jurídico de maior valor, maior relevância social” (SAMPAIO, 2002).

Quando Sampaio falou de aparente conflito de normas constitucionais, em 2002, não havia sido aprovada a emenda constitucional 45 de 2004, que determina que convenções internacionais dos quais o Brasil seja signatário, só terão equivalência a emendas constitucionais “*se aprovadas em cada casa congressional em dois turnos, por três quintos dos votos de seus respectivos membros*”. Brasil. Constituição Art 5º , § § 2º e 3º.

A emenda Constitucional 45 de 2004 favoreceu a compreensão de que existe uma hierarquia entre direitos estabelecidos explicitamente na Constituição e outros direitos estabelecidos em convenções internacionais das quais o Brasil seja signatário.

Antinoro, aponta, com muita clareza, que apesar da constituição oferecer o status de emenda constitucional às convenções internacionais das quais o país for signatário, esclarece que a Emenda Constitucional 45, de 2004 define que os tratados e convenções internacionais só terão o *status* de Emenda Constitucional quando forem aprovados em cada casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros (Art. 5, § 3º da constituição). Antinoro (2006) detalha que o Pacto de Costa Rica não atende a estas condições previstas, e portanto teria status de lei ordinária, e não de lei constitucional como insinuam alguns. Para Antinoro, não há conflito de normas constitucionais, porque a convenção de Costa Rica não é recepcionada no Brasil como norma Constitucional e, tendo sido anterior ao Código de Trânsito de Brasileiro, não poderia ter o efeito de “afastar a aplicação de seus dispositivos”. Antinoro sugere que, para afastar de vez a polêmica, o CONTRAN poderia “*solicitar ao Advogado-Geral da União que ingressasse junto ao Supremo com uma Ação Direta de Constitucionalidade*” SIC (Antinoro.2006).

A constituição prevê a possibilidade de que, em caso de dúvidas ou polêmicas sobre a constitucionalidade de alguma lei, algumas autoridades, como o governador de Estado, por exemplo, ou entidades como partidos políticos, a OAB ou Conselho Federal de Medicina, entre outros, entrem com uma Ação Declaratória de /Constitucionalidade, (grifo nosso) junto ao Supremo Tribunal Federal . A decisão do Supremo, em resposta a esta ação, passa a ter efeito vinculante sobre todos os

órgãos do poder judiciário, da administração federal, estadual e municipal (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 103).

Para colaborar com a autora deste trabalho, em 27 de março de 2006 , o Juiz de Direito da Vara de Menores da cidade de Maracanaú, Manuel Clístenes de Façanha e Gonçalves, enviou *e-mail* ao Supremo Tribunal Federal, solicitando informação sobre a existência de alguma súmula esclarecendo a respeito da controvérsia da obrigatoriedade do uso do bafômetro. Recebeu resposta dois dias depois, de que nenhuma súmula havia sobre o assunto e que, até o momento, o Supremo não tinha sido solicitado para isso.

Nesta pesquisa, para aprofundar a análise documental, foram investigados textos do decreto do Senado (1992) que aprovou o Pacto de São José da Costa Rica e o próprio texto da Convenção Americana sobre Direitos Humanos assinada em São José da Costa Rica em 22 de novembro de 1969. Com surpresa, foi constatado que no artigo 8º que trata das Garantias Judiciais não se encontra a frase textualmente como diziam os “*experts*” em Direito. A frase mais próxima, contida no pacto de São José da Costa Rica, está na alínea G, art. 8º que possui uma redação textual diferente: “*Art 8 g) direito de não ser obrigado a depor contra si mesmo, nem a declarar-se culpado;*” (COMISSÃO ... 1969)

A diferença entre os textos “*ninguém será obrigado a fazer provas contra si*” citado por Damásio de Jesus e comentado por Sampaio (1992) e Antinoro (2006) e o texto “*direito de não ser obrigado a depor contra si mesmo nem a declarar-se culpado*” pode fazer toda a diferença em se tratando da submissão a um teste de alcoolemia. Submeter-se a um teste de alcoolemia é diferente de declarar-se culpado ou de depor contra si mesmo.

É impressionante como tantas instituições e autoridades renomadas acreditaram que a obrigatoriedade de submissão ao bafômetro era inconstitucional.... É intrigante como uma falácia tomou conta do discurso e passou tanto tempo sem ser questionada. O Código de Trânsito Brasileiro em sua redação anterior era bem claro. Talvez nem precisasse ser modificado. Bastava ser aplicado com rigor. Infelizmente, nenhuma autoridade impetrou uma Ação Declaratória de Constitucionalidade junto ao Supremo Tribunal para resolver de vez a polêmica.

Pode-se deduzir, a partir desta análise, que o próprio documento do Pacto de São José poderia auxiliar na contestação da idéia dos que acreditam, ou acreditavam, que o cidadão não poderia ser obrigado a se submeter ao teste do bafômetro. Lamentavelmente, muito tempo se perdeu e muitas providências deixaram de ser tomadas em virtude deste importante engano. Muitos acidentes ocorreram e muitas vidas se perderam pela falta de fiscalização.

Com a aprovação da Lei 11.275, publicada no Diário Oficial da União em 08/02/06, foram modificados os art. 165, 277 e 302 do Código de trânsito brasileiro. A polêmica da recusa ao bafômetro ficou descaracterizada. Antes o código não admitia a recusa. Agora, sim.

A partir da modificação, ocorrida em fevereiro de 2006, o Código de Trânsito passou a estabelecer que, em caso de recusa, o agente de trânsito fica autorizado a autuar o indivíduo utilizando outros meios, inclusive com base nos sintomas ou sinais (apresentados pelo motorista) de que se acha sob efeito de influência do álcool. Em caso de recusa, a palavra do agente é tomada como verdadeira, dispensando o uso de testemunhas. Neste caso, a única forma de contestar a palavra do agente de fiscalização do trânsito é se submeter de imediato ao teste do bafômetro e obter, neste, um resultado menor que o limite equivalente a 0,6 decigramas por litro de sangue, estabelecido pelo art. 276 do código, ou o limite 0,3 mg por litro de ar expelido em aparelho de ar alveolar, bafômetro, como estabelece o CONTRAN (ARAUJO, 2006 e SAMPAIO, 2002; BRASIL, DOU 8/02/06).

Segundo Marcelo Araújo (2006), professor de direito de trânsito das faculdades Integradas de Curitiba, o agente só estaria legitimado a fazer a autuação com multa de R\$ 987,00 e quatro a doze meses de suspensão do direito de dirigir, caso haja recusa à submissão ao exame. Isto implica que, necessariamente, o agente deva oferecer o bafômetro ao motorista. E este bafômetro disponível deve estar legitimamente regularizado perante o CONTRAN e aferido pelo INMETRO.

É interessante esclarecer que a ingestão de bebidas alcoólicas pode ser flagrada através de dois tipos de fiscalização e pode levar a dois caminhos processuais diversos. O primeiro, administrativo, de responsabilidade do órgão que

gerencia o trânsito naquela circunscrição. Este órgão está autorizado a autuar a infração, baseado nos artigos 165, 269, 276 e 277 do Código de Trânsito Brasileiro, estabelecendo multa, suspensão do direito de dirigir e apreensão do veículo. O outro caminho é de natureza penal. Neste, o indivíduo poderá ser condenado com base no artigo 302, caso haja homicídio culposo ou no artigo 306 do mesmo Código, pelo simples fato de dirigir expondo outras pessoas a risco potencial. Nestes dois últimos casos, a polícia é o agente responsável pela instauração do inquérito que, uma vez concluído, deverá ser enviado para a Justiça, onde deverá percorrer os trâmites de um processo penal. No caso do artigo 306, a condenação implica “*detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.*” No caso do art. 302, a penalidade do homicídio culposo será aumentada, em caso de direção sob influência de álcool, podendo a detenção chegar a seis anos, além de outras penas aplicáveis (BETTES, 2006; ARAUJO, 2006 e ALMEIDA, s.d).

Em 20 de outubro de 2006, o Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) aprovou resolução detalhando os procedimentos que os agentes de trânsito devem seguir para autuar os motoristas que se encontrarem dirigindo sob influência de álcool. Além das regras já estabelecidas no Código de Trânsito Brasileiro, o agente de trânsito que perceber sinais notórios de embriaguez, deve descrevê-los em formulário padrão próprio, anexo à resolução. No formulário também deve constar a afirmação expressa de que o condutor do veículo se recusou a submeter-se aos testes, exames ou perícia que permitiriam certificar seu estado. (CONTRAN.2006)

A fiscalização rigorosa da embriaguez no trânsito está amplamente amparada pela legislação federal vigente. A questão agora é operacionalizá-la. Reunir os órgãos responsáveis, equipá-los com aparelhagem de medição de alcoolemia, treinar os agentes, divulgar na imprensa, sensibilizar e educar a população. Milhares de acidentes serão assim evitados, centenas de vidas serão salvas e outros milhares serão protegidas das seqüelas físicas e emocionais, decorrentes da irresponsabilidade de alguns (MIR, 2005).

Com um significativo controle do uso de álcool no trânsito, muitos dos gastos do SUS com prontos-socorros de urgência e emergências poderão ser economizados, além de imensa economia no tratamento das seqüelas de

traumatismos. Somente no Estado do Ceará, segundo estimativas do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), os acidentes de trânsito são responsáveis por uma despesa de R\$ 115 milhões por ano, incluído aí, todo o tratamento- da cura à reabilitação. Na capital do Estado, a maioria dos acidentes ocorre nos períodos em que as pessoas saem para se divertir e ingerir bebidas alcoólicas. É o que afirma reportagem do jornal O Povo (ESTADO..., 2006).

Luís Mir, pesquisador da violência urbana, faz uma estimativa dos custos, baseada nos gastos públicos e privados de saúde, somente no ano de 2002 no Brasil:

“...Dos 11 bilhões de reais no custo do atendimento médico-hospitalar com as vítimas da violência: 5,9 bilhões são somente das vítimas do trânsito, segundo o estudo de Júlia Greve feito no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, em conjunto com o IPEA.” (MIR. 2005. pág. 16).

A aquisição de aparelhos de alcoolemia talvez represente um investimento financeiro de altíssimo retorno pela diminuição das despesas do SUS. Um etilômetro, homologado pelo DENATRAN e certificado pelo INMETRO custa um em torno de R\$ 10.000,00; já contendo alguns bocais descartáveis (ABILITYBR, 2006). A possibilidade de retorno financeiro imediato aos órgãos de fiscalização, com aplicação de multas, (cada uma representando uma receita de mais de R\$ 900,00), também pode indicar que compensa ao poder público, sob todos os sentidos, implantar uma fiscalização ampla e sistemática. (ALMEIDA, s.d).

6.10 LEI 9.294 de 1996 – Trata da Restrição de Propaganda

A restrição à propaganda de bebidas alcoólicas está disciplinada pela lei 9.294, de 1996. Porém, a definição de bebidas alcoólicas abrangidas por esta norma atinge apenas aquelas com altíssimo teor alcoólico como a cachaça e o whisky e exclui várias bebidas alcoólicas com menor teor, como a cerveja, por exemplo, que não sofre até hoje nenhuma restrição legal.

“Art. 1º. O uso e a propaganda de produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco, de bebidas alcoólicas, de medicamentos e terapias e de defensivos

agrícolas estão sujeitos às restrições e condições estabelecidas por esta Lei, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta Lei, as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a treze graus "Gay Lussac".
Art. 4º. Somente será permitida a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão entre as vinte e uma e às seis horas.

§ 1º. A propaganda de que trata este artigo não poderá associar o produto ao esporte olímpico ou de competição, ao desempenho saudável de qualquer atividade, à condução de veículo e a imagens ou idéias de maior êxito ou sexualidade das pessoas.

§ 2º. Os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão advertência nos seguintes termos: "Evite o Consumo Excessivo de Álcool".
(Brasil, Lei 9.294, de 15/07/1996)

Essa mesma lei foi mais rigorosa com o cigarro, proibindo seu uso em recintos públicos, estabelecendo penalidades, determinando vários tipos de advertências referentes a danos à saúde e sugerindo que estas advertências variem a cada seis meses de acordo com determinações do Ministério da Saúde. Ela vetou propagandas do cigarro com qualquer associação a bem-estar, a saúde, a êxito ou a esportes, proibiu também atribuições de propriedades calmantes ou relaxantes. Esta norma foi mais tímida em relação às bebidas alcoólicas. Um interessante estudo poderia ser feito, para analisar que fatores fizeram com que as restrições ao cigarro fossem estabelecidas de forma mais rígida e com maior antecedência.

A elaboração e a aprovação de uma lei envolvem uma batalha de forças políticas, às vezes, muito poderosas. Tanto no caso do cigarro quanto das bebidas alcoólicas existe o *lobby* da indústria e também do comércio com seus vultosos lucros e seus argumentos de que geram emprego e impostos.

A luta é contrabalançada pelas entidades da sociedade civil e pelo Ministério da Saúde, apoiados em pesquisas que comprovam os danos à saúde daquele determinado produto. Em meio a esse embate entre fazer aprovar e fazer cumprir leis, surgem argumentos em defesa da liberdade individual, como se o Estado pudesse se omitir e simplesmente permitir que os cidadãos façam suas escolhas. O mesmo tipo de confronto de forças surge em relação às armas de fogo. Recentemente foi aprovado o Estatuto do Desarmamento, Lei Nº 10.826, de 22/12/2003, estabelecendo uma série de restrições ao porte, ao uso e à

comercialização das armas de fogo. Esta lei foi regulamentada em 01/07/2004 (Brasil, 2005). Em outubro de 2005, a população brasileira teve a oportunidade de opinar sobre a proibição do seu comércio, através de um referendo.

Cigarro, armas de fogo e bebidas alcoólicas são produtos com grande penetração na sociedade brasileira, fazendo parte dos hábitos de muitas pessoas, gerando danos para milhares de outros brasileiros. O lobby das três indústrias citadas tem criado muitos obstáculos a proposições de leis encampadas pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos, como as Secretarias de Segurança Pública. Por vezes, a batalha política se faz no campo dos movimentos sociais, por vezes se faz no campo judicial .

A construção de políticas públicas passa pela elaboração, aprovação, fiscalização e cumprimento das leis. Envolve interesses econômicos poderosos, requer mudança de paradigmas, de costumes e de hábitos. Representa uma intervenção do Estado nas liberdades individuais, para proteger outros direitos e liberdades, inclusive o direito à saúde e o direito à vida.

A construção de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas, como também em relação ao cigarro e às armas de fogo, passa por dilemas éticos, contradições sociais e econômicas. A luta pode mobilizar, além da comunidade científica, organizações não governamentais, comunidades religiosas e diversos setores e segmentos sociais.

7 PROPOSTAS RECOMENDADAS X EXPERIÊNCIAS REALIZADAS

- **Diretrizes do Ministério da Saúde**

Em 2003, o Presidente da República do Brasil, por meio do decreto, de 28/05/2003, constituiu um grupo interministerial sob a coordenação do Ministro da Saúde, com o objetivo de propor e revisar as políticas de atenção aos usuários de álcool, bem como a harmonização e o aperfeiçoamento da legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas, no território nacional.

Foi lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde documento delineando “As Diretrizes para uma política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução de Danos à Saúde e ao Bem-estar, causados pelas bebidas alcoólicas” (Brasil.2004.a).

O documento explica que, embora o consumo de bebidas alcoólicas, e de outras drogas lícitas ou ilícitas, faça parte da cultura humana, desde as épocas mais remotas: “... do ponto de vista da saúde pública, o que importa é desenvolver ações intersetoriais que sejam eficazes no sentido de reduzir os danos à saúde causados pelo consumo prejudicial.” (Brasil, 2004,a. p.38)

O documento reconhece que, entre todas as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é aquele que mais danos produz à saúde e ao bem-estar, do ponto de vista da saúde pública.

“...entende-se como uso prejudicial de bebidas alcoólicas o consumo que pode acarretar danos à saúde e ao bem-estar da pessoa e dos ambientes sociais. O uso prejudicial guarda relação diretamente proporcional aos padrões de consumo (quantidade, tipo, qualidade, forma, hábito de uso). Deve ser ressaltado que problemas associados ao uso de álcool podem ocorrer também com o uso eventual ou fortuito” (Brasil, 2004a.: p. 38).

Os danos à saúde e ao bem-estar causados pela ingestão abusiva de bebidas alcoólicas incluem: a) agravos à saúde física; b) agravos à saúde mental; c) problemas no relacionamento familiar, interpessoal e social; d) problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); e) acidentes de trânsito; f) acidentes domésticos e outros acidentes; g) situações de violência doméstica e outras, em que o álcool pode atuar como

desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei (BRASIL, 2004 a: p 38).

“...esta política deve envolver governo e sociedade, em todos os segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, setor produtivo, comércio & serviços, organizações não governamentais etc.” (Brasil, 2004.a p 39).

Os pressupostos éticos da política indicam:

“...todos os consumidores têm o direito de serem informados sobre os efeitos do uso prejudicial do álcool, sobre a possibilidade de modificação de padrões de consumo e a orientações voltadas para o uso responsável, no sentido da responsabilização e autonomia da pessoa” (BRASIL, 2004.a).

“...é obrigação do governo e da sociedade proteger os segmentos mais vulneráveis do consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência, como as crianças e adolescentes. Da mesma forma, é obrigação do governo e da sociedade adotar políticas e medidas discutidas democraticamente, que atenuem e previnam danos do álcool...” (Brasil, 2004.a).

O conceito de bebida alcoólica, para efeitos desta política, é definido no documento do Ministério:

“é toda aquela que contiver 0.5º Gay-Lussac (GL) ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentações e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico significativo (BRASIL.M.S. 2004.a).

Entre outras diretrizes, a comissão interministerial propõe:

I) **O Controle da propaganda** incluindo aqui restrições e controle ao patrocínio de eventos esportivos, visando a proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social, que não correspondem à realidade destes usuários. Visa também a proteger segmentos vulneráveis como crianças e adolescentes (BRASIL. M.S.,2004 a: p. 39).

II) **O Controle da Venda, distribuição e locais de consumo** (BRASIL.M.S.,2004 a: p 39).

III) **Política fiscal**, que desestimule o consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL.M.S., 2004 a: p 39).

Este documento foi elaborado pela Comissão Interministerial e publicado em 2004. No entanto, o próprio governo tem recuado inúmeras vezes, nas oportunidades de pressionar o congresso a votar leis que garantam sua implantação.

- **Consenso Brasileiro de Especialistas**

Há mais de um século, são desenvolvidas experimentações políticas em diversos países no mundo, com diferentes estratégias, visando a proteger a sociedade dos malefícios do álcool. No início do século passado, alguns países do mundo, como EUA, Canadá, Noruega, Islândia, Finlândia e Rússia proibiram a produção e a venda de todas ou de quase todas as bebidas alcoólicas, a partir de 1914. Entre os anos de 1920 e 1930 tais leis foram revogadas e substituídas por políticas regulatórias mais brandas (LARANJEIRA, R e ROMANO, M, 2004).

Nos últimos trinta anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) coordenou um projeto que visava a analisar as experiências políticas públicas em relação ao álcool, produzindo, a partir deste estudo, livros importantes, não publicados em português, que serviram de base para a elaboração de políticas mais recentes relativas ao álcool no mundo inteiro (LARANJEIRA, R e ROMANO, M, 2004).

Em maio de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma Conferência Mundial visando a estabelecer as diretrizes de uma política global contra a ingestão excessiva do álcool. Ronaldo Laranjeira e Marcos Romano (2004) fizeram o resumo de uma reunião na qual vários especialistas, representando diversas organizações médicas e universitárias brasileiras, que formaram um Consenso sobre as principais políticas que deveriam ser implementadas pelos diferentes níveis de governo no Brasil, publicado pela Revista Brasileira de

Psiquiatria em 2004. Esse documento se baseou nas publicações da OMS, e na sólida experiência dos especialistas brasileiros. Citaremos a seguir as estratégias e intervenções propostas neste Consenso, acrescidas de comentários elaborados com base em outras leituras de artigos da Folha de São Paulo e de material ainda não publicado, enviado por Ronaldo Laranjeira, através de *e-mail*. Ronaldo Laranjeira, autor do artigo sobre o consenso de Especialistas e representante do Brasil na Organização Mundial de Saúde para as políticas do Álcool, nos enviou a primeira versão de propostas de intervenção preparadas por um grupo de estudo sobre políticas para o Estado de São Paulo, na gestão atuante no ano de 2005.

Numa tentativa de suprir a atual lacuna de produções científicas em periódicos brasileiros pela novidade do tema, Laranjeira nos remeteu também os resultados preliminares de um grande estudo longitudinal que foi realizado na cidade de Paulínia-SP, cuja coleta de dados se iniciou em 07/08/2002 e se encerrou em 31/12/2004 (na primeira fase de um projeto de intervenção comunitária), em parceria entre a UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo e a Prefeitura de Paulínia, coordenado por Ronaldo Laranjeira e financiado pela FAPESP (ROMANO, e LARANJEIRA, 2005); (LARANJEIRA e outros, 2005).

Na análise dos documentos, foram colocadas em conjunto as estratégias recomendadas pelos especialistas e algumas experiências concretas já desenvolvidas em pontos esparsos do país ou articuladas por organizações não governamentais na tentativa de implantá-las no Brasil. É feito um paralelo entre propostas, experiências já realizadas e a própria luta das entidades que fazem a vanguarda de movimentos para a construção destas políticas. Para facilitar a sistematização das idéias, estas estratégias foram organizadas em quatro grandes categorias.

Em geral, as estratégias propostas podem ser agrupadas em quatro grandes tipos de intervenção : 1) Disponibilidade do Álcool; 2) Informação ao Público e Propaganda; 3) Sanções legais da intoxicação; 4) Sistemas de Tratamento (LARANJEIRA e outros, 2005). Os comentários virão a seguir.

7.1 Disponibilidade do Álcool

A facilidade com que a população tem acesso às bebidas alcoólicas e dela podem fazer uso em grande quantidade é um dos fatores que têm sido considerados como facilitador do crescimento do problema. A redução desta disponibilidade é uma das formas de colocar limites ao abuso de álcool. São vários os caminhos possíveis.

Serão discutidos aqui preço e produção ilegal, os tipos, número, densidade e localização dos pontos de venda, as horas e dias da semana em que a venda pode ser efetuada, a lei seca, a idade mínima para consumir álcool e a responsabilidade de quem vende bebidas alcoólicas.

- **Preço e Produção Ilegal**

A estratégia mais utilizada em todos os países do mundo é a regulação do preço e da taxaço. No consenso dos especialistas, essa é uma estratégia fácil de estabelecer através de lei e também é fácil de fiscalizá-la na prática, além de ser uma medida de baixíssimo custo. O aumento no preço reduz o consumo nocivo e atinge em especial os segmentos mais delicados: os adolescentes, com menor poder aquisitivo; e os bebedores pesados. A OMS classifica como bebedores pesados aqueles que consomem álcool diariamente (LARANJEIRA, 2004; SILVEIRA FILHO, 2005).

Essa é considerada uma das melhores e mais eficientes estratégias para controlar a disponibilidade do álcool. *“É a medida de efeito mais imediato e duradouro, se houver medida consistente ao longo do tempo”* (Laranjeira e outros, 2005). A tributação da bebida alcoólica também se constitui uma importante fonte e de receita para os governos, pode funcionar para compensar os gastos com saúde e para reduzir o custo social da bebida alcoólica. *“Entre 1911 e 1917, nos EUA, um terço de toda a arrecadação provinha da taxaço sobre as bebidas alcoólicas”* (BABOR T.F, CAETANO R., CASSWELL S. *apud* LARANJEIRA, 2004 supl. 1, p. 70).

Ronaldo Laranjeira relata, numa entrevista à Folha de São Paulo que o preço da bebida brasileira gerou espanto na conferência da OMS sobre políticas relacionadas ao álcool. O preço do litro de cachaça, por exemplo, torna esse destilado de altíssimo teor alcoólico extremamente acessível à população. A opinião deste é corroborada por outra autoridade em Saúde. *“Hoje a cachaça no Brasil é mais barata que um litro de leite”*, afirma Jarbas Barbosa, Secretário de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em entrevista ao jornal O Estado de São Paulo publicada em 16/05/2005 (AÇÕES..., 2005).

Um possível efeito colateral da taxaçoão pode implicar risco do crescimento do mercado ilegal de bebidas. Em vários locais do Brasil, inclusive São Paulo, existem fábricas de fundo de quintal, sem qualquer registro ou fiscalização. Esse tipo de prática, numa política de aumento de preços, precisaria ser cuidadosamente monitorado.

Uma forma de implantar esta política a nível municipal, segundo Laranjeira, é criar um sistema de licenças para venda de bebida alcoólica. Esta estrutura de permissões para a comercialização pode implicar o pagamento de taxas por estabelecimentos que vendem a bebida e pode ser diferenciado, de acordo com diferentes critérios: horário e dias de funcionamento, localização, varejo ou atacado, venda para consumo no local ou não (supermercado ou bar), etc. O próprio município poderá, neste caso, fiscalizar o funcionamento e o cumprimento das licenças. A taxa de licença para venda de bebida alcoólica seria uma importante fonte de renda para financiar ações de saúde nos municípios (ROMANO e LARANJEIRA, 2005).

Esta taxa pode ser progressivamente aumentada de acordo com a adesão da população à medida e pode também ser determinada por lei estadual. Pode também se constituir num importante elemento de participação da comunidade e de controle social.

“A criação de um sistema de licenças para a venda de álcool deveria também inovar no sistema de controle e alocação dos recursos. O município ou região criaria um grupo de pessoas representante da comunidade interessada (pais, professores, médicos, assistentes sociais, membros dos

Alcoólicos Anônimos, etc.) para vigiar no dia a dia essas licenças” (LARANJEIRA. 2005. ACCA bol. 32).

- **Tipos, número, densidade e localização dos pontos de venda**

Inúmeros estudos internacionais têm mostrado que quanto maior o número de pontos de venda, maior o consumo, maior a violência e um maior número de problemas relacionados com o álcool (LARANJEIRA e outros, 2005). A proposta do sistema de licenças recomendada pela Organização Mundial de Saúde pode regular a quantidade, os tipos e a localização dos pontos de venda, que só poderiam funcionar com autorização municipal. Isso daria ao município maior controle sobre a comercialização de bebida (ROMANO e LARANJEIRA, 2005).

Um estudo recente realizado pela UNIFESP na região do Jardim Ângela, no Município de São Paulo, concluiu que existe um bar para cada 10 moradias em algumas regiões, o que representa uma das maiores concentrações de pontos de venda de álcool, já registrada na literatura internacional (LARANJEIRA e HINKLY, 2002). A maioria desses pontos de venda não tem licença de funcionamento (LARANJEIRA e outros, 2005).

“... qualquer pessoa pode abrir um bar e vender álcool....A anormalidade chega a ponto de tragédia nas periferias das grandes cidades, onde a falta de opção de lazer transformou os bares nos únicos locais de encontro e socialização da população masculina. Contribuindo em muito para a violência.” (ROMANO e LARANJEIRA,2005)

Levantamento de dados na cidade de Paulínia em São Paulo avaliou que um terço dos bares eram irregulares. Os bares não tinham alvará de funcionamento, nenhuma licença da Vigilância Sanitária. A prefeitura, de imediato, foi notificando esses estabelecimentos e muitos foram fechados (COLLUCI E BIANCARELLI, 2003).

Fiscalizar, estabelecer critérios para permitir seu funcionamento; fechar os estabelecimentos que não preencherem as condições adequadas; definir limites de quantidade, por bairro e por localização, são algumas das soluções recomendadas.

O controle sobre estes estabelecimentos tanto pode reduzir a quantidade destes, quanto regular os critérios em que oferecem bebida. Muitos não têm menor condição de higiene e a maioria não faz qualquer controle sobre a clientela a que estão servindo. Vendem bebida a pessoas que, por lei, seria proibido vender. O monitoramento destas condições pode estabelecer um filtro na distribuição do álcool.

Banheiros, medidas de proteção e segurança, localização e critérios de venda para a clientela são fatores que devem ser levados em conta nestas licenças.

- **Horas e dias da semana, em que a venda pode ser efetuada**

- Lei Seca

No consenso de especialistas, restrições extremas como a proibição total da venda de bebidas alcoólicas podem reduzir o consumo e os problemas a eles relacionados, mas podem também ter efeitos colaterais relacionados aos mercados ilícitos. Por isso, esse documento, baseado na opinião de técnicos e cientistas da área, preconiza restrições parciais associadas a um maior controle na execução da política e no cumprimento da lei (LARANJEIRA, 2004).

Vários municípios no Brasil já implantaram, através de lei municipal, limites ao horário de funcionamento dos bares, proibindo a venda de bebida alcoólica, após as 21, 22 ou 23hs. É o caso de Embu, Mauá, Barueri, Embu-guaçu, Diadema, Osasco, Poá, Juquitiba, Itapevi, Jandira, São Caetano, Ferraz Vasconcelos, São Lourenço da Serra, Vargem Grande Paulista, Itapeçerica e Suzano para citar só algumas das cidades do Estado de São Paulo, que decretaram a lei seca entre os anos de 2002 e 2004 (KAHN, E ZANETIC. 2005). A medida foi tomada para reduzir a violência nesses locais.

As bebidas alcoólicas e as armas de fogo são dois importantes fatores criminológicos, ou seja, potencializadores da violência já presente em determinados contextos. Estudos da Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, realizados com a análise dos dados do boletim de ocorrências de homicídios no Estado, concluíram que a maior parte dos assassinatos acontece nos finais de semana, concentrando 50% do total de casos e que, destes, 41,1%

ocorrem no período noturno, entre 19hs e 01h da madrugada. Grande parte dos homicidas e também das próprias vítimas estava alcoolizada quando o evento ocorreu. Este perfil epidemiológico serviu de base para o estabelecimento de normas para o fechamento de bares no período noturno (KAHN e ZANETIC, 2005).

Kahn e Zannetic (2005) fizeram um estudo para avaliar os efeitos da Lei seca nos 16 municípios de São Paulo, anteriormente citados, através da análise da série temporal de homicídios mensais, antes e depois da intervenção da mesma LEI SECA . Verificaram que, em 12 dos 16 municípios pesquisados, a média mensal diminuiu significativamente. Nos outros quatro municípios, a violência deixou de aumentar no ritmo anterior. Detalhando alguns desses resultados, vejamos:

No município de Embu, cuja data de implantação da Lei Seca é dezembro de 2002, a média mensal de homicídios que antes era de 15.4 diminuiu 6.8 casos por mês. Em Osasco, que implantou a lei na mesma data, a média mensal de assassinatos, que era de 27.1 baixou 6.4 casos por mês. Em Mauá, que implantou a lei em julho de 2002, a média mensal de homicídios era 15.5 e diminuiu 4.5 casos por mês. Kahn e Zannetic ressaltam a dificuldade em analisar os dados por não ter como mensurar o quanto a medida realmente estava sendo cumprida, em sua totalidade, dada a quantidade de pontos de venda não regularizados, que poderiam estar mais uma vez descumprindo a lei. Os autores ressaltam também que em outras cidades, onde não houve a implantação da lei seca e que entraram no estudo como caso-controle, a violência aumentou no mesmo período de forma bastante significativa.

Dualibi e Laranjeira (2004) estão desenvolvendo uma pesquisa para avaliar o impacto da redução de horário de funcionamento dos bares, sobre os homicídios e a violência contra a mulher, na cidade de Diadema (SP). Em seus dados preliminares, constataram que o programa reduziu em seus dois primeiros anos de implantação, uma média de 273 homicídios/ano, com um intervalo de confiança de 95%, variando entre 208-338 assassinatos por ano. Houve uma redução de 46,1% dos casos, com dados estatisticamente expressivos.

Clovis Holanda, em matéria publicada no Jornal O Povo, comenta que o plano de combate à violência realizado pelo município de Diadema fez a cidade

perder o título da cidade mais violenta do Brasil, para se tornar o município campeão na geração de empregos formais. "Com a segurança, muitas indústrias vieram se instalar aqui". É o que afirma Regina Miki, Secretária de Defesa Social da prefeitura de Diadema numa entrevista ao repórter (HOLANDA, 2005).

"Diadema deixou de figurar no topo da lista de cidades violentas. A mortalidade baixou de 108 homicídios por grupo de 100 mil habitantes para menos de 30. A violência doméstica caiu em mais de 30%. Não houve diminuição do número de alcoólatras na cidade, mas sim um controle social dos locais onde grupos de homens ficavam bebendo de forma excessiva. Uma abordagem ambiental das mais eficientes já registradas na literatura médica" (LARANJEIRA. ACCA 19).

Em Pernambuco, o governador Jarbas Vasconcelos instituiu em 11/11/2005, através de decreto, as Regiões Especiais de Defesa Social- REDs. Nestas regiões, delimitadas pela Secretaria de Defesa Social, será aumentado o policiamento e limitado o funcionamento de bares, restaurantes, casas noturnas, churrascarias, ambulantes e similares ao horário de 5:00 às 23:00hs. Na região metropolitana de Recife, já há seis áreas designadas para iniciar a experiência (Pernambuco, 2005). Em janeiro do ano de 2006, a Lei Seca, que já vigorava desde novembro em 40 regiões de Recife, foi estendida a 167 localidades. A decisão foi tomada pela Secretaria de Defesa Social do Estado, baseada nos resultados da medida anterior. No levantamento realizado pela Secretaria pernambucana, o número de homicídios nas áreas onde foi decretada a Lei Seca, no período de 21 de novembro a 21 de dezembro de 2005, caiu 43,48% em relação ao mesmo período do ano anterior (POLÊMICA..., 2006).

Em Teresina (PI), o Secretário de Segurança Pública, determinou o fechamento dos bares, lanchonetes e restaurantes às 2:00hs da madrugada, numa operação apelidada por uns de Toque de Recolher e, por outros, de Boa Noite Teresina. A iniciativa visa a diminuir a violência na cidade. Embora contestada em sua formalidade jurídica pela OAB do Piauí, a medida tem sido reivindicada para outras cidades, também preocupadas com os índices de violência.

No Ceará, o município de Maracanaú está discutindo com a comunidade a possibilidade de implantação da Lei Seca. No âmbito do Estado, projeto de lei estadual, de autoria do Deputado Delegado Cavalcante, também discute a mesma

matéria. Pesquisa preliminar encomendada pelo jornal o Povo e realizada com 601 entrevistados conclui que 50,6% dos fortalezenses são a favor da Lei Seca e que 90% dos entrevistados pelo Ultradata relaciona o consumo de bebida alcoólica com o alto número de acidentes de trânsito e homicídios ocorridos principalmente nos fins de semana (DIAS, 2005). Esta é uma lei que pode ter impactos em diferentes segmentos da sociedade. Envolve o lazer de muitos, o ganha-pão de alguns, o sofrimento de outros tantos. Mexe com os hábitos e costumes da cidade e também com a crença ou descrença de seus habitantes. O cumprimento da lei é tão importante quanto sua aprovação. Para que esta política tenha sucesso é necessário o apoio e a conscientização da população (HOLANDA, 2005; LARANJEIRA, 2005; DUALIBI e LARANJEIRA, 2004).

– **Idade Mínima permitida para consumir Álcool**

Nos EUA, a idade mínima para consumo de bebida alcoólica subiu de 18 para 21 anos. Este fato reduziu os acidentes automobilísticos noturnos ocorridos entre jovens de 11 a 16% (LARANJEIRA, 2004).

No Brasil, a idade mínima permitida para consumo de álcool é 18 anos, (BRASIL. E.C.A. 1990). Falta fiscalização do poder público para que esta lei vigore. Na cidade de Fortaleza, por exemplo, mega-eventos musicais como “Ceará Music”, Fortal (Carnaval fora de época) e outros shows têm a presença maciça de adolescentes e são eventos patrocinados pelas cervejarias. Relatos do dia-a-dia da cidade revelam que a bebida alcoólica é servida aos adolescentes, sem controle.

A realidade presenciada no cotidiano da cidade de Fortaleza também se repete e é confirmada por notícias de outras cidades. No Rio de Janeiro, em show dos Rolling Stones com 1,3 milhão de pessoas, 90% dos atendimentos realizados foram por coma alcoólico. O Coronel Marcos Silva, subcomandante – geral do Corpo de Bombeiros, falou à Folha de São Paulo, sobre o trabalho da corporação, que atendeu 600 pessoas no evento: *“Foi um inferno com “I” maiúsculo... os bombeiros passaram a noite toda carregando gente desmaiada em macas. O pessoal está arreventado. Nunca carreguei tanta maca nas costas”* (SHOW..., 2006).

A cidade de Paulínia, promoveu uma ação preventiva neste sentido, durante o carnaval de 2006, que se realiza no sambódromo local com uma média de 30 mil pessoas. No Programa Paulínia Legal, os comerciantes foram orientados com antecedência e receberam uma camiseta com a frase “*Comércio consciente não vende álcool a criança e adolescente*” (ACCA, 2006. Bol. 42).

Para facilitar o trabalho dos comerciantes e a fiscalização, foram colocadas mediante apresentação do RG, pulseiras intransferíveis para identificar os maiores de 18 anos. Bebida alcoólica só pode ser vendida para quem estava com a pulseira.... Durante o carnaval, cerca 90 agentes do Paulínia legal, trabalharam na orientação e fiscalização, quanto à venda de bebidas alcoólicas (ACCA. 2006. Bol. 42.).

7.2 A Responsabilidade de quem vende Bebidas Alcoólicas

“Vários países têm buscado responsabilizar os problemas imediatos do beber , como violência local, acidentes de trânsito etc. aos vendedores de bebida. Penalidades severas são implementadas aos vendedores que continuam vendendo bebidas, quando o freguês está intoxicado” (Laranjeira, 2005).

Estratégias de treinamento de garçons e donos de bares para servir com responsabilidade têm sido muito estudada no Canadá, EUA, Austrália e Suécia. Esses programas de treinamento tiveram sucesso em inibir práticas como “empurrar bebidas” e em estimular práticas positivas, como oferecer comestíveis ou desacelerar o atendimento, além de evitar a intoxicação de menores. Estes programas de treinamento, aliados à fiscalização pelas autoridades locais, reduzem o consumo pesado e o beber de alto-risco (LARANJEIRA, 2004).

O Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo (COMUDA) resolveu, em 2006, intensificar o combate à venda de bebidas para adolescentes, desenvolvendo visitas a todo comércio situado num raio de 500 metros de escolas. Serão também distribuídos para todos os comerciantes de São Paulo um termo sintetizado com informações das leis e decretos sobre a venda de bebidas a menores de 18 anos. A ação será em conjunto com Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Guarda Civil Metropolitana, Secretaria de

Coordenação de subprefeituras, Instituto São Paulo Contra a Violência, Sindicato dos bares, restaurantes e hotéis, entre outros parceiros. *“Em cada estabelecimento visitado, será afixado cartaz com o texto: “Aqui cumprimos a lei, não vendemos bebida para crianças e adolescentes (menores de 18 anos), destacando o número do disque-denúncia”* (ACCA, 2006. Bol. 43).

Em Itajubá, Minas Gerais, várias entidades formaram, desde 2005, o G.A.I. (Grupo de Ação Integrada) com o objetivo de otimizar as atividades de fiscalização. O grupo organiza visitas a estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas, bares, restaurantes e casas noturnas. As ações se realizam num espírito de apoio mútuo entre os poderes executivo, legislativo, judiciário e sociedade organizada, o que gera maior eficiência. O agendamento é sigiloso. Os locais são definidos meia hora antes da saída, quando todos já estão a postos para o trabalho, garantindo o fator surpresa. Ao final das visitas, o grupo se reúne para fazer anotações em formulário próprio, com padronização dos dados. A cada 3 meses, os relatórios são enviados aos meios de comunicação para informar a população, com a finalidade de sensibilizar e mobilizar a comunidade (ACCA, 2006. Bol. 34).

7.3 Informação ao Público e Propaganda

Estratégias de Educação em Saúde são fundamentais para modificar as práticas e os hábitos da população e se constituem uma importante ação de prevenção. Educação nas escolas, nas universidades, alertando para os perigos do beber excessivo. No entanto, o marketing da indústria de bebida alcoólica, com suas cifras milionárias, tem vencido as parcas estratégias de alertar os jovens para o perigo do álcool e tem alterado os padrões de aceitabilidade do consumo de bebidas.

“É uma batalha de Goliás contra um Davi de mãos atadas. Como se não bastassem a genialidade publicitária e as fortunas para sustentá-la, a sociedade não está conscientizada dos perigos do excesso do álcool” (Dimenstein, 2004).

Romano e Laranjeira (2004) propõem o marketing social, a mobilização das entidades da sociedade civil, da imprensa, para a discussão dos perigos do

álcool, como estratégia para a construção de políticas efetivas contra o consumo abusivo desta droga psicoativa. O objetivo é reduzir a tolerância da sociedade com o beber excessivo e conferir solidez às políticas a serem adotadas.

Laranjeira (2005) também defende que as pessoas sejam informadas dos limites seguros de beber, com informações claras, precisas e científicas sobre os efeitos do álcool e o teor de concentração alcoólica das bebidas. Chama inclusive atenção para novas formas de bebidas alcoólicas que estão surgindo e buscando o mercado dos jovens. Defende, ainda, que todas as bebidas devam ter no seu rótulo os níveis de álcool presentes.

Advertências no rótulo das embalagens sobre os malefícios à saúde que o álcool pode trazer também se constituem uma estratégia de esclarecimento da população, aliás é um direito do consumidor: ser alertado sobre as características e riscos do uso do produto.

Uma grande batalha judicial se está travando no Brasil entre a ABRABE (Associação Brasileira de Bebidas) e a ADOC (Associação de Defesa e Orientação do Consumidor), por conta da cobrança de que a indústria de bebidas coloque no rótulo os riscos do consumo do álcool. O processo judicial começou em 1994. Por decisão recente do Tribunal Regional Federal da 4ª região, toda e qualquer embalagem de bebida terá que trazer no rótulo a frase "*O álcool pode causar dependência e em excesso é prejudicial à saúde.*" Pela decisão deste Tribunal a medida vale para todo o Brasil. Os fabricantes de bebida, através da ABRABE, dizem que vão recorrer à instância superior. A medida só será aplicada, no final do Processo, se também o Superior Tribunal de Justiça (STJ) mantiver a decisão (TORTATO, 2005).

Em Brasília, a lei distrital n 3.514/04 obriga os supermercados, desde 20/04/06, a reservar ambiente separado para a exposição de bebidas alcoólicas e cigarros e a fixar no local o seguinte aviso: "*Atenção! Os produtos desta seção são comprovadamente causadores de dependência química*". Os estabelecimentos que descumprirem a lei estarão sujeitos à multa de R\$ 5.000,00 por dia (MARIZ, 2006).

A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) lançou no início de 2006, consulta pública para uma nova regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas. A proposta é que não fossem autorizadas propagandas com imperativos como “beba”, “Experimente” e “Tome”. Também que fossem proibidas associações do álcool com a prática de esportes, com o sucesso ou a integração social. Principalmente, seriam obrigatórias a fixação de frases associando o consumo do álcool a acidentes e diversas doenças. Até matérias jornalísticas, como, por exemplo, uma reportagem sobre um novo tipo de vinho deveriam apresentar as advertências (ACCA, 2006. Bol. 35). As propostas deste importante órgão federal foram consideradas bem-vindas, porém, tímidas e insuficientes para a resolução efetiva da questão do álcool. O presidente do CREMESP, Isaac Jorge Filho, lamenta que, nesta proposta, o governo tenha deixado de lado a restrição da propaganda na televisão e a equiparação da cerveja às outras bebidas alcoólicas. Proposta já defendida por uma comissão interministerial, em 2004 (ACCA, 2006. id 80)

Alguns fabricantes de bebida, preocupados em defender sua liberdade de propaganda têm realizado campanhas promocionais de “consumo consciente”. Esse processo se tem fortalecido na Europa, onde há vários países com legislação mais restritiva. Como muitos grupos são multinacionais, essa tendência, aos poucos, está chegando ao Brasil.

A Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo (CET), em parceria com a *Johnnie Walker*, tradicional fabricante de *whisky*, realizou esse tipo de campanha, em setembro de 2005. Foram espalhados na cidade faixas com os dizeres “*www.pilotodavez.com.br*” . Esta campanha sugere que nos programas de lazer, sempre exista um, na turma, que não beba e fique encarregado de dirigir. A ACCA combate duramente este tipo de mensagem. Ela entende que passa implicitamente uma sugestão de que todos os outros, desobrigados de dirigir, possam beber sem limites (ACCA, 2005. Bol. 21).

As críticas da ACCA à campanha *piloto da vez* fazem sentido. O fato de estar desobrigado de dirigir não pode significar permissão para excessos. Pedestres embriagados também causam acidentes de trânsito. Agressões e imprudências podem levar à perda de muitas vidas.

- **Redução ou Proibição da Propaganda de bebidas alcoólicas**

A propaganda de bebidas alcoólicas é um dos fatores responsáveis pelo aumento do consumo de bebidas e pelo aumento da aceitação desta prática, tornando-a símbolo para muitos de vigor, socialização, sedução, coragem e tantos outros mitos que o marketing cria com suas campanhas milionárias.

Estudos comparando 17 países com proibição total da propaganda, proibição parcial ou sem qualquer proibição da propaganda de bebidas alcoólicas, capitaneados pela OMS revelam que países que proíbem a propaganda de destilados têm níveis de consumo 16% mais baixos e 10% menos acidentes automobilísticos fatais do que países sem qualquer proibição. Países que proíbem a propaganda de cervejas e vinhos, além dos destilados, têm níveis de consumo 11% menores e 23% menos acidentes automobilísticos fatais do que os que proíbem apenas as propagandas de destilados (LARANJEIRA e ROMANO, 2004).

No Brasil um movimento chamado Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool (ACCA), tendo à frente o CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo) e a UNIAD (Unidade de Estudos de Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP), lançou, em maio de 2004, o Manifesto pela proibição da propaganda de cerveja e outras bebidas alcoólicas. A idéia do manifesto surgiu em junho de 2002, lançada pela Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. O documento foi elaborado após reunião da Organização Mundial de Saúde, realizada em maio de 2002, que discutiu ações globais para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas. O encontro ocorreu em Barcelona (Espanha) e reuniu especialistas em marketing, saúde pública e comunitária de 22 países, inclusive o Brasil. Em julho de 2002, o manifesto já tinha recebido o apoio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Gomes(2002). Através de uma campanha chamada Movimento Propaganda Sem Bebida, as entidades conclamam diferentes movimentos da sociedade civil para o recolhimento de um milhão de assinaturas com o objetivo de pressionar a Câmara de Deputados e o Senado a aprovar um projeto de lei neste sentido, o P.L. 35/2000. Quando foi lançada a campanha na sede do CREMEC em 2004, o manifesto tinha a adesão de 180 entidades; em setembro de 2006, o

movimento já contava com mais de 300 adesões institucionais e mais de 500.000 assinaturas (ACCA. Bol. 33. 13/01/2006). O Movimento disponibiliza na Internet o manifesto, artigos ligados ao tema e diversos links relacionados (Íntegra em anexo).

Em 8 de julho de 2004, o plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou moção de apoio à campanha promovida pela Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool (ACCA). Na ata da 144ª reunião ordinária, este órgão máximo de deliberação e controle social em saúde preconiza:

“a) a necessidade de aprovação de legislação sobre restrição da propaganda de cervejas e outras bebidas alcoólicas nos meios de comunicação e em eventos esportivos, culturais e sociais, semelhantes à legislação atual que limita a propaganda de cigarro” (Conselho Nacional de Saúde. 2004).

A Campanha pela restrição da propaganda de cerveja na TV tem encontrado veemente oposição de diversos setores. Os meios de comunicação social que recebem vultosas verbas de publicidade, além de boicotar qualquer divulgação do movimento na imprensa, têm se articulado com as agências de publicidade e com a indústria alcooleira para impedir a aprovação de qualquer legislação neste sentido.

A restrição da propaganda de cigarros, que significou um enorme avanço na promoção de melhores condições de saúde para a população, representou para a mídia uma significativa perda de receitas publicitárias. Golpeada em seus interesses financeiros, a mídia agora se organiza ferrenhamente para não sofrer novo prejuízo. Nem que isso represente um descompromisso com o direito de informação do leitor e uma nítida ausência de imparcialidade.

Uma demonstração do compromisso da mídia com os interesses financeiros de seus patrocinadores pode ser observada numa reportagem da revista Veja (23/08/00) sobre a aprovação da lei que restringiu a propaganda de cigarros. Em tom de explícito lamento (enquanto a saúde estava comemorando...), a matéria, ao invés de preocupar-se com os interesses do leitor, revela o pesar dos setores de publicidade e da indústria de cigarro:

“Seus executivos reconhecem que, para tentar evitar que a nova legislação passasse, deixaram de fazer um dever de casa básico: lobby pesado. É perfeitamente lícito que as empresas defendam seus interesses junto aos políticos...Para recuperar o terreno perdido o pessoal da fumaça traçou uma estratégia de emergência...” (BUCHALLA E POLES. Rev.VEJA. 23/08/00).

Após essa “derrota”, o setor de publicidade passou a ficar mais atento e, “aprendida a lição”, o lobby da indústria de álcool e da publicidade passou a atuar com todo o empenho possível.

Desde a aprovação da lei que votou a restrição à propaganda de cigarros, 65 projetos de lei foram apresentados na Câmara dos Deputados e 9 no Senado, todos na intenção de realizar algum tipo de controle sobre a propaganda de bebidas. Desses, 74 projetos já apresentados, até hoje, nenhum foi convertido em Lei (MOREIRA JR, 2005: p. 21).

Com todas as evidências científicas dos malefícios do álcool, as propagandas de cerveja no Brasil continuam cada vez mais ousadas. Envolvem atletas e artistas famosos. Insinuem que a cerveja e outras bebidas significam um alegre estilo de vida. Sugestionam o telespectador a experimentar, fazem crer que a cerveja é o caminho para ser da “turma”, ou seja, associam a bebida a sucesso, sedução e inclusão social.

O projeto de Lei apoiado pela ACCA e reforçado pelo Conselho Nacional de Saúde está no Congresso Nacional, desde o ano de 2000. Já foi aprovado na Câmara e está para ser discutido no Senado. O Lobby da indústria tem criado inúmeros obstáculos a sua tramitação. Uma das estratégias usadas para emperrar o processo é apensá-lo a outros, propor emendas e chamar os representantes dos interesses da indústria para convencer os parlamentares da ausência de necessidade de sua aprovação (ACCA. Ed. Extra. 2006).

Um dos argumentos utilizados contra a aprovação do projeto é o discurso de que já existe a auto-regulamentação, coordenada pelo CONAR (Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária), que funciona de acordo com o Código Brasileiro de Auto-regulamentação que passou a vigorar a partir de 1978. Ora, o CONAR é uma entidade não-governamental composta basicamente de

representantes das empresas de comunicação e de publicidade. Justo aqueles setores que mais lucram com a propaganda. Outro fator questionável neste argumento é que o código de auto-regulamentação e as decisões do CONAR não têm força de Lei e não têm o poder de estabelecer rigorosas punições a quem comete excessos. A única punição que o CONAR estabelece diante de uma mensagem publicitária que julgue inadequada, é a sua suspensão. E essa suspensão só é aplicada depois que a tal propaganda é veiculada nos meios de comunicação diversas vezes e, portanto, já tem feito seus estragos (MOREIRA JR, 2005: p. 20).

Para ter-se uma idéia da influência do lobby do álcool nas ações do Parlamento Brasileiro, podemos analisar o que aconteceu em audiência pública da comissão de educação do Senado sobre publicidade de bebida alcoólica. Estiveram presentes na audiência: Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde; Cláudio Jerônimo da Silva (professor da UNIFESP, representante da UNIAD e da ACCA); Edney Narchi, diretor do CONAR, Luís Eduardo Osório, diretor do sindicato das indústrias de cerveja, Gustavo Leme, vice-presidente da associação de TVs por assinatura, Danilo Cavagni, representante do setor de vinicultura, Frederico Nogueira, Vice-presidente da associação brasileira de radiodifusores; e senadores. O resultado desta reunião, depois de muito debate, foi a conclusão de que *“o ideal seria restringir a propaganda em alguns aspectos: horário, modelo, público alvo, merchandising, em vez do banimento total. Porém não se fechou questão quanto a isso”* (ACCA, 2005. Bol. 25).

O boletim 25 da ACCA, datado de 28/10/05 reproduz os termos do jornal do Senado sobre a tal audiência e nada comenta sobre o desequilíbrio de forças, durante o processo de discussão, nem faz qualquer reflexão sobre o resultado final da reunião.

Analisando as representações dos convidados presentes àquela audiência; fica patente a força do lobby do álcool. São cinco representantes dos interesses da manutenção da propaganda como está e apenas duas vozes a argumentar a favor das mudanças. Cinco contra, dois a favor. É estranho também que numa audiência da comissão de educação não tenham estado presentes

representantes de entidades estudantis, de entidades em defesa dos direitos da criança e do adolescente, de sindicatos e associações de professores, de ONGs ligadas à educação. Não estiveram presentes representantes de escolas particulares ou públicas, nem de instituições de assistência social. Por que a ausência desses segmentos, verdadeiramente interessados na educação? Teriam faltado ao convite ou não teriam sido convidados? O lobby da indústria e da publicidade garantiu a presença de seus representantes...

Numa audiência da comissão de educação, o óbvio seria a conclusão pelo banimento total da propaganda de cerveja e de outras bebidas, que nada têm de educativo. Metaforicamente falando, é como se tivessem chamado as raposas para tomar conta do galinheiro. Estrategicamente lamentável. No setor onde, em tese, seria mais fácil aprovar a proibição total da propaganda, a conclusão desta reunião foi, infelizmente inibida.

Para Leite e Toscano (2004), a proposta de controle do álcool também defendida pelo Ministério da Saúde enfrenta resistência, dentro e fora do governo. O Sindicato Nacional de Cerveja (SINDCERV) e a Associação Brasileira de Bebidas (ABraBe) têm feito poderoso lobby contra qualquer restrição aos seus vultosos lucros. Eles conseguem grande influência nos Ministérios da Agricultura e da Fazenda. Na própria comissão interministerial, tiveram participação setores que lucram com a cerveja, como representantes da Associação Brasileira de Rádio e TV e representantes da Associação Brasileira de Jornais, além do CONAR (Conselho de Auto-regulamentação Publicitária). Alguns parlamentares do congresso, notadamente os do partido liberal, como também o vice-presidente da República, têm fortes ligações com o setor da indústria de bebidas alcoólicas. É o que comenta reportagem da Folha de São Paulo (LEITE E TOSCANO, 2004).

Nas eleições de 2006 para o Congresso Nacional, a AmBev, juntamente com a Primo Schincariol, fizeram doações de R\$ 10,6 milhões para campanhas políticas. Ajudaram a eleger, deste modo, 41 parlamentares. Seis governadores de Estado, os quais administrarão São Paulo, Minas Gerais, Sergipe, Alagoas, Amazonas e Distrito Federal também tiveram as cervejarias como suas colaboradoras na campanha eleitoral (BEGUOCI E VALENTE, 2006).

Outros países também têm discutido a publicidade das bebidas alcoólicas e vários deles já estabeleceram restrições.

Nos Estados Unidos, é proibida a propaganda que faz associação com atividades esportivas e é vetada a utilização de atletas famosos, consumindo álcool. Na Austrália, nenhuma propaganda de bebida pode fazer associações com sucesso pessoal, profissional ou sexual, nem desafiar ou provocar as pessoas a experimentarem determinada bebida. Na Suíça, a propaganda de álcool na TV e no rádio é proibida. Em outros meios, só pode ser aceita a propaganda que se ativer exclusivamente às características do produto (composição, processo de produção etc.), sem jamais ser possível representações de estilo de vida como pessoas caminhando na praia, praticando esportes ou confraternizando num bar (MOREIRA JR, 2005: p. 26).

Na Suécia, a publicidade de destilados, vinhos e cervejas com graduação superior a 2,25º GL (graduação alcoólica Gay Lussac) é permitida apenas nos pontos de venda e em revistas para comerciantes. Em Portugal, a propaganda de cervejas é proibida em cinemas, instituições de ensino, eventos culturais ou esportivos e revistas direcionadas para menores; além de ser vetada na TV, no horário entre 19hs e 22:30hs. Na Itália, qualquer publicidade de álcool é proibida na TV e no rádio, no horário entre 16 e 21hs (MOREIRA JR, 2005: p. 25 e 26).

Na França, é vetada a propaganda na TV, nos cinemas, de qualquer bebida cuja graduação alcoólica esteja acima de 1,2º GL. É proibido o patrocínio de eventos culturais e esportivos por empresas de bebidas e, no rádio, não são permitidas peças publicitárias, fazendo alusões a “estilos de vida”. No horário das 17hs à meia-noite, qualquer propaganda de álcool é proibida. Na Áustria, foi banida a publicidade de destilados no rádio e na TV em qualquer horário. Também foi proibida qualquer propaganda que associe álcool com crianças, condução de veículos ou esporte, ou, ainda, que promova o uso excessivo do produto (MOREIRA JR., 2005: p. 24).

Na Grécia, é limitado o número diário de propaganda de bebidas alcoólicas por cada emissora de rádio e TV. Na Irlanda, são proibidos quaisquer

anúncios de destilados no Rádio e na TV. Outras bebidas não podem aparecer antes de programas esportivos e a mesma peça publicitária de bebida não pode aparecer mais de duas vezes por noite, em cada canal. No Reino Unido, nenhuma propaganda de bebida pode insinuar associação com sucesso social ou sexual, com firmeza, agressão ou comportamento anti-social, nem sugerir que o álcool possa ter qualquer efeito terapêutico, muito menos encorajar o abuso (MOREIRA JR, 2005: p. 25).

Os desastrosos efeitos do álcool, já comprovados pela ciência, exigem que seja colocado um forte freio na publicidade dessas bebidas. No entanto, é necessária grande mobilização dos profissionais de saúde, de educação e de segurança pública, além do envolvimento de todos os segmentos sociais interessados na promoção de uma melhor qualidade de vida. Esta luta, infelizmente, não conta com o apoio da imprensa, que está comprometida com os patrocinadores. A campanha precisa ser divulgada boca a boca; de pessoa para pessoa, em seus grupos sociais e em suas redes de comunicação direta. Necessita de uma vigorosa ação de cidadania pela construção de uma nova sociedade.

7.4 Sanções Legais da Intoxicação

Comentaremos sanções sobre beber e dirigir, sobre a responsabilidade do vendedor e sobre a intoxicação pública.

– Beber e Dirigir

Os especialistas recomendam que o Brasil faça cumprir o Código de Trânsito Brasileiro, que estabelece punição para quem dirigir alcoolizado (limite de CAS- Concentração de Álcool no Sangue de 0,06%). O risco de uma pessoa acidentarem-se com CAS de 0,05% é duas vezes maior que o de uma pessoa com CAS igual a zero. E quando a CAS atinge 0,08%, o risco é multiplicado por 10 (LARANJEIRA e ROMANO, 2004).

Para o cumprimento da lei, os especialistas recomendam “a certeza da punição”. Para aumentar esta certeza, recomendam aumentar a frequência e a

visibilidade da fiscalização. A rapidez da punição é mais importante que a sua gravidade. Pesquisas mostram que a punição mais eficaz é a suspensão da carteira de motorista. Uma revisão de 23 estudos sobre checagem aleatória e seletiva revelou um declínio em média de 22% dos acidentes fatais. Estudos mostram também que a checagem aleatória do nível de CAS nas *blitze* é duas vezes mais efetiva do que checagens seletivas e que seus efeitos duram por aproximadamente 10 anos (LARANJEIRA e ROMANO, 2004).

“Existe forte evidência científica, portanto, que checagens aleatórias, bastante visíveis e não seletivas, têm um efeito sustentado e significativo de reduzir acidentes, traumas e mortes associadas ao beber e dirigir” (Laranjeira e Romano, 2004).

Na Espanha, o motorista que se recusar a fazer o teste de alcoolemia é imediatamente preso, como também, se o teste der positivo, será preso. Na Itália, aquele que se recusa a fazer o teste é considerado alcoolizado, recebe uma multa que vai de 258 a 1032 euros. Além disso, pode ser preso por até um mês e recebe uma suspensão da licença de dirigir que vai de 15 dias a 3 meses; se for motorista de ônibus ou caminhão a suspensão é definitiva. Nos Estados Unidos, todos os Estados determinam a suspensão da carteira de motorista por 2 ou 3 meses de quem se recusar a fazer o teste. Alguns Estados americanos obrigam o indivíduo, que um dia foi flagrado alcoolizado, a instalar um equipamento no veículo que bloqueia a ignição e só libera, quando o motorista faz um teste de hálito. No Japão, o índice de álcool no sangue tem de ser Zero; se o motorista for pegado embriagado, perde a carteira e é preso. Os passageiros do veículo também passam por testes do bafômetro e são considerados co-responsáveis por qualquer ocorrência (CESVI BRASIL, 2005).

Nos Estados Unidos, nem os famosos escapam da certeza da punição. Em agosto de 2006, o ator de cinema Mel Gibson foi condenado por ter sido flagrado dirigindo com uma alcoolemia de 0,12%. Segundo reportagem da Folha de São Paulo, a Corte Superior de Malibu determinou uma sentença de três anos de prisão. Os advogados negociaram a pena (direito de sursis- suspensão condicional da pena). Gibson terá assim sua carteira de motorista suspensa por 90 dias e terá que fazer tratamento para o alcoolismo por um ano. Neste tratamento terá de se submeter a um programa do governo de abuso de álcool. O ator se comprometeu

(como condição para suspensão da prisão de 3 anos) a freqüentar as reuniões dos Alcoólicos Anônimos cinco vezes por semana e, ainda, teve de pagar uma segunda multa de US\$1.300. A primeira multa, de US\$5.000, já tinha sido paga na prisão em flagrante (JUSTIÇA..., 2006).

– Responsabilidade do Vendedor

Vários países estabeleceram sanções legais ao vendedor de bebidas alcoólicas, que continua vendendo para consumidores alcoolizados (LARANJEIRA e outros, 2005).

Em Pernambuco, durante Baile *Funk* na zona sul de Recife, dia 14/02/06, quase 70 adolescentes foram encaminhados à gerência de Proteção à Criança e ao Adolescente (GPCA), por estarem consumindo bebidas alcoólicas. A megaoperação foi realizada por uma *blitz* montada pelas polícias civil e militar com 50 policiais. O responsável pelo estabelecimento e a vendedora foram levados à delegacia, presos em flagrante e vão ficar à disposição da justiça (ACCA, 2006. Bol. 39).

– Intoxicação Pública

Uma pessoa intoxicada nas ruas é um risco para si e para os outros. Muitas vezes, essas pessoas vão parar nos prontos-socorros, que são locais inadequados para cuidar dessa situação. Propõe-se que o poder público cuide dessas pessoas não com prisão, mas oferecendo um local adequado onde possam ser cuidadas (LARANJEIRA e outros, 2005).

7.5 Sistema de Tratamento

O Ministério da Saúde tem estabelecido a proposta do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas), como forma de oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de psicoativos. Numa perspectiva de redução de danos, os CAPS ad devem oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial. A portaria 336/GM, de 19/02/2002, determina

a existência deste serviço para municípios com população, a partir de 70.000 habitantes (BRASIL, M.S, 2004.c).

Laranjeira propõe a criação de serviços que denomina UCAD (Unidade Comunitária de Álcool e Drogas). A finalidade deste serviço é essencialmente organizar as ações locais relacionadas com a prevenção e tratamento dos problemas de álcool e drogas. Cada grupo de 100.000 habitantes deveria ter uma UCAD (LARANJEIRA e outros, 2005).

No *site* do movimento propaganda sem bebida, Laranjeira, Marques e Oliveira (ACCA, 2005. Bol. 23) sugerem a criação de centros de tratamento que deveriam atender as seguintes condições:

“a) estar próximos principalmente das áreas mais carentes da cidade; b) oferecer ajuda aos pacientes e suas famílias; c) estar integrado ao setor ‘informal’ (SIC) que já existe na cidade como Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente, Serviços Religiosos,..etc. d) oferecer serviço ambulatorial e de internação quando necessário, podendo criar moradias assistidas para um sistema de desintoxicação de baixo custo.” (LARANJEIRA, MARQUES e OLIVEIRA, 2005)

Laranjeira, no boletim 72 da ACCA (2006), faz duras críticas à política de assistência ao dependente químico, do Ministério da Saúde. O autor denuncia a falta de programas de prevenção de impacto em saúde pública. Afirma não haver uma política de desestímulo ao consumo de álcool pelos jovens. Argumenta que inexistem programas preventivos nas escolas ou de proteção aos adolescentes em situação de risco como, por exemplo, aqueles que abandonaram as escolas. Chama atenção para a ausência de apoio às famílias que tenham alguém com problemas de álcool ou drogas.

“Se na prevenção não temos nada, e é justo dizer que nunca houve nada, na área de tratamento estamos pior do que antes. Dados do próprio SUS, compilados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, mostram que o dinheiro para a saúde mental no geral diminuiu 60% do orçamento da saúde... Restam apenas 40.000 leitos abertos muito mal remunerados e que oferecem uma assistência de péssima qualidade para a população... Foram criados em todo o Brasil 80 CAPS- Álcool e Drogas, todos com profissionais com pouco treinamento, baixo número de atendimentos, e sem programas específicos para lidar com pacientes mais graves (alcoólatras com dano cerebral, comorbidade psiquiátrica, usuários de drogas desorganizados e com baixa aderência, etc.)” (LARANJEIRA , 2006).

Laranjeira mostra que, para milhões de brasileiros a única opção de ajuda tem vindo de organizações não governamentais, tais como Alcoólicos Anônimos e Amor Exigente, entre outros. Exemplifica que o Amor Exigente, mesmo atendendo 80.000 famílias por semana, no Brasil, não tem recebido nenhum incentivo do governo (LARANJEIRA, 2006).

Laranjeira, Marques e Oliveira (2006) propõem também a criação de Centros da Juventude. Seriam lugares onde os adolescentes pudessem ter lazer, participando criativamente de atividades artísticas, culturais e esportivas que funcionassem de forma alternativa ou substitutiva dos ambientes estimuladores do consumo de álcool. Seria uma forma de o poder público incentivar o desenvolvimento de nova cultura de entretenimento.

8 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Serão apresentadas neste capítulo propostas elaboradas a partir desta pesquisa. Estas propostas representam um processo de produção, que aproveita idéias levantadas por outros autores, somando-as com as próprias deduções que a análise de todo o material da pesquisa proporciona. Por uma questão de aplicabilidade, serão apresentadas sugestões direcionadas para execução em âmbito municipal.

8.1 Possibilidades de taxação ou tributação das bebidas alcoólicas no âmbito municipal

O consenso de especialistas brasileiros recomenda esta estratégia como uma das mais efetivas, com menor custo e maior efeito na redução do consumo pela redução da disponibilidade das bebidas alcoólicas.

A experiência mostra o grande risco deste procedimento: ter como efeito colateral o aumento da sonegação e do mercado informal, fazendo sair do controle da administração pública a real quantidade de bebida disponibilizada para a população.

Ronaldo Laranjeira sugere que essa taxação ocorra simultaneamente com o aumento do controle dos pontos de venda. Para isso, indica que seja criado um sistema de licenças para a venda de bebida alcoólica e que a taxação ocorra, partindo desta licença.

A Administração municipal pode estruturar esse sistema de licenças. O controle municipal mais próximo tem maiores chances de efetividade.

A Constituição da República, no capítulo que trata do sistema tributário nacional traz as bases de como devem ser instituídos os tributos.

“Art 145. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes impostos: I Impostos; II: Taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização efetiva ou potencial, de serviços

públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos à sua disposição. III: Contribuição de melhoria, decorrente de obras públicas § 1º - Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte... § 2º - As taxas não poderão ter base de cálculo própria de impostos. " (Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

O poder de fiscalizar caracteriza-se como o "poder de polícia" assim denominado pela Constituição para os entes federativos. A ação da Vigilância Sanitária, por exemplo, está incluída nesta função, que constitui um poder municipal.

Uma taxa vinculada à licença ou alvará de funcionamento para bares, botequins, restaurantes e outras pontos de venda que sirvam bebida alcoólica se justifica. Afinal, o álcool não é um produto qualquer e sua disponibilização para os municípios necessita ser monitorada. É bom lembrar que, para ter validade legal, qualquer taxa ou imposto só pode ser criada por lei, ou seja: no âmbito municipal, deve ter que passar necessariamente pela aprovação da Câmara de Vereadores.

"DAS LIMITAÇÕES DO PODER DE TRIBUTAR Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: I - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça " (Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.)

Outra possibilidade de tributação que também pode ter como contribuintes os proprietários dos pontos de venda é o Imposto sobre Serviços de Qualquer natureza (ISSQN), que também necessita ser instituído por lei da Câmara dos Vereadores. Podem ser incluídos, por exemplo, na tabela de serviços tributados pelo município dois tipos de serviços muito freqüentemente realizados nos pontos de venda : o serviço de divulgação de marcas de bebidas e a atividade de servir produtos alcoólicos.

" DOS IMPOSTOS DOS MUNICÍPIOS Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre: I... II... III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar... § 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do *caput* deste artigo, cabe à lei complementar: I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas." (Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988)

- **Visando a Redução da propaganda No âmbito Municipal**

Primeira possibilidade: que seja tributado o serviço de divulgar marcas de bebidas, quer se dê através de logotipos, de cartazes fixados, de desenhos grafados em mesas, paredes, geladeiras, garrafas de isopor, quer seja através de músicas ou de propagandas explícitas. Esse é um tipo de serviço prestado pelos pontos de venda à indústria do álcool, muitas vezes sem uma contra-partida financeira direta. Na maioria das vezes, o ponto de venda expõe a propaganda de bebida, numa proposta de parceria com o distribuidor, muitas vezes em troca de vantagens.

É comum que a indústria ou seu distribuidor ofereça o empréstimo de geladeiras, mesas, isolantes térmicos, letreiros e outros equipamentos de logística que tornam muito vantajosa para o ponto de venda a relação de fidelidade ou exclusividade. Ao tributar o serviço de “expor propaganda de bebida alcoólica”, o poder público municipal estará desestimulando a colaboração indiscriminada com a propaganda que costuma ser feita nos pontos de venda.

Este tipo de imposto pode ainda interferir significativamente na simbiose econômica das parcerias entre pontos de venda e distribuidores, facilitando um mínimo controle da atividade econômica por parte do município. A base de cálculo deste imposto poderia ser feita através de uma estimativa da visibilidade ou alcance da propaganda pelo número de visitantes que estariam expostos a ela por semana, ou por mês. Sua cobrança poderia ser trimestral, ou bimestral, conforme o ciclo de mudanças da propaganda. A receita deste imposto também poderia ser revestida para as ações de monitoramento da disponibilização da bebida alcoólica e, principalmente, para financiamento das ações educativas e preventivas do município.

- **Visando a redução da disponibilidade do Álcool**

Também pode ser incluída na tabela de serviços tributados pelo ISSQN, a atividade de SERVIR BEBIDAS ALCOÓLICAS. Esta atividade predominantemente feita através dos garçons, deveria ter como contribuinte o proprietário do ponto de venda; e poderia ser caracterizada como a oferta de copos, cadeiras, mesas,

música ou qualquer serviço que vise a oferecer conforto, acolhimento ou entretenimento ao consumidor de bebida alcoólica.

Esse tipo de imposto poderia estabelecer grande diferença de vantagens tributárias a quem se dedica a oferecer sucos e bebidas não alcoólicas de maior valor nutritivo . Esta política de vantagens e desvantagens poderia estimular o surgimento de muitos pontos de venda e de entretenimento com uma nova proposta alimentar e de lazer, facilitando uma progressiva substituição dos produtos ou de suas quantidades proporcionalmente vendidas.

Com o imposto ISSQN sobre o serviço de “SERVIR BEBIDAS ALCOÓLICAS”, o ato de oferecer produtos etílicos passaria progressivamente a implicar maiores compromissos tributários, financeiros, sociais e estruturais para os pontos de venda, o que seria uma política de desestímulo à venda. Possibilitaria um freio no crescimento vertiginoso do consumo de bebidas alcoólicas, o qual vem se dando pela agressividade da ação da indústria no mercado brasileiro.

Os municípios têm a possibilidade legal de instituição do ISS, mas com a perspectiva de aprovação, agora no final de 2006, de um projeto de Lei no Senado para as microempresas, chamado de supersimples, é provável que a cobrança de diversos impostos, inclusive o ISS, sejam aglutinados em um único pagamento. Isto, talvez, dificulte a operacionalização desta modalidade de cobrança, uma vez que a maioria dos pontos de venda se constitui micro e pequenas empresas.

A tributação de impostos costuma ser uma medida pouco simpática à população. Necessita de grande respaldo do administrador e de forte articulação política para sua aprovação. A implantação desta estratégia tributária se pode dar de forma progressiva, priorizando como primeiro passo o mapeamento, a ação educativa e o monitoramento dos pontos de venda. Somente numa segunda etapa, após se ter estabelecido um sistema de visita, de orientação e de fiscalização freqüente é que seria conveniente a introdução das novidades tributárias. Para respeitar essas etapas, a administração municipal arcaria, no início com o financiamento de toda a estrutura de educação e monitoramento dos pontos de venda. Num segundo momento, com a população mais consciente e vendo a prestação do serviço pela prefeitura, seria mais fácil, acatar com melhor receptividade a tributação.

8.2 Estratégias de Intervenção

Aqui, será colocada uma síntese de possibilidades de intervenção dos gestores. Essa compilação de possibilidades também foi produzida como resultado desta pesquisa. Ela contempla as recomendações do consenso de especialistas, experiências observadas em diversos municípios brasileiros, a opinião de autores conceituados no assunto e as deduções que a análise dos dados propiciou.

Por questões de aplicabilidade, uma vez que a maioria das ações de saúde são municipalizadas, esta síntese foca sua luz nas ações aplicáveis no âmbito municipal.

- **Conscientização da População de que o Álcool não é um Produto Qualquer**

Formação de comissões intersetoriais para coordenação, planejamento, articulação e execução de práticas preventivas contra uso excessivo de álcool e o alcoolismo.

Distribuição de material educativo, de material didático e científico sobre danos do álcool.

Realização sistemática de palestras, seminários e oficinas com lideranças da comunidade, autoridades (executivo, legislativo e judiciário presentes no âmbito municipal), organizações não governamentais, e demais interessados.

- **Redução e Controle da Disponibilidade do Álcool**

Mapeamento e identificação dos pontos, das condições de venda, das quantidades vendidas e do impacto social e cultural do negócio. Mapear e registrar também ambulantes e eventos festivos de massa, com caráter lucrativo.

Registro e controle antecipado dos eventos festivos, que possam aglutinar grande número de pessoas e onde seja vendida bebida alcoólica. Organização das instituições para fiscalização da venda nesses eventos a menores, a pessoas já bastante alcoolizadas e monitorização do trânsito, nas cercanias da festa com

utilização de bafômetros para desestimular a aliança entre consumo excessivo e condução de veículos. O registro e o controle antecipado pode se dar mediante licença de funcionamento para eventos, com base em determinado número de pessoas (1000... 2000...etc.). Taxa para essa licença também pode ser instituída, de forma a financiar a estrutura de monitoramento.

Elaboração de uma política de incentivo local à substituição parcial ou progressiva da venda de bebidas alcoólicas pela venda de sucos de frutas regionais e bebidas não alcoólicas com maior qualidade nutricional tais como bebidas lácteas etc. .

Estabelecimento de classificações diferentes para bares, pontos de venda e eventos festivos, de acordo com a proporcionalidade de quantitativos de bebida alcoólica vendida em relação à venda de outros produtos e ofertas de serviços mais saudáveis. Podem ser estabelecidos impostos, taxas e licenças de funcionamento bem diferenciadas; desestimulando o foco ou prioridade do negócio na venda de produtos alcoólicos.

Articulação com o poder legislativo municipal visando a decretação de lei instituindo a cobrança de ISS e taxas para licença de funcionamento com alíquotas diferenciadas para cada tipo de evento ou ponto de venda. A renda arrecadada com tais impostos e taxas pode ser revertida para tratamento de dependentes químicos, para a manutenção da estrutura de fiscalização desta política e para a promoção de atividades educativas, artísticas, esportivas ou profissionalizantes.

Elaboração de política de incentivo a atividades de lazer e entretenimento, que possam substituir a ingestão alcoólica, através das artes, esportes; tais como dança, gincanas, concursos musicais, concursos culinários, feiras de ciências etc. Podem ser criados Centros Juvenis financiados pelo poder público e destinados a atividades de esportes, lazer, cultura e entretenimento onde se estimule a prática da abstinência alcoólica.

Oferecimento de vantagens fiscais, financeiras e logísticas para negociantes e produtores do ramo de entretenimento, cultura, esportes e lazer que promovam atividades substitutivas da ingestão de bebidas alcoólica.

Discussão com a comunidade sobre critérios e limites para a venda de bebidas alcoólicas. A redução da disponibilidade pode ser colocada como regra para horários, locais, dias da semana, número de pontos de venda por bairro e condições dos pontos de venda. O controle desta normatização pode dar-se através de ação educativa sistemática junto aos responsáveis pelos pontos de venda e também com a regulação criteriosa de licença para venda (alvará de funcionamento) e intensiva fiscalização dos critérios estabelecidos.

A rigorosa fiscalização deve contar com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade local. As penalidades devem ser claras e cumpridas a risca.

Para o efetivo cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, devem ser estabelecidos critérios e métodos de identificação entre menores e maiores de idade, em pontos de venda e eventos de massa, onde haja a venda ou distribuição de bebida alcoólica em concomitância com a presença de menores. A medida visa a impedir por completo que qualquer menor tenha acesso a bebida alcoólica. Proprietários de bares, garçons e comerciantes de bebida alcoólica devem utilizar com rigor método de aferição da idade do consumidor de seu produto. Os órgãos municipais e agentes do poder judiciário podem fiscalizar o procedimento de aferição da idade pelo distribuidor da bebida.

Para diferenciar maiores de menores, na hora da venda, podem ser utilizados recursos como: apresentação obrigatória da identidade, pulseiras de identificação com lacres ou carimbos na pele. Em eventos com grande número de pessoas, é conveniente que sejam distinguidos com fácil visualização aqueles habilitados a beber. Em atividades carnavalescas ou micaretas, (carnaval fora de época), onde abadás sejam considerados ingressos para blocos, podem ser estabelecidos abadas bem diferenciados para menores e maiores de 18 anos. Ato normativo da autoridade local pode instituir procedimentos obrigatórios de aferição da idade, no ato da comercialização e na ocasião do consumo dentro de estabelecimentos.

A atividade da venda de bebidas alcoólicas deve ser taxada para desestimular a sua prática. O aumento do preço final do produto pode reduzir o

consumo dos bebedores mais jovens (que geralmente tem menor poder aquisitivo) e também dos bebedores pesados. A diminuição da lucratividade de quem vende acrescentada às novas exigências de licença, pode representar um desestímulo à venda indiscriminada do produto. A receita adquirida com estes impostos e taxas poderá ser destinada à implantação de políticas municipais de educação, arte, cultura, esportes e profissionalização que garanta a juventude um futuro promissor.

A Câmara Municipal tem a possibilidade de instituir alíquotas de ISS diferentes para serviços de entretenimento, de acordo com a maior ou menor focalização no comércio das bebidas alcoólicas. A instituição de taxas e licenças para funcionamento de bares, botecos, restaurantes ou qualquer ponto de venda de bebidas alcoólicas também deve ser realizada pelo legislativo municipal e pode constituir-se numa efetiva forma de controle da disponibilidade de bebida alcoólica, para a população da cidade.

As equipes de Vigilância Sanitária em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde podem estabelecer critérios rígidos de controle das condições de venda de bebida alcoólica, tais como higiene e condições dos banheiros, dos copos etc. Também podem regulamentar procedimentos de segurança para evitar acidentes e violências, bem como procedimentos de proteção de crianças e adolescentes contra a indução ao consumo de bebidas alcoólicas nestes locais de venda.

A definição das condições sanitárias necessárias para a permissão da venda de bebidas alcoólicas pode ser instituída por portaria ou ato do executivo e receber o apoio e o respaldo do legislativo e do judiciário presente no âmbito municipal. Após amplo debate com os diversos segmentos da sociedade local, pode ficar estabelecida a inconveniência da utilização de calçadas, praças, calçamentos e locais públicos abertos para a venda de bebidas alcoólicas. Após amplo debate, a sociedade local pode entender que a venda em público pode significar um incentivo ao consumo, uma sutil forma de marketing e uma indesejada disseminação cultural do hábito de ingestão de bebidas alcoólicas. Os critérios estabelecidos para a venda em estabelecimentos também deverão atingir a atividade de ambulantes. Talvez, seja recomendado que estes profissionais se limitem a vender produtos não etílicos.

Informação ao Público dos Danos Causados pelo Álcool e Limitação da Propaganda

Os munícipes poderão decidir que a prefeitura municipal não apoiará nenhum evento patrocinado pela indústria de bebidas alcoólicas ou por suas distribuidoras, de forma a desestimular a utilização de eventos de massa, como instrumentos de marketing e de indução ao consumo. Decreto do prefeito, portaria ou ato normativo pode definir os critérios de patrocínio do município.

Convém que sejam estabelecidos as condições e formas de controle para propaganda de bebidas em eventos ou em pontos de venda, onde haja presença de menores, a fim de impedir que crianças e adolescentes sejam induzidos ao consumo, ou predispostos a isso.

Os pontos de venda de bebida alcoólica seriam obrigados a colocar e manter fixados de forma bem visível: cartazes, banners ou faixas explicando e esclarecendo os danos causados pelas bebidas alcoólicas. Tais cartazes, *banners*, faixas ou folhetos deveriam ser confeccionados por técnicos indicados pela comissão de prevenção contra a ingestão abusiva de álcool. O custo de confecção deste material, e da fiscalização sobre sua visibilidade para o público poderá ser embutido no cálculo da taxa de licença de funcionamento. O material de informação ao público sobre os danos do álcool também pode ser bancado pelas próprias verbas do SUS, visto serem de fundamental importância as ações de educação em saúde.

Mobilização da comunidade e dos seus representantes numa ação de cidadania para exercer pressão junto ao Congresso Nacional para que seja aprovada legislação proibindo a propaganda de cerveja ou qualquer outra bebida alcoólica na TV, nos meios de comunicação social, em eventos culturais e esportivos.

- **Estabelecimento de Sanções para quem Descumprir a Legislação e Fiscalização Rigorosa do seu Cumprimento**

Cada lei federal já institui sanções próprias para seus infratores. Porém, os municípios podem instituir legislação suplementar e procedimentos que assegurem o seu cumprimento e facilitem a fiscalização pelos órgãos responsáveis.

Os municípios podem criar autarquias municipais de trânsito e equipá-las com aparelhos que possam medir o nível de alcoolemia dos condutores de veículos. Existem várias marcas de etilômetros já certificadas pelo INMETRO e homologadas pelo DENATRAN. O custo destes equipamentos pode ser plenamente compensado com os ganhos em saúde, com a redução de gastos do SUS e com a aplicação de multas. Basta a aplicação de 12 multas para o ressarcimento do custo de um bafômetro. Este tipo de fiscalização se faz especialmente necessário nos finais de semana e horários noturnos, quando costuma haver maior ocorrência de acidentes e, não por acaso, maior frequência de festas, eventos e ocasiões de lazer.

Os municípios também podem contratar técnicos e médicos ou fazer convênios com laboratórios para a realização de exames clínicos ou perícias que identifiquem o uso excessivo de bebidas alcoólicas por quem está dirigindo. A realização de treinamentos, consultorias e formação de pessoal também é importante.

Os pontos de venda que estejam comercializando bebida alcoólica, de forma irregular devem sofrer sanções que envolvam multas, apreensão de mercadorias e fechamento do estabelecimento. Os infratores da lei ainda poderão ser punidos com prisão ou aplicação de penas alternativas.

- **Implantação de um Sistema de Tratamento em âmbito Municipal.**

O levantamento epidemiológico dos casos de dependência química do álcool e de usuários com ocorrências de ingestão abusiva de bebidas alcoólicas no município, através da visita familiar dos agentes do programa de saúde da família, deve ser feito de forma periódica para planejamento dos serviços de saúde.

Recomenda-se a constituição de equipes multidisciplinares para atuar, o mais precocemente possível, junto aos identificados no levantamento epidemiológico, promovendo ações educativas, treinamento dos agentes de saúde e prevenção de maiores danos, abrangendo o contexto do indivíduo, da sua família, da comunidade de vizinhança ou os grupos sociais com influência sobre o usuários de bebida alcoólica.

É importante que os municípios desenvolvam um sistema de notificação de agravos relacionados ao álcool para um mapeamento da situação e um adequado planejamento e execução de ações preventivas. Nos hospitais e pronto-socorros podem ser instituídos protocolos de rotina para registrar a ocorrência de coma alcoólica, grave intoxicação, episódios de agressão ou acidentes associados à ingestão de bebidas. O registro destes casos, detalhado com informações sobre onde aconteceu a ingestão alcoólica, bem como as condições em que a bebida foi servida pode ajudar a identificar eventos, pontos de venda, grupos de risco ou zonas da cidade que precisam ser melhor monitorados pelo poder público. O sistema de vigilância à saúde, de posse dos dados, pode acompanhar a evolução do problema no município e o resultado das ações de promoção de saúde efetuadas.

Os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas devem ser dotados de equipe multidisciplinar para promover tratamento de desintoxicação, da dependência química, psíquica e social e o fortalecimento das condições de enfrentamento dos problemas desencadeantes de possíveis recaídas.

Os CAPS devem atuar, também, de forma sistêmica, junto a toda a família para promoção de saúde, mudança do ambiente doméstico, dos vínculos afetivos e redução de outros danos físicos ou mentais, que possam atingir os familiares, em decorrência da embriaguez freqüente de membro da família.

Os Centros de Atenção Psicossocial devem contar com a disponibilidade de modernos medicamentos capazes de auxiliar no enfrentamento das fases de abstinência e na prevenção de recaídas. Devem contar também com uma rede de serviços e atividades de promoção de saúde tais como: centros de terapia comunitária, de psicoterapia, de atividade esportiva, oficinas de artesanato, unidades

de orientação e formação profissionalizante e núcleos de atividades artísticas e culturais que promovam o incentivo à abstinência.

São necessários cursos, treinamentos, formação contínua e atualização quanto aos problemas e tratamento relacionados ao uso e abuso de álcool. Profissionais dos CAPS, dos prontos-socorros e de toda a rede de saúde devem ser treinados.

A articulação da rede de saúde com as ONGs ou instituições religiosas , envolvidas no apoio aos dependentes químicos e suas famílias é de fundamental importância. Apoio logístico e incentivo serão ser oferecidos a essas instituições. A experiência dos “Alcoólicos Anônimos”, do “Amor exigente” e de outras instituições, que, tradicionalmente, já lidam com a questão, deve ser aproveitada e somada aos novos métodos e técnicas de tratamento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ingestão abusiva de álcool é o mais grave problema de saúde pública do Brasil. Está ligado intimamente ao crescimento da violência e gera sérios danos ao usuário, à sua família e a sociedade.

Os transtornos mentais e de comportamento relacionados ao uso do álcool, entre os quais se encontram a intoxicação aguda e as síndromes de dependência e de abstinência, são a causa de grande parte das internações psiquiátricas no Brasil. Provocam intenso sofrimento aos familiares e altos custos ao sistema de saúde pública.

O consumo de bebidas alcoólicas tem crescido vertiginosamente, sobretudo entre os jovens, alavancado pelas campanhas milionárias de publicidade da indústria e pela ampla rede de distribuição e venda associada ao marketing.

O acesso às bebidas alcoólicas tem sido facilitado pelo grande número de bares, botequins, restaurantes e supermercados que as disponibilizam a um baixo custo e, na maioria das vezes, sem critérios que visem à saúde da população.

Adolescentes e até crianças estão sendo seduzidos a fazer uso da bebida e, tendo fácil acesso a ela, tornam-se grandes consumidores. 41,2% dos estudantes da rede pública com idade entre 10 e 12 anos de idade, no Brasil, já fizeram uso da bebida. Os dados do Nordeste são mais preocupantes e Fortaleza, infelizmente, apresenta os piores índices da região. Na capital cearense, a mesma faixa etária atinge índices de 52%.

Se antes, a ingestão do álcool era um fator culturalmente atribuído aos homens, agora, uma grande parte da população feminina está aderindo ao costume. Em Fortaleza, por exemplo, 71 % das garotas estudantes da rede pública já fizeram uso da bebida. Com isso, aumentam os riscos de sexo sem proteção, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive AIDS.

No Nordeste, 7% dos adolescentes da rede pública já estão fazendo uso do álcool mais de 20 vezes por mês, caracterizando uso pesado. Realidade semelhante também tem acontecido com adolescentes da elite. Levando-se em

conta que, quanto mais precoce o uso da bebida, mais facilmente a dependência se instala e que, uma vez instalada, para sempre permanecerá nos mecanismos neurológicos do indivíduo; deduz-se que a situação é de extrema gravidade.

Homicídios, lesões por arma de fogo, por arma branca, violência doméstica, abandono de crianças, desestruturação familiar, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, faltas ao trabalho, absenteísmo nas escolas e muitos outros sérios danos constituem um quadro de degradação humana e alto custo social que o abuso de álcool provoca. Recomenda-se um acompanhamento epidemiológico detalhado do problema para um adequado planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas.

A Organização Mundial de Saúde já se preocupa com o alcoolismo há mais de 30 anos e, ultimamente, tem realizado conferências no sentido de articular com os diversos países, estratégias políticas de combate à pandemia do abuso de álcool.

O Ministério da Saúde também começa a se organizar e já traçou diretrizes para a redução dos danos das bebidas alcoólicas. Movimentos sociais estão se mobilizando para pressionar o Congresso Nacional a votar leis que garantam a implantação de uma política efetiva de combate ao problema. Especialistas brasileiros, reunidos, elaboraram um documento de Consenso sobre estratégias recomendadas para conter a epidemia.

No entanto, a indústria de bebidas alcoólicas e a mídia, em geral, têm feito forte oposição à implantação de medidas consideradas pelos especialistas como efetivas e necessárias. O lobby alcooleiro e publicitário tem conseguido deter as próprias ações do governo, que tem recuado na proposição de medidas, como a recomendada proibição da propaganda de cerveja ou de qualquer outra bebida alcoólica nos meios de comunicação. A saúde pública tem sido sacrificada em função dos interesses econômicos de uma minoria.

A Constituição Federal de 1988 dá amplas bases para a implantação destas políticas. O Estatuto da Criança e do Adolescente proíbe a venda de bebidas a menores de 18 anos, estipula penalidades e estabelece alguns instrumentos possíveis para proteger os direitos da criança e do adolescente. A Lei de

Contravenções Penais prevê punições para quem vende álcool a quem já esteja embriagado, ou para quem a disponibilize para presos em liberdade condicional ou com pendências judiciais de caráter penal. O Código de Trânsito Brasileiro caracteriza como grave infração de trânsito o ato de dirigir sob influência de álcool; define a aplicação de multas e outras penalidades. Todas essas importantes leis brasileiras, infelizmente, estão sendo descumpridas, ou mesmo ignoradas, por falta de uma sistemática fiscalização.

Tentando compreender alguns motivos desta ausência de fiscalização, a pesquisa vasculhou documentos, artigos de diversos autores, a própria legislação, inclusive a complementar e identificou discursos institucionais. No caso da fiscalização do trânsito, entre muitas dificuldades operacionais, foi identificado um entrave que parece ter paralisado as ações das instituições de trânsito do Brasil inteiro.

Após a aprovação do Código de Trânsito Brasileiro, surgiu um discurso que foi acatado pelas próprias autoridades da época, de que “nenhum indivíduo poderia ser obrigado a fazer provas contra si” e, que, portanto, “nenhum motorista poderia ser obrigado a se submeter ao teste do bafômetro”. Depois de um minucioso estudo de diversos documentos e leis complementares, foi possível concluir que tal discurso poderia ser plenamente contestado, inclusive, judicialmente, através de uma Ação Declaratória de Constitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal. Até 7 de fevereiro de 2006, ao contrário do que muitos pensavam, havia amplo respaldo legal para um motorista ser obrigado a se submeter ao bafômetro, em virtude da lei vigente. Infelizmente não houve a mobilização necessária para fazer cumprir a lei. Milhares de acidentes ocorreram, muitas vidas se perderam. Em 8 de fevereiro de 2006, foi publicada lei, que modificou o Código de Trânsito Brasileiro. A partir desta data, esse código admite a recusa ao bafômetro, antes não. Agora, a lei vigente, estabelece que, em caso de recusa, o agente de trânsito pode autuar o indivíduo, com base nos sinais notórios de embriaguez. Os agentes ganharam o poder de testemunhar, como prova da direção sob influência do álcool.

Para garantir a efetiva fiscalização do trânsito, recomenda-se a aquisição em larga escala de bafômetros e o treinamento dos agentes de trânsito para realizar os procedimentos necessários para a autuação. A diminuição dos acidentes, a

redução de custos do Sistema Único de Saúde e a aquisição de receita com as multas, a serem aplicadas, compensam com grande vantagem o investimento.

Entre as recomendações estudadas e experiências concretas observadas na pesquisa, surgem muitas possibilidades de intervenção para conter a epidemia do abuso de álcool no contexto brasileiro. Muitas práticas podem se dar em âmbito municipal.

A redução da disponibilidade do álcool é uma das principais estratégias propostas. Ela pode acontecer através do controle e monitoramento dos pontos de venda. Uma licença para vender bebida deve ser exigida pelo poder público. O município pode estabelecer limites de quantidade de bares por bairro, impedir seu funcionamento próximo de escolas ou estradas, deve definir critérios e horários de funcionamento. A taxa de licença pode ser cobrada desses estabelecimentos como forma de financiar toda a estrutura de fiscalização e monitoramento.

A responsabilidade de quem vende bebidas é muito grande e deve ser cobrada com rigor pelo poder público. Afinal, o álcool não é um produto qualquer. São recomendadas ações sistemáticas de treinamento dos garçons e donos de estabelecimentos para que desenvolvam medidas de forma a reduzir a intoxicação dos seus clientes. Campanhas educativas devem ser realizadas com frequência para conscientizar da importância de proteger crianças e adolescentes do contato com o álcool. Rigorosa fiscalização, com imediata aplicação de penalidades, deve ser adotada para os infratores da Lei. Uma das penalidades mais fáceis de ser aplicada é o fechamento do estabelecimento que negligenciar na questão.

O público tem o direito de ser informado sobre os riscos de danos do produto que está consumindo. Os rótulos das embalagens devem apresentar a informação sobre esses riscos, da mesma forma que já acontece com os cigarros. Os locais de venda também devem ser obrigados a fixar cartazes e avisos, esclarecendo a população dos problemas que a bebida pode causar.

As instituições de saúde, segurança pública e educação devem se mobilizar fortemente para fazer aprovar legislação que proíba propaganda de cerveja ou qualquer bebida alcoólica nos meios de comunicação, nos eventos esportivos e nas atividades patrocinadas pelo poder público.

Um eficiente sistema de tratamento para os dependentes do álcool e suas famílias deve ser estruturado na rede de saúde. Uma integração com os “Alcoólicos Anônimos” e com o “Amor Exigente”, além de outras instituições, que já tradicionalmente trabalham com a questão, também é recomendada. A disponibilização de medicação adequada e o treinamento contínuo da equipe multiprofissional são imprescindíveis. Faz-se necessário oferecer também uma digna estrutura de apoio, acolhida e internação aos que estão em síndrome de abstinência e aos que apresentam graves transtornos decorrentes do uso crônico ou excessivo do álcool. Alguns indivíduos, com danos cerebrais irreversíveis e com seus vínculos familiares completamente destruídos, necessitam de cuidado especial.

Os danos do álcool são muito graves e estão acontecendo em larga escala em todo o Brasil. O problema está crescendo assustadoramente e necessita ser contido com vigorosa ação política e administrativa dos gestores.

10 RECOMENDAÇÕES

A pesquisa realizada encontrou várias possibilidades de intervenção efetiva com grande aplicabilidade na realidade brasileira. Entre as mais importantes, destacam-se:

1. Estabelecimento de um sistema de notificação compulsória dos agravos relacionados ao álcool. Adoção de protocolos de rotina para registrar ocorrências de coma ou intoxicação alcoólica grave, episódios de agressão ou acidentes associados à ingestão de álcool. Devem ser registrados o local, o horário e condições em que a bebida foi ingerida para que a equipe de vigilância possa mapear os pontos de maior risco e realizar o adequado monitoramento das ações de promoção de saúde efetuadas.

2. As equipes de vigilância sanitária devem, necessariamente, fazer um acompanhamento das ações de prevenção à ingestão abusiva de álcool. Devem manter um mapeamento dos pontos de venda por bairros e das ocorrências para um adequado acompanhamento epidemiológico da situação.

3. Redução da disponibilidade de álcool através do controle e monitoramento dos pontos de venda. É conveniente que esse controle e monitoramento se dê através de uma ação integrada de diversos setores governamentais e com representações da sociedade civil.

4. Estabelecimento de critérios para venda e definição de horários de funcionamento desses estabelecimentos.

5. Cobrança de taxa de licença para venda de bebidas alcoólicas e utilização da receita obtida para manutenção da estrutura de fiscalização. A taxa deve ser diferenciada de acordo com o foco do negócio em relação às bebidas e à diversificação e quantidade de produtos não alcoólicos oferecidos. A taxa deve necessariamente ser instituída por Lei.

6. Definição de procedimentos padronizados para aferição da idade dos consumidores e intensa fiscalização deste procedimento com vistas a coibir completamente a venda de bebidas a menores de 18 anos.

7. Responsabilização dos vendedores de bebida através de contínuo treinamento dos garçons, donos de bares e responsáveis com cobrança rigorosa de suas responsabilidades e aplicação imediata de penalidades.

8. Esclarecimento da população a respeito dos riscos do álcool e da importância do monitoramento do seu consumo e de sua venda, através de campanhas educativas.

9. Os rótulos das embalagens devem obrigatoriamente conter informações sobre os danos causados pelas bebidas alcoólicas e sobre seu teor de álcool.

10. Informações sobre os perigos do consumo alcoólico também devem estar fixadas em local bem visível nos pontos de venda. Os municípios, bem como os Estados e o próprio Ministério da Saúde podem obrigar os estabelecimentos a fixar cartazes, “banners” ou informativos destacando os danos que o álcool pode provocar.

11. Mobilização das instituições de saúde, segurança pública e educação para pressionar o Congresso Nacional a aprovar legislação que proíba a propaganda de qualquer produto alcoólico nos meios de comunicação, nos eventos esportivos e em atividades patrocinadas pelo poder público.

12. Fiscalização ampla e sistemática do trânsito, com disponibilização em larga escala de bafômetros. Em cada cidade, inclusive as menores, deve haver aferição das condições de alcoolemia dos motoristas.

13. Monitoramento intenso dos motoristas, no horário noturno, nos finais de semana e em locais próximos a grandes eventos festivos ou em zonas com maior número de bares, boates ou restaurantes.

14. Treinamento dos agentes de trânsito para aplicação de bafômetros e para preencher formulário apropriado atestando os sinais físicos de embriaguez, no caso da recusa dos motoristas ao aparelho citado.

15. Desenvolvimento da rede de atenção aos usuários de álcool. Treinamento dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis para

reconhecer um usuário que esteja fazendo uso excessivo ou nocivo e para lhe prestar os necessários cuidados.

16. O sistema de tratamento dos dependentes do álcool deve estar inserido na comunidade, integrado com instituições que tradicionalmente já acompanham os dependentes, como Alcoólicos Anônimos e Amor Exigente. As equipes multiprofissionais da rede especializada devem receber contínuo aperfeiçoamento. A medicação apropriada para tratar a dependência e a abstinência deve estar disponível gratuitamente.

17. Oferta de digna estrutura de acolhida, apoio ou internação aos que estão em síndrome de abstinência e aos que apresentam graves transtornos mentais decorrentes do uso. Abrigo deve ser oferecido aos que perderam seus vínculos familiares e apresentam danos cerebrais irreversíveis.

18. Disponibilização de uma unidade de atenção especializada, dotada com equipe multiprofissional bem preparada, para cada 100.000 habitantes.

19. Centros de Juventude que ofereçam atividades esportivas, artísticas, de lazer, cultura e entretenimento devem ser oferecidos em quantidade à população, sobretudo das periferias, e com amplo funcionamento no horário noturno e nos finais de semana. Estes centros devem significar alternativa de substituição das práticas alcoólicas.

20. O poder público deve incentivar de várias formas, inclusive tributárias, o funcionamento de estabelecimentos que promovam atividades esportivas, artísticas, culturais ou de lazer que sejam desvinculadas do consumo etílico.

21. A articulação dos diversos movimentos sociais e instituições na elaboração, execução e avaliação das políticas de combate à ingestão abusiva de álcool é fundamental para o sucesso de sua implantação.

11 REFERÊNCIAS

ABEAD. Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas. **Álcool: sedativo, natural e lícito**. ABEAD. Disponível em <<http://www.abead.com.br/arquivos/folheto-alcool.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2006.

ABILITYBR. Etilômetro. Disponível em: <<http://www.abilitybr.com.br/etilo/default.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

ACCA - ALIANÇA CIDADÃ PELO CONTROLE DO ÁLCOOL. Boletim Nº. 07-maio de 2005. CREMESP- Movimento propaganda sem bebida. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/integra.php?id=37>. Acesso em: 14 nov. 2005.

ACCA. **Manifesto pela proibição da propaganda de cerveja e outras bebidas alcoólicas**. UNIAD-UNIFESP e CREMEC. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/crmonline/jornalcrm/novo_jornal/corpo.php/Materiald=34>. Acesso em: 20 ago. 2005.

_____. A publicidade de Bebidas Alcoólicas em discussão. Notícias. Bol. 25. 28/10/05. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=67>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Álcool, o alvo da vez. Notícias. Bol. 21, de 23/09/05. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=63>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Boletim Especial sobre o PLC 35/2000 e o Movimento Propaganda Sem Bebida. Notícias. Edição Extra. 13/03/06. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=90>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Campanha Piloto da Vez é a solução? Notícias. Bol. 21 de 23/09/05. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=63>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. COMUDA: Conselho Municipal de Políticas de Drogas e Álcool de São Paulo. Notícias. Boletim 43 de 24/03/06. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=92>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. CREMESP vai intensificar campanha. Notícias. Jan 2006. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=80>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Meio milhão em 2005. Notícias. Bol. 33. 13/01/06. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=77>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Paulínia legal presente no carnaval. Notícias. Bol. 42 de 17/03/06. Disponível em: <http://www.propagandasembemebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=91>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Propaganda aumenta consumo de álcool entre jovens, segundo estudo da BBC de Londres. Notícias. Bol. 34. 20/01/2006. Disponível em: <http://www.propagandasembemebida.org.br/nothome/not_home_integra.phd?id=78>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Rússia impõe restrições à cerveja. Notícias. 2004. Disponível em: <http://www.propagandasembemebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=12>. Acesso em: 20 nov. 2006.

AÇÕES contra o excesso de álcool saem até o final do ano. Jornal O Estado de São Paulo 16/05/2005. Disponível em: <http://www.movimentopropagandasembemebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=33>. Acesso em: 20 nov. 2006.

ÁLCOOL em xeque. Reportagem local. **Folha de São Paulo**, 07/10/2003.

ALMEIDA, Klinger S. Álcool versus Direção Veicular: um ponto de vista prático-doutrinário. Perkons. Disponível em: <http://www.perkons.com.br/arquivos/alcool_x_direção.rtf>. Acesso em: 23 out. 2006.

ANDRADE, Luciene, M. et alii Avaliação epidemiológica dos clientes vítimas de acidentes de motocicleta. **Rev. Científica do IJF**. V.4, n.3, janeiro/2004. pág. 35-44.

ANTINORO, Fábio. Trânsito: alcoolemia; condução sob efeito do álcool; fiscalização; prevenção e medidas sócio-educativas. **Jus Vigibulantibus**, Vitória, 27 jan. 2006. Disponível em: <http://jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/19920>. Acesso em: 23 out. 2006.

ARAÚJO, Lisiane B e GOMES, Wiliam B. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Vol. 11. n 1. Porto Alegre, 1998.

ARAUJO, Marcelo J. Lei do bafômetro- Novos caminhos a seguir. **Perkons**. Disponível em: <http://www.perkons.com.br/arquivos/artigos/lei_bafometro.s.d.>. Acesso em: 23 out. 2006.

ARAUJO, Marcelo J. Recusa ao bafômetro- Nova Lei. **Perkons**. Disponível em: <http://www.perkons.com.br/arquivos/artigos/recusa_bafometro.s.d.> Acesso em: 23 out. 2006.

BEGUOCI, Leandro e VALENTE, Rubens. Arma, bebida e tabaco elegem 65 deputados. Brasil. **Folha de São Paulo**. 20/11/2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2011200605.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BETES, Carlos A. N. Bafômetro. Questão realmente controvertida? Disponível em: <http://www.perkons.com.br/arquivos/artigos/bafometro_artigo.rtf>. Acesso em: 23 nov. 2006.

BIANCARELLI, A. Orçamento antidrogas é insuficiente. **Folha de São Paulo**, 07 set. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, - **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2ª ed. Rev. Amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.a.

_____. Código de Trânsito Brasileiro, Lei 9503 de 1997. Presidência da República. Casa Civil. publicada no **D.O.U.08/2/2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/casacivil_03/leis/19503.htm>. Acesso em: 23 out. 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Org. Iracema Almeida Valverde, Carlos Sampaio, Dilene da Paz Gomes e Rosanie Martins da Veiga. 2ª ed. Atualizada até a EC No 38, de 16/06/2002-Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2002.

_____. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Disponível em: <www.mp.sp.gov.br/caoinfancia/legisla/Legislação-Federal/indicefederal.htm>. Acesso em: 14 nov. 2005.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8069 de 13 de julho de 1990 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 14 nov. 2005.

_____. **Estatuto do Desarmamento**. Lei 10.826 de 22/12/2003. Disponível em: <www.mj.gov.br/noticias/2005>. Acesso em: 14 nov. 2005.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª ed. amp. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.b.

_____. **Lei 9294 de 15/07/1996**. Disponível em: <www.consumidorbrasil.com.br/consumidorbrasil/textos/legislacao/19294.htm>. Acesso em: 14 nov. 2005.

_____. **Lei de Contravenções Penais**. Código Penal. Decreto Lei 3688 de 03/10/1941. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm>. Acesso em: 15 nov. 2005.

_____. Presidência da república. **Resolução n 3/GSIPR/ CH/CONAD, de 27/10/2005**. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2005.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.c.

_____. **Código de Transito Brasileiro**, Lei 9.503, de 23/09/97. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/Legislacao.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

_____. Lei 11.275 de 07/02/2006 –DOU. 08/02/2006., altera os art. 165, 277 e 302 da Lei 9503/97 que institui o Código de Trânsito Brasileiro.D.O.U. 08/02/2006. Disponível em < [http:// www.planalto.gov/casacivil](http://www.planalto.gov/casacivil)>. Acesso em 23 out. 2006.

BUCHALLA, Ana P. e POLES, Cristina. Fumo sob fogo serrado. Geral Saúde. **Revista Veja**. Ed. 1663.23/08/2000. Disponível em: <www.veja.com.br>. Acesso em: 10 out. 2006.

CAMPOS, Gastão W.S. **Saúde Paidéia**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.185p

CARLINI, E.A. et alii **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001**. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 2002.

CARLINI, Elisaldo. A. et alii **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país:2001**. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2002. 380p.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Boletim Nº. 54, out., nov e dez 2004. Disponível em: www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed54/6.htm>. Acesso em: 04 nov. 2005.

CESVIBRASIL. CENTRO DE EXPERIMENTAÇÃO E SEGURANÇA VIÁRIA . **Sobre o Bafômetro**. Disponível em: http://www.cesvibrasil.com.br/sv/bafometro_sobre_shtm>. Acesso em: 30 nov. 2005

CID-10-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Décima Revisão. Organização Mundial de Saúde/ OPAS. Centro Colaborador no Brasil Faculdade de Saúde Pública da USP. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/idh.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

COLUCCI, C e BIANCARELLI.A. Projeto estuda elo entre bebida e violência. **Folha de São Paulo**. 07/09/2003.

COLUCCI _____. Álcool ao alcance de Adolescentes. **Folha de São Paulo**. Cotidiano 07/09/2003.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Organização dos Estados Americanos. 29 de Novembro de 1969. Disponível em < [http:// www.cidh.org/básicos/base_3.htm](http://www.cidh.org/básicos/base_3.htm)>. Acesso em 07/12/2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Moção N 002 de 08 de Julho de 2004. Disponível em: <http://www.propagandasembibida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=6>. Acesso em: 20 nov. 2006.

CONTRAN- CONSELHO NACIONAL DE TRANSITO. Resoluções. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/resoluções.htm>> e disponível também em <<http://www.bafometro.hpg.ig.com.br/p5legislacao.html>>. Acesso em: 28 out. 2006.

_____. Resolução N 206 de 20 de Outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/resoluções.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/crmonline/jornalcrm/novo_jornal/corpo.php?Materiald=343>. Acesso em: 18 Ago. 2006.

DEPENDÊNCIA de drogas cresce no Brasil, aponta estudo. UOL. Últimas Notícias. Agência Brasil. 24/11/2006. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/ultnot/2006/11/24/ult23u268.jhtm>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

DIAS, Débora. 50,6% dos Fortalezenses são a favor da “Lei Seca”. **Jornal O Povo**, caderno Cotidiano. 19/12/2006.

DIMENSTEIN, Gilberto. Vida, Leva eu. **Folha de São Paulo**. Cotidiano, 21/03/2004

DUALIBI, Sergio M e Laranjeira, R. **Estudo da Redução de horário de funcionamento dos bares sobre os homicídios e a violência contra a mulher na cidade de Diadema(SP)**, no período entre 15/07/2000 e 14/07/2004. Departamento de Psiquiatria UNIFESP. Setembro de 2004. mimeo enviado através de *e-mail* por Laranjeira em 09/11/2005.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL E. Jane; COOK, Christopher C.H. - **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: editora Artes Médicas Sul, 1999. 318p.

ELIAS, Cymrot, Regina et al. Convivência dos usuários do CAPS com familiares que fazem uso de bebidas alcoólicas. In **Anais da 57ª SBPC** – comunicação livre na área de Saúde Coletiva. Fortaleza, 2005.

ESTADO gasta R\$ 115 mi com acidentes de trânsito. Fortaleza. **Jornal O Povo**. 14/11/06.

FRANCH, Mônica. Um Brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil in Brasil. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Ministério da Saúde, Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília. 2004. 139p

GALDUROZ , José C. et alii **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004**. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas, 2005.

GALDUROZ, José C; NOTO, Ana Regina; FONSECA, Arilton M e CARLINE, E.A. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. CEBRID. Secretaria Nacional Antidrogas. São Paulo. 2004

GAWRYSZEWSKI, Vilma P; KAHN, Túlio; e JORGE, Maria Helena P M. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor de Saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39(4): 627-33

GAZAL-CARVALHO, Cynthia; CARLINI-COTRIM, Beatriz; SILVA, Ovandir e SAUAIA, Naim. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36 (1):47-54.

GOMES, Beto. Associações médicas querem proibir propaganda de álcool. Debate. **Jornal da Paulista**. UNIFESP. Ano 15. N 169-julho/2002 . Disponível em <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed169/debate.htm> acessado em 14/10/2002.

GOOGLE. <http://www.google.com.br>

GOVERNO quer alerta mais duro sobre o álcool. Cotidiano. **Folha de São Paulo**. 23/11/2005. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/nothome/not_home_integra.phd?id=79>. Acesso em: 21 nov. 2006.

GUIMARÃES, Fátima. Empresários discordam da “Lei Seca”. **Jornal O Povo**. Cotidiano. Fortaleza. 8/12/2005

HOLANDA, Clovis. Maracanaú discutirá ações de combate à violência. **Jornal O Povo**. Cotidiano. 11/11/2005

JOÃO, Evangelho de São, in: Bíblia. **O Milagre das Bodas de Caná**. Cap. 2, vers 1-11, em **BÍBLIA SAGRADA**. Ed. Paulinas. 38ª ed. 1982

JUSTIÇA condena Mel Gibson por dirigir bêbado. Ilustrada. **Folha de São Paulo**. 17/08/2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u63505.shtml>>. Acesso em: 03 nov. 2006.

JUSTIÇA suspende Festival no Rio. **Folha de São Paulo**. 08/02/2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/>>. Acesso em 20 nov. 2005

KAHN,T e Zanetic. A. **O papel dos municípios na Segurança Pública**. Manual de Estudos criminológicos 4 Julho de 2005. Ministério da Justiça e Secretaria de Segurança Pública de São Paulo. Disponível em: www.ssp.sp.gov.br/estatisticas/graficos2004/manualdeestudoscriminologicos>. Acesso em 04 nov. 2005.

LARANJEIRA, R e outros. **Políticas sobre Álcool e Drogas do governo de São Paulo: Um Guia para as ações efetivas**. Elaborado pelo grupo de estudo sobre Políticas da Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer. São Paulo. Mimeo. Enviado por *e-mail* em 09/11/2005.

LARANJEIRA, R e ROMANO, M. O consenso brasileiro sobre políticas públicas do Álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2004,26 (supl I) 68-77.

LARANJEIRA, R. Desassistência ao dependente químico e a política do Ministério da Saúde. In Movimento Propaganda Sem Bebida. ACCA- Aliança cidadã pelo Controle do álcool. Notícias. Boletim 72. de 27/10/2006. Disponível em:

http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=125>. Acesso em: 21 nov. 2006.

Laranjeira, R; Marques, Ana C; Oliveira, Luís A.C. Propostas de Políticas Públicas que visem diminuir o custo social do consumo do álcool e outras drogas na cidade de São Paulo. In Movimento Propaganda Sem Bebida. ACCA- Aliança cidadã pelo Controle do álcool. Notícias. Boletim 23 de 14/10/05. Disponível em: http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=65>. Acesso em 20 nov. 2006.

LARANJEIRA, Ronaldo e HINKLY, David. Evaluation of alcohol outlet density and relation with violence. **Rev. Saúde Pública**, ago.2002,vol. 36, No 4, p455-461. issn 0034-8910.

LARANJEIRA, Ronaldo; BARROS, Gustavo; SURJAN, Juliana . **Diagnóstico e conduta na dependência e na síndrome de abstinência do álcool** In Mari, Jair de J. et al. Guia de Psiquiatria- Barueri, SP: Manole, 2005. Cap7, p 67-82.

_____. Controle Social e Político do Álcool. ACCA. Notícias. Bol. 32 de 27/12/05. Disponível em: http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=75>. Acesso em 20 nov. 2006

_____. O Custo Social do Álcool X |Políticas Públicas. ACCA. Notícias. Bol. 19 de 13/09/05. Disponível em: http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=60>. Acesso em 20 nov. 2006.

_____. **Relatório Científico para a FAPESP a respeito de pesquisa realizada em Paulínia**. São Paulo. Mimeo enviado por *e-mail* em 09/11/2005.

LATORRE, Maria R.D.O e CARDOSO, Maria R.A. Análise de Séries Temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol 4. nº 3, 2001.

LEI Seca: menos atendimento na emergência do IJF. Cotidiano. **Jornal O Povo**. 24/10/2005.

LEITE, Fabiane e TOSCANO, Camile. Política de Controle do Álcool tem oposição de indústria e de governo. **Folha de São Paulo**. 05/04/2004. Disponível em: <http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=6>. Acesso em 22 nov. 2006.

MARACANAÚ. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÀ- 4ª Vara da Comarca de Maracanaú. Gabinete do Juiz. Sentença de deferimento de Ação Civil Pública em 10/04/2006. Processo 2003.0009.1630-2. Requerente Ministério Público Estadual.

MARIZ, Cristiano. Vício à venda. **Jornal de Brasília**. sd. In ACCA. Bol 42 (17/03/06) Disponível em: <<http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=91>. Acesso em 20 nov. 2006

MELONI, José N. e Laranjeira, Ronaldo. Custo Social e de Saúde do Consumo do Alcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2004; 26 (supl I): 7-10.

MENDES, Carlos. Sem Carteira e embriagado, professor atropela 60. **Jornal O Estado de São Paulo**. Cidades. 27/11/2005. Disponível em: <<http://www3.estadao.com.br/cidades/noticias/2005/nov/27/112.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2005.

MICHELLES, André. A obrigatoriedade do bafômetro tem entrave constitucional. Assessoria do Detran. DETRAN MT em 07/04/?. Disponível em: <<http://www.detran.mt.gov.br/hm/noticia196.htm>>. Acesso em: 01 out. 2006.

MIR, Luís. O custo da violência urbana para a saúde. CREMESP. **Rev. Ser Médico**. N32. p. 12-17. Ano VIII. Jul/Ago/Set/2005.

MOREIRA JR. Sebastião. **Regulação da Publicidade das Bebidas Alcoólicas**. Texto para Discussão 20. Consultoria Legislativa do Senado Federal. Coordenação de Estudos. Brasília. Fev. 2005. 36p. Disponível em: http://www.senado.gov.br/web/conleg/textos_discussao/texto>. Acesso em: 18 nov. 2006

MOVIMENTO PROPAGANDA SEM BEBIDA. < <http://www.propagandasembebida.org.br>>

NEVES, Delma P. Alcoolismo: Acusação ou Diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(1) 7-36, jan-fev, 2004

NOTTO, Ana R. et alii **Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003**. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de informações sobre drogas Psicotrópicas, 2004.

Organização Mundial de Saúde (OMS)- CID 10 - **Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários**. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Organização Mundial de Saúde.(OMS) **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. OMS. Genebra, 2001. 173 p.

OSIATYNSKA, EWA. **Álcool e Saúde**. In Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Depart. de ações programáticas estratégicas. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1ª ed. em português amp.-Brasília, 2004. p37-47.

PECHANSKY, Flávio; SZOBOT, Claudia M; e SCIVOLETTO, Sandra. O uso do álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras Psiquiatr.** 2004, 26 (supl) 14-17.

PEREIRA, Lúcia M. M. “Matei Porque...”. Histórias de adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação pelo cometimento de crime de homicídio.

Dissertação. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará. 2003.

PERNAMBUCO. Decreto 25.590 de 11/11/2005- Institui as Regiões Especiais de Defesa Social - REDS, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**. 2005.

PIMENTEL. Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p179-195, novembro, 2001.

PINTO, Flávio. Morte de Criança revolta moradores de Beberibe. **Jornal O Povo**. Cotidiano. 22/11/2005.

POLÊMICA: Ampliada lei seca para 167 localidades de PE. Folhapress. In Caderno Brasil. **Jornal O Povo**. 03/01/2006

RADIOBRAS. **Referendo**. Disponível em: http://www.radiobras.gov.br/materia_i_2004.php?materia=244008&editoria=&q=1>. Acesso em: 17 nov. 2005.

RAMOS, Sergio P e WOITOWITZ, Arnaldo B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Rev. Bras. de Psiquiatr**. 2004, 26 (supl I) 18-22.

ROMANO, M e Laranjeira R. **Projeto de Intervenção Comunitária no Consumo de Álcool na cidade de Paulínia**. São Paulo. Mimeo. Enviado por *e-mail* em 09/11/2005

SAMPAIO, André Luís Marinho. O “bafômetro” na Lei 9503/97. Código de Trânsito Brasileiro- CTB. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, n60, nov. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3555>> Acesso em: 14 out. 2006.

SANTOS, Zélia M.S.A. et alii **Agressão por arma branca e arma de fogo interligada ao consumo de drogas**. Texto Contexto Enferm 2004 Abr-Jun; 13 (2): 226-32.

SENADO FEDERAL. Decreto Legislativo Nº 27, de 1992. Disponível em < <http://www6.senado.gov.br>> . Acesso em 03 dez. 2006.

SEVERINO, Joaquim A. **Metodologia do trabalho Científico**. 22^a ed. rev. e ampl. de acordo com a ABNT – São Paulo: Cortez, 2002.

SHOW dos Rolling Stones: 90% dos atendimentos por coma alcoólico. Folha online. **Folha de São Paulo**. 19/02/2006. ACCA. Bol 39. Disponível em: http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.phd?id=87>. Acesso em: 20 nov. 2006.

SILVEIRA FILHO, Dartiu X. **Diagnóstico e conduta nos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas in Guia de Psiquiatria**. Coordenação de Jair de Jesus Mari. Manole. Barueri-SP, 2005

SIQUEIRA, Marluce M. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(1): 7-36, jan-fev, 2004

SNYDER, Leslie B. et alii Effects of Alcohol Advertising Exposure on Drinking Youth. **Arch Pediatric Adolesc Med**. 2006; 160: 18-24.

TIBA, Içami. **Anjos Caídos: Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. Editora Gente. 14^a ed. São Paulo, 2003

TORTATO, Mari. Rótulos de Bebidas obrigados a alertar para dependência. Da Folha Press. **Jornal O Povo**. Caderno Brasil, 19/10/2005.

UOL. Universo on Line. < <http://www.uol.com.br>>

VASCONCELOS FILHO, Ernani V. **Morrer por homicídio em Fortaleza-CE: um estudo de epidemiologia ecológica**. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da USP. Mimeo. São Paulo, 2002.

WIKIPÉDIA, **A lei Seca**. S.L. S.D. Disponível em: <http://www.wikipedia.org/wiki/lei_seca>. Acesso em: 30 Out. 2006.

ANEXO

MANIFESTO.

Pela proibição da propaganda de cerveja e outras bebidas alcoólicas

Nós, cidadãs, cidadãos e entidades da sociedade civil:

DEFENDEMOS a restrição da propaganda de cervejas e outras bebidas alcoólicas nos meios de comunicação e em eventos esportivos, culturais e sociais, semelhante à legislação atual que limita as propagandas de cigarro.

CONCLAMAMOS todos a aderir à campanha de recolhimento de Um Milhão de Assinaturas para sensibilizar o Governo Federal e o Congresso Nacional a aprovar , em regime de urgência, lei que restrinja a publicidade do álcool.

ALERTAMOS que o consumo de álcool é hoje um dos mais graves problemas de saúde e segurança pública do Brasil, porque:

- **é responsável** por mais de 10% de todos os casos de adoecimento e morte no país
- **provoca** 60% dos acidentes de trânsito
- **é detectado** em 70 % dos laudos cadavéricos de mortes violentas
- **transforma** 18 milhões de brasileiros em dependentes
- **leva** 65% dos estudantes de 1º e 2º grau à ingestão precoce, sendo que a metade deles começa a beber entre 10 e 12 anos
- **está ligado** ao abandono de crianças, aos homicídios, delinqüência, violência doméstica, abusos sexuais, acidentes e mortes prematuras.
- **causa** intoxicações agudas, coma alcoólico, pancreatite, cirrose hepática, câncer em vários órgãos, hipertensão arterial , doenças do coração, acidente vascular cerebral, má formação do feto; está ligado a doenças sexualmente transmissíveis, Aids e gravidez indesejada.
- **impõe** prejuízos incalculáveis, atendimentos em pronto-socorros, internações psiquiátricas, faltas no trabalho; além dos custos humanos, com a diminuição da qualidade de vida dos usuários e de seus familiares.

Assim, **DENUNCIAMOS** que os interesses econômicos; o lobby da indústria de bebidas alcoólicas; a propaganda enganosa e irresponsável; e a omissão governamental levam à total ausência de políticas públicas de prevenção e controle do consumo do álcool no Brasil.

SUGERIMOS, além de normas rígidas de restrição das propagandas:

- **aumento** do preço ou taxaço das bebidas alcoólicas, com destinação de recursos arrecadados para prevenção e tratamento de dependentes.

- **fiscalização** e aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A venda de bebidas alcoólicas para menores é crime que deve ser punido.
- **controle** rigoroso dos motoristas alcoolizados, de acordo com o Código Brasileiro de Trânsito.

Por fim, EXIGIMOS

- **o direito** de viver em uma sociedade livre das conseqüências do uso abusivo do álcool , tais como acidentes e atos de violência;
- que **informações confiáveis** sobre os efeitos nocivos do consumo do álcool sejam oferecidas a todos os cidadãos;
- que **crianças e adolescentes** não sejam expostos a propagandas que incentivem o consumo de bebidas alcoólicas;
- que **todas as pessoas** dependentes do álcool tenham acesso a tratamento digno e adequado

Ficha Catalográfica

E42i Elias-Cymrot, Regina Stella Façanha.

Ingestão abusiva de álcool e possibilidades de intervenção/Regina Stella Façanha Elias-Cymrot

. – Fortaleza, 2006.

131p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) –
Universidade Estadual do Ceará; Centro de Ciências da
Saúde.

1. Abuso de Álcool 2. Alcoolismo 3. Políticas de Saúde
4. Violência 5. Promoção de Saúde I. Universidade
Estadual do Ceará; Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 616.861